



Inspection générale  
des affaires sociales

Evaluation de la convention d'objectifs et de  
gestion 2014-2017 de la CNAMTS  
- Gestion du risque -

**TOME II**  
**ANNEXES**

Établi par

Julien MEJANE

Jean-Louis REY

Louis-Charles VIOSSAT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Septembre 2017 -

- N°2017-007R -



## SOMMAIRE

ANNEXE 1 - ORGANISATION ET PILOTAGE DE LA GESTION DU RISQUE – DONNEES COMPLEMENTAIRES .....	5
ANNEXE 2 - NOMENCLATURE DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE DES CPAM ET DES DRSM.....	11
ANNEXE 3 - LES INDICATEURS GDR DE L'ACCORD D'INTERESSEMENT .....	13
ANNEXE 4 – NOTE DE SYNTHESE SGMAP - COG CNAMTS 2014-2017 - VOLETS SI ET NUMERIQUE .....	15
ANNEXE 5 – GESTION DU RISQUE ET SYSTEMES D'INFORMATION .....	23
ANNEXE 6 - BILANS MSAP HOSPITALIERES 2014 ET 2016.....	39
ANNEXE 7 – LE PROGRAMME PRADO .....	45
ANNEXE 8 - LE PROGRAMME SOPHIA.....	61
ANNEXE 9 – ETUDE ATIH SUR LES DELAIS ENTRE UN ACTE OPERATOIRE ET LA CONSULTATION DE SUIVI.....	81
ANNEXE 10 – PARTENARIAT « BIG DATA » AVEC L'ECOLE POLYTECHNIQUE .....	83
ANNEXE 11 – BILANS DE LA COG.....	87



# ANNEXE 1 - ORGANISATION ET PILOTAGE DE LA GESTION DU RISQUE – DONNEES COMPLEMENTAIRES

## 1 SUR LES DCGDR

[1] En approche transversale, le DGGDR a pour mission :

- de faciliter la complète appropriation des directives nationales par les organismes et services médicaux de la région, à en garantir une application homogène et à organiser la mise en œuvre coordonnée des programmes de gestion du risque et de lutte contre la fraude ;
- d'analyser et comparer les résultats, y compris intermédiaires, obtenus par ces programmes, et impulser, si nécessaire, les mesures d'adaptation utiles ;
- de faire progresser les synergies au sein du réseau entre les compétences d'ordre médical, social et administratif, notamment en confiant le pilotage de chaque projet, chaque fois que la situation s'y prête, à un binôme médico-administratif et en s'assurant du pilotage partagé de toutes les actions exigeant un contact avec les professionnels de santé ou les établissements de santé ;
- de superviser l'exactitude, la ponctualité et la qualité des remontées d'informations vers la caisse nationale ;
- d'assurer l'interface entre les organismes du régime général de l'assurance maladie et la caisse nationale pour la mise en œuvre et le suivi des objectifs de gestion du risque et de lutte contre la fraude, et pour favoriser les échanges de bonnes pratiques dans le réseau ; et les autres régimes d'assurance maladie ; et l'agence régionale de santé. » cf. LR-DDGOS-15/2016 du 29 février 2016.

[2] Le DCGDR met en place et anime un « comité de direction régional de la gestion du risque » (CODIR GDR). Instance de concertation et de partage de l'information, il doit permettre une déclinaison régionale cohérente et méthodique de la stratégie nationale, avec pour cible une réalisation effective et complète de tous les programmes d'actions et une atteinte des objectifs des CPAM de la région. Le comité est informé régulièrement du déroulement des programmes, des résultats enregistrés en cours et en fin d'exercice et, le cas échéant, des difficultés rencontrées. Il propose toute mesure corrective utile, notamment et si nécessaire, de la planification des actions. Chaque directeur de CPAM prend part personnellement aux travaux de ce comité qui se réunit au minimum cinq fois par an.

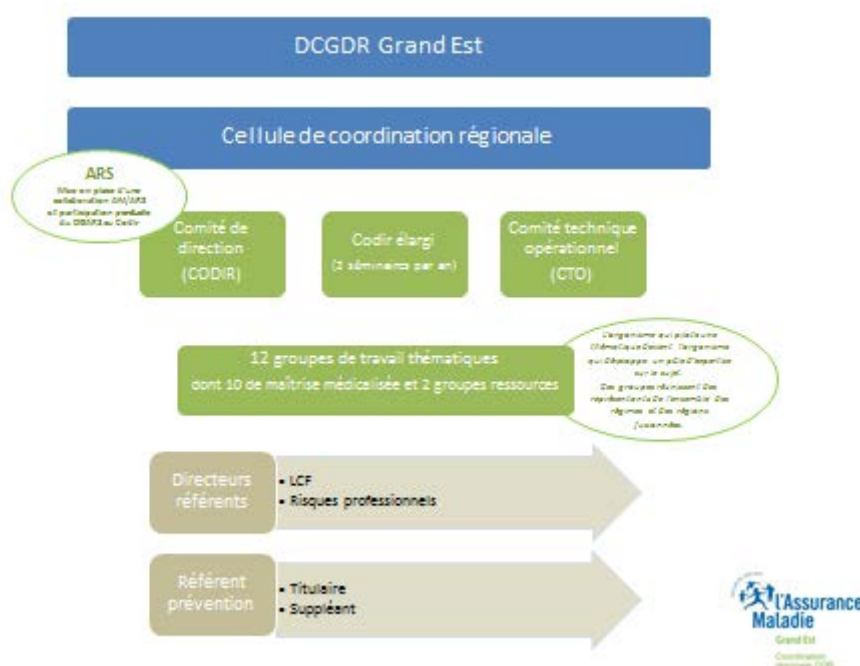
[3] Dans chaque région, le DCGDR désigne un directeur référent de la prévention, un directeur référent de la réparation AT/MP et un directeur référent de la lutte contre la fraude qui lui rendent compte directement de leurs actions et à l'ensemble des membres du CODIR GDR. Il anime une instance de concertation avec les représentants compétents en gestion du risque des organismes de la région du RSI et de la MSA.

[4] La cellule placée sous l'autorité de chaque DCGDR a pour rôle de mettre en œuvre et coordonner dans la région les savoirs et compétences des organismes dans les champs utiles à la gestion du risque, à savoir, notamment, les établissements de santé, les statistiques et l'analyse des bases de données, l'économie et la géographie de la santé, la médecine, l'épidémiologie et la santé publique, les métiers de l'assurance maladie (lignes de production, règles de liquidation, facturation, réglementation des prestations...), les relations conventionnelles avec les professions de santé, la réparation des risques professionnels, le domaine juridique, les actions de prévention incluant les programmes d'accompagnement des patients, le contentieux et la lutte contre la fraude.

[5] Elle prépare et organise les CODIR-GDR et toutes les instances ou comités techniques mis en place par le DCGDR. Elle suit dans leur avancement, leur planning et leur production notamment tous les projets et groupes de travail activés dans la région en matière de gestion du risque. Elle est le point de passage et de supervision des informations entre la CNAMTS-DDO et les organismes sur ce sujet.

[6] Le DCGDR, avec l'appui de sa cellule de coordination, mobilise les compétences et coordonne les contributions de tous les organismes de la région en matière de gestion du risque et de lutte contre la fraude dans un pôle d'expertise combinant opérationnellement des ressources à compétences spécifiques, mobilisables sur une thématique de gestion du risque sur des outils ou sur des fonctions dites de support. Ces pôles doivent être source de propositions innovantes en matière d'actions, d'outils et de méthodes. A minima un pôle d'expertise doit exister pour les thématiques : établissements de santé ; analyses de données, statistiques ; contrôle-contentieux ; réparation en AT/MP et lutte contre la fraude.

## 2 UNE ILLUSTRATION DE L'ORGANISATION : LA DCGR DE LA REGION GRAND-EST (SOURCE : DCGDR GRAND EST)



## Les champs de la coordination régionale en GDR

### Les missions essentielles demeurent...

- Maîtrise des dépenses de soins
- Plan triennal pour l'efficacité et la performance du système de soins
- Lutte contre la fraude

### élargissement à d'autres thématiques avec la réforme territoriale

- GDR de la réparation en AT/MP
- Relations conventionnelles régionales
- Relations et contacts avec les professionnels et établissements de santé
- Actions de prévention et dispositifs de soutien à l'accès aux soins des publics fragiles

### sans oublier que le DCGDR représente l'AM auprès du DGARS

- Participe à l'élaboration du PPRGDRESS et du Projet régional de santé (PRS)
- Contractualise avec le DGARS pour la mise en œuvre des plans régionaux



## Les instances de gouvernance régionale

### Comité de direction (Codir)

- Membres : 10 CPAM, 2 DRSM, 2 CARSAT, RSI, MSA, Régime local
- Fréquence mensuelle en présentiel (intuitu personae) à Nancy

### Comité technique opérationnel (CTO)

- Membres : référents GDR des CPAM, DRSM, CARSAT, RSI, MSA, Régime local et pilotes des groupes de travail selon l'ordre du jour
- Fréquence mensuelle en amont des Codir (la visioconférence est privilégiée)

### Séminaires régionaux

- Membres du Codir + médecins conseil chefs de service DRSM et échelons locaux
- Fréquence biannuelle
- Ex. Séminaire organisé à Nancy le 22 septembre 2016 : DMP et télémédecine



Organisation de la cellule de coordination

Nom	Fonction	Référent groupe
X	Responsable de la cellule	Auxiliaires médicaux, Accompagnement PS
X	Attaché de direction	Communication
X	Chargé de mission	Produits de santé, U
X	Attaché juridique	LCP
X	Chargé de mission	Prévention, Publics précaires
X	Stagiaire	-
X	Chargé de mission	Établissements, Patrimoine
X	Chargé de mission	Établissements, Transports
X	Stagiaire	-

Réunions de service

- Réunions hebdomadaires (visioconférence) avec diaporama à renseigner en amont
- Réunions en présence de la DCGDR une fois par mois

Outils de pilotage mis en place

- Espace collaboratif en ligne partagé AM/RSI/MSA/ARS (Groupcamp)
- Tableau de bord dynamique de suivi des indicateurs CPG ventilés par département
- Fiche de demande de données statistiques
- Charte de communication et fiche de demande d'actions de communication
- Fiche d'état d'avancement pour les remontées des groupes de travail aux instances de pilotage



Les groupes de travail co-pilotés avec l'ARS

GRUPES PARTAGES	PILOTE AM	PILOTE ARS	PREMIERS TRAVAUX
<b>TRANSPORT</b> 2 sous-groupes (établissement / ambulatoire)	X	X	Groupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - CAQOS : ciblage 2016 et réalisation d'une grille d'analyse des contrats harmonisés au niveau de la région en lien avec l'ARS ; réalisation de profil par établissement - Partage de l'expérimentation 67 sur la plateforme transports et diffusion des bonnes pratiques - Campagne de communication vers l'hôpital
<b>PRODUITS DE SANTE BIOLOGIE</b> 3 sous-groupes (cellule d'analyse / médicaments 1 / médicaments 2 / LPP, biologie / médicaments liste en sus)	X	X	Groupe installé en janvier 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - CAQOS PHMTEV : ciblage 2016 et réalisation d'une grille d'analyse des contrats harmonisés au niveau de la région en lien avec l'ARS - Bonus : mise en place d'actions régionales sur l'atrogénie et LLP
<b>ETABLISSEMENT</b> 3 sous-groupes (virage ambulatoire / patrimoine / médico-social)	X	X	Groupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés Installation de l'IRAPS le 21 juin 2016 - Réalisation des supports pour les dialogues de gestion avec l'ARS - PAPRAPS validé le 30/09/16 - UCR installée - Séminaire plan ONDAM ARS/AM (05/10/16) - Réunion régionale CAM/référents médicaux (28/11/16)





### Les groupes de travail AM

GRUPE DE TRAVAIL	PILOTE AM	PREMIERS TRAVAUX
Lutte contre la fraude	X	Groupe installé en janvier 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Harmonisation du dossier de presse LCP au niveau du Grand Est et tenue simultanée de conférences de presse départementales ou ante région sur la seconde quinzaine de mai
Risques professionnels	X	Groupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Elargissement du champ d'intervention à la prévention, la tarification et la relation avec les employeurs - Désignation d'un référent pour les pouvoirs en cessation
Prévention	X	Groupe installé en janvier 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Réalisation d'un état des lieux régional des structures de gestion dépistage cancers - Travail avec l'ARS sur la réorganisation des structures de gestion sur le Grand Est - Sophia : mutualisation des campagnes d'appels téléphoniques à destination des assurés
Indemnités journalières	X	Groupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Réalisation d'un diagnostic Grand Est - Création d'un fond documentaire (Wiki)
Auxiliaires médicaux	X	Groupe installé en avril 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Formation de l'ensemble des référents départementaux à l'outil KOALA
Accompagnement PS	X	Groupe installé en février 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Harmonisation de la formation des DAM en cours
Accès aux droits PLANIR	X	Groupe installé en avril 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés

### Les groupes de travail AM « ressources »

GRUPE DE TRAVAIL	PILOTE AM	PREMIERS TRAVAUX
Communication régionale	X	Groupe installé en mars 2016 Lettre de mission et plan d'action régional validés - Elaboration d'un guide de communication - Newsletter trimestrielle à destination de l'ensemble des PS « Parlons-en, la santé progresse avec vous » - Publication de « La lettre aux employeurs » co-rédigée CPAM/DRSM/Cesat sur le périmètre Grand Est - Harmonisation thème flash info - Actions conjointes ARS/AM (diabète et vaccination anti-grippale)
GRH GDR	X	Lettre de mission et plan d'action régional validés



# ANNEXE 2 - NOMENCLATURE DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE DES CPAM ET DES DRSM

Tableau 1 : Comptabilité analytique des CPAM

Accompagnement des offreurs de soins	Accompagnement dans l'évolution des pratiques	Accompagnement des PS et des Ets dans l'évolution des pratiques (bon usage des médicaments, respect de la réglementation,...) informations sur les campagnes de vaccination (ROR, grippe dépistages cancers,...) et sur les thèmes de prévention (alcool tabac, troubles de la vision, ...)
	Actions DAM	Actions menées par les Délégués de l'Assurance Maladie : préparation des visites (prise de contact, préparation administrative du dossier, prise de RDV, élaboration et préparation des argumentaires), visite des PS, traitement des suites de la visite (rédaction de compte-rendu, suivi administratif, contacts avec les autres services...)
	Suivi conventionnel	Suivi conventionnel PS ( Info* sur la convention, Méd. référents & traitants, PS non conventionnés ), Réunion sur gest* convention, Instances formation conventionnelle PS, CPL.
	Actions sur l'offre de soins	Actions visant à modifier l'offre de soins ambulatoires dans la circonscription, accompagnement de réseaux, regroupement de cabinet, cabinets secondaires, permanence des soins :étude du projet/analyse de la demande de financement/suivi du projet dans sa réalisation/analyse de l'activité du réseau de soins/analyse de l'utilisation des fonds Actions visant à modifier l'offre de soins hospitaliers dans la circonscription :étude du projet/analyse de la demande de financement/suivi du projet dans sa réalisation/analyse de l'activité du réseau de soins/analyse de l'utilisation des fonds.
	Supervision Dir - Accompagnement des offreurs de soins	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS)
	Contrôle AC - Accompagnement des offreurs de soins	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS ou PCSAC)
Accompagnement des assurés	Accompagnement dans l'évolution des pratiques	Bon usage du médicament, Aspect de la réglementation y compris les campagnes de prévention et de communication. Yc les évolutions des pratiques assurés sur le bon usage du médicament (génériques, antibiotiques, statines, polymédication...) sur le respect de la réglementation (OBZ, arrêts de travail... ) -le respect de la réglementation (OBZ, arrêts de travail... )
	Prévention	Toutes les actions de prévention et de dépistage : ROR, vaccination, bucco-dentaire, dépistage, nutrition, SOPHIA, santé active,...y compris les campagnes de communication.
	Orientations dans système de soins	Orientation des assurés dans le système de soins (tarification, offre de soins...), PRADO, y compris les campagnes de communication, Conseillers AM.
	Supervision Dir - Accompagnement des assurés	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS)
	Contrôle AC - Accompagnement des assurés	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS ou PCSAC)
Maîtrise médicalisée	Surveillance du système de santé	Réalisation d'études et d'analyses portant sur les dépenses de santé ambulatoires et hospitalières, sur les comportements des professionnels de santé et des assurés (réalisation de requêtes SIAM, établissement de statistiques...) Etudes statistiques GDR Contrôle d'activités des PS hors Catalogue Maitrise des Risques CPL traitement de l'informationnel, édition des requêtes, envoi des messages, analyse et mesure de l'impact à l'exception des requêtes LCF Tableaux de bord GDR, actions locales de GDR hors ARS
	Programme ARS	Toutes les actions nationales de GDR menées dans les CPAM à l'exception des actions DAM (études thématiques, mises sous accord préalable,...) Toutes actions complémentaires régionales spécifiques menées dans le cadre des priorités de GDR communes aux ARS et à la Branche Maladie
	Pilotage régional GDR	Actions de pilotage menées sous l'égide du Directeur coordonnateur régional de la gestion du risque (réunions, préparation de plan d'actions GDR...) hors lutte contre la fraude.
	Supervision Dir - Maîtrise médicalisée	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS)
	Contrôle AC - Maîtrise médicalisée	Contrôle a priori, contrôle a posteriori, audits de procédure (cf. RNP, PMS ou PCSAC)

Tableau 2 : Comptabilité analytique des DRSM

<b>CPR2A</b>	<b>RPS</b>
Avis Revue de dossier Contrôle interne Action de prévention de la désinsertion professionnelle Traitement des demandes d'actions sanitaires et sociales PLANIR Expérimentation : programme d'accompagnement des victimes... Expérimentation « carte transport assis » DAP Hypocholestéroméliants Action de repérage de l'origine professionnelle des tumeurs Divers CPR2A	Convention Hors convention Maîtrise médicalisée ville Maîtrise médicalisée établissements Etudes et programmes Divers Programmes régionaux

## ANNEXE 3 - LES INDICATEURS GDR DE L'ACCORD D'INTERESSEMENT

[1] La présente annexe présente les indicateurs GDR de l'accord d'intéressement pour les années 2014 à 2017.

[2] Dans la dans la part nationale figure pour ces 4 années un 4ème,, indicateur classé à tort dans la GDR (diminution du taux de dépassement pour les bénéficiaires de l'ACS, puis en 2017 taux de recours au tiers payant intégral par les médecins pour les bénéficiaires en ALD) qui n'est donc pas repris ici.

[3] A partir de 2017, la valorisation se fait en points (sur 1000) et non plus en pourcentages. Pour la commodité de la comparaison, la valorisation 2017 est convertie ici en pourcentages.

2014 - Part nationale	Part locale CPAM	Part locale DRSM	Part locale CNAMTS
nombre d'adhésions au programme Prado orthopédie <b>10%</b>	évolution des montants des IJ <b>10%</b>	évolution des montants des IJ <b>10%</b>	dépistage du cancer : mettre en place le test immunologique pour le dépistage du CCR. <b>Neutralisé</b>
nombre de contacts avec les PS et les ES <b>10%</b>	ROSP-évolution du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins traitants <b>10%</b>	taux d'arrêts de + de 45 j contrôlés avant le 120 <sup>ème</sup> jour <b>10%</b>	déploiement de Sophia Asthme, <b>35,5% de 30%</b>
montant des économies de maîtrise médicalisée des dépenses) <b>10%</b>	nombre d'adhésion au programme Prado maternité. <b>10%</b>	ROSP-évolution du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins traitants <b>10%</b>	extension de Prado insuffisance cardiaque <b>76,2% de 30%</b>
		évolution du nombre des adhérents SOPHIA en écart aux soins <b>10%</b>	
		nombre d'adhésion au programme Prado orthopédie. <b>10%</b>	
2015 - Part nationale	Part locale CPAM	Part locale DRSM	Part locale CNAMTS
nombre d'adhésions au programme Prado <b>10%</b>	évolution des montants des IJ <b>10%</b>	évolution des montants des IJ <b>10%</b>	Nombre de patients adhérents à Sophia <b>5%</b> dont nouveaux adhérents diabétiques en écarts aux soins <b>5%</b>
nombre de contacts avec les PS et les ES <b>12,5%</b>	ROSP-évolution du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins traitants <b>10%</b>	taux d'arrêts de + de 45 j contrôlés avant le 120 <sup>ème</sup> jour <b>10%</b>	Accompagner les médecins et sages-femmes dans la prise en charge du sevrage tabagique et faire évoluer la prise en charge des substituts nicotiques <b>10%</b>
montant des économies de maîtrise médicalisée des dépenses) <b>7,5%</b>	Taux des médicaments génériques <b>10%</b>	ROSP-évolution du taux moyen d'atteinte des résultats des médecins traitants <b>5%</b>	Taux de dépistage du cancer colorectal <b>10%</b>
		évolution du nombre des adhérents SOPHIA en écart aux soins <b>10%</b>	
		Nombre d'ES mis sous MSAP (dont : nb ES CA 1/3; nb ES « hors CA 1/3 ; nb ES SSR 1/3) <b>10%</b>	

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2017-007R

<b>2016 - Part nationale</b>	<b>Part locale CPAM</b>	<b>Part locale DRSM</b>	<b>Part locale CNAMTS</b>
nombre d'adhésions au programme Prado <b>10%</b>	Economies sur les montants des IJ (tous prescripteurs) <b>10%</b>	Economies sur le champ des dépenses de médicaments prescrits principalement par les méd. spé. <b>11%</b>	Réorienter Sophia : nb de nouv. adh. Diabétiques recrutés en 2016 en écart aux soins <b>10%</b>
nombre de contacts avec les PS et les ES <b>10%</b>	Taux de dépistage du cancer colo rectal <b>10%</b>	Taux d'arrêts de travail-AT/MP- de plus de 100J contrôlés avant 130j <b>7%</b>	Ouverture du e-coaching tabac <b>10%</b>
montant des économies de maîtrise médicalisée des dépenses <b>10%</b>	Taux des médicaments génériques <b>10%</b>	Taux d'arrêts de travail-Mal - de plus de 100J contrôlés avant 150j <b>7%</b>	Taux des médicaments génériques <b>10%</b>
		Sophia nombre d'inscriptions d'assurés diabétiques en écarts aux soins <b>10%</b>	
		Nombre d'ES mis sous MSAP <b>10%</b>	
<b>2017 - Part nationale</b>	<b>Part locale CPAM</b>	<b>Part locale DRSM</b>	<b>Part locale CNAMTS</b>
nombre d'adhésions à 3 volets du programme Prado <b>15%</b>	Plan ONDAM - économies sur les médicaments <b>10%</b>	Plan ONDAM - économies sur les médicaments <b>11%</b>	généralisation progressive de SOPHIA Asthme <b>10%</b>
nombre de contacts avec les PS et les ES <b>10%</b>	taux de couverture des campagnes prioritaires prédéfinies auprès des MG ciblés <b>10%</b>	taux d'arrêts de travail maladie contrôlés sur personnes avant 180J pour les assurés en ALD non exonérante <b>7%</b>	ouverture du e-coaching Dos <b>10%</b>
montant des économies de maîtrise médicalisée des dépenses <b>10%</b>	taux des médicaments génériques <b>10%</b>	taux d'arrêts de travail de plus de 244j- tous risques- contrôlés sur personnes avant le 310 <sup>e</sup> J <b>7%</b>	nombre de DMP créés <b>10%</b>
		Sophia part des nouveaux adhérents diabétiques en écarts aux soins <b>10%</b>	
		taux de couverture des campagnes prioritaires <b>10%</b>	

## ANNEXE 4 – NOTE DE SYNTHÈSE SGMAP - COG CNAMTS 2014-2017 - VOILETS SI ET NUMÉRIQUE

Dans le cadre des deux missions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'évaluation de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) CNAMTS pour la période 2014-2017 portant, pour l'une, sur les sujets d'efficience et pour l'autre, sur la gestion des risques, une équipe d'appui mandatée par le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) a mené un bilan et un diagnostic sur les sujets liés aux systèmes d'information et aux impacts du numérique. Sur la base de ces éléments, l'équipe d'appui a élaboré une proposition d'axes de développement futur.

L'objectif du présent document est de fournir une vision complémentaire aux équipes de l'IGAS pour les assister dans l'évaluation de la COG sur les sujets SI et numériques ainsi que dans leur rédaction de propositions à destination de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) pour la prochaine COG.

### BILAN DE LA COG 2014-2017

La COG 2014-2017 s'articulait autour de 4 axes majeurs :

1. Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins
2. Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers
3. Contribuer à la stratégie nationale de santé et à l'efficience du système de soins
4. Renforcer l'efficacité collective de l'assurance maladie

Dans ce cadre, les actions SI et numériques étaient cruciales et parmi les 21 fiches de la COG, de nombreuses visaient le système d'information, que ce soit de manière directe ou indirecte. La fiche 20 « Favoriser l'adaptation du système d'information aux objectifs stratégiques de la COG » était plus particulièrement dédiée à l'informatique. Elle portait à la fois sur les évolutions techniques et fonctionnelles du SI et sur le volet transformation numérique.

La période 2014-2017 a vu la mise en place d'évolutions majeures mais des actions clés restent à ce stade à terminer.

Les évolutions clés qui ont permis de renforcer le SI de la CNAMTS au cours de la période ont notamment porté sur :

- **Le développement de téléservices adaptés aux attentes des publics**, avec l'ouverture de nombreux téléservices tant à destination des assurés (e.g., déclaration de nouveau-né en ligne dans le cadre du Programme 1) qu'aux professionnels de santé (e.g., nouveau Protocole de Soins Electronique dans le cadre du Programme 2) et aux employeurs (e.g., intégration de la DSN dans le cadre du Programme 9).
- **La prise en compte d'évolutions réglementaires de grande ampleur** (e.g., PUMa, Tiers Payant, DMP), auxquelles le SI de la CNAMTS a su s'adapter rapidement.

- **L'amélioration notable de la disponibilité des portails**, qui avait été érigée en indicateur de résultat de la Fiche 20 de la COG. Toutefois, si les objectifs fixés dans la COG ont été atteints en 2017 pour les portails professionnels de santé et employeurs (> 99,5%), l'objectif de 99,5% reste à atteindre pour le portail Assurés.
- **La consolidation du socle technique**, puisque les premières briques d'une architecture SOA ont été posées et des composants de services partagés mis en place (e.g., dispositif de routage ESPOIR).

Le taux d'exécution des programmes du SDSI -second indicateur de résultat prévu par la Fiche 20 de la COG- est actuellement supérieur à 85% et confirme le bon avancement des actions prévues dans la COG.

Toutefois, malgré ces avancées majeures, certaines actions clés que la CNAMTS s'était engagée à mettre en place sur la période 2014-2017 n'ont pour l'heure pas été achevées. C'est notamment le cas des actions suivantes :

- **La rénovation du poste de travail des agents**, dont seul le socle a été renouvelé mais dont la refonte intégrale a été reportée et devrait s'étaler sur plusieurs années, avec un accrochage progressif des différents processus (e.g., INDIGO, SMUT et DIADEME).
- **La consolidation des référentiels autour du RFI cible**, projet ambitieux censé faciliter la rénovation des processus métier avec une dimension gestion des données de référence de l'individu (vs famille) mais qui n'a pas dépassé le stade de l'étude.
- **L'enrichissement et l'exploitation du SNIIRAM**, plus grande base de données de santé au monde, qui reste largement sous-exploitée et dont l'offre de services est structurée de manière complexe.
- **L'exploitation du plein potentiel métier de la DSN**, dont les flux courants et événements ne sont pas intégralement pris en compte dans les chaînes de traitement.
- **La finalisation du dispositif de facturation en ligne**, puisque le déploiement de FIDES n'est pas encore achevé.



## SYNTHESE DES ENJEUX SI ET NUMERIQUES

En complément du bilan de la COG, une analyse a été menée autour de 4 axes : L'architecture applicative, les infrastructures, le modèle d'exécution et les capacités numériques. Cette analyse complémentaire révèle 4 axes de développement pour la CNAMTS :

**a) Simplifier radicalement et moderniser l'architecture SI**

Le parc applicatif de la CNAMTS, particulièrement explosé, limite la capacité des métiers à mener à bien leur mission et rend nécessaire une simplification en profondeur de l'architecture de la CNAMTS, dont les infrastructures obsolètes doivent en outre être modernisées.

**b) Rationaliser l'organisation SI pour accroître l'efficacité et accélérer la simplification**

La forte décentralisation de la fonction SI et la faiblesse du pilotage économique rendent complexe le pilotage du SI dans son ensemble.

**c) Développer la gestion des risques, avec des fonctionnalités SI dédiées**

L'exploitation du potentiel du SNIIRAM et l'utilisation des outils de *Big Data / Data Analytics* doivent être renforcées afin d'améliorer et faciliter les actions de gestion des risques. Par ailleurs, la création d'une MOA dédiée à la gestion des risques serait souhaitable afin de mieux coordonner les actions SI en matière de gestion des risques.

**d) Accélérer la transformation numérique en capitalisant sur le savoir-faire actuel**

Si la CNAMTS a amorcé sa transition vers le numérique, les actions actuelles doivent, afin de permettre une transformation de l'Assurance Maladie en profondeur, s'inscrire dans une stratégie à 3-4 ans portée par une organisation à l'échelle.

**a) Simplifier radicalement et moderniser l'architecture SI**

La CNAMTS a su créer une architecture évolutive grâce à des outils *middleware* performants (e.g., DESIR, ESPOIR et MAESTRO), développer de solides *front-end* dotés de nombreuses fonctionnalités et traiter l'obsolescence de ses dispositifs de stockage, notamment grâce à un personnel SI compétent.

Plusieurs opportunités d'améliorations ont néanmoins été notées lors du diagnostic :

- Le parc applicatif de la CNAMTS est particulièrement explosé, avec plus de 3600 applicatifs (dont environ 2000 applicatifs locaux), essentiellement développés en interne (vs progiciels)<sup>1</sup>
- De nombreuses applications clés sont vieillissantes, ne couvrent pas les besoins métiers (e.g., BDO Famille, Diadème) et ne bénéficient pas d'un pilotage fin de la dette technique
- Avec plus de 200 projets en parallèle, le portefeuille projets est fortement fragmenté, les projets réglementaires - en grande majorité non prévus dans la COG- mobilisant plus du quart de la charge de projets totale
- De nombreux serveurs et bases de données de la CNAMTS sont obsolètes (e.g., 60% de serveurs IBM Power v6, ~70% des bases de données Oracle 10g qui ne sont plus supportées depuis 2013), sans qu'aucun plan de contingence standardisé n'ait été mis en place à ce stade

<sup>1</sup> Lettre de mission de la Mission Déléguée n° 23/2016 de la CNAMTS.

Ces éléments de diagnostic ont conduit l'équipe d'appui à proposer les initiatives suivantes pour saisir ces opportunités d'améliorations :

### **1. DETERMINER UNE ARCHITECTURE APPLICATIVE CIBLE RATIONALISANT DRASTIQUEMENT LE RENOUVELLEMENT DU SI CŒUR DE L'ASSURANCE MALADIE**

Afin de pallier les limitations actuelles de nombreuses applications, la définition d'une architecture cible (i) rationalisée, (ii) nationale et (iii) moderne au cours du premier semestre 2018 doit être érigée en priorité. A cette occasion et en vue de faciliter la transition vers cette architecture cible, il pourrait être judicieux d'étudier l'opportunité de renforcer le recours à des progiciels (vs développements spécifiques / internes).

### **2. LANCER UN PROGRAMME DE TRANSFORMATION POUR MIGRER VERS L'ARCHITECTURE CIBLE**

La mise en place de l'architecture cible susmentionnée doit se faire rapidement, tout en minimisant les risques de transition. En conséquence, le programme de transformation destiné à migrer vers cette architecture cible se devra d'être clair et précis et devra s'appuyer sur la mise en place d'un *Value Assurance Office* ainsi que d'une gouvernance simple et rigoureuse (e.g., revue hebdomadaire avec le DSI et bimensuelle avec le DG, indicateurs de suivi par projet).

### **3. RENOUVELER LES COMPOSANTS D'INFRASTRUCTURE A RISQUE D'OBSOLESCENCE**

Le renouvellement de nombreux composants d'infrastructure à risque d'obsolescence est indispensable pour garantir à la CNAMTS une infrastructure efficiente, évolutive et stable. Ce renouvellement, qui doit concerner aussi bien les bases de données (diversification de l'empreinte Oracle et élimination des versions 9g, 10g et 11g) que les serveurs (bascule intégrale vers x86), doit s'accompagner d'un plan de contingence prévoyant le test systématique des applications clés.

#### **b) Rationaliser l'organisation SI pour accroître l'efficacité et accélérer la simplification**

L'analyse du modèle d'exécution de la CNAMTS fait ressortir quelques points forts. Tout d'abord, l'organisation SI en place au niveau national permet un bon alignement entre la DDSI, les métiers et les différentes MOA spécialisées et imbriquées dans chacune des directions métiers. En outre, les dépenses SI sont en ligne avec le *benchmark* (7.5% des coûts d'opération) et l'on constate un bon niveau d'externalisation des ressources de la DDSI (~40%).

Plusieurs opportunités d'améliorations ont toutefois été identifiées lors du diagnostic :

- L'organisation SI est fortement décentralisée (~25 sites), avec près de la moitié de ressources SI indépendantes logées dans les CPAM et les DRSM (~1400 personnes) sans pilotage au niveau national
- Avec 9 CTI -dont plus de la moitié sont dédiés à la gestion des applications locales- l'exploitation de la production reste encore régionalisée, ce qui nuit à l'efficacité générale de la fonction SI

- Le pilotage économique du SI est de très faible maturité. En effet, les différents chiffrages effectués ne permettent pas d'avoir une vision complète (e.g., personnel et achats) et unique (DDSI, MOA, CTI, CPAM / DRSM) des dépenses SI
- La concentration de plus du tiers de la dépense externe sur un seul fournisseur crée un risque de dépendance vis-à-vis de ce dernier
- Les développements de logiciels internes (vs recours aux progiciels) génèrent un déséquilibre dans l'allocation des ressources et expliquent en partie le niveau élevé des ressources SI internes

Afin de saisir ces opportunités d'améliorations, l'équipe d'appui suggère de lancer les actions suivantes :

### **1. RENFORCER LE PILOTAGE ECONOMIQUE DU SI**

Afin de gérer de manière efficiente les dépenses de la fonction SI, la CNAMTS se doit d'en faire une analyse consolidée. Celle-ci nécessite, d'une part, de centraliser les dépenses de toutes les entités SI (DDSI, MOA, CTI, CPAM et DRSM) et, d'autre part, de prendre en considération l'intégralité des coûts SI (i.e., informations RH internes et achats). A cet effet, il conviendrait de renforcer le pilotage économique en effectuant un suivi des différents types de dépenses (e.g., *build vs run*, ressources internes, *outsourcing*, matériel, logiciels) de manière régulière (e.g., revue mensuelle) au sein de la gouvernance.

### **2. PILOTER L'ENSEMBLE DES RESSOURCES SI LOCALES ET OPTIMISER LEUR ALLOCATION**

Si la CNAMTS souhaite se doter d'une organisation SI efficiente, elle doit impérativement piloter les ressources SI des CPAM et DRSM, s'attacher à les allouer de manière optimale et coordonner sa stratégie SI sur l'ensemble du territoire. Pour ce faire, la CNAMTS devra déterminer son organisation SI cible, ce qui suppose notamment d'avoir une vision consolidée et précise de l'ensemble des effectifs SI locaux, de déterminer les activités strictement nécessaires en local et d'étudier la pertinence d'un rattachement des ressources SI locales à la DDSI. Dans sa recherche de gains d'efficience, la CNAMTS doit faire du pilotage de ses ressources SI locales l'une de ses grandes priorités pour les années à venir.

### **3. DIVERSIFIER LE PORTEFEUILLE DE FOURNISSEURS CLES**

Une répartition des prestations fournies par le principal fournisseur SI entre différents prestataires permettrait dans un premier temps de diminuer le risque de dépendance à l'égard de ce fournisseur. A plus long terme, la CNAMTS devrait déterminer un schéma cible qui définirait la meilleure configuration de partenaires SI clés (2-3 vs 1, locaux vs *nearshore*, type de contrats) en vue d'éviter tout risque de dépendance.

## C) Développer la gestion des risques, avec des fonctionnalités SI dédiées

### 1. LANCER LES ACTIONS PERTINENTES EN VUE D'EXPLOITER LE PLEIN POTENTIEL DU SNIIRAM

La CNAMTS gère l'une des bases de données les plus volumineuses au monde (données relatives au parcours de plus de 65 millions de personnes), qui regroupe des données de santé et des données médico-administratives en multi régime.

Toutefois, si la CNAMTS a lancé des initiatives en vue d'améliorer l'exploitation des données du SNIIRAM (e.g., partenariat avec l'Ecole Polytechnique pour favoriser le développement du *Big Data*) le diagnostic a permis à l'équipe d'appui de relever 11 points de progrès<sup>2</sup>, notamment :

- L'enrichissement des informations contenues dans le SNIIRAM (e.g., intégration d'informations sociodémographiques des bénéficiaires)
- La simplification de l'offre de services (basée sur ~15 entrepôts de données techniques, avec des structures difficiles à maîtriser pour les utilisateurs et requérant plusieurs mois de formation pour s' « approprier » l'outil)
- Une meilleure exploitation du SNIIRAM à des fins de gestion du risque (e.g., outillage de la maîtrise médicalisée)
- L'amélioration de la « fraîcheur » des données (certains utilisateurs déplorant un décalage de quelques sur la mise à jour des données)
- La fluidification de l'accès au SNIIRAM, qui manque actuellement de réactivité en raison des procédures imposées par la CNIL (e.g., près d'un an pour l'obtention d'un accès permanent)
- L'exploitation avancée de la donnée via les technologies de *Big Data / Data Analytics* au-delà de la première expérimentation lancée

Sur la base de ces éléments de diagnostic, l'équipe d'appui suggère d'engager des initiatives destinées à exploiter le plein potentiel du SNIIRAM.

Une série d'études pourrait être lancée en matière de gestion des risques, notamment pour déterminer (i) la possibilité d'identifier et suivre des cohortes en vue d'analyser les impacts des prescriptions, (ii) les opportunités d'enrichissement de la ROSP (iii) comment offrir un outillage performant à la gestion médicalisée (e.g., offrir aux DAM et médecins conseil un support de pointe et riche d'informations pour leurs visites) ainsi que (iv) la possibilité de croiser les données du SNIIRAM avec des facteurs de risques sociodémographiques.

De manière plus générale, il serait en outre souhaitable que la CNAMTS étudie les possibilités d'améliorer l'alimentation, le stockage et l'exploitation du SNIIRAM (e.g., amélioration de la fraîcheur des données, simplification de l'offre de services, fluidification des accès, exploitation avancée du *Big Data / Data analytics*).

A l'issue de ces différentes études, la CNAMTS devra lancer les actions pertinentes identifiées afin que le potentiel du SNIIRAM soit pleinement exploité.

---

<sup>2</sup> Détaillés dans le document de diagnostic de l'équipe d'appui.

## 2. CREER UNE MOA DEDIEE A LA GESTION DES RISQUES

Par ailleurs, la CNAMTS ne dispose pas à proprement parler de MOA dédiée à la gestion des risques, celle-ci étant éclatée entre la MOA DDO, la MOA DDGOS et les différents programmes. En outre, deux équipes distinctes gèrent le SI décisionnel (SIAM Erasme et SNIIRAM). Il apparaît donc complexe d'avoir une vision d'ensemble des projets d'outillage en cours contribuant à la gestion des risques.

Afin d'avoir une vision unifiée sur le SI en matière de gestion des risques, de permettre la mise en place d'un plan d'action dédié à la gestion des risques et de concentrer l'expertise métier et technique en la matière, la création d'une MOA dédiée à la gestion des risques est recommandée. Pour ce faire, il conviendrait de déterminer la structure cible (MOA transverse ou concentration des ressources au sein d'une MOA existante, à l'instar de la MOA DDGOS) et de mettre en place ladite structure en la dotant des bonnes compétences.

### D) Accélérer la transformation numérique en capitalisant sur le savoir-faire actuel

La CNAMTS a bien amorcé sa transition vers le numérique et est à ce stade en avance sur d'autres caisses nationales en matière de numérique. Elle a en effet mis en place plusieurs initiatives conjointes SI-métier telles que la Filière « Digital », les pilotes P1 et P2, la Filière HD et le *Coding Dojo*, et a lancé une première expérimentation des technologies de *Big Data*. Les méthodes agiles qu'elle a instaurées au sein de la Filière « Digital » sont en outre proches de l'état de l'art.

Il ressort cependant du diagnostic effectué par l'équipe d'appui quelques opportunités d'amélioration. En effet :

- Le portefeuille de projets enregistre de nombreux retards (~50% des projets ont enregistré des retards en 2016, supérieurs à 5 mois pour plus de la moitié d'entre eux), dont la concentration sur les phases avales témoigne d'un potentiel manque d'itérativité (pouvant lui-même être le signe d'un recours trop faible aux méthodes agiles)
- Le *cloud* n'est que très peu utilisé par la CNAMTS, que ce soit en termes d'IaaS (une seule expérimentation de *cloud* privé, « CPAM *cloud* », ayant été réalisée), PaaS ou SaaS (absence de logiciel SaaS)
- La CNAMTS manque d'une vision numérique consolidée permettant de rassembler les différentes initiatives et d'en maximiser l'impact
- Avec moins d'1% de ses ressources SI consacrées au numérique, la CNAMTS ne jouit pas d'une organisation numérique adaptée lui permettant de relever les défis qui l'attendent à l'ère du numérique.

L'équipe d'appui propose en conséquence d'engager les deux initiatives suivantes :

### 1. FORMALISER LA STRATEGIE NUMERIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE

Afin d'accélérer la transformation numérique de l'Assurance Maladie, il importe que la CNAMTS fasse de la définition d'une stratégie numérique à 3-4 ans une priorité de premier rang. Il conviendra d'une part d'en évaluer l'impact attendu sur les prochaines années et d'autre part de la communiquer et d'aligner l'ensemble de l'organisation autour d'elle.

Sans attendre la définition de cette stratégie, la CNAMTS devrait considérer le lancement de quelques initiatives clés qui lui permettraient de capturer des opportunités numériques « garanties », telles que l'utilisation de logiciels SaaS (e.g., RH), l'extension de l'utilisation du *cloud* privé, le déploiement des nouveaux outils collaboratifs (e.g., IM), l'amélioration des mesures de protection en matière de cyber-sécurité ou encore le développement des capacités *Big Data*.

## **2. TRANSFORMER LES INITIATIVES NUMERIQUES ACTUELLES EN UNE VERITABLE « USINE DIGITALE » POUR L'ASSURANCE MALADIE**

Une fois sa stratégie numérique définie, la CNAMTS devra déterminer la structure numérique cible dont elle aura besoin pour la mettre en œuvre. Le déploiement d'une véritable « usine digitale » au sein de la CNAMTS devra passer par le regroupement des ressources numériques actuelles mais aussi le recrutement et la formation des compétences numériques qui lui font aujourd'hui défaut. Cette « usine digitale » devra de surcroît être dotée d'une gouvernance adéquate en vue d'en garantir le bon fonctionnement.

Dans ce cadre, la CNAMTS aurait intérêt à capitaliser sur ses savoir-faire existants et à déployer à une plus large échelle (à terme au sein de son « usine digitale ») les bonnes pratiques agiles qu'elle a déjà mises en place mais qui, pour l'heure, restent de petite taille (moins de 1% des ressources SI de la CNAMTS). L'utilisation de méthodologies agiles est en effet conseillée toutes les fois que les projets s'y prêtent, puisqu'elles permettent notamment de minimiser les coûts et les délais des projets mais aussi d'augmenter la satisfaction des utilisateurs finaux. La CNAMTS pourrait à cette occasion en profiter pour étoffer la taille de ses équipes agiles (~10 personnes vs 4), systématiser leur co-localisation et mettre en place la gestion des dépendances, qui sont de bonnes pratiques agiles.

## ANNEXE 5 – GESTION DU RISQUE ET SYSTEMES D'INFORMATION

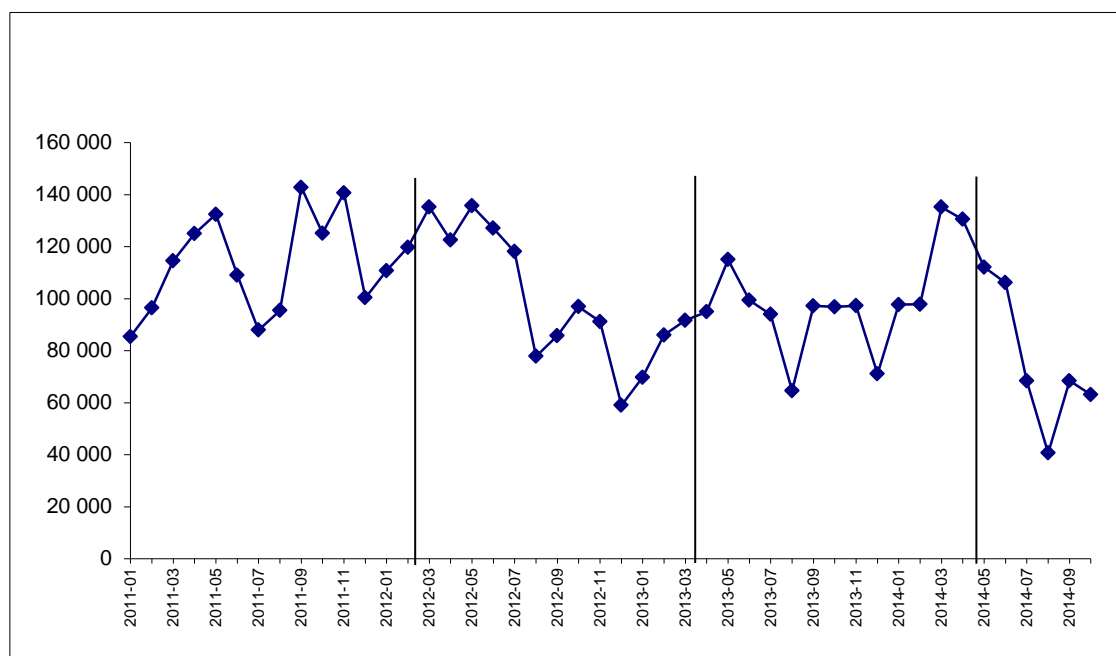
[1] Les deux missions IGAS d'évaluation de la COG CNAMTS ont bénéficié de l'appui d'une équipe mandatée par le Secrétariat Général pour la Modernisation de l'Action Publique (SGMAP) afin de mener un bilan et un diagnostic, et d'élaborer une proposition d'axes de développement sur les sujets liés aux systèmes d'information et aux impacts du numérique. Le rapport de synthèse figure en Annexe 4.

### 1 GARANTIR L'EFFECTIVITE DE L'ACCES AUX DONNEES DE SANTE

[2] L'amélioration des connaissances du risque en maladie est freinée par l'utilisation restreinte que font les acteurs externes et l'assurance maladie du SNIIRAM. La Cour des comptes y a dédié un rapport en 2016<sup>3</sup> où elle recommandait notamment d'encourager, de faciliter et de sécuriser l'utilisation des données de santé à des fins d'intérêt général.

[3] La stagnation de l'utilisation de la base SNIIRAM (entre 2010 et 2014, la mission n'a pas obtenu de chiffres plus récents) s'effectue dans un contexte général de fort développement des activités d'exploitation de données.

Graphique 1 : Evolution du nombre de requêtes BO par mois (bases écoles et tableaux SNIR inclus)



Source : CNAMTS

<sup>3</sup> Cour des comptes, *Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie*, 2016.

[4] L'assurance maladie reste la principale utilisatrice des données du SNIIRAM, plus particulièrement le réseau des CPAM et des DRSM. Les organismes de recherche et les professionnels de santé ne représentent qu'un très faible nombre des utilisations<sup>4</sup> alors que leurs contributions seraient essentielles à la compréhension et à l'évolution vers des pratiques médicales efficaces. L'Etat et ses agences sont également minoritaires avec 23 % de l'activité.

[5] Aux difficultés d'accès physique relevées par la Cour des comptes s'ajoute la technicité d'une base qui exige, au-delà des compétences statistiques, une expertise sur la compréhension des données et des dispositifs réglementaires (indemnités journalières, forfaits ...).

## 1.1 Le développement d'un accès aux données pour les acteurs externes à l'assurance maladie

### 1.1.1 Les travaux de mise en œuvre du SNDS

[6] L'amélioration des connaissances du risque en maladie passe par une plus forte implication des acteurs externes à l'assurance maladie dans l'utilisation du SNIIRAM.

[7] La mise en œuvre du système national des données de santé (SNDS), instauré par l'article 193 de la loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé, devrait garantir une plus large disponibilité des données de santé.

[8] L'ouverture du SNDS le 10 avril 2017 pour les 25 accès permanents est une étape importante qui, avec son alimentation par les données du SNIIRAM, PMSI et CapiDC, sont des réussites importantes de la politique d'ouverture des données de santé qui constituait un objectif de la COG 2014-2017.

[9] .

[10] Les modalités de mise en œuvre de ces projets n'étaient pour la plupart pas encore fixées à la date de rédaction du présent rapport. Elles dépendront notamment de choix structurels qui seront pris en 2017 sur l'étendue de l'offre de services, le devenir du SNIIRAM, et le financement du SNDS (les 3 scénarios d'évolution proposés par la mission SGMAP chiffrent les dépenses entre 56 M€ et 76 M€ à l'horizon 2020).

[11] L'effectivité de la mise en œuvre du SNDS dans les délais prévus devra donc être un objectif majeur de la prochaine COG 2018-2021. Trois grandes priorités pourraient être suivies :

- La poursuite de l'enrichissement du SNDS et l'ouverture des données de santé : les opérations de consolidation des flux d'information dans le SNDS doivent être finalisées en 2019 avec l'alimentation en données médico-sociales des MDPH et d'un échantillon des données d'organismes complémentaires. Des difficultés sont déjà attendues menaçant le respect des délais, la CNSA devant notamment achever un projet d'harmonisation des systèmes d'information des MDPH avant de pouvoir livrer les données médico-sociales ;

---

<sup>4</sup> 2% de requêtes mensuelles estimées à partir des 9 premiers 2016



- La participation de la CNAMTS et de la DREES à la gouvernance des données de santé : la comitologie arrêtée par décret du 26 décembre 2016 répartit entre la CNAMTS et la DREES le pilotage technique et stratégique du SNDS. Cette comitologie devra certainement s'affiner pour assurer un fonctionnement efficace et transparent. On évoque par exemple la constitution d'une commission de priorisation chargée de traiter les demandes de services arrivant à l'INDS. L'organisation fluide de ces instances et la participation des deux pilotes en leur sein seront des conditions indispensables à leur bon fonctionnement ;
- Le développement de nouveaux services à destination des organismes habilités à accéder au SNDS : à l'image du SNIIRAM l'exploitation du SNDS nécessite la mise à disposition d'une offre de services qui permet l'accès à des logiciels métiers (R, Python ...) ou à des jeux de données spécialisés. Il faudra s'assurer que ces services couvrent bien le périmètre des besoins formulés par les utilisateurs – dont les attentes sont très fortes, mais également qu'ils respectent les capacités de mise en œuvre de ceux qui assureront leur production, au premier rang desquels la CNAMTS.

### 1.1.2 L'offre d'accès simplifié aux données de santé

[12] Un accès simplifié aux données de santé est actuellement possible grâce à l'échantillon généraliste des bénéficiaires<sup>5</sup> (EGB). Ses modalités d'accès simplifié et sa volumétrie limitée en font un outil de première approche apprécié. Certains acteurs ont toutefois exprimé le besoin d'augmenter la volumétrie de l'EGB afin de permettre des travaux sur des données rares ou peu représentatives (ex : pathologies rares).

[13] Le lancement d'un grand EGB (à l'échelle 1/10<sup>ème</sup>), un temps évoqué par la CNAMTS, est toujours dans l'expectative. L'étude d'opportunités commandée en février 2016 à la société Ernst & Young s'est principalement prononcée sur la faisabilité technique face aux risques de reidentification, mais aucune étude économique ou financière ne vient soutenir la décision de lancement.

### 1.1.3 Le nécessaire transfert de compétences

[14] Lorsqu'elles proviennent de l'extérieur de l'assurance maladie, les requêtes sur le SNIIRAM sont traitées par la DEMEX, équipe d'accompagnement de la CNAMTS qui serait composée d'environ 5 personnes. La mission a cherché à évaluer la qualité du traitement de ces demandes (délais de réponse, conformité aux besoins) sans toutefois recevoir les données demandées. La CNAMTS s'est limitée à indiquer qu'elle priorisait ses traitements de façon informelle en intégrant le degré d'urgence ou la qualité du donneur d'ordre.

[15] Avec le SNDS la CNAMTS n'aura plus l'obligation de traiter ces requêtes externes et devra se concentrer sur ses responsabilités au titre du traitement du SNDS et de la satisfaction de ses propres besoins internes.

[16] Ce sera l'INDS qui assurera le traitement des requêtes extérieures, les organismes habilités ayant par ailleurs le droit de réaliser leurs propres traitements. Ces acteurs du SNDS vont devoir acquérir une autonomie et internaliser une compétence qu'ils n'avaient jusque-là pas développée. La CNAMTS aura un rôle essentiel à jouer pour accompagner ce transfert de compétences.

---

<sup>5</sup> au centième de la population couverte par le régime général d'assurance maladie

[17] Les coûts d'entrée et de maintenance de l'expertise SNIIRAM seront élevés et en raison des délais d'acquisition des compétences, généralement estimés à 12 mois. L'objectif est toutefois atteignable et certaines agences (ANSM et ANSP) sont parvenues à développer leurs propres compétences sur les données du SNIIRAM.

[18] L'Etat et ses agences sont au premier rang des acteurs concernés. Les directions d'administration centrale et les ARS disposent en effet de ressources limitées et se sont jusque-là appuyées sur des coopérations plus ou moins efficaces avec l'assurance maladie. Les éventuelles embauches se réaliseront sur un marché concurrentiel que les acteurs privés ont déjà commencé à investir en prévision de l'ouverture des données de santé.

[19] Face à ces difficultés, des projets de mutualisation autour de centres d'expertise commencent à émerger. Mais l'Etat et ses partenaires doivent rapidement investir le champ et organiser cette mutualisation s'ils veulent s'assurer d'un accès large aux données de santé.

## 1.2 En interne un potentiel d'exploitation des données à mieux exploiter

[20] A la CNAMTS les études sur la gestion du risque relève principalement de la DSES (qui comptait 86 personnes en 2016) et accessoirement de la DDGOS, moins dotée en effectifs spécialisés sur l'exploitation du SNIIRAM.

Tableau 1 : Répartition des effectifs de la DSES en octobre 2015

Direction	3
Cabinet	3
Département de la veille stratégique	8
Département études sur l'offre de soins	20
Département études en santé publique	9
Département synthèses et prévisions	10
Département études sur les pathologies et les patients	15
Maîtrise d'ouvrage informatique des statistiques et des études	17
Mission d'appui au réseau sur les outils informationnels et statistiques	6
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>

### 1.2.1 La dispersion des effectifs dans le réseau

[21] Le service administratif et le service médical disposent chacun d'un service statistique.

[22] L'exploitation des données se fait principalement à des fins de contrôle ou de gestion du risque, mais les CPAM mobilisent également ces compétences pour d'autres besoins comme le contrôle de gestion ou les ressources humaines.

[23] La production statistique alimente généralement des reportings, des ciblage et des profils communiqués aux professionnels et des établissements de santé, qui complètent les jeux de données envoyés par la CNAMTS à l'occasion des campagnes de gestion du risque.

[24] L'effectif statique du réseau de l'assurance maladie s'élevait en octobre 2015 à 430 personnes d'après les données recueillies par la mission. Il s'agissait très majoritairement d'effectifs de CPAM (395). Les emplois y sont divers (assistant, technicien, chargé de mission ...) et seules 183 personnes étaient identifiées comme statisticiens ou équivalent.

[25] Ramené au nombre d'établissements on compte donc en moyenne 1,8 statisticiens par CPAM, avec certainement une inégale répartition territoriale. Cette situation fragilise un nombre important de « petites » CPAM qui peinent à maintenir des effectifs formés en nombre suffisant. La compétence statistique sur les données de santé est rare et demande à être entretenue par une pratique régulière. Dans les équipes réduites, les statisticiens se retrouvent isolés, manquent d'échanges confraternels, et sont souvent cantonnés à l'exécution routinière de requêtes à faible valeur ajoutée.

### 1.2.2 Des bases de données riches mais dont l'exploitation est freinée par des contraintes organisationnelles

[26] Les données de gestion du risque sont issues au niveau local de trois bases de données schématisées ci-dessous :

Tableau 2 : Bases de données assurance-maladie accessibles au niveau local

	Erasme	SNIIRAM	SNIIRAM—DCIR-PMSI
	Données individuelles	Produits agrégés, aucune donnée individuelle bénéficiaire	Données individuelles bénéficiaires anonymes
<b>Accès locaux</b>	Données brutes de liquidation, nominatives : vue sur l'ensemble des prestations liquidées par la CPAM	Restitution des données par agrégats : connaissance des dépenses, activité des PS et établissements	
<b>Accès régionaux</b>	Données brutes de liquidation, anonymisées bénéficiaires : vue sur l'ensemble des prestations liquidées par les CPAM de la région		Données contrôlées, accessibles selon 3 axes : patients, exécutants, prescripteurs <i>DCGDR : accès administratifs</i> <i>DRSM : accès médicaux, avec croisement données sensibles</i>

[27] Ces bases offrent une grande richesse de données et le réseau est équipé techniquement pour les exploiter. L'accès aux données de santé se heurte néanmoins à des contraintes organisationnelles :

- Les services administratifs se plaignent d'une rigueur excessive qui contraint à passer par le service médical dès lors qu'ils doivent traiter une information personnelle sous couvert de secret médical, alors que certaines de ces informations peuvent déjà être déduites des bases administratives. C'est le cas notamment pour les données inter-régimes qui ne sont disponibles qu'au niveau du DCIR ;
- Contrairement à ERASME, le datamart DCIR n'est pas régionalisé mais rattaché au format DRSM dont la cartographie ne correspond pas à celle des DCGDR, ce qui complique les requêtes régionaux, et l'identification unique car certains assurés figurent en double dans les bases DRSM.

### 1.2.3 Une organisation des travaux régionaux par les DCGDR

[28] La production d'études dans le réseau commence à s'articuler au niveau régional avec la montée en charge des DCGDR. Des pôles d'expertise statistique réunissent les correspondants locaux des CPAM et des ELSM afin d'échanger sur les problématiques communes, et de coordonner les travaux en répartissant la charge de travail entre les groupes opérationnels.

[29] En 2016, le pôle d'expertise statistique de la région nouvelle Aquitaine a ainsi coordonné 45 requêtes demandées par les groupes opérationnels. 13 outils régionaux ont également été mis à disposition sous forme de kit avec requêtes à lancer localement.

[30] Limités à un rôle de coordinateur ces pôles se heurtent encore à des difficultés structurelles :

- Les DCGDR ne disposent pas d'accès aux données régionales et doivent compiler les données remontées par les CPAM/ELSM, lorsqu'elles sont fournies ce qui n'est pas toujours le cas ;
- La contribution des DRSM est facilitée lorsque le DCGDR est également DRSM ;
- Les données régionales fournies par la CNAMTS portent essentiellement sur les résultats CPG et comportent peu de données de gestion (volumétrie MSAP) qui seraient utiles à la DCGDR ;
- La coordination n'est pas la mutualisation et de nombreuses productions et études sont encore effectuées de façon redondante au niveau local ;
- Les services locaux passent un temps important au service du national ou du régional, à des fins de reporting ou de travaux à la demande.

### 1.2.4 Une faible coopération ARS et assurance maladie

[31] ARS et Assurance-Maladie n'ont pas encore trouvé un modèle coopératif permettant une bonne exploitation des données de santé. L'ouverture du SNDS devrait résoudre une partie de ces difficultés en autonomisant l'accès aux données de ville des ARS, pourvu qu'elles parviennent à développer et à structurer des compétences encore embryonnaires.

[32] Toutefois, l'esprit de coopération voulu par le législateur et concrétisé dans le PNGDRESS doit trouver également à s'exprimer en matière d'exploitation des données de santé. Parmi les travaux faisant l'objet d'un réel intérêt de partage entre les ARS et l'assurance maladie, la question des parcours de soins est prépondérante.

[33] A l'initiative de certains dirigeants locaux, des initiatives tentent de développer les coopérations. En région Nouvelle-Aquitaine, les acteurs de santé ont installé un comité de pilotage médico-administratif sur le DCIR-PMSI. Ce comité a pour objectif de définir les travaux qui peuvent être menés par les services statistiques de la DRSM et la mission d'appui DCGDR, à partir des demandes des organismes locaux, des groupes de travail ou en vision prospective sur les sujets ARS / Assurance maladie.

## 2 LA RELATION NUMERIQUE AUX PROFESSIONNELS DE SANTE ET LA GESTION DU RISQUE

### 2.1 Une absence de dialogue numérique entre médecins conseil, délégués et professionnels de santé

[34] L'assurance maladie n'est pas parvenue à établir des modalités d'alimentation continue du dialogue avec les professionnels de santé, qui passe essentiellement par les visites des délégués (DAM) ou les entretiens confraternels avec les médecins conseil (MC).

[35] 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 la capacité d'action des ressources limitées en DAM et en médecins conseil.

[36] Il pourrait être envisagé d'utiliser un outil existant, Espace Pro, pour nourrir le dialogue entre les praticiens et les DAM ou médecins conseil en facilitant le recours à des échanges par courriel via l'espace de message sécurisé.

[37] Espace Pro offre la possibilité d'échanger avec le service médical via une messagerie sécurisée qui fonctionne avec une connexion du professionnel via la CPS. Cette messagerie était à l'origine orientée dans un logique « inter professionnelle », et ne fonctionnait pas vers les ELSM, les médecins conseil ne disposant pas d'une CPS. La CNAMTS expérimente dans la région Centre puis en région PACA un service d'échange sécurisé avec l'ELSM, via un fil de discussion, permettant l'envoi de pièces jointes. A ce stade cependant, l'ELSM ne peut pas initier le fil de discussion, ce qui limite son utilisation potentielle. Une étude est en cours pour permettre l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé par les ELSM dans le cadre de la mission DMP.

### 2.2 Les téléservices d'Espace Pro ne couvre pas l'ensemble du parcours de santé

[38] La CNAMTS propose aux professionnels de santé des services « en ligne » qui leur permet d'effectuer certaines procédures directement à partir de leur poste de travail. Ces téléservices – placés sous la direction du programme CALIPSO (P2) - sont proposés à travers deux canaux :

- le portail web de la CNAMTS, Espace Pro, dont la version actuelle date de 2011 ;
- les logiciels métiers qui peuvent intégrer certains des téléservices CNAMTS.

[39] Depuis plusieurs années, ces téléservices se sont diversifiés et enrichis. La dématérialisation des procédures, par l'injection automatique d'informations dans les applicatifs constitue un enjeu d'efficacité majeur pour l'assurance maladie.

[40] Plusieurs fonctionnalités sont susceptibles d'accompagner les actions de gestion du risque auprès des médecins de ville.

#### Les services permettant de disposer d'une vision globale de la pratique médicale

- vision « ROSP » : Espace Pro permet de consulter le niveau de complétude des indicateurs ROSP quantitatifs, via une alimentation trimestrielle du tableau de bord.

- vision de la patientèle pour laquelle le médecin est médecin traitant, mais sans production de statistiques agrégées - exemple par âge, genre, profil médical....
- vision de la patientèle SOPHIA, avec les entrées de la patientèle et le suivi des parcours
- relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP)

Les services dont l'objectif est d'accompagner le processus métier

(certains téléservices sont proposés en « intégré » logiciels, indiqués par un \*) :

- les avis d'arrêts de travail ou AAT\* : le médecin peut dématérialiser l'avis d'arrêt de travail et s'appuyer sur des fiches repères recommandant une durée en fonction de la pathologie renseignée. Les durées proposées sont indicatives et non contraignantes pour le médecin.
- les protocoles de soins électroniques ou PSE\*, utilisés par les médecins traitants pour rédiger en ligne les protocoles ALD de leurs patients et prendre connaissance de l'avis du médecin conseil. Ces protocoles sont injectés automatiquement dans Hippocrate pour traitement par le service médical. Il permet une injection automatisée des ALD listes déclaratives dans Hippocrate puis LM2A et BDO sans aucune intervention de technicien depuis juin 2016.
- les demandes d'accord préalable de médicaments hypocholestérolémiants : la rosuvastatine (CRESTOR®), l'ézétimibe seul (EZETROL®) ou l'ézétimibe en association fixe avec la simvastatine (INEGY®). La réponse à la demande d'accord préalable est générée automatiquement via un algorithme.

[41] Malgré un taux d'adhésion des professionnels de santé de 100% dans presque toutes les CPAM, l'utilisation des téléservices a inégalement progressé sur la durée de la COG et reste en-deçà de son potentiel.

Tableau 3 : Taux de dématérialisation

	2014	2015	2016
<b>Avis d'arrêts de travail (AAT)</b>	22,63%	15,22%	22,69%
<b>Protocoles de soins électroniques (PSE)</b>	20,05%	22,53%	35,17%

Source : CNAMTS

[42] Trois facteurs limitent structurellement l'utilisation d'Espace Pro et sont décrits ci-après.

### 2.2.1 Les fonctionnalités proposées ne couvrent que des parties du processus métier

[43] Le portail actuel, qui résulte de la fusion des deux portails PS précédents, est encore perçu comme insuffisamment en phase avec les attentes de ses utilisateurs :

- les utilisateurs ne peuvent se créer leur profil « configuré » leur permettant d'accéder directement aux services qu'ils utilisent le plus, contrairement à des standards de marché (Gmail + etc.), alors même que la rapidité et la simplicité d'utilisation sont clefs pour le médecin de ville en consultation
- les téléservices ne sont pas tous interrégimes, bien que la couverture interrégimes ait été considérablement étendue sur la durée de la COG. Ainsi, pour certains médecins, le fait de ne savoir d'emblée (hors connexion) si le patient en consultation relève d'un régime interfacé constituerait un frein au recours à ces téléservices.

- les téléservices Espace Pro ont été conçus dans une logique de dématérialisation de documents administratifs, et non pas dans une vision métier qui permettrait aux professionnels de santé une gestion de parcours « de bout en bout ». L'approche métier est actuellement le monopole des éditeurs de logiciels et de leurs téléservices intégrés qui sont jugés plus pratiques par 94 % des professionnels interrogés<sup>6</sup>. Ils présentent essentiellement comme avantages de ne pas avoir à sortir du logiciel métier pour se connecter à Espace Pro, la possibilité de stocker des éléments dans les dossiers clients, ainsi que l'absence de problèmes de connexion.

[44] De manière spécifique des limites existent également sur certaines téléprocédures :

- AAT : Dans la même logique, le recours au téléservice AAT, pourtant porteur d'enjeux très significatifs en matière de maîtrise des dépenses, est également limité par les fonctionnalités proposées. Pour rappel, en 2016, 17 451 784 AAT ont été prescrits, parmi lesquels seuls 22,61 % étaient dématérialisés (4 012 832 de e-AAT, et 13 738 652 de AAT papier). Le taux d'évolution du recours au téléservice depuis 2014 a très peu progressé (cf. tableau précédent).

Ainsi, à titre d'exemple, le médecin ne dispose pas du contexte patient suffisant pour savoir s'il s'agit d'un arrêt initial ou d'une prolongation. Les fiches repères n'indiquent qu'une durée recommandée pour les arrêts de travail, que le médecin peut modifier à la hausse ou à la baisse. PSE : le téléservice protocole de soins électronique ne permet pas d'inscrire un patient dans un parcours SOPHIA simultanément, alors même qu'un médecin de ville est amené à réaliser un protocole de soins pour un patient diabétique par exemple, donc éligible à SOPHIA.

## 2.2.2 L'ergonomie ne facilite pas l'utilisation des téléservices

[45] D'après la CNAMTS l'ergonomie des téléservices a fait l'objet d'une amélioration continue par le Programme 2. Cependant les Conseiller informatique Service (CIS), rencontrés lors des entretiens auprès des CPAM et des DRSM, font état des difficultés persistantes.

[46] Deux modalités de connexion permettent d'accéder à Espace Pro, offrant des niveaux de sécurisation différents : mot de passe et login, ou insertion de la CPS et de la carte Vitale du patient. Seule la connexion via la carte « professionnel de santé » - CPS - et la carte vitale du patient permet d'accéder aux téléservices patients. Or, les professionnels de santé préféreraient entrer directement le NIR de l'assuré lors de la connexion à Espace Pro, pour gagner en rapidité, notamment afin de s'assurer que l'assuré est éligible au téléservice auquel le médecin de ville souhaite recourir. En 2016, la CNAMTS a comptabilisé 12 millions de connexions via CPS pour 67 000 utilisateurs, et 47,5 millions de connexions via login et mot de passe pour 300 000 utilisateurs.

[47] Plus spécifiquement, pour les AAT, la faible pénétration du téléservice serait pour partie due à des problèmes d'ergonomie, en plus des limites de fonctionnalités. Ainsi, l'utilisation du téléservice apparaît plus longue que le recours au formulaire papier (connexion via la carte, navigation complexe parmi les 70 fiches repères, nombreux champs à remplir par différence avec le cerfa dont le remplissage par le médecin est limité, les champs étant pour partie laissés à la main de l'assuré), et le professionnel de santé doit imprimer le volet 3 employeur pour le remettre à l'assuré une fois l'AAT complété. Le Programme 2 a engagé une refonte partielle du téléservice (impression de la notice supprimée, et remplacée par un QR code en bas du volet 3, navigation simplifiée parmi les fiches repères...), qui doit être poursuivie.

---

<sup>6</sup> enquête réalisée par la MD 20

### 2.2.3 Des contraintes de disponibilité et d'utilisation en mobilité persistent

[48] Espace Pro est une application web, issue de la fusion en 2011 d'Espace Pro et de mon compte PS, sur une technologie datée de 2008. Espace Pro est soumis à des exigences de disponibilité et de rapidité du débit du réseau, notamment en zones rurales ou semi-rurales.

[49] En raison du volume croissant de connexions et de l'obsolescence des technologies, la CNAMTS a rencontré de grandes difficultés en 2014 sur la disponibilité d'Espace Pro, qui ont été corrigées en 2015, mais ont entamé l'image dont le portail bénéficiait auprès des PS. D'après les CIS, les médecins plébiscitent la disponibilité des téléservices intégrés. En dépit des investissements réalisés par la DDSI sur la durée de la COG en matière de haute disponibilité, les professionnels de santé reprochent toujours à Espace Pro une lenteur qui rendrait le recours aux formulaires papier plus rapide<sup>7</sup>.

[50] Par ailleurs, les téléservices ne peuvent pas être utilisés en mobilité (visites à domicile, en maison de retraite...). Le portail Espace Pro n'est pas développé en responsive design, et les téléservices dits « patients » nécessitent la lecture des cartes PS et vitale. Seuls les téléservices intégrés dans les logiciels intégrés peuvent donc éventuellement être accessibles en mobilité selon les modalités retenues par les différents éditeurs.

### 2.2.4 La refonte d'Espace Pro doit être associée avec la simplification des processus

[51] Une réingénierie complète de l'Espace Pro est en cours par le Programme 2, qui doit permettre d'une part d'opérer une refonte technologique adaptée aux exigences de la haute disponibilité, et d'autre part, de mieux répondre aux besoins des utilisateurs.

[52] La nouvelle version d'Espace Pro, Améli Pro, est développée en mode agile, avec des retours utilisateurs rapides, mobilisés via un groupe test de cinq caisses (Paris, Melun, Rennes, Besançon, Toulouse) constitué depuis 2016. Elle s'étalera à minima jusqu'en 2019 par paliers successifs. Améli Pro est par ailleurs développé en « mobile first » afin de répondre aux enjeux de mobilité.

[53] La CNAMTS fait évoluer les téléservices afin qu'ils puissent être utilisés sans lecture de carte dès lors que la lecture de la carte n'est pas jugée juridiquement contraignante. Pour autant, au-delà des évolutions technologiques et ergonomiques apportées, l'appropriation par les professionnels de santé exige une refonte des processus métier associés aux téléservices, qui doit mobiliser les services concernées de la CNAMTS. Ainsi, la simplification des ALD a permis la refonte du téléservice PSE : les médecins peuvent désormais se passer de la lecture de la carte vitale, ce qui a fait progresser le taux de dématérialisation de 13 points entre 2015 et 2016.

[54] Il est donc souhaitable que la CNAMTS poursuive les travaux engagés autour de la simplification des processus métier, notamment dans le domaine des AAT, porteur de forts enjeux tant en matière de qualité de service que de gestion du risque, afin d'améliorer drastiquement le taux de recours à ce téléservice.

---

<sup>7</sup> Etude réalisée par certaines CPAM de la MD 20 auprès de médecins



### 3 L'OUTILLAGE DES DRSM ET ELSM

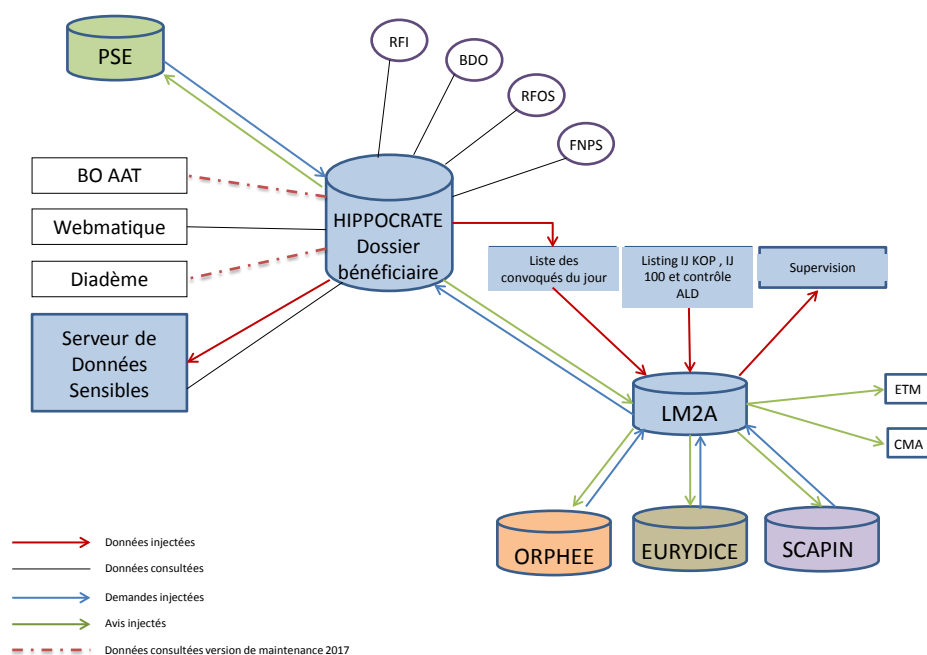
[55] L'outillage des DRSM et des ELSM repose sur un outil « cœur de métier » Hippocrate ainsi que sur un ensemble de liaisons vers des applicatifs, bases de données et référentiels de l'écosystème CNAMTS qui ne sont pas spécifiques au service médical, mais contribuent à son activité, notamment en matière de contrôle des prestations en espèces (CPRAA) ou de contrôle contentieux (CCX).

#### 3.1 Un outillage des DRSM et ELSM hétérogène et daté

##### 3.1.1 De très nombreuses applications sont utilisées par les services médicaux

[56] L'état des lieux ci-dessous a été alimenté par les travaux conduits par la CNAMTS avec la DRSM île de France sur la refonte du Portail Agent.

Graphique 2 : Cartographie des applications utilisées par les services médicaux



Source : CNAMTS

- Hippocrate Production est l'outil central du Service Médical. C'est une application régionale avec des bases locales étanches (conformément au décret CNIL) pour les services de contrôle des prestations (avis d'arrêt de travail, dossier de bénéficiaire du service médical, gestion des convocations, ...). Par le biais d'une interface sécurisée il permet la gestion du dossier bénéficiaire à partir des données médico-administratives et des médicales recueillies dans le cadre des avis rendus.

#### Applicatifs de type « front office » ou de flux entrants (gestion documentaire et téléservices)

- Medialog+ est l'outil CNAMTS de gestion de la relation avec les assurés. Il n'est pas interfacé avec les applications du domaine médical.

- Diadème (« Dématérialisation et Indexation Automatique des Documents Et Messages Electroniques ») permet la dématérialisation, l'indexation, le stockage, la circulation (traçabilité) et la restitution (consultation) des documents. L'ensemble des documents numérisés en CPAM est accessible au service médical (avis d'arrêts de travail lorsqu'ils sont arrivés sous format papier, reconnaissance ATMP, indemnités journalières ...). A terme, Hippocrate permettra d'utiliser le webservice de recherche et consultation de documents en cours de validation au sein du projet Diadème.
- Espace Pro ou les téléservices proposés en intégré logiciel sont le support de saisie des professionnels de santé d'un certain nombre d'actes métier, parmi lesquels les AAT, ou les PSE

#### Applicatifs de production

- Le Back Office « Avis d'Arrêts de travail » (BO AAT) centralise l'ensemble des arrêts de travail et certificats médicaux dématérialisés via les logiciels intégrés ou espace-pro, ainsi que les avis d'arrêt de travail maladie, maternité, paternité numérisés et injectés depuis Diadème. Cet outil permet également au service médical d'obtenir en automatique des résultats de listes de ciblage (prescripteurs mis sous accord préalable ou sous objectifs, arrêts itératifs...), et d'effectuer des requêtes de recherche multi critères. Il n'existe pas de liaison automatique entre le BOAAT et Hippocrate.
- LM2A (« Liaisons Médico-Administratives Automatisées ») permet aux services administratifs et médicaux de gérer leurs échanges relatifs aux demandes de prestations des bénéficiaires. LM2A permet également la gestion des demandes en matière de risques professionnels (ORPHEE et Eurydice), de risque invalidité (SCAPIN), de prestations en espèces et en nature.
- PROGRES est l'outil du Service Administratif pour la gestion des Indemnités Journalières liées aux arrêts de travail AS et AT/MP. Certains avis donnés dans Hippocrate, transitent par l'application LM2A et génèrent une inscription dans les zones ETM (exonération du Ticket Modérateur) et CMA (contexte médico-administratif) de la BDO. Elles sont alors consultables dans Progrès.
- Orphée, Eurydice et Scapin sont trois applications en charge respectivement de la gestion des accidents du travail et maladie professionnelles jusqu'à leur reconnaissance, et des pensions d'invalidité. Les échanges entre ces applications et le SI du service médical sont assurés par LM2A.

#### Les principales bases et référentiels de données

- Hippocrate Décisionnel est une base de données alimentée par incrément mensuel à partir des informations saisies via Hippocrate Production. Les requêtes de ciblage des assurés en sont issues. Des requêtes mensuelles (à M+ 10 j) ainsi que des tableaux d'activité sous BO sont accessibles en routine au niveau local, régional et national pour permettre le pilotage de l'activité.
- La Base de Données Opérante (BDO) est la base référentielle des assurés. L'accès à la BDO est réalisé à partir des vues PROGRES (infos Bénéficiaire, ETM, informations concernant le médecin traitant, le régime, la liste des bénéficiaires rattachés à l'assuré). L'application Webmatique permet la consultation des données de gestion des bénéficiaires. L'accès en consultation au dossier Webmatique du bénéficiaire se fait directement à partir du dossier Hippocrate.

- Erasme (Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique) est une base de données permettant un traitement statistique des données individuelles issues de différentes applications et référentiels tels que la BDO, le Fichier National des Professionnels de Santé (FINPS), Les requêtes de ciblage de type IJ 100, IJKOP par exemple en sont issues..
- Localement, des référentiels (ex : Conso IJ, Référentiel IJ...) et outils d'aide à la décision sont développés et mis à la disposition des techniciens médicaux et des médecins conseils.
- Le serveur de données sensibles (SDS) contient les documents générés via l'application Hippocrate (courriers adressés aux professionnels de santé, rapports médicaux), tous les documents médicaux « papiers » concernant le contrôle contentieux et le RPS, et les listings des dossiers à traiter à disposition des agents.
- L'accès au RFI (Référentiel national des individus) et au Référentiel Offre de Soins (RFOS ou FNPS) est réalisé pour consulter les données administratives d'un assuré ou d'un professionnel de santé.

### 3.1.2 Un système d'information du service médical daté et peu évolutif

[57] Le système d'information du service médical est à l'image du SI assurance maladie encore très marqué par des applications développées selon des normes et technologies datées (client lourd, ...) en totale étanchéité avec les applications utilisées dans les services administratifs. Hippocrate Production, application centrale du service médical, développée il y a plus de 15 ans, est ainsi structurée autour de bases régionales bénéficiant d'une sécurisation spécifique (isolement sur un serveur à part).

[58] Ces dernières années, des efforts conséquents ont été réalisés pour faciliter la communication entre le monde administratif et le monde médical à travers l'automatisation des liaisons interservices, leur dématérialisation et traçabilité (projet LM2A).

- via LM2A, les avis rendus par le service médical sont directement injectés dans la BDO, Orphée, Eurydice et Scapin. De même LM2A injecte dans Hippocrate les questions des services administratifs relatives aux dossiers à contrôler (notification des cas réglementaires nécessitant un avis), les listings de contrôle IJ (KOP, 100 jours) et ALD (CAP).
- des accès directs aux référentiels ou applications nécessaires au traitement des dossiers ont été développées depuis Hippocrate afin d'éviter l'ouverture dispersée de ces nombreuses applications, et dans certains cas d'interfaçage plus abouti, la recopie des éléments de contexte du traitement (NIR, Nom, prénom ...).
- des contrôles automatiques de données adossées aux référentiels RFI, le FNPS/RFOS ont également été mises en œuvre.

[59] En dépit des avancées récentes, certains processus métier sont peu outillés et donnent lieu au développement d'applications locales peu référencées et mal articulées avec le système national : modules de ciblage (Conso IJ, Conso ALD, ...), aides à la relation client (Gestion des planning de convocation des bénéficiaires, Bases de connaissance pour les PFS professionnels de santé, Systèmes documentaires propre au service médical (gestion de la documentation métier, ...), outils d'aide à la décision pour rendre les avis (aide pour mise en invalidité, calculs de devis en RCT par exemple)

[60] Afin de satisfaire aux exigences CNIL de nombreuses applications nationales sont encore cloisonnées géographiquement (BDO, Hippocrate...) et ce alors même que la CNAMTS cherche à développer un modèle de travail en réseau à l'échelle nationale ou interrégionale.

[61] Les applications restent silotées imposant la mise en place de flux d'échanges entre elles pour tenter de reconstituer une chaîne de traitement fluide. Cependant, tous les échanges utiles ne sont pas encore en place et beaucoup d'entre eux sont réalisés par batch avec un délai de rafraichissement de la donnée à J+1 ou plus.

[62] Enfin, l'ancienneté de certaines applications impose de lourdes mises à niveau technique et technologique (Hippocrate, PROGRES PE...).

### 3.1.3 Des répercussions sur l'efficacité et la productivité des ELSM

[63] La productivité est limitée par l'outillage éclaté et peu interfacé avec le reste des SI de production, soulevant des difficultés liées à :

- la gestion des données entrantes, avec des entrées multi-types et de formats hétérogènes : listings Excel de ciblage (KOP, 45j...), ciblage BO AAT, échanges LM2A, rapports non complètement dématérialisés des médecins mandatés pour un contrôle diligenté par un employeur, échéances planifiées dans Hippocrate.
- des opérations de recherche d'informations requérant l'ouverture d'applicatifs et de référentiels multiples, jusqu'à 8 simultanément (LM2A, Intranet local, Orphée, Webmatique, Médialog, Diadème, Conso IJ, Référentiel IJ, VIDAL, CCAM...) qui présentent des interfaces hétérogènes et génèrent des temps de traitement importants.
- de nombreuses ressaisies d'informations, notamment du « contexte métier » (ex : le NIR), y compris au sein de la même application Hippocrate dans les écrans « traitement » et « Observation médicale ».

[64] Par ailleurs, le suivi de l'activité et le pilotage stratégique sont rendus difficiles en l'absence de vue consolidée des activités en cours et des dossiers à traiter, ce qui limite la capacité de réaction et de priorisation de la charge de travail qui est actuellement affectée manuellement par un superviseur

[65] Enfin, la communication avec les assurés et les prescripteurs s'effectue encore majoritairement par courrier ce qui génère des coûts d'affranchissement et des délais de traitement importants.

## 3.2 Des projets d'amélioration mais pas de perspective concrète

[66] A l'occasion d'ateliers de travail partagés entre la CNAMTS et la MOAD DRSM Île de France plusieurs thèmes de travail prioritaires ont été isolés et regroupés en trois grands axes de réflexion concernant une rénovation du système d'information du service médical<sup>8</sup>, que la mission a repris :

### 3.2.1 Le traitement

[67] CONTEXTUALISER LES TRAITEMENTS : faciliter la réalisation des tâches métier en simplifiant l'accès à l'information et en limitant les ressaisies. Il s'agira notamment d'identifier pour chaque tâche (après identification des tâches utiles) l'information nécessaire à sa réalisation et de la regrouper au sein d'une interface unique sans avoir à ouvrir de multiples outils.

---

<sup>8</sup> Note de précadrage du 20 avril 2017 par la MOA de la DDO (plus précisément la DPAM)

[68] HISTORISER : améliorer le stockage et l'archivage des documents (dématérialisation, GED) et la traçabilité des traitements, maintenir une sécurisation des accès aux données. Il est attendu, en particulier, de compléter la dématérialisation des flux entrants papier, d'améliorer les fonctions d'archivage actuellement prises en charge par le SDS et de faciliter leur mise à disposition dans un contexte de traitement métier (alimentation des instanciers de tâches, recherches documentaires...)

### 3.2.2 Le pilotage et La Maîtrise Des Risques

[69] PILOTER l'ACTIVITE ET LES RESULTATS: faciliter le pilotage des tâches, leur hiérarchisation, répartir la charge et mesurer l'efficacité des traitements. Des attentes importantes concernent la gestion réactive des tâches en instance et de la charge en fonction des ressources disponibles. Il conviendra également de tracer les opérations réalisées par les différents organismes (mutualisation), entités organisationnelles et faciliter la réalisation de bilans d'activité.

[70] CIBLER ET PILOTER LA GDR : optimiser la gestion du risque. Il est question ici d'optimiser les ciblage de contrôle (algorithmes, requêtes) pour une efficacité maximale de maîtrise des risques et de mesurer les résultats en lien avec les objectifs de gestion.

### 3.2.3 La communication

[71] COLLABORER AU SEIN DES PROCESSUS : poursuivre la simplification des échanges entre services administratifs et médicaux, développer les partenariats entre organismes de la sphère sociale, s'ouvrir à la collaboration externe

[72] COMMUNIQUER AVEC NOS PUBLICS : optimiser la relation client en répondant au plus près aux attentes spécifiques de chaque public, de chaque territoire ; optimiser les canaux de contact.



## ANNEXE 6 - BILANS MSAP HOSPITALIERES 2014 ET 2016

### Précisions sur les données

Les données communiquées par la CNAMTS comportent certaines anomalies, les totaux ne correspondant pas toujours à la somme des éléments indiqués dans les colonnes.

Par exemple les demandes de MSAP de chirurgie ambulatoire se sont élevés en 2014 à 3 096 au total, alors que la somme des accords et des refus vaut 3 078.

## 1 BILAN MSAP 2014

### 1.1 MSAP CHIRURGIE AMBULATOIRE

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	148	1782	1760	28
Public	146	1314	1274	16
Total	294	3096	3034	44

Geste	MSAP	Demandes	Accords	Refus
Accès vasculaire	2	2	2	0
Angioplasties membre supérieur	4	21	21	0
Arthroscopies du genou hors	8	7	7	0
Avulsion dentaire	4	26	26	0
Chirurgie anale	6	16	16	1
Chirurgie canal carpien et autres	3	8	8	0
Chirurgie col, vulve, vagin	1	3	3	0
Chirurgie de l'avant pied	3	1	1	0
Chirurgie de la main	2	0	0	
Chirurgie de la main Chirurgie de la	1	8	8	
Chirurgie des bourses	4	0	0	
Chirurgie des bourses de l'enfant	2	3	3	
Chirurgie des hernies abdominales	16	59	59	0
Chirurgie des hernies de l'enfant	1	0	0	10
Chirurgie des hernies inguinales	62	447	447	2
Chirurgie des varices	16	126	126	2
Chirurgie du cristallin	39	1134	1134	9
Chirurgie du nez	5	29	29	
Chirurgie du sein / tumorectomie	2	0	0	
Chirurgie l'épaule	5	18	18	2
Chirurgie utérus	10	58	58	2
Chirurgie utérus, vulve, vagin et AMP	2	25	25	0

RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2017-007R

Cholécystectomie	46	823	823	12
Fistules artérioveineuses	1	0	0	0
Interruption tubaire	1			
LEC	5	13	13	0
Varices	1	8	8	0
Chirurgie du nez	30	194	194	0
Geste sur l'uretère	6	5	5	4
<b>Total</b>		<b>3096</b>	<b>3034</b>	<b>44</b>

**Bilan ES soumis à MSAP 2014 - 55 gestes**

catégorie d'établissement	MSAP	Demandes	Nombre de séjours concernés par une MSAP
CHR/CHU	50	544	14257
Autres publics (dont HIA)	96	810	18617
CLCC	0	0	0
Privé BL	141	1908	47069
Privé NBL	7	83	1634
<b>Total</b>	<b>294</b>	<b>3345</b>	<b>81577</b>

**Bilan ES soumis à MSAP 2014 hors OPH - 48 gestes**

catégorie d'établissement	MSAP	Demandes	Nombre de séjours concernés par une MSAP
CHR/CHU	44	367	8910
Autres publics (dont HIA)	86	465	11788
CLCC	0	0	0
Privé BL	118	1176	18891
Privé NBL	7	83	1634
<b>Total</b>	<b>255</b>	<b>2091</b>	<b>41223</b>

\* exclusion des gestes marqueurs 9, 26, 27, 32, 34, 54, 55

Geste	MSAP 2014	Demandes	Total séjours	% MSAP/séjour
Chirurgie du cristallin	39	1254	40354	3,11%
Cholécystectomie	48	871	6919	12,59%
Chirurgie des hernies inguinales	63	479	9044	5,30%
Chirurgie du nez	36	229	4328	5,29%



RAPPORT DEFINITIF IGAS N°2017-007R

Chirurgie des varices	19	157	4116	3,81%
Chirurgie de l'utérus	10	60	6053	0,99%
Avulsion dentaire	4	59	2541	2,32%
Chirurgie des hernies abdominales	16	56	1486	3,77%
Angioplasties du membre supérieur	4	46	530	8,68%
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	3	45	119	37,82%
Chirurgie de l'épaule	5	18	527	3,42%
Chirurgie anale	6	17	180	9,44%
LEC	5	14	501	2,79%
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	8	10	1416	0,71%
Chirurgie du canal carpien et autres libérations	3	8	574	1,39%
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren	1	8	119	6,72%
Geste sur l'uretère	6	6	1042	0,58%
Chirurgie des bourses de l'enfant	2	3	40	7,50%
Chirurgie des bourses	4	2	488	0,41%
Accès vasculaire	2	2	532	0,38%
Chirurgie de l'avant pied	3	1	205	0,49%
Chirurgie de la main	2	0	184	0,00%
Chirurgie du sein/tumorectomie	2	0	38	0,00%
Chirurgie des hernies de l'enfant	1	0	33	0,00%
Fistules artérioveineuses	1	0	93	0,00%
Interruption tubaire	1	0	115	0,00%

## 1.2 MSAP HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

Hors chirurgie ambulatoire, les MSAP ont concerné en 2014 les domaines suivants :

- 1- Actes de chirurgie de l'obésité
- 2- Actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice
- 3- Hospitalisation de jour pour bilan diabétique
- 4- Hospitalisation de jour pour acte ouvrant droit à SE

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	27	546	497	38
Public	23	694	635	18
Total	50	1240	1132	56

Dont

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Chir obésité	35	737	629	56
Chir réparatrice	1	2	2	0
Bilan diabète	4	176	176	0
HDJ acte SE	12	325	325	0

## 1.3 MSAP SSR

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	58	1315	1287	24
Public	42	789	778	11
Total	100	2104	2065	35

Bilan par geste

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Prothèse hanche	64	580	524	16
Prothèse genou	65	1278	1265	13
Chirurgie de la coiffe	16	29	27	2
Chirurgie fracture trochanter	25	86	86	0
Ligamentoplastie	24	56	48	8
Pt hanche suite fracture	29	75	75	0

## 2 BILAN MSAP 2016

### 2.1 MSAP CHIRURGIE AMBULATOIRE

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	158	1405	1400	47
Public	188	866	903	12
Total	346	2362	2303	59

#### Bilan par geste

Geste	MSAP	Demandes	Accords	Refus
Accès vasculaire	8			
Angioplasties membre supérieur	1			
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties	22	43	30	13
Avulsion dentaire	6	38	37	1
Chirurgie anale	5	1	1	
Chirurgie canal carpien et autres libérations	6	4	4	0
Chirurgie de la main	1	4	4	0
Chirurgie de la main Dupuytren	2	9	9	0
Chirurgie de la main ligaments et tendons	1	0	0	0
Chirurgie de l'avant pied	2	0	0	0
Chirurgie de l'épaule	8	17	16	1
Chirurgie de l'utérus	11	39	37	2
Chirurgie des bourses	1	0		
Chirurgie des hernies abdominales	20	102	112	0
Chirurgie des hernies de l'enfant	1	0		
Chirurgie des hernies inguinales	33	206	204	1
Chirurgie des hernies inguinales	20	105	102	2
Chirurgie des maxillaires	1			
Chirurgie des sinus	6	4	4	0
Chirurgie des varices	14	36	36	3
Chirurgie du canal carpien et autres libérations	3	7	7	
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin	3	3	3	0
Chirurgie du cristallin	41	958	937	21
Chirurgie du glaucome	2	6	5	0
Chirurgie du glaucome	1			
Chirurgie du nez	15	57	56	1
Chirurgie du poignet	1	0	0	0
Chirurgie du trou maculaire	2	20	19	1
Chirurgie l'épaule	7	2	10	0
Chirurgie utérus	5	1	2	0
Cholécystectomie	65	529	588	6
Exérèse de lésion sous-cutanée	1	0	0	
Exérèse de lésions cutanées	1	0	0	
Fistules artérioveineuses	4			
Geste sur l'uretère	3	2	6	0
Interruption tubaire	5	4	4	0
LEC	1			
<b>Total général</b>	<b>346</b>	<b>2271</b>	<b>2303</b>	<b>28</b>

## 2.2 MSAP HORS CHIRURGIE AMBULATOIRE

Hors chirurgie ambulatoire, les MSAP ont concerné en 2016 les domaines suivants :

- 1- Actes de chirurgie de l'obésité
- 2- Actes de chirurgie réparatrice et reconstructrice
- 3- Hospitalisation de jour pour bilan diabétique
- 4- Hospitalisation de jour pour acte ouvrant droit à SE
- 5- Chirurgie du canal carpien

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	34	761	572	190
Public	11	89	80	9
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>850</b>	<b>652</b>	<b>199</b>

Dont

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Chir obésité	35	676	480	197
Chir réparatrice	2	52	52	0
Bilan diabète	0	0	0	0
HDI acte SE	4	64	64	0
SCC	4	58	56	2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>850</b>	<b>652</b>	<b>199</b>

Statut	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Privé	81	1145	1098	51
Public	85	1032	1004	21
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>2177</b>	<b>2102</b>	<b>72</b>

Bilan par geste

Gestes	Etablissements	Demandes	Accords	Refus
Prothèse hanche	68	993	1013	30
Prothèse genou	38	412	388	15
Chirurgie de la coiffe	18	245	233	12
Chirurgie fracture trochanter	15	135	247	2
Ligamentoplastie	19	130	116	12
Pt hanche suite fracture	11	134	133	1
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>2149</b>	<b>2130</b>	<b>72</b>

## ANNEXE 7 – LE PROGRAMME PRADO

[1] Le Programme d'Aide au retour à Domicile (Prado) est un service d'accompagnement au retour à domicile des patients hospitalisés en établissements. Le service permet aux patients éligibles à une sortie d'hôpital d'être mis en relation avec des professionnels de santé de ville qui les prennent en charge au retour à domicile.

[2] Initié en 2010 par la CNAMTS, le volet Maternité revendique 1,2 millions d'adhérentes<sup>9</sup> depuis sa création. Ce succès auprès des assurés a largement motivé la diversification thématique du programme PRADO qui compte actuellement deux volets supplémentaires : chirurgie et pathologies chroniques.

[3] Porteur de fortes ambitions, le programme fait l'objet de nombreuses critiques portant sur son faible rendement et sur des difficultés d'intégration au sein des établissements. Ces critiques trouvent un fort écho d'autant que, 7 ans après son lancement, PRADO n'a toujours pas fait l'objet d'une évaluation externe exhaustive, contrairement à un autre programme emblématique de la CNAMTS, SOPHIA.

[4] C'est dans ce contexte, et en préparation des négociations de la COG, que la mission a choisi de conduire un travail d'évaluation, aussi précis que les données communiquées l'ont permis, et axé sur les résultats et les rendements du programme.

### 1 IMPULSE PAR LA REUSSITE DU VOLET MATERNITE, LA DIVERSIFICATION DU PRADO EST PEU MAITRISEE

#### 1.1 Un programme de plus en plus diversifié

[5] A l'origine centré sur les sorties standards de maternité, PRADO a été enrichi en 2013 de deux nouveaux volets dont les objectifs globaux énoncés par la CNAMTS sont les suivants :

[6] PRADO a été étendu en 2012 aux sorties d'hospitalisation après chirurgie orthopédique. Depuis 2013, deux programmes concernant des épisodes aigus de pathologies chroniques ont été expérimentés et sont en cours de déploiement (décompensation cardiaque et exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive - BPCO). Le PRADO Pathologies Chroniques devrait être généralisé à l'ensemble du territoire en 2017.

[7] Différents projets d'extension sont actuellement en cours :

- PRADO maternité a été étendu aux patientes en « sortie précoce »<sup>10</sup> depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Initialement proposé par 33 établissements (21 CPAM) en mars 2015 suite à la conclusion d'un protocole CNAMTS/ONSSF/UNSSF, le service est désormais offert par la quasi-intégralité du réseau auprès de 350 établissements et 12 469 « Prado sorties précoces » avaient été comptabilisés (au 20 novembre 2016).

---

<sup>9</sup> Février 2017, données de l'Outil Multi-Volets issues de la saisie des CAM

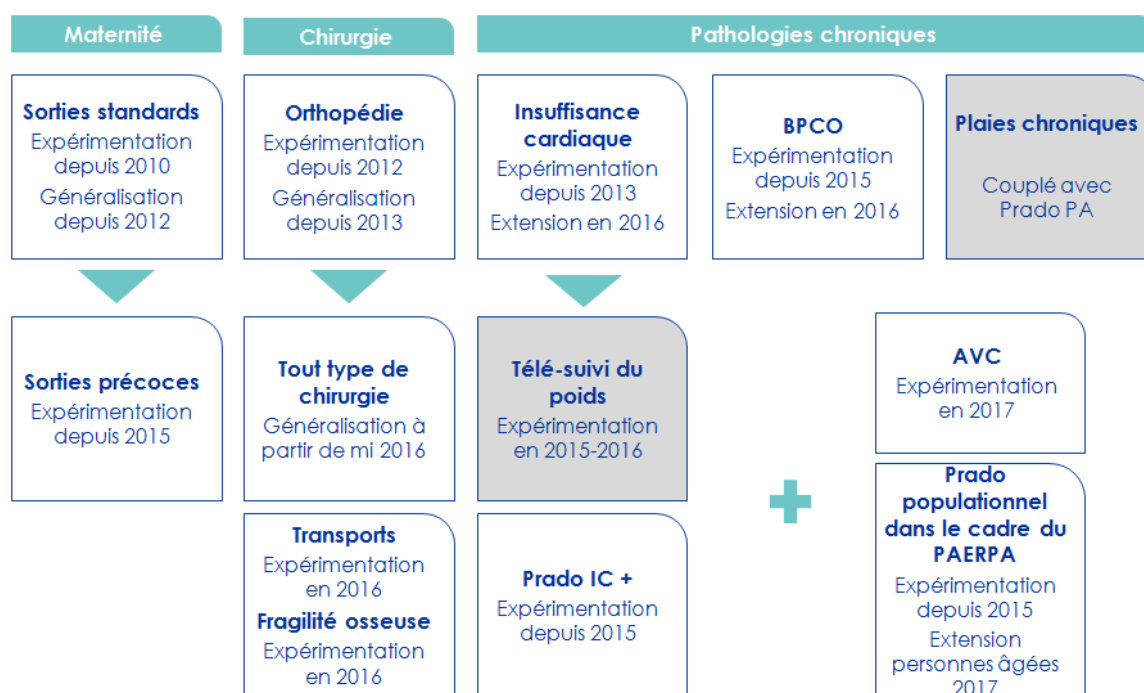
<sup>10</sup> au cours des 72 premières heures si voie basse, au cours des 96 premières heures si césarienne

- PRADO Chirurgie est étendu au champ de la chirurgie digestive, avec l'ambition d'être généralisé à tout type de chirurgie selon les besoins identifiés par les professionnels de santé. Une action fragilité osseuse est en cours de développement (repérage des patients à risque et mise en œuvre des mesures thérapeutiques si besoin).
- Un PRADO Accident Vasculaire Cérébral (AVC) devrait être expérimenté en Juillet 2017 sur deux parcours post MCO suivant la gravité de l'AVC.

[8] Certaines de ses expérimentations ont été arrêtées ou repositionnées :

- L'expérimentation télé-suivi du poids pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque a été suspendue le 31 décembre 2016, un an après son lancement, en raison du faible nombre d'inclusions ;
- L'expérience menée en commun avec les PAERPA pour la sortie des personnes âgées s'est avérée inadaptée aux patients en situation de dépendance. Elle va donner lieu à un programme PRADO personnes âgées (+75 ans) spécifique, recentré sur les services de médecine et les patients sont pas encore en perte d'autonomie, et expérimenté sur dix territoires. Le contenu du programme n'a pas été précisé.
- L'expérimentation Plaies chroniques sera repositionnée dans le volet personnes âgées par adaptation du process Paerpa (voir supra).

Schéma 1 : Présentation des volets du programme PRADO – 2016



Source : CNAMTS

## 1.2 Un manque d'appui sur des évaluations externes

[9] Les volets PRADO sont conçus et suivis à la CNAMTS par la direction des assurés, placée sous l'autorité de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS).

[10] La CNAMTS revendique un processus de conception et de suivi des programmes rigoureux, prévoyant en amont une analyse de la littérature scientifique ainsi qu'un ciblage s'appuyant 1) sur des effets volumétriques et 2) sur la capacité à mettre en œuvre un accompagnement standardisé. Une évaluation externe des différents programmes doit être présentée annuellement au comité de suivi PRADO. En pratique, les programmes sont très peu évalués.

[11] Les déploiements suivent systématiquement une phase d'expérimentation, mais celle-ci n'est pas précédée d'une évaluation externe. Certains se traduisent par des échecs face à des réticences ou des obstacles structurels pas toujours anticipés : les faibles volumétries du télé-suivi du poids (115 inclusions en un an) ou des plaies chroniques.

[12] En se proposant d'accompagner le « virage ambulatoire », PRADO se fixe d'accélérer la sortie d'hôpital, de renforcer la coordination des libéraux, ou d'éduquer les patients. Le programme intéresse un large nombre d'acteurs et multiplie les objectifs, ce qui en complexifie l'évaluation qui va dépendre du point de vue selon lequel on se place.

[13] Les chiffres disponibles sont peu documentés. Cette carence alimente un climat de défiance face aux évaluations internes de la CNAMTS, qui nourrit les réticences tant des hospitaliers que des professionnels libéraux. En première ligne de la promotion de PRADO, le réseau appelle de ses vœux des éléments d'évaluation des programmes afin d'être en capacité de convaincre les partenaires du programme.

## 1.3 Une meilleure exploitation des données issues de la base PRADO à mettre en œuvre pour mieux mesurer l'efficacité médico-économique du dispositif

[14] La CNAMTS a conçu la base de données des patients PRADO sur une base compartimentée, c'est-à-dire détachée des autres bases de la CNAMTS, pour répondre aux exigences de la CNIL.

[15] Le pilotage du PRADO est pénalisé par la faible fréquence des mises à jour (données remontées annuellement) et le manque d'exploitation des données qui n'alimentent pas d'indicateur de gestion en routine.

[16] La CNAMTS a engagé des travaux dont les résultats, attendus en 2017, doivent permettre l'automatisation du processus de remontée des données anonymisées de la base PRADO vers le SNIIRAM, et la mise en œuvre de calculs en routine sur l'évaluation médico-économique du dispositif.

## 2 DES ADHESIONS TIREES PAR PRADO MATERNITE MAIS UN FAIBLE IMPACT SUR LES DEPENSES DE SOINS

[17] En l'absence d'évaluation externe la mission s'est appuyée sur les informations communiquées par la CNAMTS ou lors de ses déplacements dans le réseau.

### 2.1 Les actions COG ont été effectuées mais reflètent mal les résultats inégaux obtenus sur les différents volets

#### 2.1.1 Le réseau a atteint ses objectifs d'adhésion mais les objectifs COG sont peu pertinents et non satisfaits

[18] Le développement des services en santé (PRADO, SOPHIA Santé Active) était un des objectifs de la COG 2014-2017. Les modalités propres au déploiement de PRADO sont précisées dans la Fiche n°7 « Conforter l'offre de services intégrée de l'assurance maladie », qui prévoit deux objectifs :

- Développer des services en santé intégrant l'accompagnement des démarches administratives et l'amélioration du parcours de soins ;
- Fluidifier le parcours de soins et accompagner les patients lors d'épisode de soins aigus et en sortie d'hospitalisation.

[19] Les 6 actions concernant spécifiquement PRADO, et on dans l'ensemble été réalisées :

Tableau 1 : Extrait de la fiche n°7 de la COG et réalisations en date (avril 2017)

N°	Actions	Commentaires CNAMTS
7.1	Articuler le parcours maternité, l'offre de service PRADO et proposer une déclaration en ligne du nouveau-né via le compte assuré	Réalisé
7.2	Intégrer dans les services en santé des propositions d'accompagnement personnalisés (ex. : accompagnement au sevrage tabagique dans PRADO maternité incluant les forfaits substituts nicotiniques)	Non réalisé, pas de personnalisation des accompagnements
7.11	Etendre le PRADO maternité aux sorties précoces ainsi qu'aux césariennes non compliquées.	Réalisé. Le programme sorties précoces est expérimentée depuis juillet 2016, le programme césarienne est généralisé depuis 2015
7.12	Expérimenter une offre de service d'accompagnement des patients en épisode aigu et en sortie d'hospitalisation	Fusionné avec le 7.13
7.13	Déployer des nouveaux services PRADO BPCO et plaies chroniques	Réalisé, avec un repositionnement du volet l'offre « Plaies chroniques » sur l'offre personnes âgées
7.14	Expérimenter un PRADO populationnel auprès des personnes âgées	Réalisé dans le cadre de l'expérimentation avec les PAERPA.

Source : CNAMTS



[20] Dans le cadre des actions 7.17 et 7.18 prévues pour le programme SOPHIA, une expérimentation « Insuffisance cardiaque » combinant PRADO et SOPHIA est en cours dans 7 territoires (PRADO IC+). Le dispositif prévoit un passage d'information de PRADO à SOPHIA lors du suivi du patient. Il n'existe pas de bilan à l'heure actuelle.

[21] Cinq indicateurs appuyaient le suivi de la réalisation des objectifs fixés dans la COG :

Tableau 2 : Suivi des indicateurs COG

	2014		2015		2016		2017	
	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif	Réalisé	Objectif
Nombre d'adhésions PRADO tous volets (*)	234 120	220 000	338 960	333 600	430 920	539 000		650 000
PRADO IC : nombre de réhospitalisations évitées		-100		-800		-2 800		-11 000
PRADO BPCO : nombre de réhospitalisations évitées			-28	-145	idem 2015	-940		-3 400
Tx recours SSR après intervention en chirurgie orthopédique		49%	42,10%	42%	non dispo	39%		36%
DMS maternité accouchement par voie basse (en jours)		4,2	3,97	4	idem 2015	3,8		3,5

(\*) objectifs revus en 2015 à 310 000 et en 2016 à 395 000

Source : CNAMTS

[22] A l'exception du premier indicateur d'adhésions le constat sur l'impact du programme est décevant.

[23] Les objectifs d'impact nationaux n'ont pas été repris dans les CPG qui se sont concentrés sur la déclinaison du nombre d'adhésions en 4 sous-objectifs de recrutement de patients et d'établissement. Durant l'année 2016 (la mission a limité son étude à cette seule année), le réseau a légèrement dépassé les objectifs fixés par la CNAMTS mais des disparités géographiques persistaient comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Atteinte des objectifs CPG ventilée par DRSM

	Nombre d'adhésions		Nbre établissements proposant	
	Prado maternité	Prado Chirurgie	Prado Chirurgie	Prado Pathologies Chroniques
PROVENCE CÔTE D'AZUR-CORSE	109%	154%	102%	0%
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	117%	61%	104%	0%
MIDI PYRENEES	93%	83%	113%	0%
AQUITAINE	116%	92%	100%	120%
LANGUEDOC ROUSSILLON	107%	161%	110%	133%
BRETAGNE	124%	169%	107%	183%
PAYS DE LA LOIRE	120%	105%	100%	114%
CENTRE	113%	94%	110%	100%
NORD EST	103%	126%	104%	136%
NORD PAS DE CALAIS - PICARDIE	113%	146%	98%	107%
AUVERGNE	109%	178%	113%	183%
ALSACE MOSELLE	117%	98%	114%	150%
RHÔNE ALPES	109%	105%	108%	122%
ILE DE France	111%	70%	98%	166%
NORMANDIE	121%	89%	100%	157%
LIMOUSIN-POITOU CHARENTES	112%	106%	96%	136%
GUADELOUPE	93%	60%	100%	0%
MARTINIQUE	106%	141%	100%	0%
GUYANE	97%	287%	100%	100%
REUNION	125%	119%	100%	0%
<b>NATIONAL</b>	<b>112%</b> <i>(392 527 adh.)</i>	<b>114%</b> <i>(34 170 adh.)</i>	<b>103%</b> <i>(547 étab.)</i>	<b>110%</b> <i>(204 étab.)</i>

Source : CNAMTS

[24] Concernant le nombre d'adhésions, les taux d'atteinte du volet Maternité sont globalement stables, seules 3 CPAM montrant des difficultés. Avec près de 400 000 adhésions annuelles, PRADO couvre désormais plus de la moitié des naissances en France, signe d'une très large appropriation tant par les établissements que par les assurés.

[25] Les disparités territoriales sont bien plus importantes sur le volet Chirurgie pour lequel 11 CPAM étaient sous le seuil des 50 % d'atteinte, tandis que 11 autres dépassaient les 200 %, la CPAM du Puy-en-Velay atteignant même 846 %.

[26] Avec 34 170 adhésions en 2016 le volet Chirurgie a su trouver un public d'assurés malgré une population éligible plus réduite et des modalités d'entrées plus complexes que le volet Maternité. Toutefois, l'importance des écarts territoriaux quatre ans après son lancement reste préoccupante et souligne la persistance de nombreuses réticences locales qui n'ont pas su être surmontées.

[27] Sans certitude sur le nombre d'établissements éligibles, le chiffre des hôpitaux proposant PRADO n'est pas représentatif de l'activité, ce d'autant que certains établissements ont une activité réduite malgré la conclusion de la convention. On retiendra que 3 régions métropolitaines n'ont

signé aucune convention sur le volet Pathologies chroniques : PACA Corse, Bourgogne-Franche Comté et Midi-Pyrénées

## 2.2 L'impact du PRADO sur les dépenses de soins est loin des ambitions initiales

### 2.2.1 PRADO a été promu comme un contributeur majeur à l'ONDAM

[28] Lancé en 2010, PRADO est un levier de gestion du risque porteur de fortes ambitions en matière de maîtrise des dépenses de santé. Le modèle économique d'accompagnement du « virage ambulatoire » devait réduire la durée des séjours hospitaliers tout en minorant le report induit sur les dépenses de ville. En 2014 PRADO était ainsi promu par la CNAMTS comme un contributeur majeur de l'ONDAM portant des économies estimées à 576 M€ dans le plan 2015-2017. Le tableau ci-dessous illustre la ventilation de ces objectifs pour l'année 2015 :

Tableau 4 : Impact attendu de PRADO sur l'ONDAM 2015 (établi en Mai 2014)

	Adhésions	Impact ONDAM 2015	
		Hôpital	Ville
Maternité	290 000	-76 M€	+6 M€
Orthopédie	25 000	-31,6 M€	-
Insuffisance Cardiaque	10 000	-12,4	+2,6 M€
BPCO	6 000	-5,6 M€	+2,5 M€
Plaies chroniques	15 000	-4,2 M€	-8,6 M€
		<b>-129,8 M€</b>	<b>+2,5 M€</b>

Source : CNAMTS

[29] La CNAMTS continue à afficher d'ambitieux objectifs d'économies de ses volets PRADO

- PRADO SSR : 4 300 € de gains attendus par patient opéré de la prothèse de la hanche (Source évaluation PRADO 2015 PMSI DCIR) ;
- PRADO Insuffisance Cardiaque : 950 € attendu par patient suivi dans le cadre d'un parcours post décompensation cardiaque (1200 € d'hospitalisation évités – 250€ de soins de ville supplémentaires) ;
- PRADO Plaies Chroniques : 100 M€ d'économies attendues sur les prises en charge de ville et réduction des durées de cicatrisation.

[30] Comme l'illustre le « focus » ci-dessous, ces chiffrages reposent sur des évaluations internes qui, sans les hypothèses sous-jacentes, sont extrêmement difficiles à confirmer pour des acteurs extérieurs à la CNAMTS, et contrastent avec les résultats finalement obtenus.

### Exemple d'estimation des gains attendus sur le PRADO Plaies Chroniques<sup>11</sup>

L'analyse du processus de prise en charge [des plaies chroniques] réalisée par la CNAMTS, montre qu'il existe en France des marges d'amélioration importantes.

La CNAMTS a identifié dans son système d'information 667 194 patients souffrant d'une plaie chronique en 2012 dont 23 % avec une escarre, 66 % un ulcère veineux, mixte ou artériel et 11 % une plaie du pied diabétique. Parmi ces patients, 42 % (278 812) étaient passés par un établissement MCO en 2012. Les durées de cicatrisation observées étaient longues (durées moyennes de cicatrisation de 271 jours pour les escarres, 147 jours pour les ulcères veineux, mixtes ou artériels et 200 jours pour les plaies du pied diabétiques).

Le coût des plaies chroniques en ville a été évalué en 2013 à près d'un milliard d'euros par an uniquement pour les escarres et ulcères veineux ou mixtes.

Les comparaisons internationales montrent que les pays qui ont mis en place des prises en charge spécifiques des plaies chroniques basées sur des référentiels médicaux ont réussi à améliorer sensiblement leurs résultats sur la réduction des durées de cicatrisation et des taux de récurrences des ulcères et des escarres par rapport à une prise en charge conventionnelle.

A partir de ces constats, la CNAMTS a développé une offre de suivi à domicile des patients présentant des plaies chroniques (escarre, ulcères veineux ou mixte à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique), après une hospitalisation (soit environ 280 000 patients par an). Les objectifs de ce service, élaboré en étroite collaboration notamment avec la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations (SFFPC), des diabétologues, sont de réduire la durée de cicatrisation et le taux de récurrences des plaies chroniques pour améliorer la qualité de vie des patients. Ce service permettra également de diminuer les coûts de prise en charge pour les soins de ville (hors transport et indemnités journalières) de l'ordre de 100 M € par an

## 2.2.2 Les seuls indicateurs disponibles témoignent d'un impact marginal du PRADO sur la réduction des dépenses hospitalières

[31] Faute d'évaluation exhaustive du programme la mission a collecté des données éparpillées pour tenter d'apprécier l'impact qualitatif et quantitatif des volets PRADO. Ces données très partielles sont loin de suffire à une évaluation exhaustive du programme qui doit être envisagée dans une approche de parcours, c'est-à-dire incluant les conséquences de la sortie d'hôpital. On sait par exemple que PRADO induit une augmentation de la consommation de soins de ville (66 jours d'infirmiers contre 52 jours en moyenne sur le volet Insuffisance cardiaque), sans que cette hausse ne soit évaluée financièrement.

[32] Sur le plan qualitatif PRADO a contribué à réduire les délais entre la sortie de l'hôpital et l'intervention des professionnels de santé libéraux, comme le montre le tableau ci-dessous. Les délais moyens du premier recours ont sensiblement baissé pour les infirmières IDE et les masseurs-kinésithérapeutes. L'impact est en revanche faible pour modéré pour les consultations de médecins (généralistes ou spécialistes), témoignant de difficultés d'appropriation chez ces professionnels :

---

<sup>11</sup> « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014 » ; Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2014.

Tableau 5 : PRADO SSR - Délai moyen du 1<sup>er</sup> recours (hors ssiad) - 2015

	Masseur Kinésithérapeute		Infirmière IDE		Médecin généraliste	
	Prado	Eligible	Prado	Eligible	Prado	Eligible
<b>Hanche</b>	3,3j	5,3j	1,9j	3,8j	32,9j	33,4j
<b>Prothèse du genou</b>	1,4j	2,6j	2,5j	4,3j	30,9j	29,6j

Source : CNAMTS – données redressées DCIR

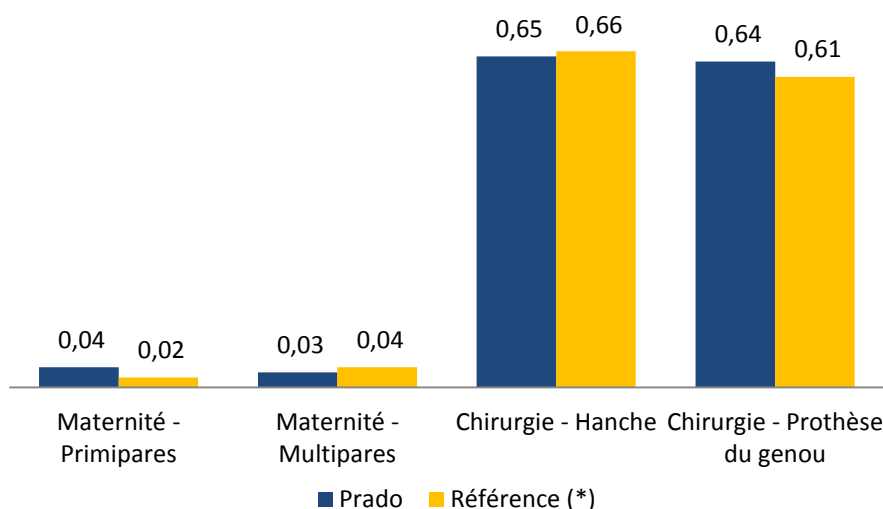
Tableau 6 : Délai de la première consultation (75% des patients)

IDE		MG		Cardiologue	
Prado	Eligible	Prado	Eligible	Prado	Eligible
5j	13j	7j	23j	45j	45j

Source : Mission, à partir d'une lecture visuelle d'un graphique CNAMTS – données redressées DCIR pour les patients non décédés à 3 mois et ayant au moins un soin à 3 mois

[33] Très attendu sur la réduction des durées moyennes de séjours (DMS), PRADO s'avère en réalité peu efficace. Les DMS des adhérents baissent dans des proportions globalement identiques aux populations de référence. Sur le volet Maternité les réductions sont très peu significatives, comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique 1 : Réduction des DMS en jours (2014/2015)

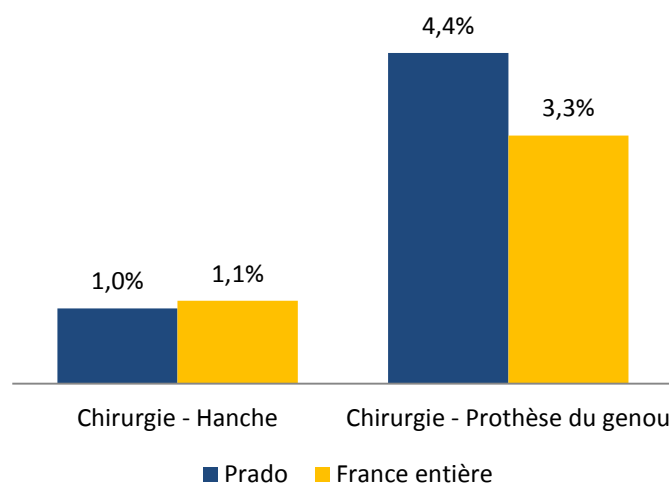


(\*) France entière pour la Chirurgie, éligibles Prado pour la maternité

Source : CNAMTS - Données redressées PMSI 2015

[34] La contribution de PRADO Chirurgie à la réduction des orientations en SSR est également modérée. Elle s'inscrit dans un contexte de réduction globale toute population confondue, PRADO semblant toutefois induire une réduction plus marquée des orientations SSR pour la chirurgie du genou comme l'illustre le graphique ci-dessous :

Graphique 2 : Réduction du% de SSR – Patients de PRADO Chirurgie (2014/2015)



Source : CNAMTS : Données redressées PMSI 2015

### 3 LES CAM SONT DESORMAIS PROFESSIONNALISEES MAIS LA PRODUCTIVITE DU DISPOSITIF POURRAIT ETRE AMELIOREE

#### 3.1 Rappel des principales modalités d'adhésion et de suivi

[35] Les modalités de fonctionnement du PRADO ont fait l'objet de nombreuses publications. Elles seront brièvement reprécisées afin d'éclairer l'analyse économique du programme qui constitue le principal objet de cette Annexe.

[36] PRADO est initié par la conclusion d'une convention entre une CPAM et un établissement de santé. L'éligibilité des patients au programme est évaluée au cas par cas par l'hôpital qui prend en compte les référentiels médicaux validés par la HAS ainsi que les critères sociaux permettant le retour à domicile (accessibilité du logement, isolement des patients ...). Les patients désignés par les établissements de santé sont contactés par des personnels spécialisés de l'assurance maladie : les conseillers de l'assurance maladie (CAM).

[37] L'adhésion est libre, gratuite et facultative. Le fait de renoncer à cet accompagnement n'entraîne aucune conséquence sur la prise en charge et les droits au remboursement. Il est possible de se désinscrire à tout moment.

[38] L'entrée dans le dispositif pour le PRADO Maternité s'effectue désormais à partir des applications mises en ligne par l'Assurance-Maladie :

- préinscription à l'initiative de l'assurée via le compte Améli ou contact sortant via OSMOSE vers les femmes enceintes, identifiées via l'exploitation des bases SIAM ERASME ;
- notification du CAM, sait qu'une patiente est préinscrite ;
- la patiente peut sélectionner la sage-femme, à l'aide d'un interfaçage avec l'annuaire santé.

[39] Pour les autres dispositifs PRADO, il n'existe pas de préinscription ou d'inscription via Améli, puisque l'éligibilité du patient est instruite et décidée par l'établissement. L'adhésion s'effectue avec les patients lors de visites dans les établissements. Elle est renseignée par les CAM dans l'Outil Multi Volets « papier », qui doivent ensuite ressaisir les données du formulaire papier dans OMV.

[40] Les professionnels de santé ambulatoire qui organiseront le suivi à domicile sont choisis par le patient. Le CAM agit en qualité de facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales.

[41] Le CAM remet au patient un carnet de suivi (papier) qui servira de document de liaison. Le suivi des patients s'effectue par le biais d'entretiens téléphoniques selon des modalités propres à chaque volet. Pour la chirurgie orthopédique par exemple, le CAM organise la prise des rendez-vous, effectue le bilan à J+1 du premier rendez-vous avec le professionnel de santé, et réalise à J+15 un bilan global.

[42] Pour les établissements éloignés, l'assurance maladie peut fournir un dispositif numérique (tablette) qui permet de gérer le processus d'adhésion à distance (e-Prado voir infra).

### 3.2 L'assurance maladie a réussi à structurer un réseau professionnel de CAM

**Préambule : les données présentées dans ce chapitre ont été fournies par la CNAMTS et sont en date du 30 juin 2016**

#### 3.2.1 Des conseillers majoritairement issus des CPAM

[43] Le programme PRADO est porté par des équipes dédiées, dénommées UOP (unité opérationnels PRADO), qui présentent la particularité d'associer personnels médicaux et administratifs et de les faire travailler dans les mêmes locaux sous la responsabilité d'un manager. Une équipe se compose typiquement d'un manager, d'un médecin référent, et des CAM.

[44] Les CAM sont très majoritairement des femmes (92%), de moyenne d'âge 43 ans, issus de redéploiement interne d'effectifs, et proviennent des CPAM (72%).

Tableau 7 : Organisme d'appartenance

	CPAM / CGSS	DRSM	TOTAL
<b>Nombre de CAM</b>	572 561 CPAM 11 CGSS	228	<b>800</b>
<b>Nombre de manager CAM</b>	100 97 CPAM 3 CGSS	16	<b>116</b>

Source : CNAMTS

### 3.2.2 L'objectif de professionnalisation des CAM est en voie d'être atteint

[45] On compte 800 CAM (591 ETP) et 116 managers CAM. Essentiellement employés à temps partiel au lancement du programme, la CNAMTS a mené une politique active pour passer les effectifs à temps plein et développer leur polyvalence<sup>12</sup> qui visent à installer le CAM à l'hôpital et à en faire un intervenant compétent sur l'ensemble des volets.

[46] On constate en effet une augmentation des ETP qui ont doublé sur l'exercice de la COG alors que les effectifs demeuraient globalement stables.

Tableau 8 : Evolution des effectifs et ETP CAM sur la COG

	2013	2014	2015	Juin 2016
<b>Nombre de CAM</b>	743	951	1044	800
<b>Nombre d'ETP CAM</b>	276	398	473	591

Tableau 9 : % du temps de travail des CAM dédié à PRADO

	0-49%	50-99%	100%	TOTAL
<b>Répartition en nombre</b>	138	182	463	<b>783*</b>
<b>Répartition en %</b>	17%	23%	58%	<b>98%*</b>

Source : CNAMTS sur base déclarative du réseau - \* 17 réponses en attente, soit 2 %

Tableau 10 : Nombre de temps plein CAM sur les différents volets

	sur 1 volet	sur 2 volets	sur 3 volets	sur tous les volets	TOTAL
<b>Répartition en nombre</b>	39	162	184	71	<b>456*</b>
<b>Répartition en %</b>	8 %	35 %	40 %	15 %	<b>98,40%</b>

Source : CNAMTS sur base déclarative du réseau - \* 7 réponses en attente, soit 1,6 %

[47] Les CAM sont majoritairement des agents de niveau 4 de la convention UNCANSS (72 %). Le coefficient rémunération moyen s'établit à 294, et 96 % des conseillers ont un coefficient de supérieur à 240, seuil fixé par la lettre réseau LR-DDO-136 / 2015 évoqué supra.

[48] Le métier de CAM est perçu comme valorisant car il ouvre des perspectives d'évolution au sein de l'assurance maladie, et satisfait un sentiment d'utilité au service des patients et de leur guérison.

<sup>12</sup> Lettre réseau LR-DDO-136 / 2015 relatives aux RH PRADO : l'exercice de l'activité de CAM se fera au minimum à 50% du temps de travail. L'objectif est que l'emploi de CAM soit exercé à temps plein dès que possible et, en tout état de cause, au plus tard le 31 décembre 2017.



Tableau 11 : Niveau de qualification des CAM

	Niv. 2	Niv. 3	Niv. 4	Niv. 5a	Niv. 5b	Non renseigné	TOTAL
<b>Répartition en nombre</b>	2	195	577	24	1	1	<b>800</b>
<b>Répartition en %</b>	0,30 %	24,40 %	72,10 %	3 %	0,10 %	0,10 %	<b>100 %</b>

Tableau 12 : Niveau de qualification des managers CAM

	Niv. 4	Niv. 5a	Niv. 5b	Niv. 6	Niv. 7	Niv.8	Niv. 9	Non renseigné	TOTAL
<b>Répartition en nombre</b>	1	22	30	26	24	10	2	1	116
<b>Répartition %</b>	0,90 %	19 %	25,90 %	22,40 %	20,70 %	8,60 %	1,70 %	0,90 %	100 %

Tableau 13 : Rémunération des CAM au 30 juin 2016

	Nombre de CAM	Coefficient moyen global*	% agents > 240
<b>Nombre temps plein sur les différents volets</b>	463	294	95,90 %

Source : CNAMTS - \*Coefficient global = coefficient de base + points d'expérience + points de compétences

[49] Les CAM sont formés pendant deux jours en tronc commun et une journée par volet PRADO, soit environ 2 000 € par CAM (données février 2015 ci-dessous). Des formations internes (CPAM) et spécifiques (gestion du deuil) sont proposées en complément.

Tableau 14 : Coût et financement de la formation

PROGRAMME	Coût (fév. 15)	Nbre séances annuel
PRADO - Tronc Commun	518,40 €	2 jours x 4
PRADO - Volet Maternité	341,10 €	1 jour x 4
PRADO - Volet Orthopédie	341,10 €	1 jour x 4
PRADO - Volet Insuffisance Cardiaque	341,10 €	1 jour x 6

Source : CNAMTS

### 3.3 La productivité est très variable selon les volets

#### 3.3.1 PRADO coûterait près de 40 M€ par an

[50] D'après la CNAMTS les outils de comptabilité analytique ne permettent pas d'isoler le coût du dispositif PRADO. La mission estime toutefois que le coût salarial de PRADO est a minima de 33M€ correspondant aux coûts des ETP déployés dans le réseau. Le calcul a été effectué à avec les hypothèses suivantes :

- CAM = 591 ETP avec un salaire annuel de 50 982 € (source enquête RH PRADO) soit 30,1 M€ ;
- Manager CAM = 116 effectifs à mi-temps, avec un salaire annuel moyen de 60 000 € soit 3,3 M€ ;

[51] Ce chiffrage n'inclut pas les coûts relatifs aux nombreux postes de gestion, qui pourraient être potentiellement importants compte-tenu de la lourdeur du dispositif : déplacement des CAM, formations, outils informatiques (OMV, ePrado), fourniture d'imprimés, locaux, coûts de gestion (reporting, réunion, ETP CNAMTS) ... En estimant ces coûts à 20 % de la masse salariale, le budget annuel PRADO est estimé à 40 M€.

#### 3.3.2 La productivité des CAM s'est améliorée durant la COG mais souffre d'écarts très importants entre les différents volets

[52] Une adhésion coûte environ 84 € en moyenne.

[53] La politique de professionnalisation adoptée par la CNAMTS en 2016 (cf. supra) a permis une nette amélioration de la productivité à partir de 2016. Cependant celle-ci reste très variable suivant la complexité et le degré d'informatisation des processus d'adhésion et de suivi. Le tableau ci-dessous illustre ces écarts entre les processus les plus matures et ceux longs, complexes et manuels.

Tableau 15 : Nombre d'adhésions mensuelles par ETP CAM

	2013	2014	2015	juin-16
<b>Maternité</b>	62	79	69	81
<b>Chirurgie</b>	8	13	10	21
<b>IC</b>	6	10	6,5	9

Tableau 16 : Affectation des ETP CAM par volet

	2013	2014	2015	juin-16
<b>Maternité</b>	252	293	329	407
<b>Chirurgie</b>	18	84	120	142
<b>IC</b>	6	21	24	42
<b>TOTAL</b>	<b>276</b>	<b>398</b>	<b>473</b>	<b>591</b>

Source : CNAMTS

[54] L'étude du volet Maternité montre que les processus d'adhésion et de suivi sont assez peu consommateurs de temps CAM. En amont, les modalités d'adhésion sont déjà largement informatisées. En aval, le temps passé en suivi est estimé à 13 minutes par patient, soit un coût marginal (3,2 M€) par rapport au coût global du volet Maternité (20,7 M€)<sup>13</sup>. Ces résultats montrent donc qu'une partie importante du temps CAM est mobilisée sur d'autres processus, qui n'ont pas pu être précisément identifiés faute de données sur le sujet.

### 3.4 Un renforcement nécessaire de l'outillage du dispositif PRADO au service de la productivité des CAM

[55] Les CAM sont équipées d'un logiciel de gestion de la relation client « Outil Multi Volets (OMV) » qui permet de recueillir l'adhésion du patient et ses informations médico-administratives.

[56] Pour les établissements les plus éloignés, la CNAMTS a développé l'offre e-prado qui permet la dématérialisation du processus d'adhésion au volet Maternité grâce à l'utilisation d'une tablette numérique par les établissements.

[57] Cependant, la gestion des différents volets PRADO demeure peu informatisée et encore largement manuelle, ce qui limite la productivité des CAM :

- absence d'outils de travail en mobilité qui permettraient aux CAM de saisir directement dans OMV les données du patient lors de sa visite. L'absence d'interfaçage entre e-PRADO et OMV nécessite également une ressaisie des informations de l'un à l'autre (développement prévu au T1 2018) ;
- cloisonnement des référentiels de professionnels de santé et des établissements, qui sont « caisses dépendants ». Il existe ainsi des référentiels PRADO au niveau de chaque CPAM, ce qui soulève des problèmes de qualité des données ;
- interfaçage interrégimes limité (remontée des données patients etc.) ;
- suivi chronophage des patients qui ne s'effectue que par le biais de visites et/ou entretiens téléphoniques ;

[58] Des projets informatiques sont planifiés par la CNAMTS pour favoriser la dématérialisation, le travail en mobilité et la relation numérique entre les parties prenantes au dispositif (patients, établissements, CAM, et PS).

#### 3.4.1 La relation numérique avec les professionnels de santé est encore peu développée

[59] L'offre e-prado, généralisée depuis février 2016, a fait un démarrage timide.

- 42 CPAM ont enclenché le processus (demande de renseignement, déploiement, etc..) ;
- 102 tablettes ont été déployées dans 43 établissements ;
- 1 211 adhésions ont été effectuées sur les 1 342 présentations effectuées.

---

<sup>13</sup> Etude CNAMTS réalisée dans le cadre de l'expérimentation SMS. Durée moyenne temps CAM par patiente pour réaliser par téléphone le bilan et confirmation rdv SF = 13 min – source enquête RH PRADO. Soit pour 400 000 adhésions 63 ETP/ans et un coût CAM 3 236 952 €

[60] E-Prado devrait être réorienté vers un outil nomade pour les CAM, au profit, pour l'hôpital, d'une intégration de l'éligibilité médicale PRADO dans le logiciel ViaTrajectoire (logiciel développé utilisé par certains établissements de soins pour orienter les patients en SSR ou en EHPAD) à l'occasion d'une refonte de l'outil qui sera déployée en mai 2018. L'intégration devrait accroître la visibilité du PRADO en milieu hospitalier (l'offre sera proposée automatiquement dans l'outil) et d'éviter l'utilisation de documents papier.

[61] Un nouveau télé-service PRADO est expérimenté sur Espace Pro depuis fin janvier 2017 auprès de cinq CPAM. Le service est accessible à tous les professionnels de santé de l'équipe de soins qui auront été saisis dans OMV par le CAM. Il doit permettre de mieux impliquer le médecin traitant dans la coordination des soins. Cette expérimentation récente n'a pas encore donnée lieu à une remontée de résultats.

#### 3.4.2 La communication par SMS avec les patients pourrait être étendue moyennant une analyse des besoins et des conditions de faisabilité

[62] La CNAMTS a lancé une expérimentation de communication par SMS auprès des patientes PRADO Maternité pour le suivi de la prise de rendez-vous avec les sages-femmes.

[63] Cette innovation devrait permettre selon la CNAMTS d'économiser 9,6 M€ sur trois ans en réduisant le temps passé au téléphone par les CAM. Cette solution présenterait l'avantage d'une économie tangible sur un poste à faible valeur ajoutée pour les CAM. Le chiffre paraît toutefois un peu optimiste puisqu'il prend l'hypothèse que plus aucun appel de suivi ne sera effectué auprès des patientes équipées d'un téléphone portable.

[64] Le retour des patientes PRADO Maternité sur la communication par SMS s'est avéré positif. Le COSTRAT 2017 a validé la généralisation de l'expérimentation d'ici la fin de l'année.

[65] L'arrêt de l'expérimentation de télésuivi du poids invite toutefois à une meilleure évaluation du potentiel des outils connectés dans le domaine du suivi des patients à domicile (suivi de constantes etc.) et l'exploitation automatisée des données réceptionnées.

#### 3.4.3 Développer l'outil de gestion interne et la mobilité des CAM

[66] La version 7 d'OMV sera mise en production en juillet 2017.

[67] Elle prévoit la récupération automatique des données administratives concernant le patient, les professionnels de santé de ville et hospitaliers, ce qui devrait permettre d'améliorer la fiabilité des infos et optimiser le temps de saisie des CAM.

[68] Les projets d'interfaçage devraient compléter cette version d'ici 2018 (accrochage au référentiel RFOS prévu au S2 2017 et avec ePrado au S1 2018).

[69] Ce développement devra s'accompagner d'un outillage nomade pour les CAM, actuellement porté par la réorientation d'ePrado prévue au S1 2018. L'équipement devrait à minima permettre le recours à des ordinateurs portables et équipement de connexion nomade, permettant la lecture des cartes des CAM, voire à terme des tablettes.

# ANNEXE 8 - LE PROGRAMME SOPHIA

## 1 LE SERVICE OFFERT AUX PATIENTS

[1] L'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques apparaît comme un axe essentiel de la politique de l'assurance maladie d'aide aux assurés à agir pour leur santé. A cet effet, le programme Sophia a été créé en 2009 par la CNAMTS comme emblématique de l'investissement de l'assurance maladie dans l'action préventive, en s'inspirant de la démarche de «disease management » déployée dans plusieurs pays anglo-saxons<sup>14</sup>. Comme PRADO, le programme se situe à mi-chemin entre une offre de service en santé aux assurés/patients et un programme de gestion du risque.

### 1.1 Le contenu du service

[2] Comme le présente le site ameli.fr, Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé en direction des patients atteints de pathologies chroniques dans le cadre d'un parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. Sa mission est d'aider les personnes concernées à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes afin d'améliorer leur qualité de vie et de réduire les risques de complications. En relais des recommandations du médecin traitant, Sophia propose un soutien, des informations et des conseils personnalisés, adaptés à la situation et aux besoins de chacun. Le patient partage aussi le vécu d'autres patients et de professionnels de santé. L'inscription au service Sophia est gratuite et sans engagement. Chaque adhérent est libre de quitter le service à tout moment.

[3] L'accompagnement consiste :

- en l'envoi de documents pédagogiques d'information spécialement conçus pour le programme - livrets repères (brochure d'information thématique portant sur un examen de suivi ou sur un aspect de la maladie -activité physique, alimentation) et Journal *Sophia et vous* (contenant des témoignages de patients et de professionnels de santé) qu'ils reçoivent par courrier, ainsi qu'en la mise à disposition d'un site internet dédié ameli-sophia.fr.<sup>15</sup>. Le patient reçoit ainsi par courrier ou par e-mail des informations et des conseils pratiques validés par des experts. Il apprend progressivement à mieux connaître sa maladie et à mieux la gérer. Un annuaire de l'offre locale est aussi mis à sa disposition donnant notamment des informations sur les offres disponibles près de chez lui (associations de patients, programmes d'éducation thérapeutique...);

---

<sup>14</sup> Démarche qui a donné lieu à un rapport de l'IGAS, RM 2006-136P de septembre 2006 : P-L.Bras, G. Duhamel et E. Grass, *La prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*. Il est assez rapidement évoqué dans le rapport de l'IGAS 2013-163R de mai 2014, C. Bensussan, D. Chaumel, Dr F. Chieze et N. Destais, *Evaluation de la gestion du risque maladie*, réalisé au titre du bilan de précédente COG CNAMTS et de la préparation de l'actuelle.

<sup>15</sup> Il comptabilise de l'ordre de 100 0000 visites par an. Son contenu est intégré dans le nouveau site ameli.fr au cours de 2017.

- en des entretiens téléphoniques avec des infirmières conseillers en santé (ICS) spécifiquement formés et entièrement dédiés au service. Une équipe d'infirmières conseillers en santé est à leur écoute au 0 809 400 040 du lundi au vendredi de 9h à 19h et le samedi de 9h à 13h. Elles abordent les sujets qui préoccupent les adhérents diabétiques et les aident à mettre en pratique les recommandations de leur médecin et à adapter leurs habitudes de vie ;
- en un *espace de coaching en ligne* ouvert aux adhérents Sophia (diabète et asthme) permettant d'échanger avec une infirmière-conseiller Sophia et proposant un programme personnalisé et un suivi des données de santé a été mis en place fin 2016 ;
- en une application mobile sur le suivi de l'asthme – *Asthm'activ* – est ouverte depuis mars 2017. Ouverte au grand public, elle propose une boîte à outils pour la gestion de l'Asthme au quotidien et à vocation de favoriser le dialogue avec les professionnels de santé sur le suivi de l'affection.

## 1.2 Les populations couvertes

[4] Le programme s'intéresse actuellement à 3 maladies chroniques.

- Le *diabète* qui concerne selon la cartographie médicalisée de la CNANTS 3,106 de personnes prises en charge et 8,068 mds de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015 (5,1% des dépenses), soit 6,738 pour les soins de ville, 0,810 pour les dépenses hospitalières et 0,521 pour les IJ. Selon la CNAMTS le montant réel serait plutôt de l'ordre de 10 Mds€ en y comptabilisant les dépenses à certaines pathologies directement associées<sup>16</sup>.
- *L'asthme* pour laquelle la CNAMTS, dans sa cartographie sus évoquée, n'est pas en mesure de produire des chiffres de ce type et se doit d'agrégier les données sur les maladies respiratoires chroniques, car les médicaments anti-asthmiques ne sont pas spécifiques aux seuls asthmatiques, seule une exploration fonctionnelle respiratoire permet de diagnostiquer un asthme, acte peu répandu réalisé par les pneumologues. Les données de coût disponibles sont celles de la 1<sup>ère</sup> évaluation médico-économique Sophia-asthme (cf.[55]) sur une population « plus sûrement » asthmatique. Ainsi, sur la population des asthmatiques témoins, sur toutes les dépenses remboursées (y compris dépenses non spécifiques à l'asthme), 1175 € de dépenses de soins de ville, 660€ de dépenses d'hospitalisation et 315€ d'IJ. Les dépenses spécifiques à l'asthme ont fait l'objet d'une estimation dans l'évaluation en prenant des hypothèses sur le lien entre un acte et la délivrance d'un médicament antiasthmique dans les jours suivants.
- *L'insuffisance cardiaque chronique* : 478 000 personnes sont prises en charge à ce titre et donnent lieu à 1,232 md de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015 (0,8% des dépenses), soit 1,037 pour les soins de ville 0,137 pour les dépenses hospitalières et 0,058 pour les IJ.

[5] Expérimenté sur *le diabète* à partir de 2008 dans 10 départements pilotes, de premiers résultats positifs étant observés, le service Sophia a été généralisé à l'ensemble du territoire fin 2012-début 2013.

[6] Il était aussi expérimenté dans 18 départements (19 caisses) aux personnes ayant de l'asthme, avant d'être progressivement généralisé à compter de ce mois de mai 2017 (cf. [8]).

---

<sup>16</sup> Rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie 2017*, p. 25.

[7] Depuis la fin 2015, le programme était également ouvert, à titre expérimental, aux personnes en insuffisance cardiaque en relais du programme Prado dans 7 départements pour 1 ou 2 établissements de santé.

[8] S'agissant du *diabète*, sont éligibles au programme les patients affiliés au régime général et aux autres régimes qui ont eu au moins trois dates de délivrance distinctes d'antidiabétiques sur une période d'un an, sont exonérés du ticket modérateur au titre d'au moins une affection de longue durée (ALD), ont au moins 18 ans, et ont déclaré un médecin traitant. Parmi ces patients sont particulièrement ciblées ceux qui sont *en écarts de soins*, c.a.d n'ayant pas réalisé à la fois leur bilan dentaire et leur bilan rénal l'année précédente et leur examen de fond de l'œil les deux années précédentes.

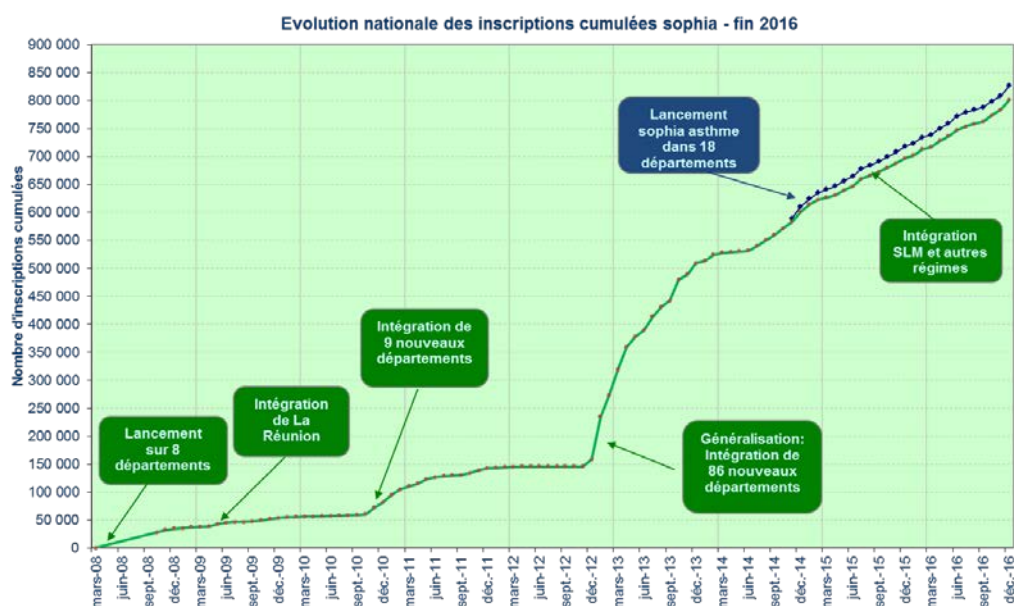
[9] Au 31 décembre 2016, Sophia-Diabète compte 720 000 adhérents diabétiques sur 2 205 000 éligibles (827 000 adhésions cumulées depuis l'ouverture du service). 46% des nouveaux adhérents de 2016 étaient en situation d'écarts de soins, pour un objectif national fixé à 40%. A compter de 2016, d'un commun accord avec la tutelle, alors que la COG<sup>17</sup> met au même niveau d'objectif de résultat le nombre cumulé d'adhésions en population générale des personnes atteintes et le pourcentage dans les nouvelles adhésions des patients en écart de soins, c'est ce dernier pourcentage qui mesure logiquement en premier lieu l'efficacité de la gestion du programme. L'objectif principal de 2017 de la CNAMTS est ainsi de consolider la situation en assurant un part de 45% des nouveaux adhérents à ceux en situation d'écarts de soins ; l'objectif secondaire étant d'atteindre 930 000 adhésions cumulées.

[10] S'agissant de *l'asthme*, les critères d'éligibilité ont été resserrés ce début d'année 2017 dans le cadre de la préparation de la généralisation de l'offre afin de mieux cibler la population des asthmatiques : sont éligibles les asthmatiques de 18 à 44 ans ayant eu des délivrances d'antiasthmiques deux années de suite (2 en N-1 et 1 en N-2), soit 340 000 patients. 24 000 adhérents étaient comptabilisés au 31.12.2016 dans le cadre de l'expérimentation sur 155 000 éligibles dans les 18 départements (19 caisses) concernés. L'objectif pour 2017, dans le cadre de la 1<sup>ère</sup> vague de généralisation ouverte en mai, est de porter le nombre d'adhérents à 50 000. Appuyées sur deux études portant le bilan positif de l'expérimentation (cf. infra), la généralisation de l'offre, prévue de manière peu réaliste en 2016 par la COG, doit s'achever en janvier 2018 dans les CPAM et en septembre suivant avec les DOM et les régimes partenaires.

[11] Au 31.12.2016, 300 patients étaient concernés par l'expérimentation ouverte en octobre 2015 dans 7 départements avec chacun 1 ou 2 établissements de santé d'une offre globale Prado/Sophia aux *insuffisants cardiaques*. Le bilan de l'expérimentation sera réalisé au 4<sup>ème</sup> trimestre 2017 en vue de statuer sur son éventuelle extension en 2018 en fonction des résultats et des moyens disponibles. La COG, ici aussi beaucoup trop volontariste, prévoyait évaluation externe et généralisation en 2016.

---

<sup>17</sup> Les engagements COG figurent à fin de la présente annexe.



Source : Cnamts

## 2 LA GESTION DU SERVICE

### 2.1 Au niveau national

[12] La gestion de Sophia au sein de la CNAMTS repose avant tout sur le *Département accompagnement en santé des assurés* (DASA) à la Direction des assurés partie de la DDGOS et sur la *cellule opérationnelle des services en santé* du Département opérationnel de la GDR à la Direction du réseau médical et des opérations de GDR partie de la DDO. L'effectif participant à des degrés divers à la construction et à l'animation nationale du programme est estimé par la caisse nationale de façon un peu large à 24 ETP (cf. ci-après 7. Coût de Sophia) dans une évolution plutôt en légère réduction.

[13] Le pilotage du programme est assuré par *Comité stratégique* présidé par le directeur général et qui se réunit deux fois par an. Un *Comité de pilotage* se tient par ailleurs une fois par mois. Le pilotage donne lieu à la production annuelle, normalement en janvier, d'une *lettre réseau décrivant les actualités et la stratégie nationale retenue pour le programme*. Celle pour 2017 a été diffusée le 9 mars LR-DDO- 34 (avec 6 annexes) sa seconde partie étant consacrée à la généralisation progressive du volet asthme du programme. Le programme donne lieu également à un jeu de lettres réseaux sur des points particuliers et une lettre d'information réseau dédiée mensuelle. Tous documents de qualité, riches en contenu.

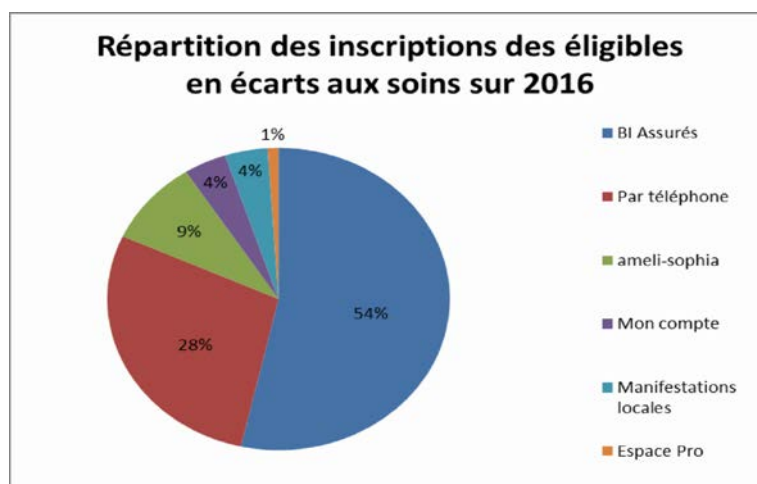
[14] Le programme Sophia a sans nul doute fait progresser la CNAMTS en améliorant son savoir-faire dans la conception des programmes et dans leur pilotage interne et dans le réseau.



## 2.2 Dans le réseau

[15] Comme le prévoit la LR DDGOS-15/2016 du 29 février 2016, relative à l'organisation régionale en matière de gestion du risque (p.3.3.2), afin de coordonner le déploiement du programme Sophia, chaque DCGDR a désigné un binôme médico-administratif régional chargé d'assurer la coordination et le pilotage de la promotion auprès des assurés et des professionnels de santé, soit 13 en métropole et 4 dans les DOM (hors Mayotte). Ils sont réunis régulièrement à la CNAMTS.

[16] Au niveau CPAM/ELSM, des binômes médico-administratifs gèrent les campagnes d'adhésions effectuées par des agents ces organismes dans chacun des départements. A temps partiel sur Sophia, ils sont compétents aussi sur Prado. Les adhésions reposent en amont sur une démarche d'envoi de courriers et en partie sur les appels sortants d'agents administratifs de l'ELSM la répartition des modes des inscriptions réalisées sur les diabétiques en écarts aux soins en 20186 est la suivante. Un exemple de campagne d'appels d'adhésions est donné dans l'encadré suivant.



Source : Cnamts

### Exemple de campagne d'appels d'adhésions 2016 - CPAM Loire-Atlantique

Ciblage 2016 : personnes éligibles au service (3 prescriptions d'anti-diabétique oraux/insuline au cours des 12 derniers mois, bénéficiaires du régime général, ayant un médecin traitant, âgées de plus de 18 ans, pris en charge à 100 % au titre d'une ALD), ayant déjà reçu 3 courriers d'invitation nationaux, n'ayant jamais adhéré, n'ayant pas refusé, présentant des écarts aux soins (bilan rénal et de consultation dentaire en 2014 et fond d'œil en 2013 et 2014, non remboursés).

Environ 200 heures d'appels : cible 1875 non-adhérents en écart aux soins et de moins de 75 ans ; 2360 appels passés dont 822 aboutis ; 510 promesses d'adhésions ; 173 refus d'adhésions ; 209 adhésions (soit 25 % des appels aboutis).

[17] La procédure de ciblage local des éligibles en écarts aux soins est diffusée par la caisse nationale et actualisée tous les ans (cf. annexe 1 de la LR-DDO-34/2017 sus-évoquée). Les données sur lesquelles reposent les opérations de recrutement ont des limites : les données du PMSI sont devenues récemment mensuelles mais toujours en décalage de disponibilité de deux mois. L'information est jugée partielle et pas toujours fiable. On n'entrevoit pas d'amélioration à court-moyen terme sur ce sujet. Il est néanmoins nécessaire de pouvoir faire bénéficier rapidement le service de données plus fraîches et que le premier contact patient puisse reposer sur une check-list plus élaborée.

[18] Les binômes locaux gèrent également la promotion de Sophia auprès des patients (mise en avant d'Ameli-Sophia ; envois de journaux et de livrets repère), notamment en partenariat avec des associations de patients, les actions de promotion auprès des médecins généralistes par les DAM et les Praticiens conseil et la participation à des manifestations organisées lors de la semaine nationale de sensibilisation et de prévention du diabète (juin), les journées mondiales annuelles de lutte contre l'asthme (mai) et le diabète (novembre). Près de 5 millions de contacts ont été ainsi assurés en 2016.

[19] De l'enquête sur le terrain, il ressort que la gestion du programme Sophia constitue une expérience positive de travail médico-administratif efficace.

[20] Les entretiens téléphoniques personnalisés, cœur du service, sont conduits exclusivement de 6 centres ou unités d'appels interrégionaux spécialisés, chacun placés sous la responsabilité d'un médecin-conseil : 4 centres en métropole sis auprès des CPAM/ELSM d'Albi, de Nice, de Lille et de Saint-Etienne et 2 unités d'accompagnement dans les DOM (Martinique et La Réunion).

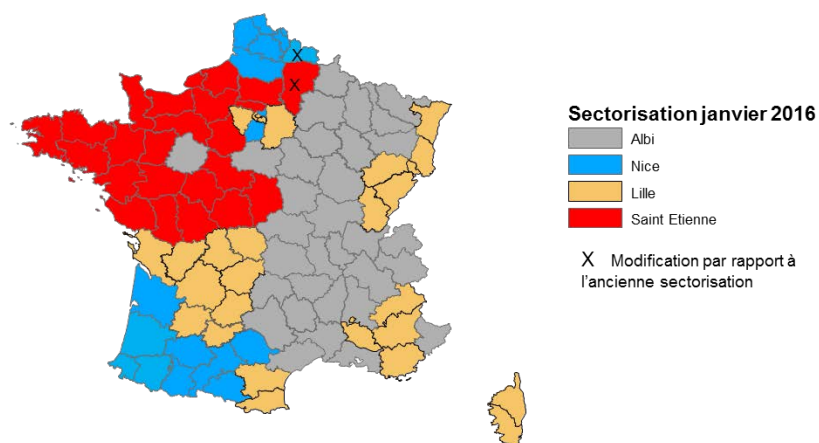
[21] L'effectif réel mesuré en ETP des centres et unités – cf. tableau ci-dessous- est en écart constant mais décroissant avec l'effectif cible mesuré en personnes physiques. L'effectif réel reflète la montée en charge des centres et unités d'appels. En 2016, leurs ETP se distribuent entre 34 ETP encadrants et 245 ETP ICS. En 2017 l'écart ne devrait pas beaucoup se réduire selon la CNAMTS.

Tableau 1 : Effectif encadrant des centres et unités et des infirmières conseil en santé - ICS

	2013	2014	2015	2016	Variation 2016/2013
<b>Effectif ETP</b>	204	257	265	279	+ 36,8 %
<b>Effectif physique (cible)</b>	290	290	290	306	+ 5,5 %

Source : Cnamts/DDGOS

Graphique 1 : Carte des 4 centres téléphoniques métropolitains



Source : Cnamts/DDGOS

[22] Ces centres recrutent pour leurs postes d'ICS des infirmières libérales ou hospitalières, infirmières diplômées d'Etat (IDE), ayant au moins 5 ans de pratique. Les centres sont d'ailleurs positionnés là où il y a des écoles d'infirmières. Le recrutement est facile (sauf sur Nice : les rémunérations du « marché » local sont plus élevées), des infirmières souhaitant s'éloigner des soins et se rapprocher des patients. Le turn-over varie de 5 à 10 % ; 30 à 40 infirmières participent aux centres depuis leur origine (2008).

[23] Leur formation initiale, durant de quatre à cinq semaines, repose du deux volets : médical et conduite d'entretien/communication. Initialement cette formation était faite par des praticiens hospitaliers pour le volet 1 et par des prestataires pour le volet 2 ; actuellement elles sont assurées respectivement par des MC et par des communicants de la CNAMTS. Elle associe aussi l'intervention d'associations de patients, diabétiques qui sont très structurées ; celles regroupant les asmathiques étant plus légères et moins représentatives. Une formation continue est assurée sur les deux volets.

[24] Les ICS n'ont pas de portefeuilles de patients : la distribution et la gestion des appels se fait comme dans tout centre d'appel avec traçage de chaque contact avec le patient. Les centres permettent d'appeler régulièrement un adhérent sur quatre.

[25] On doit mesurer la productivité de ces centres et unités s'agissant des appels gérés.

[26] Selon la CNAMTS, en 2016 un tiers des appels sortants (ICS) et entrants (patients), soit 427 000 ont été fructueux », et les 2/3 donc « infructueux. Les appels « fructueux » correspondent à un véritable échange avec l'adhérent visant à un changement de comportement. Ils durent environ 15 minutes en moyenne et donnent lieu à la rédaction d'un compte-rendu à l'issue de l'échange. Les appels « infructueux » correspondent aux appels pour lesquels l'adhérent est demandeur seulement d'informations, non disponible ou absent (un tiers décroche l'appel). Sont également « infructueux » les appels sur répondeurs non détectés par le composeur d'appel. Tous ces appels génèrent le même temps d'attente en amont de la connexion de l'appel.

[27] Les 245 ETP ICS ont ainsi géré en 2016, 8,5 appels « fructueux » par jour ouvré (205j) et 2 fois plus d'appels « infructueux ». Cette proportion peut paraître faible mais le temps effectif en appel ne représente qu'une partie du temps de travail des ICS, nécessaire pour assurer des appels de qualité : temps d'attente pour une mise en relation d'un adhérent avec un ICS, rédaction des compte-rendu d'appels, réunions de partage des pratiques, écoute d'appels et bien sûr formation.

[28] Une attention doit néanmoins être apportée à cette question de productivité qui doit jouer un rôle central en termes de déploiement progressif des effectifs des 6 centres et unités spécialisés cf. p. [18].

### **2.3 Innovation et remontées des bonnes pratiques du réseau.**

[29] Le binôme médico-administratif régional, en lien avec les binômes locaux est appelé par la LR du 29 février 2016 sus-évoquée à recenser les bonnes pratiques mises en œuvre dans la région, pour en permettre une plus large application, dans le respect des consignes nationales en matière de sécurité et de secret médical. Le DCGDR doit veiller à faire valider par la CNAMTS, avant mise en œuvre, les initiatives novatrices locales.

[30] Selon la CNAMTS, un premier appel à la remontée des bonnes pratiques du réseau auprès des 6 meilleurs CPAM du programme a été organisé au printemps 2016, mais il n'a rien donné d'intéressant à partager. Ce type d'appel devra être renouvelé auprès d'autres CPAM.

### 3 LES OUTILS SI

#### 3.1 L'informatisation du dispositif SOPHIA repose sur la coexistence de briques distinctes

[31] L'outillage du dispositif SOPHIA repose sur la coexistence de deux briques informatiques afin de respecter les contraintes de la CNIL : une brique nominative (front office, outil de gestion de la relation client) et une brique « base de données anonymisées ».

[32] La brique nominative permet de gérer la « relation clients » avec les assurés (inscription, suivi du parcours...) et repose essentiellement sur l'outil EMBRACE, qui est l'outil de GRC dédié aux assurés adhérents au programme SOPHIA. EMBRACE n'est pas couplé à MEDIALOG + (l'outil de GRC de la branche) afin de respecter les contraintes de la CNIL. L'environnement informatique SOPHIA, dans sa partie nominative, fait également appel à d'autres applicatifs de la CNAMTS : ESOPE (éditique, pour l'envoi de courriers aux assurés), DIADEME, les différents téléservices (Améli, Améli SOPHIA, Espace Pro). Le portail de e-coaching alimente également la GRC.

[33] La brique anonymisée est un entrepôt des données contenant les données anonymes relatives aux assurés diabétiques et asthmatiques, alimenté par le SNIIRAM sur une base mensuelle, et par la GRC (EMBRACE) sur une base hebdomadaire. Cette brique d'analyse permet de réaliser un pilotage de la GRC via une segmentation des publics, et de réaliser des études médico-économiques, parfois conduites par des prestataires externes (INSERM...). Les cohortes sont conservées quinze ans.

[34] Le logiciel EMBRACE est un logiciel de marché qui semble rencontrer aujourd'hui davantage de difficultés techniques liées aux volumétries à traiter que de limites en matière de fonctionnalités. La solution retenue dans le cadre du renouvellement du marché en 2020 devra prévoir l'interfaçage avec les briques du SI de la CNAMTS (plus d'une trentaine d'interfaces actuellement avec EMBRACE).

#### 3.2 Des enjeux liés à la numérisation du parcours assuré pour améliorer la détection, l'inscription et le suivi des patients inscrits en SOPHIA

[35] Le processus d'inscription au service SOPHIA repose encore en grande partie sur un format papier. Il nécessite, comme on l'a vu, un « profilage » via l'exploitation mensuelle automatisée des bases de la CNAMTS (BDO et SIAM-ERASME). Une requête mensuelle permet d'alimenter la GRC SOPHIA (EMBRACE) pour identifier la population éligible.

[36] Une campagne de recrutement par courrier est alors déclenchée (ESOPE), EMBRACE n'étant pas interfacé avec l'outil OSMOSE qui permet d'effectuer des campagnes sortantes par SMS ou courriels. Les divers modes d'inscription ont été évoqués plus haut p. [14].

[37] Le patient est d'abord créé au niveau de la GRC EMBRACE dans la brique « nominative », puis remonté dans la brique « analyse ». En entrée de parcours, le système d'information récupère les données du SNIIRAM pour les nouveaux patients sur une profondeur de trois ans, puis les données provenant du SNIIRAM sont remontées mensuellement. Les données issues du SNIIRAM permettent de calculer l'écart aux soins, la comorbidité, le scoring des adhérents par niveau de risque, et de proposer un accompagnement différencié (par exemple, une fréquence d'appels différente).

[38] Les infirmières conseil en santé (ICS) disposent désormais d'une solution de téléphonie « DIALER » qui leur permet maximiser les appels via une composition automatique des numéros à appeler, ce qui constitue un gain de productivité. Un croisement des données entre le P1 et la population SOPHIA permettrait d'identifier les assurés éligibles à SOPHIA disposant d'un compte en ligne, qui permettrait de leur adresser des courriels via leur compte.

[39] Parmi les projets ou réflexions en cours figurent opportunément l'accrochage d'EMBRACE sur les modules courriels et SMS d'OSMOSE d'ici fin 2017 ; un projet pour le T1 2018 d'applicatif diabète interfacé avec EMBRACE qui permettrait notamment des interactions avec un ICS.

#### 4 LE COUT DU PROGRAMME SOPHIA EN 2016

[40] Pour l'exercice 2016 le coût du programme a été chiffré par la CNAMTS tant en dépenses d'investissement (10,5 millions) que de fonctionnement (25,1 millions) ainsi que le coût unitaire par adhérents en moyenne annuelle (50 euros). Il appartiendra à la nouvelle étude médico-économique de Sophia-Diabète externe qui vient d'être lancée et à celle qui ne manquera pas d'être réalisée à l'issue de la généralisation de son offre sur Sophia-Asthme (cf. infra. 5.1 et 5.2), d'évaluer si ce coût est acceptable au regard des économies attendues en termes de prestations notamment hospitalières.

<i>En K€ TTC</i>	<b>2016</b>
<b>Investissement</b>	<b>10 542</b>
<i>Amortissement Investissement expérimentation SOPHIA</i>	3 500
<i>Prestation AMOA</i>	
<i>Prestation AMOE HWA 1er marché</i>	4 500
<i>Prestation AMOE HW 2nd marché négocié</i>	1 500
<i>Prestation Appli asthme</i>	0
<i>Prestation Appli Diabète</i>	0
<i>Prestation Recrutement</i>	0
<i>Prestation informatique</i>	500
<i>Equipement des plateformes</i>	112
<i>Coût humain DDSI</i>	430
<b>Exploitation</b>	<b>20 125</b>
<i>Frais d'affranchissement Esope</i>	1 835
<i>Autres services (transports, affranchissement, honoraires, amortissements...)</i>	164
<i>Actions locales (promotion)</i>	680
<i>Publicité</i>	428
<i>Marché téléphonie</i>	138

<i>Personnel plateforme</i>	<b>16 240</b>
<i>Conso fnpeis centres + SSU + roubaix</i>	<b>236</b>
<i>Rémunération médecin traitant</i>	<b>312</b>
<i>Evaluation</i>	<b>92</b>
<b>Coût analytique</b>	<b>4 960</b>
<i>Coût humain CNAMTS</i>	<b>2 100</b>
<i>Coût humain réseau Assurance maladie</i>	<b>2 860</b>
<b>Total Sophia</b>	<b>35 627</b>
<i>Calculé sur la base de :</i>	
(1) adhérents réels <i>fin d'année</i> à	755 000
(2) adhérents <i>moyenne sur l'année</i> à	712 500
Soit un Coût par adhérent en € (1)	47
Soit un Coût par adhérent en € (2)	50

Source : *Cnamts DDGOS*

## 5 LES EVALUATIONS ET ENQUETES TOUCHANT LE PROGRAMME

### 5.1 Les évaluations médico-économiques de Sophia-Diabète

[41] Depuis son lancement en 2008, le service Sophia a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques ayant pour but d'estimer son impact sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et sur les dépenses de soins des patients diabétiques.

[42] La première évaluation, réalisée par le bureau d'études Cemka-Eval, portait sur la première année d'expérimentation du service, 2009. Cette évaluation dont les résultats ont été rendus en novembre 2010 mais non officiellement publiés, a donné lieu à une critique polémique sur sa méthode et ses résultats cf. *Sophia : les mauvais calculs de la CNAMTS* publié sur internet le 7 mars 2013 par un membre du syndicat FMF.

[43] La CNAMTS en a tiré conséquences et a réalisé directement une seconde évaluation à 1 an et à 3 ans du programme après trois années d'expérimentation du service (2009-2011). Le rapport de synthèse en a été publié en juillet 2012. Disponible sur le site *ameli.fr*, il n'a pas donné lieu à critique-polémique sur internet même s'il s'agit d'une auto-évaluation de l'assurance maladie.

[44] Une troisième étude médico-économique a été réalisée par un consultant économiste et statisticien Pierre-Emmanuel Couralet. Elle a porté sur les années 2011 et 2012 pour les patients éligibles lors de la troisième vague de l'expérimentation, entrés fin 2010 dans le programme, et sur l'année 2013 pour les patients éligibles lors de la généralisation fin 2012-début 2013. Disponible en septembre 2015, elle est aussi accessible sur le site *ameli.fr*. Les éléments ci-dessous résument la synthèse ainsi publiée.

[45] L'accès aux données permis par l'accord de la CNIL ne permettant pas d'utiliser les données des premières années de l'expérimentation du programme, l'impact de ce dernier a donc été évalué sur deux courtes périodes de, respectivement, 2 ans (2011-2012) et un an (2013, et quelques données sur l'année 2014). Soit un horizon temporel très court dans le domaine de la prise en charge des malades chroniques, qui n'a pas permis, ou peu, de prendre en compte les bénéfices attendus du programme à moyen et long terme.

[46] L'objectif de cette évaluation a été de décrire l'impact du programme SOPHIA, d'une part, sur la réalisation des examens de surveillance recommandés (ESR) dans le suivi du diabète, et d'autre part, sur les dépenses de soins des patients.

[47] Sur le premier point, la mesure des examens de surveillance du diabète a mis notamment en valeur un impact positif et significatif du programme SOPHIA sur les deux indicateurs ESR les plus spécifiques du suivi des patients diabétiques, les dosages de l'albuminurie/protéinurie et de l'hémoglobine glyquée ( $\geq 2$ /an), quelles que soient la cohorte considérée et la méthode statistique utilisée. Impact positif qu'il faut nuancer par l'existence d'un "effet de nouveauté" lié au programme: l'impact positif décroît après la première année de mise en œuvre du programme.

[48] L'impact sur les dépenses de soins des patients diabétiques sur les dépenses totale de soins de ville et sur les dépenses d'hospitalisation, après avoir pris en compte les dépenses de consultations externes et d'IJ et pensions d'invalidités (lorsqu'elles sont disponibles), a été apprécié rarement significatif, et, lorsqu'il l'est, légèrement positif.

[49] Après avoir développé les enseignements et les réserves que l'on peut tirer de cette analyse de l'impact du programme s'agissant des différentes méthodes d'évaluation utilisées faible ampleur et peu robustes, l'auteur concluait, sous forme de recommandations :

- d'une part, que l'impact positif et significatif du programme SOPHIA sur le taux de réalisation des ESR devrait avoir un impact économique à moyen et long terme, via la réduction des complications du diabète et qu'il serait donc utile de limiter les restrictions qui pèsent sur le cadre d'évaluation afin d'étendre la période d'étude et de permettre des analyses plus précises ;
- d'autre part, que l'efficacité et la pertinence du programme pourraient sans doute bénéficier d'analyses et d'expérimentations complémentaires. Il serait, par exemple, intéressant d'expérimenter l'envoi des courriers d'accompagnement à l'ensemble des patients éligibles, y compris les non-adhérents (système d'"opt out"), puisque cette composante du programme semble jouer un rôle prépondérant dans la hausse du taux de réalisation des ESR. Il serait également utile d'affiner la compréhension de l'"effet de nouveauté", puis de définir et tester des stratégies permettant de limiter la baisse des indicateurs ESR après la première année du programme.

[50] Sophia-Diabète a un apport indéniable pour le patient, mais son ROI reste donc difficile à chiffrer. Une 4ème évaluation médico-économique a été confiée à un consortium d'entreprises mené par la société Heva. Ses premiers résultats sont attendus pour le premier trimestre 2018. L'évaluation va pouvoir couvrir pour la première fois une cohorte de patients sur une longue période (8 années du lancement de l'expérimentation courant 2008 à 2016<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Avec, souligne la CNAMTS, un souci de données sur les adhérents Sophia décédés entre 2008 et 2011 car ces données ont été « purgées » et ne peuvent être récupérées du fait des contraintes CNIL. La manière de traiter ce sujet et de déterminer la période d'étude va faire l'objet du protocole d'étude à venir.

## 5.2 L'évaluation annuelle des résultats de Sophia-Diabète

[51] La LR/DDO/34/2017 du 9 mars 2017 relative à la stratégie nationale Sophia 2017 présente – pour la première fois - les résultats atteints sur 2016 ou sur 2015/16 par rapport à la période précédente s'agissant des adhérents au programme en écart de soin sur la réalisation des examens du fond de l'œil et du bilan rénal, mais ne donne pas d'indication sur celui des examens dentaires. Elle y ajoute des données sur la contribution de l'accompagnement Sophia au sevrage tabagique.

[52] Selon les données recueillies par la CNAMTS, « Le recours au bilan ophtalmologique des adhérents Sophia augmente sensiblement : + 2,5 points sur 2015 –2016 (64,5 % des adhérents ont recouru à l'ophtalmologiste) pour un objectif de progression fixé à +1 point par rapport à 2014-2015. Ainsi, ce sont plus de 15 000 adhérents supplémentaires qui ont bénéficié d'un fond d'œil par rapport à la même période de 2014-2015. Parmi les adhérents appelés par les infirmiers conseillers en santé Sophia, le taux de progression de la réalisation du fond d'œil atteint +4,5 points. L'écart de taux de réalisation de l'examen du fond d'œil s'accroît entre les adhérents et les non-adhérents : ces derniers progressent de +1,5 points et atteignent un taux de 53,9 % sur 2015-2016. Cette progression est particulièrement notable sur les nouveaux adhérents diabétiques de l'année 2015(...) L'effet d'essoufflement des résultats la seconde année après l'adhésion, observé lors des évaluations médico-économiques réalisées, s'estompe (...).

[53] L'impact du service Sophia est également positif sur le recours au bilan rénal : +2,3 points de progression sur l'année 2016 pour un objectif à +2 points par rapport à 2015. Ainsi, ce sont plus de 17 000 adhérents supplémentaires qui ont eu recours au bilan rénal par rapport à la même période de 2015. Parmi les adhérents appelés par les infirmiers conseillers en santé Sophia, le taux de progression de la réalisation du bilan rénal est de +8,2 points. Dans le même temps, les non-adhérents à Sophia progressent de +1 point : leur niveau de réalisation est de 34,3% sur 2016 contre 43,7% pour les adhérents.

[54] L'accompagnement Sophia contribue au sevrage tabagique : 9,4 % des adhérents Sophia connus comme fumeurs à fin 2015 ont arrêté de fumer en 2016 (objectif d'arrêt fixé à 5 % des fumeurs pour 2016). Ainsi, 2 668 personnes ont déclaré avoir arrêté de fumer en 2016 parmi les 28 400 personnes connues comme fumeuses à fin 2015. »

[55] Un objectif sur les examens dentaires a été aussi fixé pour 2017. Le recueil, le contenu et la publication de ces données<sup>19</sup> crédibilise le programme même si elles ne peuvent aborder les économies réalisées en termes de prestations notamment hospitalières. La CNAMTS se doit d'en assurer une publication annuelle régulière de cette évaluation réalisée par une prestation externe.

## 5.3 La 1<sup>ère</sup> analyse médico-économique de l'expérimentation Sophia-Asthme

[56] Menée en 2016 dans le cadre du bilan de l'expérimentation, elle a été réalisée par l'unité 1123 de l'INSERM (au sein du Département d'épidémiologie et de recherche clinique – Hôpital Bichat). Elle montre des effets modérés du programme sur l'ensemble des éligibles, compte-tenu du faible effectif d'adhérents parmi la population éligible étudiée (10 % d'adhérents Sophia, lesquels sont davantage précaires et avec un asthme plus grave que la moyenne) ; des effets positifs sur certains indicateurs cliniques : utilisation des traitements de fond et observance du traitement

---

<sup>19</sup> L'évaluation est réalisée sur des populations « brutes » c.a.d sans redressement statistiques de données.



médicamenteux, recours au pneumologue, arrêt de travail pour asthme ; pas d'effet du programme sur les dépenses de santé toutes causes et pour les dépenses pour asthme, plus de dépenses de médicaments et moins de dépenses d'IJ ; sur les adhérents, des effets plus importants et plus souvent significatifs sur pratiquement tous les critères d'évaluation.

#### 5.4 Les enquêtes auprès des adhérents et des médecins

[57] Une étude de satisfaction des adhérents Sophia-Diabète et des médecins généralistes a été menée en juin 2014 (une étude avait été réalisée en 2009 et une autre en 2011). Ses résultats encourageants figurent à la fin de la présente annexe. Il paraît indispensable que ce type d'enquête se renouvelle régulièrement tous les 3 ans ).

[58] Une première étude de satisfaction après des adhérents à Sophia-Asthme, également menée dans le cadre du bilan de l'expérimentation sur ce compartiment du programme, a été réalisée à l'été 2016 sur la base de 1430 questionnaires exploitables sur les 10 000 envoyés par voie postale. Ses résultats sont nettement positifs que ce soit en termes de jugement global sur le service, d'impact des appels réitérés sur le comportement des adhérents ou sur la mesure de l'utilisation des divers supports d'information (les documents papier étant privilégiés par les intéressés). Il paraît indispensable que ce type d'enquête se renouvelle aussi régulièrement (un ou deux ans après la fin de la généralisation).

#### 5.5 L'évaluation de l'expérimentation l'offre globale Sophia/Prado insuffisance cardiaque

[59] Comme il est dit plus haut p. [9], un bilan de cette expérimentation en sera fait lors du dernier trimestre 2017 afin de statuer sur son éventuelle extension pour 2018 en fonction des résultats et des moyens disponibles. Une évaluation externe n'interviendra dont qu'à l'issue de cette éventuelle extension de l'expérimentation.

### 6 LES MEDECINS ET SOPHIA

[60] Comme elle l'écrit sur son site ameli.fr, l'assurance maladie propose le service Sophia, avec le soutien des associations de patients, et en concertation avec les autres partenaires mobilisés : représentants des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, sociétés savantes, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Haute Autorité de Santé (HAS)... La relation avec les médecins généraliste est essentielle.

[61] Or, en dépit de la communication/promotion faites par le réseau, la participation des médecins au programme demeure insuffisante.

[62] Il y a un grand frein du côté des syndicats médicaux. Au niveau national seul MG France soutient le programme. Les autres syndicats de généraliste, FMF et SMF, ni sont pas favorables jugeant l'intervention de l'assurance maladie non légitime, la plaçant en « concurrence » avec les médecins. D'où le contenu peu engageant des articles 23 et 23-1 de la convention médicale du 25 août 2016 (cf. à la fin de cette annexe).

[63] Au niveau local, vu de la Branche : 15 % de médecins soutiendraient vraiment le programme, 15% y serait déclarés hostiles, mais ils le sont plus généralement à l'assurance maladie, et 70% constitueraient un milieu attentiste. L'enquête réalisée l'été 2014 par l'Institut A+A

auprès de 500 médecins (cf son résumé en fin de l'annexe) est plus optimiste : plus des trois-quarts d'entre eux notamment estiment que l'assurance maladie est dans son rôle en proposant Sophia et considèrent comme une bonne chose qu'elle s'investisse dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

[64] Les inscriptions des patients au programme, on l'a vu (cf. [14]) repose très fortement sur l'assurance maladie. Les médecins traitants peuvent sur *Espace pro* demander qu'un patient bénéficie du programme. Mais ce dispositif est très peu utilisé : 1 % des adhésions des patients en écarts de soins en 2016. Les DAM et les MC n'interviennent en principe auprès des médecins que pour promouvoir le programme que lors des campagnes de généralisation – Sophia-Diabète hier, Sophia-Asthme aujourd'hui et demain. La CNAMTS demande d'ailleurs au réseau dans sa LR du 9 mars 2017 : « de veiller à assurer auprès d'eux une communication locale régulière et adaptée sur le service, en cohérence avec la stratégie relationnelle nationale ».

[65] Après adhésion, les patients reçoivent une lettre de bienvenue et un questionnaire personnel et un questionnaire médical qui doit être rempli par le médecin traitant à l'occasion d'une prochaine consultation.

[66] Après l'échec rapide d'un dispositif de bulletin d'adhésion co-signé patient/médecin traitant, ce dernier est seulement informé de la relation Sophia/patient. Il peut consulter la liste des éligibles et des adhérents de sa patientèle sur *Espace pro*.

[67] C'est sur la base d'une nouvelle version de ce portail que la CNAMTS a mis au point récemment une offre de service renforcée auprès des médecins traitants. Ceux-ci pourront désormais remplir en ligne le questionnaire médical et accéder aux supports d'accompagnement écrits du programme tels que les livrets repères et les journaux « Sophia et vous » dématérialisés.

[68] Surtout, suite à une expérimentation positive en 2016, les médecins pourront actionner l'intervention du coaching téléphonique auprès de leurs patients pour les aider à mieux comprendre et prendre en charge leur maladie. Ainsi, les adhérents qu'ils sélectionneront bénéficieront d'un accompagnement téléphonique sur un thème spécifique choisi par le médecin. Cet accompagnement sera réalisé par des appels sortants des ICS durant 6 mois, à raison d'un appel par mois.

[69] Le réseau est appelé à promouvoir cette nouvelle version d'Espace pro en s'appuyant sur différents outils mis à sa disposition, dont une brochure destinée au médecin traitant détaillant les télé-services Sophia. Une action particulière sera expérimentée en 2017 avec des médecins exerçant en maison de santé pluri-professionnelle.

## 7 PISTES D'EVOLUTION

[70] La CNAMTS évalue encore les performances du programme à partir des résultats d'adhésion obtenus par le réseau alors que de bons résultats ont été atteints dans l'accompagnement des adhérents réalisé par les ISC s'agissant de la réalisation des examens ophtalmologiques et rénaux comme en sevrage tabagique. Il conviendrait donc de changer d'indicateur dans la nouvelle COG en ne centrant plus l'action sur l'adhésion des patients en écart aux soins mais sur la mesure de l'évolution de leurs consommations de soins.

[71] Malgré des résultats satisfaisant, le dispositif du programme a atteint ses limites.

[72] Les règles d'adhésion ne sont pas suffisamment contraignantes au regard de l'enjeu et des moyens mis en œuvre pour les obtenir. Dans une démarche de responsabilisation du patient, en lien avec le protocole ALD qu'il a signé, il conviendrait de mettre en œuvre d'un principe de consentement implicite pour les patients diabétiques en écarts de soins. Cette mise en œuvre serait faite par vagues. Elle suppose notamment un travail de communication afin d'assurer le succès de la démarche.

[73] Les moyens devraient être recentrés sur la relation avec les adhérents -notamment le coaching téléphonique et en ligne et sur l'investissement dans le virage digital même si 30% des patients adhérents n'ont pas internet, soit la plus grande partie des plus de 65 ans - et sur la relation avec les médecins traitants.

[74] S'agissant du coaching téléphonique ou en ligne des données mensuelles plus fraîches du PMSI (actuellement connues avec 2 mois de décalage) permettraient de mettre au point une check-list plus élaborée pour les contacts avec l'adhérent.

[75] Par ailleurs, une partie des patients en fort écarts de soins relèverait plutôt d'un programme d'éducation thérapeutique plus ou moins renforcée que d'un simple coaching Sophia. Un ciblage plus fin du recrutement des adhérents, sur la base du niveau de risque de ne pas suivre le protocole de soins, serait à mettre en œuvre avec l'aide des médecins traitants, ce qui permettrait de renforcer leur participation au programme. Les réseaux de soins de proximité sont bien placés pour accompagner l'éducation des patients et les actions pourraient être financées par les FIR des ARS.

[76] Avant d'augmenter les ressources disponibles dans les 6 centres ou unités d'appel, d'autres options doivent être explorées pour se substituer au suivi téléphonique effectué par les ICS. La CNAMTS a initié différents projets pour moderniser le « parcours » de l'assuré au sein de SOPHIA, et trouver des « relais » au téléphone comme modalités de suivi par les ICS. Un panel d'adhérents à SOPHIA a été constitué pour travailler notamment sur les canaux d'accompagnement (courriers, courriels, portail, applicatifs sur smartphone...).

[77] La relation avec les médecins généraliste est essentielle. Or, en dépit de la communication/promotion faites par le réseau, leur participation au programme demeure insuffisante. Au-delà des évolutions très positives mise en œuvre dans EspacePro, il conviendrait d'aller plus loin dans le partage de l'information :

- en permettant d'inscrire un patient simultanément à la déclaration d'ALD ;
- en informant directement par push mail les médecins des adhésions au programme;
- en enrichissant le portail avec le niveau de risque des patients de ne pas suivre les prescriptions médicales ;
- en organisant des échanges des médecins avec les CIS ce qui permettrait de leur faire un retour de l'intervention du centre d'appel. L'idéal serait aussi de donner aux médecins une vision de ce que fait ou ne fait pas le patient dans son parcours de soins.

[78] A plus long terme, le programme Sophia doit être vu une première étape vers une démarche de « disease management » plus affirmée en ce qu'elle intégrerait complètement dans la démarche les médecins traitants. Les trois-quarts des dépenses de santé diabète de près de 10 mds proviennent des complications de la maladie qui se traduisent notamment par des dépenses hospitalières.

[79] Une telle évolution du programme emporte tout à la fois de stratifier la patientèle, de vérifier la mise en œuvre effective du protocole de soins, d'organiser une remontée des examens fait par le patient, d'intégrer l'inscription des patients à Sophia dans la ROPS (laquelle comprend les indicateurs de suivi des patients diabétiques) pour embarquer le médecin traitant et de définir un indicateur de résultat portant réduction de la dépense notamment d'hospitalisation.

[80] L'assurance maladie est bien consciente que le programme Sophia n'est pas suffisant s'agissant du diabète. Dans ses *rappports Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie*, la CNAMTS sélectionne en 2016, une proposition (4 ; page 31) concerne la prévention du diabète chez les personnes à risques tirée des leçons des expériences étrangères (*mettre en place une expérimentation à grande échelle de programmes intensifs de prévention du diabète par le changement des habitudes de vie*) et en 2017, trois propositions sur la prise en charge du pied diabétique (propositions n°8 à 10 p. 81). Dans la proposition n°8, volet information des patients, il est prévu d'utiliser à cet effet tous les canaux dont Sophia.

[81] Le programme a également un potentiel d'extension du périmètre sur les maladies coronariennes chroniques (1,5 millions de personnes prises en charge en 2015 et 3,3 Md€s de dépenses d'assurance maladie tous régimes en 2015). Pour les broncho pneumonies chroniques obstructives l'apport de Sophia ne paraît pas évident à la CNAMTS. Le sujet des maladies psychiatriques (2,2 millions de personnes prises en charge en 2015 et 2,4 en 2020) est peu documenté dans une optique d'intégration au programme et mériterait de l'être. La réforme du programme sus-évoquée paraît être un préalable à toute nouvelle extension à une autre maladie chronique.

**COG 2014-17 : engagement de la CNAMTS : *Développer l'accompagnement des malades chroniques et favoriser le maintien à domicile***

*(...) En ce qui concerne le programme Sophia, une expérimentation sera menée en 2014 au profit de patients asthmatiques. En fonction des résultats de l'évaluation externe, la généralisation du service Sophia asthme pourra être proposée. L'assurance maladie étudiera également les modalités d'un ciblage du dispositif Sophia sur les patients présentant un écart aux soins important.*

*Une offre transversale entre les programmes Sophia et Prado sera également proposée pour les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque. Ainsi, les patients seront accompagnés à leur sortie d'hôpital par des infirmiers libéraux pour des séances de surveillance et d'éducation à domicile, en lien avec leur médecin traitant et cardiologue, puis par téléphone, par des infirmiers conseillers en santé de Sophia, de manière à renforcer les recommandations précédemment délivrées.*

*Parallèlement, l'assurance maladie veillera à renforcer l'implication des professionnels de santé, notamment les médecins traitants et les équipes de soins de proximité, pour inciter leurs patients à bénéficier d'actions de prévention et des offres de service de l'assurance maladie. Le système d'information devra leur permettre d'accéder à une vision consolidée de la consommation de soins de leur patient et d'orienter le contenu des messages de prévention et des services apportés par l'assurance maladie notamment au travers de Sophia.*

*Les modes d'entrée dans les services d'accompagnement Sophia et PRADO seront aussi diversifiés : renforcement du rôle du médecin traitant en amont pour l'information et l'orientation de ses patients, inscription des patients à l'occasion de l'admission en ALD, articulation avec les services hospitaliers en sortie d'hôpital après un épisode aigu, coordination avec les centres d'examen de santé Les médecins traitants se verront proposer d'adresser directement, s'ils le souhaitent, leurs patients les plus à même de profiter de l'offre d'ETP dans les CES sans nécessité de recourir préalablement à un examen périodique de santé.*

*Actions à conduire et échéances prévisionnelles :*

N°	Actions	Réalisations
7.15	Expérimenter l'extension du programme Sophia à l'asthme : 2014-2015	Expérimentation en 2015-16
7.16	Généraliser en fonction de son évaluation externe, le programme Sophia à l'asthme : 2016	Evaluation externe faite ; généralisation de mai 2017 à septembre 2018
7.17	Expérimenter une offre globale Sophia/Prado : 2015	Réalisé dans 7 départements pour 1 ou 2 ES : 300 adhérents au 31.12.2016
7.18	Généraliser, en fonction de son évaluation, l'offre globale Sophia/Prado : 2016.	Bilan de l'expérimentation prévu au 4 <sup>ème</sup> trimestre 2017 en vue de statuer son éventuelle extension en 2018

*Un indicateur est associé au programme. Indicateur de résultat, il mesure le nombre de patients adhérents à Sophia dont la part des nouveaux adhérents diabétiques en écarts aux soins : 2014 : 610 000 adhérents sophia dont 30% des nouveaux adhérents en écarts aux soins ; 2015 : 750 000 adhérents sophia dont 35% des nouveaux adhérents en écarts aux soins ; 2016 : 1 000 000 adhérents sophia dont 40% des nouveaux adhérents en écarts aux soins ; Valeur(s) cible(s) fin de COG : 2017 : 1 200 000 adhérents sophia dont 40% des nouveaux adhérents en écarts aux soins. Voir à ce sujet ci-dessus p. [8].*

**CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE, SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016 (extraits)**

Article 15.4.4 Programmes d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients

Dans la prise en charge des pathologies chroniques le médecin traitant est un acteur clé du développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques. A ce titre, il est sollicité, dès l'entrée des patients qui le souhaitent dans ces programmes, et est associé à l'adaptation des programmes. Il est tenu régulièrement informé des actions engagées dans le cadre des programmes d'accompagnement visés à l'article 23 et assure le suivi des informations transmises dans ce cadre. Il participe à l'évaluation périodique des programmes. Il perçoit, pour les fonctions exercées au titre du présent article, une rémunération forfaitaire pour les patients concernés, dans les conditions définies à l'article 23.1.

Article 23. Programme d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des maladies chroniques

En France, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques et 4 millions sont asthmatiques. La prévention du diabète, de ses complications et l'amélioration du contrôle de l'asthme représentent un enjeu majeur, à la fois sur le plan médical, la qualité de vie des patients et les dépenses de l'assurance maladie.

Article 23.1 Programme d'accompagnement Sophia

Le service Sophia s'adresse aujourd'hui aux patients diabétiques et asthmatiques. L'objectif est d'accompagner les patients qui le souhaitent, pour les aider à être acteur de leur santé, à adapter leurs habitudes de vie, et ainsi mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.

Le service Sophia doit bénéficier à ceux qui en ont le plus besoin. Ainsi, le service s'attache à convaincre, en priorité, les patients qui rencontrent le plus de difficultés face à la maladie, afin de faciliter leur prise en charge par le médecin traitant. Les partenaires conventionnels conviennent de renforcer encore l'articulation avec le médecin traitant pour soutenir son action visant à améliorer la prise en charge des patients.

Ainsi, le médecin peut inciter ses patients les plus en difficulté avec leur maladie à adhérer au service Sophia. La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle, à hauteur d'une consultation (C), pour l'envoi du questionnaire médical (QM) après l'inscription d'un de ses patients au service Sophia, par l'utilisation du service en ligne sur espace pro. Lorsque le renouvellement du QM est sollicité par l'assurance maladie, la rémunération est également d'une consultation (C) par QM envoyé. Elle s'applique de plus aux éventuels questionnaires d'évaluation du programme.

Le médecin traitant a accès sur Espace Pro à un ensemble de fonctionnalités lui permettant notamment d'avoir une information sur le suivi réalisé auprès de ses patients adhérents au service Sophia.

Il peut faire appel au service Sophia en choisissant les thèmes qu'il juge prioritaires pour son patient (arrêt du tabac,

incitation à l'activité physique, examens de suivi, observance, etc) afin que les infirmiers du service contactent le patient pour l'accompagner sur ce thème. Un retour d'information au médecin traitant est systématiquement organisé.

## L'ETUDE DE SATISFACTION DES ADHERENTS SOPHIA ET DES MEDECINS GENERALISTES DE 2014.

### *Essentiel de la synthèse CNAMTS figurant sur ameli.fr*

Elle a été menée en juin 2014 par l'institut A+A auprès **des adhérents diabétiques** s'étant inscrits au programme avant le 1er avril 2013 ainsi qu'auprès des médecins généralistes. 35% d'un échantillon de 12 000 adhérents représentatif de la population adhérente a répondu à un questionnaire et 2715 réponses ont été exploitées. 504 médecins généralistes ayant des patients éligibles au service par téléphone ont été interrogés entre fin juin et mi-juillet 2014.

Les adhérents étaient interrogés sur leur opinion sur les Livrets repères, le journal Sophia et vous et le site ameli-sophia.fr. Les 2 supports reçus par courrier sont largement lus par les adhérents et 57% le lise le journal en entier et 34% le regardent systématiquement et le lisent partiellement. Ces supports sont jugés faciles à lire et les adhérents y trouvent des informations nouvelles (85%) ou des rappels utiles pour gérer leur diabète au quotidien (94%).

Près d'un quart des adhérents s'est connecté au site ameli-sophia.fr sur les 6 derniers mois mais parmi les personnes équipées d'internet, 44% ne le connaissent pas. 36% des adhérents ne sont pas équipés d'internet. Pour ses utilisateurs c'est le site de référence sur le diabète, répondant aux attentes et agréable à consulter.

Les adhérents mémorisent bien les appels des conseillers en santé Sophia. Même si peu d'adhérents appellent d'eux-mêmes un conseiller en santé, 8 adhérents sur 10 savent qu'ils en ont la possibilité.

Le nombre de contacts téléphoniques (variable selon la situation de l'adhérent) et la durée de l'échange correspond majoritairement aux attentes. La durée moyenne des appels - 15 minutes- est la durée jugée idéale par les adhérents.

90% jugent que les infirmières conseillers en santé Sophia leur donnent des conseils adaptés à leur situation, 84% qu'elles apportent des informations complémentaires par rapport à celles qu'ils avaient déjà et qu'ils sont un soutien utile pour changer leurs habitudes. Les adhérents se sentent à l'aise pour échanger avec eux et trouvent qu'une relation de confiance a su être créée.

Le service Sophia est perçu par 87% des adhérents comme un bon service d'accompagnement complémentaire au médecin traitant. Les 2/3 des adhérents se sentent plus à l'aise pour échanger avec leur médecin traitant depuis qu'ils bénéficient du service. Le service Sophia aide largement les adhérents à mieux comprendre le diabète et ses implications (traitements, examens, activité physique, alimentation) et encourage 86% d'entre eux à faire évoluer leurs habitudes et les ¾ s'estiment davantage capable de le faire. Les adhérents déclarent avoir modifié leurs habitudes de vie, de façon plus sensible sur l'observance et la réalisation des examens de suivi prescrits (63% d'entre eux déclarent prendre plus régulièrement leurs médicaments, 66% réaliser plus régulièrement leurs examens de suivi) mais aussi concernant le fait de manger plus équilibré ou d'être plus actif. 90% des adhérents recommanderaient le service à un proche.

**S'agissant des médecins**, plus de ¾ d'entre eux estiment que l'assurance maladie est dans son rôle en proposant Sophia et considèrent comme une bonne chose qu'elle s'investisse dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques.

Les 2/3 des médecins généralistes ont une opinion positive du service et pense qu'il constitue un bon complément à leur prise en charge qui favorise l'observance des traitements et des examens de suivi, et aide les patients à faire évoluer leurs habitudes de vie. Plus des ¾ des médecins généralistes voient en Sophia un programme pédagogique et informatif, utile, et adapté aux patients, permettant de relayer leurs messages et favorisant la motivation. D'ailleurs, les médecins sont 85% à dire qu'il est difficile de maintenir la motivation au long cours de leurs patients diabétiques. 2/3 des médecins pensent que Sophia peut être redondant avec leur activité ou les programmes d'éducation thérapeutique existant.

Plus d'1/3 estiment que la compréhension de leurs conseils s'est améliorée et ont constaté davantage d'aisance de leurs patients pour poser des questions en lien avec leur diabète ou parler des difficultés rencontrées, et près d'un médecin

sur deux a constaté un changement de comportement chez ses patients diabétiques inscrits.

Alors que 72% des médecins s'estiment bien informés sur Sophia, seuls 4 médecins sur 10 parlent du service à leurs patients et ont tendance à les inciter à s'inscrire.





# ANNEXE 9 – ETUDE ATIH SUR LES DELAIS ENTRE UN ACTE OPERATOIRE ET LA CONSULTATION DE SUIVI

[1] L'étude a été effectuée à la demande de l'Igas et les résultats communiqués le 6 juin 2017.

## 1 HYPOTHESES

**Base de données :** PMSI MCO 2015 (décembre) et 2016 avec les GHM en version V2016

- 1) Bases des RSA
- 2) Bases des RSFA ACE => activité externe du public.

### Sélection :

Le mois de décembre des RSA est utilisé afin de sélectionner les actes opératoires de fin d'année susceptible de donner une consultation de suivi début 2016.

Seul le secteur Ex-DGF est sélectionné.

- 1) Les RSA avec au moins un acte classant opératoire
- 2) Dont le chaînage patient est correct
- 3) Dont le GHM est en C (Chirurgie)
- 4) Les factures des RSFA ACE pour les patients sélectionnés ci-dessus avec un chaînage correct

Rassemblement des 2 bases RSA et RSFA ACE :

- 1) Exclusion des factures RSFA ACE avec un code ATU (urgence)
- 2) Sélection des factures RSFA ACE avec une consultation (C ou CS) sans prendre celle avec une majoration nuit ou férié
- 3) Calcul entre la date de réalisation de l'acte et la date de la consultation. S'il y a plusieurs actes réalisés, c'est le dernier qui est pris en compte pour le calcul du delta entre les dates.

Suite des exclusions

- 1) Dans le cas d'un patient avec une consultation qui suit une acte chirurgical mais qui précède un autre acte chirurgical, il est compliqué de déterminer si la consultation concerne l'acte réalisé ou l'acte à réaliser. La règle est la suivante :
  - a. Si le delta avant et après la consultation avec les actes est le même, on considère que la consultation est pré-interventionnelle. Un doute subsiste donc on les écarte.
  - b. Si la consultation est plus proche de l'acte à réaliser, on considère que la consultation est pré-interventionnelle.
  - c. Si la consultation est plus proche de l'acte déjà réalisé, on considère que la consultation est post-interventionnelle.

Les consultations pré-interventionnelles sont exclues de l'analyse.

- 2) Identification des consultations suivant un acte quel que soit le temps écoulé entre l'acte et la consultation. Il y a des cas avec un acte et plusieurs consultations qui suivent cet acte. On garde uniquement la 1ère consultation qui suit l'acte.
- 3) Seules les consultations ayant lieu dans le même établissement (FINESS) que l'acte opératoire sont analysées.

## 2 RESULTATS

Les deltas entre la date de réalisation de l'acte et la consultation sont mis en classe.

Le tableau contient le nombre de consultations selon le delta en classe.

Delta entre la date de réalisation de l'acte et la consultation (en jour)	Nombre de consultations
0 - 15	400 578
16 - 30	390 813
31 et plus	751 388

Avec plus de détail pour la classe 16-30 :

Delta entre la date de réalisation de l'acte et la consultation (en jour)	Nombre de consultations
0 - 15	400 578
16 - 20	125 592
21 - 25	121 880
26 - 30	143 341
31 et plus	751 388

## ANNEXE 10 – PARTENARIAT « BIG DATA » AVEC L'ECOLE POLYTECHNIQUE

[1] L'objectif de développement des technologies du big data appliqué au domaine de la santé a fait l'objet d'une initiative partenariale de la CNAMTS avec l'Ecole Polytechnique.

### 1 LE PARTENARIAT AVEC L'ECOLE POLYTECHNIQUE, QUI ARRIVE A SON TERME, A ESSENTIELLEMENT PERMIS DE CONSTRUIRE UNE INFRASTRUCTURE VALIDEE DE RECHERCHE EN BIG DATA

#### 1.1 Le projet vise à élargir le champ des recherches possibles sur les données du SNIIRAM

[2] Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 la CNAMTS et l'Ecole Polytechnique sont associés pour 3 ans par une convention de partenariat de recherche et développement visant à déployer de nouvelles pistes d'exploitation des données du SNIIRAM.

[3] L'exécution de la convention est portée à la CNAM par la DSES, et à l'Ecole Polytechnique par l'Initiative Data Science du laboratoire de mathématiques appliquées.

[4] Le projet vise à appliquer au SNIIRAM des techniques modernes d'exploitation des données dite Big Data afin d'ouvrir le champ des recherches. Il s'agit notamment de faciliter la détection de signaux faibles, difficilement identifiables avec les outils traditionnels compte-tenu de la masse des données et de la complexité de la structure du SNIIRAM.

#### 1.2 La convention a fait l'objet d'une mise en œuvre progressive qui a permis de valider une infrastructure adaptée, sans pouvoir véritablement lancer les travaux de recherche

[5] La convention prévoyait l'affectation de 29 ETP sur les 3 années du projet, dont 10 provenant de la CNAMTS pour un budget global de 1 478 210 € réparti comme suit :

Tableau 1 : Plan de financement de la convention

<b>Polytechnique</b>	Salaires et traitements des personnels	928 210 €
	Salaires et traitements des personnels	455 520 €
<b>CNAMTS</b>	Fonctionnement et équipement	94 480 €

Source : *convention CNAMTS – Ecole Polytechnique*

[6] D'après l'équipe de recherche, le démarrage du projet a été ralenti par des difficultés de recrutement et des délais pour la montée en compétence des équipes sur le SNIIRAM.

[7] Une dizaine de personnes (4,5 ETP) participent désormais aux recherches à l'Ecole Polytechnique. La CNAMTS a affecté au projet des effectifs à plein temps à la fin 2016 afin de préparer le transfert de compétences vers la Caisse.

[8] L'exploitation de nouveaux algorithmes a rendu nécessaire le développement d'une infrastructure dédiée qui puisse s'affranchir des obstacles structurels du SNIIRAM liées à la complexité relationnelle de ses 800 tables de données. Les premiers travaux ont consisté à développer un environnement d'exploitation spécifique autour d'une structure de données simplifiée, distribuée sur un réseau de serveurs (cluster).

[9] Cet environnement, désormais achevé, fait l'objet d'une montée en charge progressive. Un premier travail de validation a été conduit sur un échantillon restreint de données d'environ 3 Teraoctets, soit environ 1% du SNIIRAM. Le test a consisté à confirmer les résultats d'une étude CNAMTS de 2011 qui avait identifié des risques de cancer associé à la consommation de certains antidiabétiques. Les résultats de cette validation, concluants d'après les intéressés, devraient faire l'objet d'une publication prochaine portant sur les algorithmes utilisés.

[10] La montée en charge sur des échantillons plus importants se poursuit. L'équipe de recherche commence une nouvelle étude portant, à la demande de la CNAMTS, sur les facteurs de chute chez les personnes âgées liées à des consommations médicamenteuses. Cette étude doit permettre de valider le comportement de l'infrastructure de travail sur un échantillon d'environ 11 millions d'assurés, représentant 13 To de données.

## **2 LES ENJEUX AUTOUR DU BIG DATA NECESSITE LE RENOUVELLEMENT DU PARTENARIAT AVEC UN PILOTAGE PLUS SERRE ET DES MOYENS A LA HAUTEUR DES AMBITIONS**

### **2.1 L'infrastructure étant validée les axes de recherche prévus doivent être investis sur la base d'un projet clair et engageant**

[11] S'agissant des axes de recherche, la convention prévoyait à partir d'un partenariat avec l'X et avec le CHU de Nancy de prioriser cinq thèmes, pouvant être traités :

- 1 - La surveillance des produits de santé
- 2 - L'identification de facteurs explicatifs aux parcours de soins des patients
- 3 - L'évaluation comparative de l'efficacité de stratégies thérapeutiques
- 4 - L'identification de mésusages voire de fraudes
- 5 - L'identification de facteurs explicatifs à la diffusion des recommandations

[12] Seul l'axe 1 a été traité sur la base d'un « back-testing » servant à valider l'infrastructure Big Data à partir d'une étude ancienne documentée par la CNAMTS en 2011. Le partenariat n'a donc pas permis d'ouvrir de nouveaux axes de recherche sur les 3 années prévues, ce qui est problématique à l'aune de la rapidité du développement du Big Data et des fortes attentes sur le sujet.

[13] Les partenaires attendent beaucoup des recherches sur la thématique du parcours de soins, mais la CNAMTS doit rapidement préciser ses ambitions sur le sujet, et prévoir une affectation de ressources proportionnées à son partenaire scientifique.

## **2.2 La CNAMTS doit accélérer le transfert de compétences prévus à la convention et s'assurer de la fourniture des livrables**

[14] Le transfert de compétences est encore limité aux seuls agents de la CNAMTS travaillant directement avec l'équipe de l'Ecole (actuellement deux personnes). La CNAMTS n'est pas en capacité d'utiliser les outils développés dans le cadre du partenariat, d'autant qu'elle n'a pas précisé ses ambitions et ses moyens pour promouvoir en interne de nouvelles formes de recherche basée sur les méthodologies Big Data.

[15] Bien que prévus par la convention, les rapports et codes informatiques directement utilisables par les statisticiens de la CNAMTS ne semblent pas avoir été livrés. Cette situation met la CNAMTS dans une position de dépendance vis-à-vis d'un partenaire qui n'a ni les objectifs ni les moyens d'assurer seul la conduite des études nécessaires à l'amélioration de la gestion du risque.

[16] Enfin, des acteurs publics intéressés par le partenariat ont sollicité la mission afin d'avoir une visibilité plus importante sur les recherches conduites par l'Ecole Polytechnique et la CNAMTS. Il est vrai qu'en l'absence de publication scientifique et de bilans, les initiatives conduites par les deux partenaires alimentent peu les recherches en matière de Big Data en santé, et entretiennent un manque de transparence préjudiciable à l'appropriation par la communauté des méthodologies et de leurs résultats.



## **ANNEXE 11 – BILANS DE LA COG**





# **Annexe – Evaluation de la COG 2014-2017 - indicateurs**



**Années 2014/2015/2016  
et cible fin COG (2017)**

**Fiches 4, 7,8, 10, 11, 12, 13 et 14**

Actions à conduire et indicateurs		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
Poursuivre les efforts d'amélioration de l'accès aux soins sur le territoire <b>Actions n° 4.1 à 4.5</b>	<b>IR 4.1</b> Inégalités de répartition des professionnels de santé : amélioration de l'indice de GINI  <b>Objectif: - 0,001 point par an</b>	MK: 0,275 (+0,005) Infirmiers: 0,324 (-0,005) Omnipraticiens 0,198 (+0,004) SF: 0,242 (0,02)  Orthophonistes: 0,329 CD: 0,278	MK: 0,280 (+0,005) Infirmiers: 0,319 (-0,005) Omnipraticiens 0,203 (+0,005) SF: 0,225(-0,017)  Orthophonistes: 0,330 (0,001) CD : 0,278 (0)	MK: 0,288 (+0,008) Infirmiers: 0,315 (-0,004) Omnipraticiens 0,217 (+0,014) SF : 0,215(0,01)  Orthophonistes: 0,331(0,001) CD: 0,280 (0,002)	MK: 0,266 (-0,022) Infirmiers: 0,325 (0,01) Omnipraticiens 0,190 (-0,027) SF: 0,258 (+0,043)  Orthophonistes CD	Oui, mais très partielle	Objectifs atteints quand on dispose de dispositifs ad hoc
Maîtriser l'évolution des tarifs <b>Actions 4.6 et 4.7</b>	<b>IS 4.2</b> Taux global de dépassement des médecins en secteur 2 <b>Objectif: -1,5 point par an</b>	54,1% (-1)	53,3% (-0,8)	51,9% (-1,4)	49,1% (-2,8)	s.o	Indicateur de suivi avec cible. Pourrait être un indicateur de résultat
Mettre en place le tiers-payant coordonné <b>Actions 4.10 à 4.14</b>	<b>IS 4.3</b> taux de recours au tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS	-	94,8%	96,8%		s.o	Indicateur de suivi, sans cible. Pourrait être un indicateur de résultat

Actions à conduire et indicateurs et dispositifs d'évaluation		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
Renforcer le services prévention en individualisant progressivement le compte assuré pour permettre aux ayants droits d'avoir leur espace personnel et développer l'accompagnement en ligne (santé active) <b>Actions 7.7 à 7.10</b>	<b>IR:</b> Nombre d'adhérents à Santé active	6913 ( 500 000)	103 731 ( 800 000)	189 641 inscriptions au coaching en ligne sur les 466 000 visées (41%) ( 1 400 000)	2 000 000 adhérents	Non	Délai mis à sortir le produit. Recours en justice contre le prestataire
Fluidifier le parcours de soins et accompagner le patient lors d'épisode de soins aigus et en sortie d'hospitalisation (PRADO) <b>Actions n° 7.11 à 7.14</b>	<b>IR:</b> maternité: évolution DMS <b>IR:</b> orthopédie: tx de recours au SSR <b>IR:</b> tx de ré-hospitalisation IC  <b>IR:</b> tx de ré-hospitalisation BPCO	Non disponible (4,2) Idem (43%)  Idem OBJ 100 réhos  Idem	- 3,97 jours patientes(: 4) - 42,1% (42%)  - Pas de différence significative pour patients inclus en 2014 (800) Démarrage en 2015 (145)	- DMS identique à 2015( 3,8) - Données non disponibles (39%) - Pas de différence significative pour patients inclus en 2015 (2800) -Pas d'évolution en 2016. Cohorte de patients insuffisante (940)	3,5 jours de DMS  20% pour hanche et genou 36% en 2017 Baisse de 30% du nbre de réhosp par rapport à 2011 11 000 en 2017 3400 réhospitalisations évitées	Oui  Non  Non  Non	
	<b>IR:</b> Nombre d'adhésions tous volets	234 120 (222000)	335 938 (310 000) COG: 333 600	430 920 (395 000) COG: 539 000	650 000 adhérents	Oui	Sous objectif révisé
Développer l'accompagnement des maladies chroniques et favoriser le maintien rapide à domicile <b>Actions n° 7.15 à 7.19</b>	<b>IR:</b> Nombre d'adhérents à Sophia dont patients en écart de soins	610 000 dont 30% en écart aux soins)	718 238 dont 31% en écart aux soins (objectif 750 000 dont 35% en écart aux soins)	827 000 dont 46% de diabétiques en écart de soins (objectif révisé 780 000 dont 40% en écart aux soins)	1 200 000 adhérents dont 40% en écart aux soins	Oui	Objectif révisé, mais cible fin 2017 pas actée

Actions à conduire et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
<p>Développer de nouveaux services dématérialisés pour les professionnels de santé</p> <p><b>Actions 8.1 à 8.14</b></p>	<p><b>IR</b> : Tx de déploiement SCOR par profession</p> <p>pharmaciens: 79,11% (70%) MK: 76,66% (30%) Infirmiers : 64,48% (30%)</p>	<p>pharmaciens: 93% (95%) MK: 88% (75%) Infirmiers :81% (75%) Orthophonistes :46% (75%) SF: 30% (75%) Orthoptistes :55% (75%)</p>	<p>pharmaciens: 98,4% (97%) MK: 93% (75%) Infirmiers :88,5% (75%) Orthophonistes :60,7% (75%) SF: 44,8% (75%) Orthoptistes :65,7% (75%)</p>	<p>Pharmaciens: 98% MK: 95% Infirmiers :95% Orthophonistes :95% SF: 95% Orthoptistes : 95%</p>	Oui	
	<p><b>IR</b>: Tx dématérialisation</p> <p>- AAT: % (40%) -PSE: % (40%) - DMT % (60%) Certificat AT MP: %</p>	<p>- AAT: 19,2% (40%) PSE: 22,5% (40%) DMT 61,6% (60%) Certificat AT MP: 3,7% (généralisation fin 2015)</p>	<p>AAT: 22,7% (50%) PSE: 34,8% (50%) DMT : 65% (80%) Certificat AT MP : 8,4% (30%)</p>	<p>AAT: 60% (fév2017 31%) PSE: 60% (mars 2017 :57,9%) DMT 85% (fév 2017 80,6%) Certificat AT MP : 40% mars2017 13,7%)</p>	Partielle	
	<p><b>IR</b>: taux de satisfaction des PS</p>	nd	<p>CPAM: 84,6% DRSM: 76,3% (86%)</p>	<p>CPAM: 86,4% DRSM: 80,2% Objectif 86%</p>	Non	
	<p><b>IS</b>: Tx de PS utilisateurs de SEFI</p>	<p>Fin 2014 : 1 TS utilisateur</p>	<p>Fin 2015 : une cinquantaine de transporteurs sanitaires utilisateurs du SEFI. 3 éditeurs autorisés, un 4ème en cours. Plus de 100 000 factures reçues et payées</p>	<p>En 2016, 727 000 factures en ligne réalisées par 850 TS; fin 2016, taux national de transporteurs équipés de facture en ligne : 14,42%.</p>	s.o	
	<p><b>IS</b>: Tx de PS équipés ADR</p>			<p>14% (15%)</p>	45 %	s.o

Fiche 8

Fiche 8 - Développer de nouveaux services pour les professionnels et établissements de santé et renforcer leur promotion

Actions à conduire et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
<p>Développer une offre de service à destination des établissements de santé en lien avec le déploiement de FIDES</p> <p><b>Actions n° 8.15 à 8.16</b></p>	<p>IS: Nombre d'établissements équipés CDRI</p>	<p>Lancement de l'expérimentation dans 2 établissements à l'automne 2015 (objectif: adaptation)</p>	<p>2 établissements déployés en 2016. Expérimentation démarrée en juin 2016 et terminée en décembre 2016. Phase de déploiement prévue en 2017 (40% des établissements FIDES ACE équipés CDRI). (objectif 160 établissements)</p>	<p>400 établissements</p>	<p>s.o</p>	<p>Indicateur de suivi avec une cible</p> <p>Indicateur qui ne mesure pas l'action telle qu'elle est décrite</p>

Actions à conduire et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
<p><b>Améliorer les programmes de dépistage des cancers et renforcer le rôle du médecin traitant</b></p> <p><b>Actions 10.1 à 10.5</b></p>	<p><b>IR</b> : taux de dépistage organisé et individualisé des cancers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Du sein - 61,5% (63,4%)</li> <li>- Colorectal - 27,8% (pas d'obj)</li> <li>- Col de l'utérus - 56% (60%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 61,5% (64,4%)</li> <li>- 30% (+5pts /2014)</li> <li>- 56,3% (61%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 61,7% (65,4%)</li> <li>- 29,3% (+1pt /2015)</li> <li>- 55,5% (62%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 63,4%</li> <li>- +1pt /2016</li> <li>- 63%</li> </ul>	<p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>	
<p>Développer le services de prévention</p> <p><b>Actions n° 10.6 à 10.12</b></p>	<p><b>IR</b>: taux de participation des campagnes de vaccination antigrippale</p> <p>46,1% (50%)</p>	<p>48,6% (52%)</p>	<p>47,4% (54%)</p>	<p>56%</p>	<p>Non</p>	
<p>Etendre et renforcer les partenariats</p> <p><b>Actions 10.13 à 10.18</b></p>	<p><b>IS</b>: actions d'incitation d'accompagnement personnalisé dans les classes CP en ZEP</p> <p>1165 classes sensibilisées (1100)</p>	<p>1300 classes sensibilisées (1200)</p> <p>63% taux de recours moyen au CD</p>	<p>1700 classes sensibilisées (1300)</p> <p>68% taux de recours moyen au CD</p>	<p>1400 classes</p>	<p>s.o</p>	<p>Indicateur de suivi avec cible</p>
<p>Mobiliser les centres d'examen de santé</p> <p><b>Actions n° 10.19 à 10.22</b></p>	<p><b>IS</b>: taux de population précaires fréquentant les CES (&gt;50% fixé dans l'objectif COG)</p> <p>Taux 2014: 56% (supérieur à 50%)</p>	<p>Taux 2015 = 57,5 (supérieur à 50%)</p>	<p>Taux 2016 : 58% (supérieur à 50%)</p>	<p>supérieur à 50%</p>	<p>s.o</p>	<p>Indicateur de suivi avec cible</p>

# Axe 3 Contribuer à la Stratégie Nationale en Santé et à l'efficacité du système de soins

## Fiche 11 – Favoriser l'organisation de soins de proximité (pas de valeur cible chiffrée fin COG)

Actions à conduire	Indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Atteinte	Commentaires
Favoriser la constitution d'équipes pluri-professionnelle de proximité autour du médecin traitant  <b>Actions 11.1 à 11.3</b>	<b>IS:</b> Nombre de structures professionnelles bénéficiant des nouveaux modes de rémunération	300 structures appartenant aux ENMR	271 structures ex ENMR (95%) ont signé un contrat - 190 nouvelles structures ont pris contact avec leur caisse: <b>178</b> ont formalisé une demande de contractualisation: 130 nouvelles structures (hors ex ENMR) ont signé un contrat (91 maisons de santé, 12 pôles de santé, 17 centres de santé) et 17 demandes sont en cours d'examen au niveau local et 31 décisions de refus de contractualisation ont été prises.	400 contrats ayant conclu le contrat (sur 800 structures présentes sur le territoire) et ouverture des négociations pour conclure un accord cadre conventionnel (négociations ouvertes depuis janvier 2017)	s.o	Indicateur de suivi sans cible
	<b>IS:</b> Nombre de patients suivis par un médecin traitant exerçant dans une équipe pluri professionnelle	800 patients MT par médecin (généraliste ou spécialiste) 998 patients MT et enfants de 0 à 16 ans par médecin (généraliste ou spécialiste) (données pour les structures ENMR)		4 400 patients en moyenne pour les maisons de santé mono site 7400 patients en moyenne pour les maisons de santé multi sites 4000 patients en moyenne pour les centres e santé (50% de structures ont+ de 3900 patients et 10% de structures ont les +grosses patientèles (9200 patients)	s.o	Indicateur de suivi sans cible
	<b>IS:</b> Nombre de médecins / nombre d'auxiliaires médicaux exerçant dans les équipes pluriprofessionnelles	Environ 1 300 MG et spécialistes Environ 1 400 PS auxiliaires médicaux Environ 180 chirurgiens-dentistes et Sages-femmes		Une structure est en moyenne composée de: 4,9MG 0,9SP 1,4 CD 8,3 paramédicaux 2,1 autres professions	s.o	Indicateur de suivi sans cible

### Fiche 12 – Promouvoir le développement et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et para médicales

Actions à conduire et indicateurs		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires
Développer les référentiels et renforcer leur promotion auprès des patients et des PS <b>Actions 12.1 à 12.13</b>	IS: pourcentage des arrêts respectant le seuil préconisés par les fiches repères pour les motifs et suite d'intervention	60,30%		60,9%	-	s.o	Indicateur de suivi particulièrement précis sur un sujet spécifique
Etendre les procédures de mise sous accord préalable pour améliorer la pertinence des interventions <b>Actions 12.17 à 12.21</b>	IR: 5 gestes supplémentaires ajoutés en moyenne à la liste MSAP CA	- 43 (43)	- 55 (48)	-Pas de gestes supplémentaires en 2016 en accord avec les sociétés savantes mais expérimentation de nouvelles méthodes d'accompagnement avec l'AFCA (hernies inguinales)	58 gestes en 2017 (valeur cible 5 gestes par an)	Oui	
	IS : nombre d'établts sous MSAP par an	- CA: 161 (150)	- CA: Procédure lancée tardivement (fin 2015) (200)	Nbre de gestes mis sous MSAP: 347 (200)	200 gestes sous MSAP CA	s.o	Indicateur de suivi avec cible
	Objectif 150 (2014 à 2017)	- SSR: 50	- SSR: Procédure lancée tardivement (fin 2015)	166 établissements mis sous MSAP	150	s.o	
		- Hors CA : 100 (50)	- Hors CA: Procédure lancée tardivement (fin 2015) (50)	- 46 établissements mis sous MSAP dont chirurgie de l'obésité (35) et syndrome du canal carpien (4) 850 demandes (75)	75	s.o	



Actions à conduire et indicateurs	Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Cible fin COG 2017	Atteinte	Commentaires	
<p>Déployer de nouvelles actions de maîtrise médicalisée en renforçant la contractualisation avec les offreurs de soins</p> <p><b>Actions n° 13.6 à 13.24</b></p>	<p><b>IR:</b> taux de respect de l'ONDAM</p>	2,05% ( 2,1%)	1,75% (1,8%)	2,1%	Oui	Pas de mention de la maîtrise médicalisée (objectifs non atteints)	
	<p><b>IR:</b> progression de 2 points par an des résultats de la ROSP des médecins traitants</p>	65,3% soit +3,6 points (63,7%)	68,3%. Soit +1,7point (65,7%)	67,7% soit +1,8 points (67,7%)	69,7%	Oui	Changement de la ROSP en 2017
	<p><b>IS:</b> nombre de visites des DAM et entretiens confraternels auprès des PS libéraux, dans les établissements de santé et les EHPAD</p>	- 544 563 visites	- 123 504 au 31/03/2015 5300 visites EHPAD au 31/12/15	- Visites PS (DAM, EC et CIS) : 500 000 Visites établissements : 17133		s.o	
	<p><b>IS:</b> nombre de CAQOS avec les établissements de santé</p>	CAQOS PHMEV :23 CAQOS transports: 164	CAQOS PHMEV :3 CAQOS transports: 102	CAQOS :PHMEV: 41 Transport: 101		s.o	
	<p><b>IR:</b> taux de pénétration des génériques (valeur d'origine 82,24%)</p>	- 83,3%	- 83,4% (85%)	- 85,4% (600M€)(85%)	85%	Oui	
	<p><b>IS:</b> taux global de génériques (valeur d'origine 33%)</p>	- 40%	- 42,9%	- 45.4 %	40%	s.o	



# Annexe – Evaluation COG 2014-2017 – Engagements de la CNAMTS



**Axe 1 : Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins (fiche 4)**

**Axe 2 : Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers (fiches 7 et 8)**

**Axe 3 : Contribuer à la Stratégie Nationale en Santé et à l'efficiencia du système de soins (fiches 10,11,12,13 et 14)**

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
4.1	Poursuivre la politique de régulation démographique des professionnels de santé	2014-2017	Article 72 LFSS : Possibilité de conventionnement sélectif des masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et chirurgiens dentistes.. Fin de négociation prévue en avril 2017 pour MK. Actualisation du dispositif de régulation au conventionnement pour SF lors des négociations à ouvrir en septembre 2017	Oui	Oui	Non
4.2	Développer des services complémentaires aux professionnels de santé signataires de contrats incitatifs	2014-2017	Parcours chirurgical dentiste finalisé au 31.12.2015 : envoi d'une LR diffusant l'ensemble des outils de ce parcours ; parcours installation MK mis en place sur 2017	Oui	Oui	Non
4.3	Etendre le parcours attentionné « première installation » aux MK (2015), SF (2016), CD (2016), orthophonistes (2017), orthopistes (2017)	2015-2017	CD en 2015, MK en 2017	Non	Non	Oui
4.4	Evaluer les mesures démographiques mises en œuvre	2015	Bilan des 2 options médecin dans le cadre de la convention médicale de 2011 (option démographie et option santé solidarité territoriale) dressé dans le cadre des négociations conventionnelles 2016 ; Mise en place de 4 contrats spécifiques dans la nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016 pour s'adapter aux besoins des territoires sous denses	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
4.5	Proposer à l'Etat le cas échéant une nouvelle méthodologie de zonage	2015	Dans le cadre des nouvelles dispositions prévues dans la Loi de modernisation de notre système de santé sur le zonage, élaboration d'un projet de décret visant à déterminer de nouvelles méthodologies de zonage applicables par les ARS ; projet d'arrêté sur méthodologie applicable par les ARS pour détermination des zones sous-denses transmis prochainement	Oui	Non	Oui
4.6	Assurer une gestion active des tarifs de secteur 1	2014-2017	Nouvelle convention médicale signée le 25 août 2016 avec valorisation d'un certain nombre d'actes au profit des médecins de secteur 1 ou ayant adhéré aux nouvelles options de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO) :	Oui	Oui	Non
4.7	Réguler les tarifs de secteur 2, notamment par le déploiement du CAS	2014-2017	Adhérents contrat d'accès aux soins à fin 2016 : 11627. CAS remplacé avec la nouvelle convention médicale par 2 options OPTAM et OPTAM CO	Oui	Oui	Non
4.8	Mettre en œuvre des actions de communication auprès des bénéficiaires de l'ACS	2014-2015	Cf. action 4.12	Oui	Non	Non
4.9	Mettre en œuvre des actions de contrôle auprès des médecins qui ne respectent pas les tarifs opposables aux patients bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS et aux personnes en aménagement de peine sans activité professionnelle	2016-2017	Dispositif de régulation des pratiques tarifaires excessives mis en œuvre en 2015. Reprise des actions prévues en 2017 après signature convention médicale	Oui	Oui	Oui

**Axe 1 : Garantir à tous les assurés un accès réel aux droits et aux soins**  
Fiche 4 - Favoriser le développement des soins accessibles aux assurés sociaux

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
4.10	Mettre en place le tiers-payant coordonné pour les bénéficiaires de l'ACS	2015	Mise en œuvre à partir du 1/07/15. A fin décembre 2017, 1 019 924 bénéficiaires de nouveaux contrats ACS. Taux de tiers-payant de 96,8% ( 98,1% chez les pharmaciens, 81,6% chez les médecins généralistes) TP ACS: 87,8% des PS ont mis à jour leur logiciel SESAM-Vitale au 31/12/16	Oui	Non	Oui
4.11	Mettre en place le tiers-payant coordonné pour les personnes en aménagement de peine n'exerçant pas d'activité professionnelle de droit commun.	2015	Mise en place du TP pour les détenus au 1 <sup>er</sup> /01/16; taux de tiers-payant de 94,8% ( 97% chez les pharmaciens, 70% chez les médecins généralistes)	Oui	Non	Oui
4.12	Accompagner la mise en place des nouveaux contrats ACS par une communication dédiée auprès des bénéficiaires	2015	Campagne de communication mars 2016	Oui	Non	Oui
4.13	Etudier les conditions d'une généralisation du tiers-payant intégral au regard notamment de la problématique de la récupération des franchises et des participations forfaitaires	2015	Ouverture du service de paiement en ligne des créances PF/FR au 1/7/2016. Expérimentation à partir de septembre 2016 de la récupération des créances PF/FR avec 9 CPAM pilotes: envoi par courrier d'un avis de sommes à payer aux assurés concernés. Les 3/4 des dettes PF/FR ont été récupérées sans difficultés.	Oui	Non	Oui
4.14	Mettre en œuvre la solution de généralisation du tiers payant retenue par les pouvoirs publics	2017	Publication de l'avenant 10 au cahiers des charges SESAM-Vitale à destination des éditeurs en avril 2016. Harmonisation en inter régime des pratiques des caisses gestionnaires pour assurer le respect des engagements de l'assurance maladie. Ouverture du centre support inter régime médecins au 1/7/2016. Remise du rapport d'étape TP AMO 100% ALD/maternité au ministère le 30/11/201.	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.1	Articuler le parcours maternité, l'offre de services PRADO et proposer une déclaration en ligne du nouveau-né via le compte assuré	2014	Déclaration du nouveau né en ligne en tests ponctuels entre février et avril 2015. Généralisation du service en juin 2015. Offre PRADO intégrée dans le guide du parcours maternité en 2016	Oui	Non	Oui
7.2	Intégrer dans les services en santé des propositions d'accompagnement personnalisés	2015	Mémos SF modifiés pour accompagner le sevrage tabagique	Oui	Oui	Oui
7.3	Promouvoir l'utilisation de Medialog+ quelque soit le programme et l'agent en contact avec l'assuré	2015	Outil déployé en trois vagues en 2016	Oui	Non	Non
7.4	Donner aux CES la possibilité de consulter Medialog+ pour renforcer l'accès aux droits des consultants	2016	Déploiement progressif	Oui	Non	Oui
7.5	Concevoir et déployer l'offre de service « entrée en ALD »	2015	Diffusion en 2016	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.6	Elaborer et diffuser des référentiels sur les parcours de soins d'usage simple pour les PS et des livrets informatifs pour les patients	2014-2015	Campagne référentiels nodules thyroïdiens ; guide patients pour cholecystéctomie ; mise en ligne grand public des guides patients sur ameli ; parcours de soins présentés pour chirurgie des tendinopathies de l'épaule ; travail en cours pour angioplastie coronaire	Oui	Non	Oui
7.7	Déployer trois programmes d'accompagnement en ligne Santé Active sur le compte assuré (nutrition, santé du dos, santé du cœur)	2014	Difficultés contractuelles rencontrées avec le prestataire en charge du développement et de la maintenance du coaching en ligne. Généralisation et communication en 2016. A fin 2016 : 190 000 adhérents au programme d'e coaching Sante Active	Oui	Non	Oui
7.8	Déployer un programme d'accompagnement en ligne au sevrage tabagique (Santé active)	2015	Appel d'offres et choix du prestataire réalisés. Lancement de s travaux d'élaboration du contenu avec l'INPES; Application mobile tabac mise en ligne le 22/09/16	Oui	Non	Oui
7.9	Ouvrir dans le compte assuré un espace personnalisé pour les ayants-droit	2015	Changement de contexte avec la PUMA	Non	s.o	Oui
7.10	Mener une étude de faisabilité sur la mise en ligne d'un calendrier vaccinal pour les assurés en lien avec une offre à destination des professionnels de santé	2016	Etude faite dans changement de contexte	Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.11	Etendre le PRADO maternité aux sorties précoces ainsi qu'aux césariennes non compliquées	2014	Extension de l'expérimentation sorties précoces : 15 409 adhésions en 2016 et généralisation en 2017 Extension aux césariennes sans complication depuis juin 2015	Oui	Non	Oui
7.12	Expérimenter une offre de service d'accompagnement des patients en épisode aigu et en sortie d'hospitalisation	2015	Extension de l'IC et de la BPCO en 2016 et généralisation en 2017 Travaux sur le service AVC et personnes âgées pour un lancement en T2 2017 5 sites prévus en AVC, 11 en personnes âgées	Oui	Oui	Oui
7.13	Déployer des nouveaux services PRADO - BPCO - Plaies chroniques	2014 et 2015	BPCO: Lancement début 2015 dans 11 départements et extension sur 35 sites : 64 établissements sur 2016 pour 622 adhésions  Lancement en octobre 2015 de l'expérimentation dans 10 sites. Puis décision d'arrêter l'expérimentation en août 2016 avec intégration des plaies chroniques dans le volet personnes âgées	Oui	Non	Oui
7.14	Expérimenter un PRADO populationnel auprès des personnes âgées	2015	PAERPA: une expérimentation a été lancée dans 2 établissements de 2 régions pilotes: Paris et Tarbes. Extension sur 11 départements en 2017	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
7.15	Expérimenter l'extension du programme Sophia à l'asthme	2014-2015	A fin 2016, 24 000 adhérents asthmatiques	Oui	Oui	Oui
7.16	Généraliser, en fonction de son évaluation externe, le programme sophia à l'asthme	2016	Bilan de l'expérimentation réalisé. Décision prise d'extension en 2017	Oui	Non	Oui
7.17	Expérimenter une offre globale sophia/Prado	2015	Expérimentation lancée en 2015 et poursuivi jusqu'à fin 2017.	Oui	Oui	Oui
7.18	Généraliser, en fonction de son évaluation, l'offre globale sophia/prado	2016	Changement de contexte	Non	s.o	Oui
7.19	Offrir un accès direct à l'offre d'ETP (Education Thérapeutique du Patient) sur demande du médecin traitant	2014	Possibilité offerte aux médecins traitants pour leurs patients DT2 concernés et volontaires : sur 65 sites ETP DT2, à titre indicatif/montée en charge, 97 patients inclus suivant cette nouvelle procédure dans 27 CES; suivi organisé + spécifiquement au 2è trimestre 2016	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.1	Poursuivre le déploiement de SCOR et l'étendre à toutes les professions prescrites	2014-2017	SCOR déployé pour l'ensemble des catégories de PS et pour les cliniques (déploiement global: 84% toutes catégories de PS confondues).	Oui	Oui	Oui
8.2	Déployer l'accès aux droits en ligne aux professions en SESAM-Vitale (transporteurs, biologistes, médecins...)	2014-2017	50 025 Professionnels de Santé équipés d'un logiciel autorisé pour le télé-service ADRI, dont 3 837 médecins utilisent le service ADRI (3,5 %). 20 éditeurs autorisés.	Oui	Non	Non
8.3	Déployer et étendre la facturation en ligne <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporteurs sanitaires en inter-régimes puis l'expérimenter et la généraliser pour les taxis</li> <li>• Biologistes et médecins</li> </ul>	2014- 2016 et 2014-2017	<p>Pour les Transporteurs sanitaires (TS) : généralisation démarrée en février 2016. En 2016, 727 000 factures en ligne ont été réalisées par 850 TS, fin 2016 le taux nationale de transporteurs équipés de la facture en ligne est de 14,42%.</p> <p>Pour les taxis , montée en charge de l'utilisation du service de calcul du taux de prise en charge se poursuit : nombre d'appels au PEC + pour les taxis a doublé en 2016 (2 200 000 appels pour 634 taxis)</p> <p>Facturation en ligne taxis reportée à 2018 pour tenir compte de l'évolution de la norme B2.</p> <p>Pour biologistes, ensemble des développements ont été réalisés. L'expérience sur les laboratoires est prévue fin 2017</p>	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.4	Dématérialiser la prescription et proposer des services en appui des ententes préalables <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescription de transports</li> <li>• Prescription de médicaments</li> <li>• Prescription de biologie</li> <li>• Ententes préalables</li> </ul>	2014 2014-2016 2016-2017 2014-2017	Service prescription électronique transports généralisé en 2017 Expérimentation lancée à l'été 2017 Téléservice ouvert pour 9 régimes	Oui	Non	Non
8.5	Enrichir le bouquet de services du portail Espace pro (Certificat Médical AT/MP, Echanges sécurisés avec le service médical, Déclaration de grossesse, patientèle médecin Traitant Inter-régimes, commandes dématérialisées ...	2014-2017	Ouverture en 2015 et améliorations en 2016	Oui	Oui	Oui
8.6	Augmenter le nombre de téléservices intégrés : Protocole de Soins Electronique, Certificat Médical AT/MP, patientèle Médecin Traitant, Accords préalables prescripteurs et prescrits	2014 2017	Travaux de développement effectués en 2016 pour le Protocole de Soins Electronique, le Certificat Médical Accident de Travail/Maladie Professionnelle. Suite au bon fonctionnement du nouveau PSE en appui de la simplification ALD, les travaux ont été menés pour rédiger les spécifications éditeurs fin 2016. Fournies aux éditeurs mi 2017	Oui	Oui	Oui
8.7	Déployer des services pour les médecins traitants en appui des programmes de prévention	2014-2017	Ouverture du téléservice Prado	Non	s.o	Non

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.8	Déployer des téléservices en appui à la montée en charge des conventions	2014-2017	Démarrage des travaux de conception des téléservices liés à la nouvelle convention médicale et évolution du service de suivi du Contrat d'accès aux soins pour prendre en compte l'OPTAM et l'OPTAM-CO	Oui	Oui	Non
8.9	Poursuivre la politique d'accompagnement des PS en renforçant notamment la coordination des actions des DAM, CIS et PC	2014-2017		Oui	Oui	Non
8.10	Promouvoir les services de consultation des droits en ligne pour améliorer la qualité des flux de facturation	2014	Lancement de la campagne en 2016	Oui	Non	Oui
8.11	Structurer une stratégie relationnelle adaptée aux attentes des professionnels de santé	2015	Centre de service interrégimes mis en place en 2016	Oui	Non	Oui
8.12	Evaluer le modèle de plateforme téléphonique médico-administrative	2016	Finalisation en cours du cahier des charges	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.13	Déployer le cas échéant le nouveau modèle de PFS sur le territoire	2017	Début d'une expérimentation au printemps 2017 dans deux régions	Non	s.o	Oui
8.14	Instruire avec l'Etat un projet de simplification des échanges entre CPAM et ARS sur les transports sanitaires.	2014	Expérimentation RNT (référentiel national de transport) CPAM Tours et ARS Centre démarrée en janvier 2016	Oui	Non	Oui
8.15	Concevoir une offre de téléservices adaptée aux spécificités des hôpitaux et reposant sur le retour d'expérience « FIDES » avec comme 1 <sup>ère</sup> étape la consultation des droits intégré au logiciel(CDRi) avant fin 2015	2015-2017	Décalage de l'expérimentation CDRi en raison des retards de s éditeurs hospitaliers à mener les développements. 1 <sup>er</sup> flux reçus en juin 2016. Objectifs: 40% des établissements du FIDES ACE équipés CDRi à fin 2017	Oui	Non	Oui
8.16	Adapter les téléservices du portail Espace pro afin de les rendre accessibles aux médecins hospitaliers – sécurisation des accès en l'absence de la possibilité d'utiliser le numéro d'assurance maladie pour les professionnels de santé salariés.	2015-2017	Report de ce développement	Non	s.o	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
8.17	Mettre en service le référentiel de l'offre de soins	2014	Fiabilisation du volet établissement. Mise à jour de masse des données établissements. Développement des services d'accès métier. Reconception du scénario intégration des PS afin de raccourcir les délais.	Oui	Non	Oui
8.18	Assurer la montée en charge du RFOS	2014-2015	Chargement des données Professionnels de Santé en ville dans le Référentiel Offre de Soins (RFOS). En amont, redéfinition de l'interface de production afin de le rendre plus ergonomique.	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.1	Conclure le marché d'approvisionnement des nouveaux tests immunologiques et des solutions de lecture pour le dépistage organisé du cancer colorectal	2014	Démarré en avril 2015 car contentieux	Oui	Non	Oui
10.2	Permettre la commande de tests par les médecins traitants sur leur espace pro et assurer la traçabilité nominative (patient/médecin) des tests lus	2014	Idem	Oui	Non	Oui
10.3	Définir avec la DGS, en lien avec l'INCA, l'architecture cible des dépistages organisés et expérimenter cette nouvelle organisation sur au moins 2 sites géographiques pour la reprise des invitations au titre de l'inter-régimes -sur le cancer du sein -Sur le cancer colorectal	2014 2015	En cours, sur un seul site à partir de T3 2017	Non	s.o	Oui
10.4	Mettre en place un module de dépistage systématique des cancers dans l'espace prévention du compte assuré : - sein - Colorectal	2015 2016	En attente. Pas de module mais une information	Non	So	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.5	Intégrer la sensibilisation au dépistage du cancer du col dans le cadre de PRADO maternité	2014	Non réalisé. Jugé non pertinent	Non	s.o	Oui
10.6	Inviter les femmes enceintes à bénéficier d'un examen bucco-dentaire pris en charge à 100%	2014	Réalisé en 2015	Oui	Non	Oui
10.7	Enrichir le contenu des ateliers femmes enceintes (actions de sensibilisation/offre d'accompagnement pour lutter contre les addictions)	2014	Dématérialisation des courriers d'invitation à compter de juillet 2016	Oui	Non	Oui
10.8	Mettre en place la vaccination en CES avec un retour d'information au médecin traitant	2015	Réalisé en 2016 car attente d'une instruction DGS, et pas dans tous les centres	Non	s.o	Oui
10.9	Refondre le programme de sensibilisation au risque cardio-vasculaire	2015	Non réalisé	Non	So	Oui
10.10	Développer un programme de prévention et dépistage de la BPCO	2016	Début de distribution des spiromètres aux médecins généralistes volontaires dans 3 départements en mars 2017	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.11	Mettre en place une visite DAM sur le sevrage tabagique pour sensibiliser les médecins et sages-femmes	2015	Réalisé au second semestre 2016 pour médecins généralistes. Campagne courrier prévue en 2017	Oui	Non	Oui
10.12	Mettre en œuvre de l'augmentation du forfait pour la prise en charge des substituts nicotiques : -20/25 ans - 25-30 ans, CMUC, ALD cancers	2014 2015	Réalisé avec retard Idem	Oui	Non	Non
10.13	Signer des avenants aux conventions conclues entre les conseils généraux et les CPAM sur le développement d'au moins une action de prévention de la santé dans chaque PMI	2015-2016	Mise en œuvre liée au plan national de réduction du tabagisme. Report de l'échéance à 2017	Non	s.o	Oui
10.14	Développer en ZEP les actions de promotion de la santé bucco-dentaire (réalisation et suivi de l'EBD)	2014-2017	Objectif atteint	Oui	Oui	Oui
10.15	Etendre les expérimentations de dépistage du surpoids/obésité en milieu scolaire et proposer, en lien avec les acteurs existants, des actions de prise en charge	2014-2017	Evaluation des actions locales collectives "surpoids de l'enfant"+ mesure "prévention de l'obésité chez l'enfant« (LFSS 2016). Arrêté d'août 2016 fixant les territoires d'expérimentation	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.16	Elaborer avec l'INPES un programme d'accompagnement en ligne au sevrage tabagique	2014-2015	Programme fonctionnel automne 2016	Oui	Non	Oui
10.17	Construire avec l'INCA un programme de formation des DAM -sur le dépistage du cancer colorectal (nouveau test) -Sur les cancers féminins	2014 2015	Réalisé 2015 - Amphi DAM début avril 2015 avec la participation de l'INCa - Plus de 40 000 visites DAM sur 2015 Non réalisé	Non	s.o	Non
10.18	Aboutir avec l'INVS à une réévaluation de la connaissance de la couverture vaccinale ROR	2014-2015	Résultats en cours d'exploitation à l'INVS	Non	s.o	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
10.19	Améliorer le contenu de l'Examen Périodique de Santé (EPS) : -Adulte en général et senior -Jeunes	2014 2015	LR signée en décembre 2016	Oui	Non	Oui
10.20	Evaluer l'impact de l'ETP réalisé en CES	2015	rapport juin 2015 sur la mesure d'impact du programme ETP DT2 dans les CES	Oui	Oui	Oui
10.21	Offrir aux médecins traitants la possibilité d'inscrire leurs patients à l'offre ETP des CES	2015	Possibilité est ouverte depuis la parution de la LR 78/2015	Oui	Oui	Oui
10.22	Finaliser la montée en charge des inclusions dans la cohorte Constances (progressivement jusqu'à 40.000/an)	2015	32 900 EPS CONSTANCES réalisés en 2015 pour un objectif de 30 000 au 31/12/15. 38 000 EPS Constances en 2016	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
11.1	Accompagner la mise en place de ces accords pour développer les équipes de soins de proximité et la coordination des professionnels de santé	2015-2017	Parution du règlement arbitral sur la rémunération des structures de santé pluri professionnelles de proximité en février 2015 Préparation du circuit de paiement des rémunérations pour 1er trimestre 2016	Oui	Oui	Oui
11.2	Participer à l'expérimentation de tarification au parcours pour l'insuffisance rénale chronique	2014-2015	Pertinence de l'engagement en question. Publication en mars 2017 du cahier des charges régionaux	Oui	Non	Oui
11.3	Participer à l'expérimentation de tarification au parcours pour les affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe	2014	Changement de contexte	Non	s.o	Oui
11.4	Participer aux expérimentations PAERPA	2015	Série d'actions	Oui	Oui	Oui
11.5	Accompagner la mise en place de structures intermédiaires (centres autonomes, réseau sphères...)	2014-2017	Décret sur l'expérimentation des structures d'hébergement temporaire non médicalisée publié en décembre 2016	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
11.6	Mettre en œuvre un programme d'accompagnement pour les personnes âgées (PRADO poly-pathologies)	2015	Mise en place d'une expérimentation dans le cadre du PAERPA sur 2 sites : Tarbes et Lariboisière et lancement de l'expérimentation en 2017 sur 11 territoires PAERPA et non-PAERPA	Oui	Non	Oui
11.7	Présenter aux pouvoirs publics en amont de chaque expérimentation PRADO le modèle économique et réaliser une évaluation externe avant généralisation <b>Atteint</b>	2014-2017	Présentation de l'évaluation des volets orthopédie et IC au comité de suivi en novembre 2015 et janvier 2017	Oui	Oui	Oui
11.8	Elargir le programme PRADO à toutes les interventions de chirurgie programmée (PRADO Chirurgie)	2014-2015	Lancement du groupe de travail en décembre 2015. Lettre réseau diffusée en juillet 2016	Oui	Non	Oui
11.9	Participer aux expérimentations de télémédecine prévues par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014	2014-2016		Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Echéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
11.10	Favoriser le déploiement des nouvelles modalités de dépistage de la rétinopathie diabétique en télémédecine	2014 2015	- En 2016, 6500 patients ont bénéficié de ce mode de dépistage de la rétinopathie diabétique. Nouvelle campagne d'accompagnement et de promotion de ce mode de dépistage en coopération envisagée ainsi que de nouvelles expérimentations de coopération avec des orthoptistes	Oui	Non	Oui
11.11	Accompagner le développement de la chimiothérapie à domicile	2014-2017		Nd	Nd	Nd
11.12	Renforcer l'interconnexion des téléservices et la remontée d'informations, notamment vers le médecin traitant	2014 2017	La négociation de l'avenant à l'ACIP n'a pas été ré-ouverte en 2015 . Projet abandonné	Non	s.o	Oui
11.13	Accompagner l'évolution du DMP vers un outil au service de la coordination (informations structurées, interopérabilité...)	2014 2017		Oui	Oui	Oui

## Axe 3 Contribuer à la Stratégie Nationale en Santé et à l'efficacité du système de soins

22

### Fiche 12 – Promouvoir le développement et la mise en œuvre de référentiels de bonnes pratiques médicales et para médicales

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.1	Réaliser en collaboration avec l'HAS des fiches repères pour des pathologies chroniques	2014 2015	Mémos de bonnes pratiques dans le cadre du volet Plaies chroniques pour les 3 types de plaies (escarres, ulcères veineux ou mixtes à prédominance veineuse) Développement d'une application tablette et smartphone regroupant ces mémos pour les PS (mai 2015) Validation HAS janvier 2016	Oui	Non	Oui
12.2	Poursuivre les campagnes d'accompagnement auprès des généralistes et spécialistes concernés	2014 2017	Diffusion des référentiels pour les nodules thyroïdiens et guide patients auprès des MG et des endocrinologues, pour la cholécystectomie auprès des généralistes dans le cadre d'échanges confraternels menés sur le 2nd semestre 2015 (60% des EC ont été réalisés à fin déc.2015). En parallèle mise en ligne grand public des guides patients sur ameli. Nouvelle campagne d'EC auprès des médecins généralistes en 2016	Oui	Oui	Oui
12.3	Evaluer l'impact de l'AAT en ligne sur la pratique du médecin en termes de respect des fiches repères	2014 2015	Evaluation réalisée en septembre 2015	Oui	Non	Oui
12.4	Rénover le contrôle des arrêts de travail sur la base des fiches repères	2015	Révision de seuils de contrôle des K opératoires. Poursuite du processus. Optimisation des contrôles d'arrêts de travail et des dates de convocations	Oui	Oui	Oui
12.5	Arrêts de travail : Expérimenter une procédure d'accord préalable pour certaines pathologies	2016 2017	Proposition non retenue dans le plan d'action IJ 2015	Non	s.o	Oui
12.6	Accompagner les professionnels de santé (MK/Médecins prescripteurs) sur les référentiels de masso-kinésithérapie validés par la HAS en vue de leur appropriation et de leur respect	2014 (puis récurrent)	. Poursuite de l'accompagnement des PS sur les DAP MK : campagne lancée en août 2015 avec quasi-totalité des CPAM ayant mené les actions préconisées. Meilleure appropriation du dispositif de DAP par les MK (52 % de DAP conformes en moyenne en janvier 2016 contre 25 % en octobre 2014).	Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.7	Mesurer l'impact de l'accompagnement mené auprès des professionnels sur les référentiels validés par la HAS et vérifier leur respect	2015 (puis récurrent)	Mesure d'impact des EC renforcés IJ en mars 2016 avec résultats sont favorables. EC renforcés 2 <sup>ème</sup> vague commencée fin 2016.	Oui	Oui	Oui
12.8	Elaborer de nouveaux référentiels MK	2014 2017	Pas de nouveaux référentiels introduits en raison de la nécessité de consolider la mise en œuvre des 14 référentiels existants. Mais problème du manque de traçabilité de la nomenclature	Non	s.o	Oui
12.9	Réviser la démarche de soins infirmiers	2014	Accord sur une nouvelle grille d'évaluation des soins infirmiers avec les représentants des IDE dans le cadre de la mise en place d'un "BSI"(bilan de soins infirmiers", destiné à remplacer la DSI) fin 2015. Lancement d'une expérimentation du dispositif BSI sur 12 territoires à compter d'avril 2017	Oui	Non	Oui
12.10	Mettre en œuvre et contrôler l'application de la DSI pour encadrer le recours aux AIS	2015 2017	Sera réalisé en 2017	Oui	Non	Oui
12.11	Etudier les conditions juridiques et techniques d'élaboration de référentiels de prescriptions de transport	2014		Oui	Oui	Oui
12.12	Elaborer des référentiels dans les domaines les plus fréquents de recours aux transports (transports itératifs, dialyses)	2015	Fiche repère patients dialysés validée par la HAS en 2016 et disponible dans le réseau en mars 2017	Non	Non	Oui
12.13	Mettre en œuvre ces référentiels	2016 2017		Non	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.14	Etendre la démarche de ciblage des établissements atypiques à certains actes chirurgicaux (cholecystectomie, thyroïdectomie, chirurgie bariatrique, amygdalectomie), mais aussi diagnostiques (examens préanesthésiques) et biologiques	2014 2015	Démarche de ciblage étendue aux actes chirurgie bariatrique, examens pré anesthésiques, amygdalectomie. Lettre réseau sur la pertinence des soins et variation des pratiques médicales en établissement de santé (décembre 2015)	Oui	Oui	Oui
12.15	Elaborer des référentiels de parcours de soins sur la base de l'analyse des processus de soins pour les pathologies à fort enjeux en termes d'efficience :thyroïde, cholecystectomie, chirurgie bariatrique, amygdalectomie, pathologie épaule, examens préanesthésiques...	2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thème cholécystectomie pour lithiase biliaire : Elaboration d'un référentiel pour les PS, validés par la HAS en décembre 2014 - Diffusion en 2015</li> <li>- Thème amygdalectomie &lt; 18 ans : élaboration en cours d'un référentiel pour les PS en lien avec la SFORL - saisine HAS en 2015 - diffusion au T4 2015</li> <li>- Chir. bariatrique : pas de référentiel élaboré par la CNAMTS : existence d'un référentiel de la HAS en cours de réactualisation</li> </ul> Publication du premier atlas français des variations des pratiques médicales avec l'IRDES	Oui	Oui	Oui
12.16	Diffuser les référentiels de parcours de soins et mettre en œuvre des démarches d'accompagnement	2015 2017	Campagne d'accompagnement lancée en 2015. Publication de l'atlas de variation des pratiques. Elaboration des plans régionaux d'amélioration de la pertinence des soins	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
12.17	Poursuivre les campagnes de MSAP CA	2014-2017	Lancement au premier semestre 2015. Poursuite des campagnes de MSAP pour les gestes de chirurgie ambulatoire en 2016	Oui	Oui	Oui
12.18	Enrichir régulièrement la liste des gestes entrant dans la procédure MSAP CA	2014-2017	En 2014-2015 : rencontre de 9 sociétés savantes chirurgicales (ou CNP) : 12 gestes supplémentaires sont rajoutés pour la campagne 2015 (55 gestes au total) - Diffusion en région de la liste actualisée en avril 2015 . Arrêt de la hausse en 2016	Oui	Oui	Oui
12.19	Développer la MSAP SSR sur les établissements MCO en articulant le ciblage avec le déploiement de PRADO orthopédie	2014-2017	Procédure lancée tardivement (fin 2015). Articulation avec Prado (toutes chirurgies). Intégration dans les travaux sur la réhabilitation améliorée en chirurgie	Oui	Oui	Oui
12.20	Initier la MSAP pour certaines interventions chirurgicales non urgentes sur la base de référentiels de la HAS : syndrome du canal carpien	2014-2017	MSAP sur chirurgie bariatrique et syndrome du canal carpien	Oui	Non	Oui
12.21	Etendre le dispositif à d'autres interventions	2015-2017	Elargissement de la MSAP aux actes chirurgicaux non urgents : cholécystectomie, nodules thyroïdiens, chirurgie bariatrique, amygdalectomie. Décret décembre 2015 permet mise en place de MSAP en cas de non respect et/ou d'écarts aux référentiels régionaux et/ou nationaux	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.1	Mettre en œuvre l'article L.315-2 sur des médicaments coûteux pour l'assurance maladie	2014	Les données d'initiation et de DAP sont stables depuis juin 2015 après une forte baisse des initiations à l'instauration de la mesure. Ce qui justifie pleinement l'action d'accompagnement (DAM) prévue fin T2 2017	Oui	Oui	Oui
13.2	Améliorer la pertinence des actes infirmiers pour l'injection d'insuline en mettant en place un accord préalable sur la prescription des soins infirmiers et un accompagnement des patients vers l'autonomisation	2015	Expérimentation dans le Nord mais charge de travail du service médical jugée trop importante au regard des résultats de l'action obtenus pour être généralisée.	Non	s.o	Oui
13.3	Développer l'analyse des prestations remboursées dans une logique actualisée pour identifier les actions de gestion du risque pertinentes dans un cadre national, et régional partagé avec les ARS	2015-2016	Enquête lancée dans le cadre de l'analyse charges et produits 2014	Oui	Oui	Oui
13.4	Définir un plan d'actions participant à la maîtrise des prescriptions non pertinentes	2014	Actions engagées	Oui	Oui	Non
13.5	Mettre en œuvre un plan d'action participant à la maîtrise des prescriptions non pertinentes	2015-2017	Nd	Oui	Oui	Non

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.6	Biologie : Mettre en œuvre les actions de maîtrise médicalisée sur 6 thèmes prioritaires avec un objectif croissant de rendement sur la période	2014-2016	Poursuite des actions d'accompagnement sur les prescriptions de vitamine D, groupes sanguins et TSH initiées au 4ème trimestre 2014 sur le 1er semestre 2015 : visites des délégués de l'assurance Maladie auprès des généralistes libéraux . Plan d'action 2016	Oui	Oui	Oui
13.7	Analyser les prescriptions et les dépenses de biologie en vue d'identifier de nouveaux thèmes d'action	2014	Actions mises en œuvre dans le cadre du protocole d'accord sur la biologie 2017-2019	Oui	Non	Oui
13.8	Préparer le nouveau protocole pluriannuel avec les biologistes	2016-2017	Signature du protocole d'accord sur la biologie 2017-2019 en novembre 2016	Oui	Oui	Oui
13.9	Actions d'accompagnement renforcées sur le suivi de la glycémie (bandelettes, lecteurs), l'oxygénothérapie, la nutrition orale, les plaies chroniques	2014-2015	2015:Déploiement des actions d'accompagnement Compléments Nutritifs Oraux, Auto surveillance glycémique Préparation Action accompagnement Plaies chroniques 2016- accompagnement PP 2016	Oui	Non	Oui
13.10	Introduire des objectifs LPP dans la ROSP sur l'auto-surveillance glycémique chez le patient diabétique sans insuline, la nutrition orale ou la source d'oxygène prescrite	2015-2016	- Pas de négociation conventionnelle sur 2015 - Négociation de la nouvelle convention sur 2016 (échéance septembre 2016) - Travaux préparatoires à mener notamment sur la ROSP : évolution des indicateurs actuels, nouveaux indicateurs etc.	Non	s.o	Oui
13.11	Renforcer les exigences de qualité dans les accords avec les prestataires de services à domicile	2014-2015	Signature de la Convention LPP Titres I & IV avec les Prestataires le 15/07/15. Arrêté paru en mai 2016.	Oui	Non	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.12	Gérer de manière dynamique le panier de soins en analysant les processus de soins et proposant chaque année des mesures d'ajustement tarifaire	2014-2017	Mise en œuvre a) de nouvelles baisses de tarifs en imagerie sur des actes et forfaits techniques (mesures triennales de l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins), b) du programme d'accompagnement de médecins généralistes relatif à la pertinence de la prescription d'examens IRM, fondé sur l'analyse de parcours de soins. - Aucune mesure de baisse des tarifs en imagerie en 2016	Oui	s.o	Non
13.13	Participer aux actions de GDR des ARS	2014-2017	Mise en œuvre du plan ONDAM avec 4 blocs partagés ARS/AM	Oui	Oui	Non
13.14	Actualiser les objectifs et indicateurs de la ROSP en lien avec les données de la science, les priorités de la SNS et le cadre de l'ONDAM	2014-2015	- Pas de négociation conventionnelle sur 2015 . Négociation de la nouvelle convention sur 2016 signée en août 2016 qui poursuit politique de diversification des rémunérations	Oui	Non	Oui
13.15	Faire progresser les résultats et réduire les écarts de pratiques	2014-2017	nd	Oui	Oui	Non
13.16	Accompagner les structures et équipes de soins	2015-2017	nd	Oui	Oui	Non
13.17	Etendre la ROSP à d'autres spécialistes et les accompagner sur le terrain	2014-2017	Extension à gastro et cardios. Travaux en cours pour un avenant créant une ROSP pour les endocrino	Oui	Oui	Non

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.18	Faire évoluer les contrats actuels sur les PHMEV pour inclure des objectifs plus précis et qualitatifs	2014-2015	Mise en œuvre CAQOS nouvelle version 2015. Diffusion d'une fiche méthodologique d'aide à la négociation des CAQOS Transports. Travaux DSS/CNAMTS pour l'élaboration du contrat type et de la liste des indicateurs obligatoires en vue de la signature des CAQES au 1 <sup>er</sup> janvier 2018	Oui	Oui	Oui
13.19	Etudier l'opportunité d'élargir le champ des CAQOS à la prescription de biologie en ville et d'imagerie	2015-2016	Objectif incompatible avec le système d'information des actes de biologie et d'imagerie	Oui	Oui	Oui
13.20	Développer le conventionnement avec les établissements sur les services en santé, gestion des sorties et Téléservices	2015-2017	Conventions PRADO, participation aux dialogues de gestion avec les ARS. Expérimentation modalités d'implantation téléservices patients en établissements de santé (télédéclaration de grossesse, MT)	Oui	Oui	Oui
13.21	Contribuer aux travaux des pouvoirs publics visant à promouvoir la prise en compte de la qualité et l'efficacité dans la rémunération des ESMS	2014-2017	Participation aux réunions techniques pilotées par l'ATIH, suivi des travaux de la mission SERAFIN PH	Oui	Oui	Oui
13.22	Renforcer l'accompagnement des EHPAD sur le médicament avec les données de residehpad	2014	Profils actualisés 2016 sur données 2015	Oui	Non	Oui
13.23	Etendre le champ de l'accompagnement (DM...)	2015-2017		Non	s.o	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.24	Etudier l'extension de l'outil RESIDEHPAD pour identifier les patients à d'autres structures	2015	Mise en production RESID SSIAD (prévu en 2016). Visites PS (DAM, EC et CIS) : 500 000; Visites établissements : 17133 ; visites EHPAD en 2016 : 2 516 (6e campagne)	Oui	Non	Oui
13.25	Arrêts de travail : communication sur Ameli santé sur les durées recommandées	2014-2015	Intégration dans ameli-santé des durées d'arrêts de travail pour les pathologies couvertes par les fiches repères. Intégration dans ameli santé onglet "après le traitement" ou "vivre avec sa maladie" des durées d'arrêt de travail pour les 39 thèmes de santé pour lesquels des fiches repères existent (67 fiches repères élaborées)	Oui	Oui	Oui
13.26	Arrêts de travail : courriers ciblés auprès des assurés ayant des arrêts de plus de 60 jours (montée en charge et bilan en 2014, généralisation à partir de 2015)	2014-2017	En 2015, un bilan intermédiaire a été réalisé à 120 jours des vagues d'envoi (60000 courriers). Il met en évidence près de 40% de prise de contact par les assurés (plate formes d'accueil, téléchargement, mails). Dépliant par disponible sur ameli santé pour les pathologies potentiellement à l'origine de désinsertion	Oui	Oui	Oui
13.27	Générique : mise en œuvre et communication sur le tiers-payant contre génériques	2014-2017	Communication récurrente de la part des caisses sur TPcG. Dialogue compétitif Campagne de communication : définition de la stratégie et de l'agence de communication. Plan de communication génériques préparation de l'action de l'accompagnement NS (démarrage en avril 2017)	Oui	Oui	Oui
13.28	Expérimenter une carte de transport délivrée aux patients atteints de maladies chroniques dans une dizaine de CPAM/ELSM	2014	Expérimentation déployée de fin novembre 2014 à fin 2016 dans 21 sites pilotes	Oui	Non	Oui
13.29	Bilan de l'expérimentation et extension éventuelle	2015	61 protocoles signés au 31/12/2015 pour 118 centres de dialyse 3044 CTA demandées, 3776 délivrées au 31/12/2015 par 161 néphrologues. 82 protocoles signés par établissements de santé en 2016. Décision de ne pas poursuivre cette expérimentation	Oui	Oui	Oui



N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
13.30	Favoriser le recours au transport personnel : expérimentation de la prise en charge des frais de parking dans les CLCC et simplification des procédures de prise en charge	2014	Bilan mitigé des 8 caisses expérimentatrices en 2016	Oui	Non	Oui
13.31	Favoriser le recours au transport personnel : bilan et extension du dispositif	2015-2016	Les rubriques du formulaire expérimental ont été intégrées dans le formulaire homologué de remboursement des frais de transport pour le véhicule personnel. Pas d'évaluation de l'utilisation du nouveau formulaire prévue	Oui	Oui	Oui

N°	Actions à conduire et année d'atteinte	Échéances	Point d'avancement 2017	Atteinte de l'engagement	Dans les délais prévus	Précision rédactionnelle
14.1	Publier le rapport de propositions de l'assurance maladie pour juillet de l'année N	2014-2017	Réalisé	Oui	Oui	Oui
14.2	Assurer la réponse aux demandes d'études sur le Sniiram nécessaires à la gestion et à la surveillance des médicaments et produits de santé	2014-2017	Etudes du programme de travail avec l'ANSM réalisées	Oui	Oui	Non
14.3	Mettre un premier jeu de données sources en open data à disposition du grand public et pour leur réutilisation	2014	1 <sup>er</sup> jeu en décembre 2014.	Oui	Oui	Oui
14.4	Enrichir l'offre de données agrégées bénéficiaires et professionnels de santé Réaliser différentes études (usage EGBS, grand EGB..)	S1 2016	transfert en cours des tableaux de bord IDS pour les réintégrer dans l'offre sniiram	Oui	Oui	Oui
14.5	Développer les services utilisateurs (outils agiles d'exploration des données..)	Varia		Non	s.o	Non
14.6	Développer les services contenus (DCIRS...)	Varia		Non	s.o	Non
14.7	Mettre en place les services producteurs (pilotage catalogue de services...)	Varia		Non	s.o	Non

# Annexe – Evaluation COG 2014-2017

## Engagements de l'Etat



N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
4.1	L'Etat accompagnera l'assurance maladie dans les politiques visant à mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire sur les évolutions de la méthodologie de zonage dans le cadre des prochains plans régionaux de santé (PRS)	Instruction validée en CNP du 20 janvier 2017 pour médecins. En cours pour MK, SF , orthophonistes et Infirmières	Partiellement
4.2	L'Etat veillera à la pleine sécurité des accords conventionnels supra	Décret zonage démographique paru Arrêté médecins en cours, autres PS à venir Contrats-types régionaux convention médicale parus dans chaque ARS	Partiellement
4.3	L'Etat favorisera la coordination des parcours d'installation des professionnels de santé	Mise en place des contrats d'engagement de service public, des contrats pour les jeunes et les remplaçants. Qualité PAPS très hétérogène suivant ARS Cohérence ARS réseau AM à améliorer	Partiellement

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
7.1	L'Etat, en lien avec les agences régionales de santé, appuiera le déploiement des services en santé proposés par l'assurance maladie, notamment des services Prado en sortie d'établissement, en veillant à leur articulation dans le cadre de l'élaboration des CPOM et des dotations allouées aux structures	Lancement du PNGDRESS et précision de sa déclinaison territoriale et de son articulation avec les PRS. PRADO intégré comme projets prioritaires du bloc virage ambulatoire du plan ONDAM et dans les CPOM des établissements	Oui
7.2	Au regard de la mission d'accompagnement au sevrage tabagique des assurés sociaux confiée à l'assurance maladie par la LFSS 2014, l'Etat favorisera la bonne articulation des actions conduites sur ce champ par la CNAMTS et l'INSPES	L'un des axes du plan national de réduction du tabagisme 2014-2019. Création du fonds de lutte contre le tabac	Oui

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
8.1	Dans le cadre du programme Fides, l'Etat s'engage à publier les textes nécessaires à son déploiement conformément au calendrier arrêté par les pouvoirs publics et veillera à impliquer les ARS dans sa mise en œuvre	Textes nécessaires à la généralisation du dispositif FIDES publiés en décembre 2014	Oui
8.2	L'Etat veillera impliquer les ARS dans la mise en œuvre du programme FIDES		Oui

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
10.1	Dans le cadre du développement des actions d'éducation thérapeutique, l'Etat favoriser la meilleure répartition des rôles et des financements associés entre les ARS et les organismes d'assurance maladie	Les financements prévus (FNPEIS) pour soutenir les projets d'ETP en ambulatoire ont été transféré aux ARS. Absence de visibilité sur l'offre d'ETP existante en région. Besoin d'un pilotage national	Partiellement
10.2	L'Etat veillera à l'efficacité des programmes de dépistages organisés des cancers (cancer du sein, cancer colorectal) au travers notamment de l'évolution des structures de gestion	CNAMTS étroitement associée aux réflexions qui ont conduit à la parution de deux instructions annonçant puis fixant le cadre et les échéances de la régionalisation des structures de gestion des dépistages. Reprise des invitations par l'assurance maladie pour le compte de l'inter régime pourra démarrer en 2018 en phase pilote puis se déploiera en lien avec le calendrier de régionalisation.	Partiellement
10.3	L'Etat accompagnera les actions de promotion de la santé proposées par l'assurance maladie, notamment dans les zones défavorisées (bucco-dentaires, surpoids...)	Concernant le déploiement de l'action de prévention bucco-dentaire en zones défavorisées, celle-ci s'est déroulée en lien étroit entre les autorités académiques et les CPAM. Le partenariat avec l'éducation nationale devra être approfondi, notamment sur d'autres thématiques.  La préparation et le lancement de l'expérimentation de la prévention du surpoids et de l'obésité chez l'enfant s'est faite en étroite collaboration avec l'Etat dans le cadre d'un copil piloté par la DSS, la DGS étant associée à ces travaux	Oui avec retard
10.4	L'Etat s'engage à porter dans le cadre du comité interministériel pour la santé les partenariats que l'Assurance maladie souhaite développer sur la prévention avec les différents départements ministériels concernés		Non réalisé

# Engagements de l'Etat

## Fiche 11 Favoriser l'organisation des soins de proximité

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
11.1	L'Etat s'engage à simplifier les formalités administratives de création d'une SISA et apporter un appui juridique aux professionnels de santé par le biais des ARS en lien avec les Cnam	Ordonnance simplifiant les formalités SISA au conseil d'Etat	Partiellement
11.2	Prendre les textes nécessaires au développement de la télémédecine, notamment pour le dépistage de la rétinopathie diabétique	Texte revu mais pas encore suffisant au regard du développement de la télémédecine	Oui
11.3	L'Etat s'engage à faire aboutir les textes nécessaires à la mise en place d'environnements d'intervention adaptés (centres autonomes)	Pas de suite donnée	Non réalisé



N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
12.1	L'Etat accompagnera l'assurance maladie dans la promotion du développement et la mise en œuvre des référentiels de bonnes pratiques médicales et paramédicales, notamment pour les fiches repères portant sur les arrêts de travail	Accompagnement pour la définition du programme HAS Attente conclusions revue de dépenses IGAS/IGF sur IJ	Partiellement
12.2	L'Etat appuiera l'assurance maladie dans la définition et la mise en œuvre des conditions juridiques nécessaires au déploiement des référentiels de prescription de transports	1 fiche repère réalisée	Oui
12.3	L'Etat veillera également à soutenir les actions menées par l'assurance maladie, en concertation avec les ARS, dans les établissements de santé pour renforcer la pertinence des soins	Textes publiés entre 2012 et 2015 permettant de déployer les différents dispositifs	Oui

## Fiche 13 Conforter la gestion du risque et l'efficience du système de soins

N°	Engagement	Commentaires	Engagement réalisé?
13.1	Transports : simplifier les textes sur le recours au véhicule personnel avec une revalorisation et simplification du barème de remboursement	Textes simplifiés. Arrêtés publiés en 2015 Revalorisation néanmoins insuffisante à ce stade Efforts de simplification encore nécessaire	Oui
13.2	LPP: sécuriser juridiquement le dispositif de téléobservance dans le cadre des traitements par pression positive continue (PPC)	Le décret du Décret n°2017-809 du 5 mai 2017 a créé un cadre réglementaire précisant les conditions de recueil, de transmission et de prise en compte des données d'utilisation issues d'un dispositif médical remboursable doté d'un mécanisme de télétransmission de ces données.	Oui
13.3	Revoir le dispositif des CAQOS produits de santé pour introduire des indicateurs qualitatifs	Travaux ont permis la création d'un contrat CAQES	Oui
13.4	Travailler conjointement sur les évolutions du dispositif des CAQOS transport afin de permettre une contractualisation plus généralisée et adaptée selon les typologies d'établissements avec des objectifs quantitatifs en sus des objectifs en montants de dépenses	Travaux ont permis la création d'un contrat CAQES Instruction conjointe ne cours de finalisation	Oui
13.5	Poursuivre en associant l'assurance maladie les travaux relatifs à la réforme de la tarification des Ehpads ou des ESMS pour personnes handicapées, intégrant des objectifs de qualité et d'efficience	Réforme de la tarification EHPAD quasi aboutie en lien avec AM (publication des résultats ENC EHPAD avec CNSA, DGCS, ATIH et CNAMTS en juin 2017). Calendrier SERAFIN peu compatible avec les objectifs de la COG	Partiellement
13.6	CEPS: faire évoluer les règles de fixation des prix des ASMR V afin qu'il y ait toujours une économie dans le coût du traitement pour l'assurance maladie	Notion d'économies dans le coût du traitement clarifiée par lettre d'orientation ministérielle d'août 2016. Difficultés subsistantes pour les classes où coexistent des produits anciens peu coûteux et des produits de 2ème ou 3ème génération (par exemple pour les antiépileptiques).	Oui

N°	Engagement	Commentaires	Degré d'atteinte (total, partiel, nul)
14.1	L'Etat associera étroitement l'Assurance maladie aux travaux relatifs à l'ouverture des données de santé afin de lui permettre de concilier dans les meilleures conditions cette ouverture avec les enjeux liés à la protection des données à caractère personnel	Référentiel sécurité établi en collaboration Participation aux groupes de travail ou autres sur l'accès des industriels, des assureurs, méthodologie de réidentification	Oui
14.2	L'Etat mettra en place le nouveau cadre juridique et installera, en tant que MOA stratégique, la gouvernance multipartite du futur SNDMA. Il s'assurera dans ce cadre de la définition et de la bonne atteinte des objectifs, du respect des exigences réglementaires, notamment en termes de sécurité du système	Participation de la CNAMTS aux différentes instances de gouvernance (comité stratégique, comité producteurs, commission de sécurité la cnamts est en responsabilité pour ces deux derniers) et participation à la mise en place de l'INDS	Oui