

**Audit de l'organisation et du
pilotage des organismes
œuvrant à l'informatisation du
système de santé**

Rapport présenté par :

Laurent GRATIEUX et Roland OLLIVIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport définitif

*Rapport n° 2006-113
Novembre 2006*

La modernisation de la gestion du système de santé implique la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs, professionnels et établissements de santé, usagers et organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Pour mettre en place ces dispositifs, la multiplicité des acteurs concernés et la technicité du domaine ont conduit à créer des structures spécialisées constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP) ou d'intérêt économique (GIE), tels le GIE SESAM-Vitale, les GIP « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS), « dossier médical personnel » (GIP-DMP), « groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier » (GMSIH), le futur « institut des données de santé » (IDS) ou encore d'établissements publics administratifs (EPA), telle l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). En outre, d'autres organismes se sont vus confier à titre accessoire une mission dans ce domaine, tels le Fonds CMU pour la réalisation du répertoire des organismes complémentaires ou la Haute autorité de santé (HAS) pour la certification des sites et logiciels dédiés à la santé. Enfin, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a la responsabilité directe de certains dispositifs mutualisés comme le système d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) ou le système « Historique des remboursements » (HR).

L'IGAS a été chargée de procéder, dans le cadre de son programme annuel 2006, à l'audit de l'organisation du pilotage de ces dispositifs et organismes en vue de vérifier leur cohérence d'ensemble et d'évaluer la qualité du pilotage de chaque structure ainsi que l'efficacité et la cohérence du pilotage global du système par l'Etat.

Le présent rapport rend compte de cette mission qui s'est limitée à l'analyse du pilotage des dispositifs et projets mettant en relation les différents acteurs du système de santé et n'a pas étudié le pilotage des systèmes d'information utilisés pour la gestion interne de chaque acteur. Il comporte 14 annexes analysant chaque structure ou système d'information audité et contenant des recommandations spécifiques à chaque système. Elle décrivent :

- l'objet, le contenu et le mode de fonctionnement du système d'information ou du projet de système d'information ainsi que la répartition des fonctions entre les différents partenaires intervenant dans la mise en oeuvre du système ou la réalisation du projet ;
- les missions et le métier de la structure spécialisée chargée, le cas échéant, de concevoir, réaliser ou exploiter le système d'information ;
- l'organisation et les outils de pilotage de la structure spécialisée et/ou du système d'information ou du projet de système d'information

Un rapport de synthèse présente les constats et recommandations transversales de la mission relatifs, d'une part à l'organisation mise en place pour concevoir, réaliser et gérer les systèmes d'information et, d'autre part, au mode et aux outils de pilotage des organismes et des projets.

Une note complémentaire examine les perspectives de fusion ou de regroupement d'organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé.

Le rapport comporte en outre en annexe les observations des administrations centrales du ministère de la santé et de la CNAMTS sur le rapport et la note complémentaire, ainsi que les réponses en retour de la mission.

1. L'organisation de la mise en œuvre des systèmes d'information dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie.

La mise en place de systèmes d'échanges de données informatisées entre les acteurs du système de santé relève de finalités multiples : gains de productivité, amélioration de l'efficacité de la gestion du risque maladie, amélioration de la qualité des pratiques médicales et de la coordination des soins. Pour atteindre ces objectifs, les systèmes d'information à construire doivent pouvoir :

- identifier précisément et sans erreur les parties à l'échange, grâce à une immatriculation dans des répertoires, eux-mêmes si possible informatisés ;
- assurer une authentification mutuelle des parties dans les échanges d'information au moyen de cartes à puce (carte Vitale, ou carte de professionnel de santé-CPS), d'autres supports équivalents ou de dispositifs logiciels (certificats logiciels, certificats serveurs).;
- produire des données homogènes et directement interprétables par tous les utilisateurs, ce qui nécessite des référentiels et nomenclatures informatisés,
- assurer la télétransmission sécurisée des informations au moyens d'infrastructures informatiques sécurisées ;
- traiter les données par le développement d'applications informatiques spécifiques ;
- exploiter les machines et réseaux nécessaires aux échanges.

Le rapport constate tout d'abord que les structures spécialisées dans les systèmes d'information ont été mises en place pour couvrir collectivement, avec les organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO), l'ensemble de ces fonctions. En pratique, chacune a en outre été amenée, pour le projet déterminé dont elle était chargée, à assurer progressivement l'ensemble des tâches nécessaires à sa conception, sa réalisation, son déploiement sur le terrain et son exploitation.

Elles sont parvenues ainsi à acquérir une expertise reconnue dans des spécialités techniques pointues (conceptions des cartes à puce pour le GIE SESAM Vitale et le GIP-CPS, conception d'infrastructures sécurisées pour le GIE, politiques et outils de certification pour le GIP-CPS, normes et référentiels pour le GMSIH, conception et gestion de classifications médico-économiques pour l'ATIH) mais en élargissant toujours plus leur gamme de métiers et de compétences : exemple le plus significatif, à partir de la mise en place d'un serveur de collecte des données PMSI des établissements par internet, l'ATIH a développé un savoir-faire réel dans la conception et l'exploitation de services web, requérant des profils de compétence très éloignés de son métier initial.

Cette diversification et cette spécialisation poussée font aujourd'hui apparaître des redondances dans les métiers des organismes, sans garantie que les solutions techniques développées par chacun présentent une cohérence d'ensemble optimale (même si elles répondent individuellement aux besoins) et avec le risque qu'ils développent ou maintiennent des solutions techniques voisines pour préserver leur champ d'intervention. En outre l'émergence de nombreux projets mis en chantier par d'autres acteurs est susceptible à brève échéance d'accroître fortement ce risque de redondances, voire d'incohérences :

- la CNAMTS a conçu sa propre infrastructure d'échanges sécurisés avec les professionnels de santé pour l'historique des remboursements (HR) qu'elle doit désormais modifier pour communiquer avec les autres régimes, puis faire migrer vers la nouvelle infrastructure IMARS développée par le GIE ;

- la mise en place du DMP nécessite une infrastructure du même type pour la conception de laquelle le GIE n'a pas encore été sollicité par le GIP-DMP ;
- certaines agences sanitaires commencent à concevoir leurs propres outils d'échange, de même que la CNSA pour le système d'information du secteur médico-social.

Pourtant, l'ensemble de ces projets « aboutit » au poste de travail du professionnel de santé dont les problèmes d'intégration de composants logiciels multiples développés distinctement par tous ces organismes ne sont pas appréhendés de façon globale.

A l'inverse, les structures spécialisées, tout comme l'assurance maladie et l'Etat, ont porté une attention insuffisante au déploiement des systèmes d'échanges d'information dans les établissements de santé. Les solutions de sécurisation des échanges développées pour la médecine de ville par le GIE SESAM-Vitale et le GIP-CPS n'ont pas été adaptées à la complexité de l'organisation hospitalière et ont faiblement pénétré les établissements, faisant peser une incertitude sur leur capacité à participer dans les échéances prévues au déploiement du DMP et à développer des échanges avec la médecine de ville. De même, la construction de répertoires informatisés des professionnels (RPPS) et établissements (RMES) de santé, insuffisamment soutenue par l'Etat et l'assurance maladie, est-elle en retard, alors que de nombreux systèmes en développement doivent s'y adosser.

Face à cette évolution, la mission recommande de passer d'une logique « d'intégration verticale », par les structures spécialisées, de l'ensemble des métiers et fonctions nécessaires au fonctionnement d'un système, à un recentrage sur son « cœur de métier » et à une « collaboration horizontale » entre organismes pour le développement des nouveaux projets. A titre d'exemple, la mission préconise que le GIP-DMP, plutôt que d'intégrer toutes les compétences nécessaires à la conception et à la réalisation du DMP, se concentre sur son rôle de maîtrise d'ouvrage, en sollicitant l'expertise et les outils du GIE (pour la conception de l'infrastructure d'échanges), du GIP-CPS (pour les dispositifs d'authentification) et du GMSIH (pour la définition des règles d'interopérabilité).

Ce parti conduit la mission à recommander aux donneurs d'ordres que sont l'Etat et l'assurance maladie de veiller à favoriser la coopération entre les structures spécialisées en élargissant leurs possibilités d'intervention et en les incitant à contractualiser des objectifs de qualité de service pour les prestations mutuelles. Elle préconise en particulier d'étudier les possibilités de mutualisation de fonctions support qui représentent entre 20 et 25 % des moyens des structures spécialisées.

La note complémentaire prolonge ces analyses en évaluant les perspectives de franchissement d'une nouvelle étape impliquant le regroupement de structures. Compte tenu de la nécessité de concevoir de tels regroupements sur une logique de proximité des métiers exercés, de distinguer les niveaux des responsabilités exercées par les organismes et de prendre en compte les contraintes liées aux différences de statuts juridiques et de modes de financement et de gouvernance, elle envisage la création de deux entités nouvelles regroupant certains des organismes audités :

- une structure de maîtrise d'œuvre et de conception technique, chargés de concevoir et de faire réaliser les différents systèmes d'échanges automatisés répondant aux besoins de différents maîtres d'ouvrage : cette structure serait constituée par le rapprochement des équipes du GIP-CPS et du GIE SESAM Vitale, éventuellement renforcées par les équipes de conception du GIP-DMP (qui conserverait par ailleurs la maîtrise d'ouvrage du projet DMP) ;

- une structure d'étude placée sous le pilotage de la structure de coordination stratégique que le rapport propose de créer (cf. *infra*) chargée de réaliser les études techniques générales visant à définir le cadre normatif des échanges d'information entre les acteurs du système de santé ainsi que les spécifications fonctionnelles générales des projets à maîtrise d'ouvrage Etat : cette structure serait constituée par le rapprochement des équipes du GMSIH et d'une partie de celles du GIP-DMP, réalisant aujourd'hui des études relatives à l'urbanisation des systèmes d'information.

2. Le pilotage des organismes et des projets

La mission a relevé que les organismes spécialisés ont su développer des outils de pilotage internes souvent performants, reposant sur :

- une programmation pluriannuelle et annuelle de l'activité, déclinée par projets
- une quantification des moyens nécessaires à la réalisation de chaque projet
- dans certains cas, un suivi de la consommation des ressources par projet et la mesure des écarts de réalisation avec la programmation, tant en termes de délais que de ressources consommées
- dans certains cas également, la prise en compte des objectifs d'activité et d'objectifs de performance dans le management interne

Elle recommande la généralisation de ce dispositif.

Elle constate toutefois que le pilotage par les donneurs d'ordres est conditionné par les modalités de gouvernance propres à chaque organisme et par leur capacité à participer à l'ensemble des instances et groupes de travail internes pour y influencer sur les décisions prises. En effet, le souci de collégialité et d'équilibre qui prévaut dans des organismes constitués sous forme de GIP ou GIE conduit à un mode de décision par consensus impliquant des débats approfondis mais nécessitant un investissement important des membres. C'est ainsi que les choix techniques structurants sont généralement le fait de groupes d'experts, dont les conseils d'administration entérinent les décisions. A la différence de la CNAMTS qui peut démultiplier sa représentation dans ces groupes, l'Etat n'exerce, en raison de ce mode de fonctionnement, qu'une faible influence sur les choix techniques.

Pour pallier ces inconvénients, la mission propose d'introduire une contractualisation tripartite (Etat / Assurance maladie / organisme) à moyen terme (3 à 5 ans), limitée à l'essentiel :

- les orientations prioritaires à moyen terme de l'activité de l'organisme :
- les modalités d'arbitrage des choix techniques structurants,
- l'évolution des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs et les rapprochements à conduire avec d'autres structures.

S'agissant du pilotage d'ensemble des structures et des projets, la mission relève que chaque direction « métier » (DHOS, DSS, DGS, DSS), faiblement dotée en personnel spécialisé, définit ses propres objectifs et modes de pilotage des structures dont elle assure la tutelle, sans qu'une coordination soit réellement assurée et, surtout, sans qu'elles puissent agir en appliquant une stratégie d'ensemble préalablement définie. Elle note que la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS) mise en place dans ce but n'a pas, jusqu'à aujourd'hui, disposé des moyens lui permettant d'exercer un rôle déterminant dans l'élaboration d'une telle stratégie et la coordination des interventions des directions.

Constatant que les acteurs du système de santé comme les organismes spécialisés sont demandeurs d'un cadrage stratégique de leur action, la mission recommande d'ériger la MISS en délégation ministérielle, chargée d'animer la réflexion visant à l'élaboration d'une stratégie (architecture et fonctionnalités cibles, planification des évolutions, allocation des moyens aux différents projets) partagée par les acteurs et les directions métiers et d'en coordonner la mise en oeuvre, tout en laissant aux directions métiers la responsabilité de l'expression des besoins de leur secteur d'intervention (en particulier de la DHOS dont le rôle de pilotage des SIH doit être conforté) et du pilotage des organismes placés sous leur tutelle. La délégation assurerait également un partenariat avec les autres départements ministériels (CGTI, DCSSI, DGME) pour s'assurer de la cohérence des choix avec ceux opérés par les grands systèmes publics et préparerait les décisions relevant du ministère de la santé pour fixer le cadre juridique et technique de développement des systèmes (publication des référentiels et normes de sécurité et d'interopérabilité).

Relevant en outre les attentes des acteurs en faveur du renforcement du caractère interrégimes du pilotage des projets mutualisés entre organismes AMO et/ou AMC, la mission recommande également de transférer à l'UNCAM et à l'UNOCAM la représentation des organismes AMO et AMC dans la conduite opérationnelle des projets mutualisés et de placer à cette fin la mission SESAM Vitale sous la responsabilité de l'UNCAM.

Pour donner un cadre institutionnel à l'élaboration de la stratégie partagée, la mission propose de mettre en place une instance de concertation réunissant les représentants des acteurs des systèmes d'information de santé, sur le modèle du Conseil supérieur des systèmes d'information (CSIS) ou du comité d'orientation du DMP.

Enfin, pour financer l'accroissement des moyens de pilotage que nécessite l'élaboration et le suivi de la stratégie, la mission propose de prévoir la possibilité de financer par fonds de concours de l'assurance maladie l'exercice par l'Etat de certaines fonctions de pilotage et de régulation.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 4 |
| 1. L'ORGANISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DES SYSTEMES D'INFORMATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTE ET DE L'ASSURANCE MALADIE | 6 |
| 1.1 Le constat : une organisation structurée verticalement par projet, susceptible de donner lieu à des redondances avec l'émergence de nouveaux systèmes d'information | 6 |
| 1.1.1 La mise en place de systèmes d'échanges automatisés d'informations dans le secteur de la santé et de l'assurance maladie vise des finalités multiples et implique de couvrir des fonctions diversifiées | 6 |
| 1.1.2 Les structures spécialisées se sont constituées autour de grands projets fédérateurs, par intégration verticale des métiers assurant les différentes fonctions nécessaires à la mise en oeuvre des systèmes d'information..... | 9 |
| 1.1.2.1 La mise en place des structures s'est réalisée par étapes, chacune correspondant à un palier d'évolution des systèmes d'information dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie | 9 |
| 1.1.2.2 Les évolutions des projets ont renforcé la tendance des groupements à répondre à la demande en développant une palette de nouveaux métiers..... | 12 |
| 1.1.3 Les organismes spécialisés exercent aujourd'hui de multiples métiers, au prix de redondances possibles, sans pour autant couvrir l'ensemble des besoins | 14 |
| 1.1.3.1 Les structures spécialisées ont assuré la couverture des grandes fonctions liées à la conception, la réalisation et l'exploitation des SI avec des organisations diverses..... | 14 |
| 1.1.3.2 La diversité des métiers exercés par les organismes fait apparaître des risques de redondances ou de concurrence..... | 16 |
| 1.1.3.3 Des champs néanmoins insuffisamment couverts | 18 |
| 1.2 Les propositions : engager une redistribution des fonctions des organismes fondée sur une reconnaissance de leur "cœur de métier" | 21 |
| 1.2.1 Affirmer la spécificité du métier de chaque structure, au delà de son champ d'intervention historique et répartir en conséquences les responsabilités et fonctions | 21 |
| 1.2.2 Recourir à une logique de prestation de services pour optimiser l'utilisation des ressources. | 25 |
| 2. LE PILOTAGE DES ORGANISMES ET DES PROJETS | 27 |
| 2.1 Le constat : un dispositif de pilotage compartimenté et déterminé principalement par les modalités de gouvernance propres à chaque organisme | 27 |
| 2.1.1 Les organismes ont su développer des outils de pilotage internes souvent performants | 27 |
| 2.1.2 Le pilotage s'exerce principalement au travers des organes de direction et des comités techniques mis en place par chaque organisme | 29 |
| 2.1.2.1 La répartition des pouvoirs au sein des organismes spécialisés fait apparaître plusieurs niveaux de décision | 29 |
| 2.1.2.2 L'intervention des donneurs d'ordres s'effectue principalement par le canal des organes de décision des structures | 30 |
| 2.1.3 Un pilotage de l'Etat parvenant difficilement à bâtir ou soutenir une stratégie globale..... | 33 |
| 2.1.3.1 Une organisation faible et éclatée..... | 33 |
| 2.1.3.2 La convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS ne constitue pas un instrument de pilotage stratégique des structures spécialisées | 34 |
| 2.1.3.3 Une stratégie globale de l'Etat reste à construire | 36 |

| | |
|---|---|
| 2.2 Les propositions : renforcer le pilotage d'ensemble du système en clarifiant l'attribution des responsabilités, en élaborant une stratégie partagée et en redéfinissant en conséquence les moyens et l'organisation..... | 37 |
| 2.2.1 Elaborer une stratégie et préciser en conséquence les responsabilités entre l'Etat, l'assurance maladie et les organismes..... | 37 |
| 2.2.1.1 Affirmer les responsabilités de l'Etat dans le pilotage | 37 |
| 2.2.1.2 Définir et appliquer une stratégie partagée..... | 40 |
| 2.2.1.3 Préciser l'étendue de la délégation donnée à l'assurance maladie..... | 42 |
| 2.2.2 Renforcer l'organisation et les moyens du pilotage de l'Etat..... | 43 |
| 2.2.2.1 Renforcer prioritairement le pilotage des systèmes d'information hospitaliers..... | 43 |
| 2.2.2.2 Mettre en place une véritable structure de coordination stratégique | 46 |
| CONCLUSION..... | 51 |
| RECAPITULATION DES PRECONISATIONS | 52 |
| NOTE COMPLEMENTAIRE SUR LES PERSPECTIVES DE FUSION OU DE REGROUPEMENT D'ORGANISMES ŒUVRANT A L'INFORMATISATION DU SYSTEME DE SANTE..... | 56 |
| REPONSES DES ADMINISTRATIONS CENTRALES ET DE LA CNAMTS | 71 |
| OBSERVATIONS EN RETOUR DE LA MISSION | 72 |
| ANNEXES..... | 81 |
| ANNEXE 1 : | lettre de mission |
| ANNEXE 2-1 : | répartition des fonctions relatives à la mise en oeuvre des principaux systèmes d'information |
| ANNEXE 2-2 : | principales composantes du métier des organismes spécialisés |

Introduction

La modernisation de la gestion du système de santé implique la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs, professionnels et établissements de santé, usagers et organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Pour mettre en place ces dispositifs, la multiplicité des acteurs concernés et la technicité du domaine ont conduit à créer des structures spécialisées constituées sous forme de groupements d'intérêt public (GIP) ou d'intérêt économique (GIE), tels le GIE SESAM-Vitale, les GIP « carte de professionnel de santé » (GIP-CPS), « dossier médical personnel » (GIP-DMP), « groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier » (GMSIH), le futur « institut des données de santé » (IDS) ou encore d'établissements publics administratifs (EPA), telle l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). En outre, des organismes constitués dans un but principal différent se sont vus confier à titre accessoire une mission dans ce domaine, tels le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (Fonds CMU) pour la réalisation du répertoire des organismes complémentaires ou la Haute autorité de santé (HAS) pour la certification des sites et logiciels dédiés à la santé. Enfin, les organismes d'assurance maladie ont la responsabilité directe de la mise en place de certains dispositifs mutualisés comme le système d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) ou le système « Historique des remboursements » (HR) dont la réalisation et l'exploitation sont confiés à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Cette situation conduit à une division des fonctions et des responsabilités dans la construction du système et la conduite des projets, dont il importe de vérifier la cohérence d'ensemble. C'est pourquoi, le Ministre de la santé et des solidarités a demandé à l'IGAS, de procéder, dans le cadre de son programme annuel 2006, à l'audit de l'organisation du pilotage de ces dispositifs et organismes et, en particulier :

- d'analyser les missions et le « métier » de chaque structure spécialisée et ses perspectives d'évolution afin d'évaluer notamment les risques de recoupement et les opportunités de mise en commun de ressources, tant entre les structures elles-mêmes qu'au regard des missions assurées directement par les administrations centrales et les organismes d'assurance maladie ;
- d'évaluer la cohérence du pilotage de chaque structure et sa pertinence ainsi que l'efficacité et la cohérence du pilotage global du système par l'Etat ;
- de formuler toutes propositions de nature à clarifier la répartition des missions et des responsabilités des organismes spécialisés et à améliorer leur pilotage interne et externe.

Le présent rapport rend compte de cette mission qui s'est limitée à l'analyse du pilotage des dispositifs et projets mettant en relation les différents acteurs du système de santé mais n'a pas étudié le pilotage des systèmes d'information utilisés pour la gestion interne de chaque acteur (comme les systèmes de liquidation et de gestion de l'assurance maladie ou des établissements de santé). De même, les dispositifs spécifiques mis en place pour assurer la remontée d'information ou l'alerte sur des événements de santé publique n'ont pas été inclus dans le champ de la mission.

Le rapport est constitué d'une synthèse présentant les constats et recommandations transversales de la mission et de 14 annexes¹ analysant chaque structure ou système d'information audité à partir des réponses à des questionnaires envoyés aux responsables par la mission, de l'étude des documents communiqués et des entretiens réalisés dans les organismes visités avec la direction et les principaux chefs de pôles. Ces annexes décrivent :

- l'objet, le contenu et le mode de fonctionnement du système d'information ou du projet de système d'information ainsi que la répartition des fonctions entre les différents partenaires intervenant dans la mise en oeuvre du système ou la réalisation du projet ;
- les missions et le métier de la structure spécialisée chargée, le cas échéant, de concevoir, réaliser ou exploiter le système d'information ;
- l'organisation et les outils de pilotage de la structure spécialisée et/ou du système d'information ou du projet de système d'information.

Elles contiennent des observations et recommandations spécifiques à chaque système.

Le présent rapport traite successivement de l'organisation mise en place pour concevoir, réaliser et gérer les systèmes d'information, en analysant la répartition des missions et des métiers des organismes qui en sont chargés, puis du mode et des outils de pilotage des organismes et des projets qu'ils portent. Chaque partie contient des éléments de constat et formule des recommandations ou des scénarios susceptibles de renforcer la cohérence et la l'efficacité du pilotage du système.

Est en outre annexée au rapport une note complémentaire de la mission sur les perspectives de fusion ou de regroupement d'organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé rédigée ultérieurement au rapport initial

Sont jointes également les observations formulées par les directions et services du ministère de la santé et par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le rapport et la note complémentaire ainsi que les réponses en retour des auteurs du rapport.

¹ Ces annexes ne sont pas mises en ligne.

1. L'organisation de la mise en œuvre des systèmes d'information dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie.

La multiplicité des acteurs et la technicité du domaine ont conduit à confier la réalisation des dispositifs concourant aux échanges d'information aux organismes d'assurance maladie ou, le plus souvent, à des organismes spécialisés, constitués à cette fin sous forme de GIE, de GIP ou d'EPA. La mission a cherché à identifier les composantes du métier des organismes ainsi créés pour évaluer la cohérence de la répartition des missions et des fonctions et proposer des voies d'amélioration.

1.1 Le constat : une organisation structurée verticalement par projet, susceptible de donner lieu à des redondances avec l'émergence de nouveaux systèmes d'information

1.1.1 La mise en place de systèmes d'échanges automatisés d'informations dans le secteur de la santé et de l'assurance maladie vise des finalités multiples et implique de couvrir des fonctions diversifiées

La gestion du système de santé fait appel, comme dans les autres secteurs d'activité, aux techniques de traitement automatisé de l'information. En particulier, le financement du système par l'assurance maladie justifie la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs (professionnels et établissements de santé, usagers, organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire) avec des finalités multiples :

- réaliser des gains d'efficacité et de productivité dans la gestion de l'assurance maladie par la dématérialisation des remboursements de soins : cet objectif a été déterminant dans la construction du système SESAM-Vitale de télétransmission de feuilles de soins électroniques engagée en 1993 et l'est encore aujourd'hui dans le projet de télétransmission des factures des établissements de santé² ;
- développer et enrichir les systèmes d'information et de pilotage sur la connaissance de l'état de santé et des pratiques médicales et la gestion du risque maladie : c'est l'objectif du codage des actes et des pathologies également engagé en 1993, poursuivi aujourd'hui dans la refonte des nomenclatures (CCAM, PMSI), condition d'un enrichissement du contenu médical des informations échangées entre les acteurs ;
- faciliter la continuité des soins par les échanges d'informations médicales entre professionnels de santé : mis en oeuvre initialement dans le cadre d'expériences locales, cet objectif est aujourd'hui illustré par le projet de généralisation d'un dossier médical personnel prévue par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie ;
- améliorer la qualité des pratiques en fournissant des aides en ligne aux professionnels de santé : la mission d'agrément des logiciels et sites Internet destinés aux professionnels de

² La tarification à l'activité conduit les établissements antérieurement sous dotation globale à facturer les séjours de médecine, chirurgie et obstétrique à l'assurance maladie, opération qui ne peut être réalisée sans recourir à une télétransmission et à une liquidation automatisées.

santé confiée à la HAS répond à cet objectif mis en oeuvre principalement par des opérateurs privés ;

- contribuer au pilotage du système de santé et à l'évaluation de son efficacité : la mise en place de bases de données informationnelles comme le SNIIRAM vise cet objectif.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de bâtir des systèmes d'information capables de réaliser des échanges automatisés de nombreuses données numérisées entre de très nombreux acteurs : par exemple, 200.000 professionnels de santé en ville adressent chaque mois 80 millions de feuilles de soins électroniques (FSE) aux organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO). Ces systèmes doivent ainsi remplir des fonctions multiples :

- identifier précisément et sans erreur les parties à l'échange, grâce à une immatriculation dans des répertoires : la mise en place de ces répertoires nécessite elle-même la construction de systèmes d'information consacrés à leur constitution, à leur mise à jour et à la réalisation d'échanges de données d'identification avec les systèmes utilisateurs ;
- assurer une authentification mutuelle des parties dans les échanges d'information au moyen de techniques de sécurisation pouvant utiliser des supports physiques comme la carte d'assurance maladie, dénommée carte Vitale, ou la carte de professionnel de santé (carte CPS), ou des dispositifs logiciels (certificats logiciels, certificats serveurs). Les dispositifs mis en oeuvre dépendent de la sensibilité des données transmises, les données individuelles nominatives médicalisées pouvant requérir des moyens élaborés comme le chiffrement ou la signature électronique (cf. annexe 1 présentant les concepts et dispositifs techniques) ;
- produire des données homogènes et directement interprétables par tous les utilisateurs ce qui nécessite, d'une part l'élaboration de référentiels et nomenclatures communes d'actes, de prestations ou de séjours et, d'autre part, le développement d'applications informatiques permettant d'enregistrer numériquement les données ;
- assurer la télétransmission sécurisée des informations au moyen d'infrastructures informatiques intégrant les fonctions d'authentification des parties et de protection de l'intégrité des contenus échangés ;
- réaliser les traitements des données par le développement d'applications informatiques : il s'agit notamment des applications de liquidation et de gestion du risque internes aux organismes d'AMO (qui ne seront pas étudiées dans ce rapport) mais aussi des systèmes informationnels qui ont pour objet de mettre les informations collectées à la disposition des acteurs.

Le tableau ci-dessous présente les principaux systèmes mis en place ou en projet pour atteindre ces objectifs et remplir ces fonctions et qui sont analysés dans ce rapport (n'y figurent pas les dispositifs à finalités d'observation et de prévention sanitaire qui sont évoqués en annexe 15) :

| Composantes | Objectifs | Fonctions à assurer | Système d'information ou projet | Organisme responsable du SI |
|--|---|---|--|---|
| I. L'identification des usagers et professionnels | | | | |
| Bénéficiaires de l'assurance maladie | Permettre une identification fiable des personnes dans les échanges d'information | - Attribution d'identifiant - Gestion de répertoires | Répertoire national des identifiants de l'assurance maladie (RNIAM) | CNAVTS pour les régimes AMO |
| | | | Données médicales : répertoire des Identifiants DMP | CNAMTS |
| Professionnels de santé | Permettre une identification fiable des PS dans les échanges d'information | - Attribution d'identifiant - Gestion de répertoires | Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) (refonte et mise en cohérences des anciens répertoires) | GIP-CPS pour le compte de l'Etat, des ordres et régimes AMO |

| Composantes | Objectifs | Fonctions à assurer | Système d'information ou projet | Organisme responsable du SI |
|---|---|---|--|--|
| Etablissements sanitaires et médico-sociaux | Permettre une identification fiable des ESS dans les échanges d'information | - Attribution d'identifiant - Gestion de répertoires | Répertoire mutualisé des ét. sanitaires et sociaux (RMESS) (refonte de FINESS) | Etat |
| Organismes complémentaires | Permettre un suivi des organismes complémentaires | - Gestion de répertoires - Suivi d'activité et mesures de contrôle | Répertoire national des OC, répertoire nationale des mutuelles et outil de suivi des mutuelles (OSNM) | Fonds CMU et Etat |
| 2. L'enregistrement numérique des données d'identité | | | | |
| Production de cartes d'assurance maladie | Authentifier les bénéficiaires de l'assurance maladie dans les échanges d'information | Conception, production des cartes, personnalisation, gestion des droits | Carte à puce Vitale | Mission SESAM Vitale et GIE SESAM-Vitale |
| Production de cartes de professionnels de santé et de collaborateurs | Authentifier les PS dans les échanges d'information | Conception, production des cartes, personnalisation, gestion des droits | Cartes à puce CPS, CPA, CPE, CPF | GIP-CPS |
| 3. La production de données normalisées et informatisées sur les soins et l'activité | | | | |
| Codage des actes, prestations et pathologies (en ville) | Développer et enrichir la connaissance sur l'état de santé et les pratiques médicales et améliorer la gestion du risque maladie | Etablir une classification des actes, pathologies | Nomenclatures, CCAM | CNAMTS |
| | | Enregistrer numériquement l'information | Logiciels de codage | Professionnels et leurs éditeurs de logiciels |
| Codage des actes, prestations et pathologies (en établissement) | gestion du risque maladie | Etablir une classification des séjours | Classification PMSI | ATIH |
| | | Enregistrer numériquement l'information | Logiciels « groupeur » | ATIH et établissements et leurs éditeurs |
| 4. La mise en place de systèmes de messageries et télétransmissions | | | | |
| Mise en place de messageries entre professionnels | Permettre des échanges sécurisés d'information sensibles entre professionnels | Sécuriser les transmissions par authentification et signature électronique Assurer la traçabilité des échanges | Messageries sécurisées | Industriels, GIP-CPS (outils de sécurisation de messageries) |
| Télétransmission d'informations entre acteurs | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Feuilles de soins et factures : réaliser des gains d'efficacité et de productivité dans la gestion de l'assurance maladie ☒ Informations médicalisées : mieux coordonner les soins (DMP, HR) ou améliorer la gestion du risque maladie | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Mettre en place des réseaux de télétransmission ☒ Concevoir et contrôler les normes et infrastructures techniques de transmission ☒ Sécuriser les transmissions par authentification et signature électronique ☒ Assurer la traçabilité des échanges | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Réseaux Internet sécurisés ou réseau privé interrégimes (RSV) ☒ Système SESAM Vitale (Ville) ; système de facturation des Etablissements de santé ☒ Système e-PMSI ☒ Système « historique des remboursements » ☒ Dossier médical personnel | <ul style="list-style-type: none"> ☒ GIE SESAM Vitale (ville) ☒ GIE + CNAMTS (établissements) +GMSIH (normalisation) ☒ ATIH ☒ CNAMTS +GIE ☒ GIP-DMP |

| Composantes | objectifs | Fonctions à assurer | système d'information ou projet | organisme responsable du SI |
|---|---|--|---|--|
| 5. La mise à disposition des acteurs de données et d'outils d'analyse et d'information sur les soins | | | | |
| Mise à disposition de données de remboursement | Améliorer la qualité des pratiques et l'efficacité de la gestion du risque en mettant l'information à la disposition des acteurs (AMO, AMC, PS, HAS, URML, etc..) | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Veiller à la cohérence et à la qualité des SI de gestion du risque maladie ☒ Concevoir et gérer les BDD, ☒ Gérer et contrôler les droits | <ul style="list-style-type: none"> ☒ SNIIRAM (vers Etat, AMO, professionnels et étés) ☒ Web médecin (vers PS et établissements) | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Institut des données de santé (IDS) (coordination) ☒ CNAMTS pour le compte des régimes AMO pour la conception et l'exploitation |
| Mise à disposition de données médicales | Améliorer la coordination des soins dispensés aux patients en rendant accessibles aux professionnels les informations médicales sur leurs patients | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Concevoir le contenu du dossier informatisé ☒ Réaliser l'infrastructure technique sécurisée ☒ Gérer les droits d'accès | ☒ Dossier médical personnel | GIP-DMP |
| Mise à disposition d'outils d'aide à la décision | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Améliorer ou conforter la pratique médicale ☒ Améliorer la capacité l'information des décideurs | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Concevoir les outils techniques ☒ Collecter l'information pertinente ☒ Vérifier la qualité des outils | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Logiciels d'aide à la prescription (pour les PS) ☒ Système PARHTAGE pour les agences régionales de l'hospitalisation | <ul style="list-style-type: none"> ☒ Editeurs de logiciels + HAS (certification) ☒ ATIH pour Parhtage |




Le schéma de la page suivante présente sous forme synthétique les flux d'informations échangés par les acteurs au travers de ces différents dispositifs.

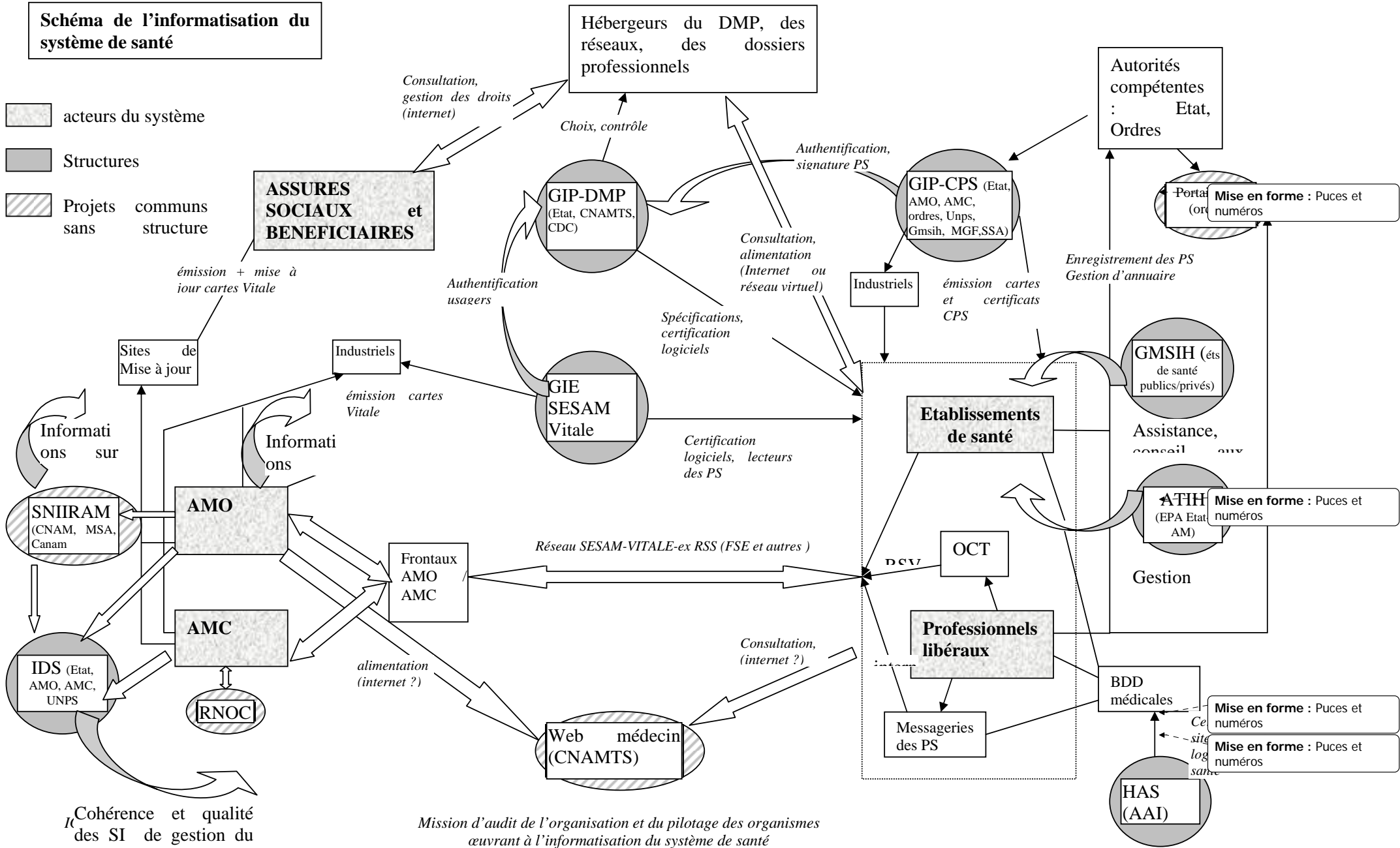
1.1.2 Les structures spécialisées se sont constituées autour de grands projets fédérateurs, par intégration verticale des métiers assurant les différentes fonctions nécessaires à la mise en oeuvre des systèmes d'information

1.1.2.1 La mise en place des structures s'est réalisée par étapes, chacune correspondant à un palier d'évolution des systèmes d'information dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie

La première étape importante a été engagée en 1993 avec la constitution du GIE SESAM Vitale et du GIP-CPS, structures chargées de mettre en œuvre des systèmes de télétransmission sécurisés entre les professionnels de santé exerçant en ville et les organismes d'AMO. Le principal objectif visé était la réalisation de gains de productivité dans la gestion de la branche maladie grâce à la dématérialisation des feuilles de soins, la saisie des informations nécessaires au remboursement par le professionnel de santé, la télétransmission des données aux caisses et à l'automatisation de la liquidation. Le système, opérationnel à partir de 1999, reposait sur les principaux éléments techniques suivants (cf. annexes relatives aux systèmes SESAM-Vitale et CPS) :

Schéma de l'informatisation du système de santé

-  acteurs du système
-  Structures
-  Projets communs sans structure



Coherence et qualité des SI de gestion du

Mission d'audit de l'organisation et du pilotage des organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé

- l'enregistrement dans des cartes à puce des données nécessaires à l'identification des professionnels de santé (cartes CPS) et des assurés sociaux (cartes Vitale) et des données nécessaires à la production des feuilles de soins (principalement contenues dans le « domaine assurance maladie » de la CPS) ;
- la mise en place d'outils de sécurisation des échanges comprenant notamment l'intégration dans la carte CPS de dispositifs d'authentification, de chiffrement et de signature électronique, dont les performances ont été accrues avec les versions successives des cartes ;
- le développement par le GIP et le GIE de matériels spécifiques (lecteurs de carte bifentes, bornes de mise à jour des cartes Vitale) et de composants logiciels (interfaces programmatiques ou API) nécessaires à la production des feuilles de soins et à la sécurisation des échanges implantés sur le poste de travail du professionnel de santé et requérant en conséquence de prendre en compte son environnement matériel et logiciel, de nouer à cet effet des relations régulières avec les éditeurs des applications métier et de prévoir des procédures d'agrément des logiciels que ceux-ci développent pour assurer les professionnels de santé de leur compatibilité avec le système SESAM-Vitale ;
- la mise en place de réseaux de télécommunications dédiés entre les organismes d'AMO, réseau santé social (RSS) entre 1999 et 2004, réseau SESAM-vitale à partir de 2005.

La forte dimension technique et le caractère interrégimes du projet SESAM-VITALE, élargi à partir de 2000 aux organismes d'assurance maladie complémentaire (AMC) a conduit à mettre en place pour le piloter d'une part une mission interrégimes -mais administrativement rattachée à la CNAMTS- SESAM-Vitale (MSV), chargée d'exercer la maîtrise d'ouvrage, et, d'autre part, une structure technique, le GIE, chargée d'exercer la maîtrise d'œuvre et de conduire les réalisations techniques. La nécessité d'assurer un mode de concertation spécifique avec les professions de santé a par ailleurs justifié la création d'une structure distincte -le GIP- pour piloter le système CPS. L'accord cadre AMO/AMC du 6 juillet 2000 consacre ce mode de pilotage et précise les fonctions de chaque structure et instance (cf. annexe relative au système SESAM-Vitale).

Le secteur des établissements de santé n'a toutefois pas été inclus dans ce projet : les établissements sous dotation globale n'étaient concernés qu'à la marge par les facturations à l'assurance maladie³ et le développement de la télétransmission des factures des cliniques a été réalisé en dehors du programme SESAM-Vitale en raison de la difficulté de transposer le mode de génération des FSE retenu pour la ville à l'environnement hospitalier⁴. En revanche, le développement du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), à partir d'une classification médicale des séjours -et non d'un système d'échange d'informations à l'origine- élaborée par une équipe scientifique (PERNS), s'est traduit par l'industrialisation progressive de la collecte et du traitement de l'information dès lors qu'il a été décidé, à l'issue d'une expérimentation conduite en 1994-95 dans la région Languedoc-

³ Uniquement pour les médicaments délivrés aux patients ambulatoires par les pharmacies hospitalières (« rétrocessions »).

⁴ Jusqu'à un décret de 2003, le seul mode de production de FSE prévu exigeait une lecture simultanée de la carte du professionnel de santé et de celle de l'assuré, condition difficile à remplir à l'hôpital.

Roussillon, d'en faire un élément d'un projet de refonte du mode de financement hospitalier. Cette évolution a justifié la mise en place d'un centre de traitement de l'information (CTIP), puis d'une agence, l'ATIH, en 2001, dans la perspective de la « tarification à la pathologie ». Celle-ci a mis en place depuis un système de collecte automatisé des d'informations du PMSI (dispositif e-PMSI) et s'est vue confier des missions du même type dans d'autres domaines (cf. annexe relative à l'ATIH). Parallèlement, dans la même perspective, le souci d'assurer une coordination des SIH sans revenir au dirigisme des années 1970-80 a conduit à la mise en place d'un organisme d'études et de normalisation, le GMSIH, géré par les fédérations hospitalières.

Une troisième étape s'est engagée à partir de 2002-2004 avec deux objectifs principaux : la médicalisation de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et l'amélioration de la coordination des soins. Le premier conduit la CNAMTS à s'engager, seule ou en coordination avec les autres régimes d'AMO, dans la construction de systèmes informationnels de contenu enrichi⁵ grâce à l'évolution des nomenclatures (SNIIRAM) et de services en ligne (historique des remboursements, consultations des droits). Le second se traduit en particulier par un projet ambitieux de construction, à l'initiative de l'Etat, d'un outil informatisé de coordination des soins refondant en les généralisant des initiatives locales, le dossier médical personnel (DMP). Dans les deux cas, le caractère de plus en plus sensible et complexe des données échangées et l'élargissement du champ des acteurs visés justifient l'accroissement des exigences de sécurité et d'interopérabilité des systèmes, passant notamment par la fiabilisation des outils d'identification et la construction de répertoires et référentiels communs (RNIAM, RPPS, RMESS) impliquant eux-mêmes la construction de systèmes d'information spécifiques.

1.1.2.2 Les évolutions des projets ont renforcé la tendance des groupements à répondre à la demande en développant une palette de nouveaux métiers

Le recours à des formules de type GIP, GIE ou EPA pour le développement des systèmes d'informations répond à plusieurs motivations :

- la mutualisation de moyens pour la réalisation d'un projet commun, avec la garantie d'un pilotage collégial des membres : cette motivation est particulièrement forte pour les régimes d'AMO autres que le régime général et pour les organismes d'AMC, qui ne sont pas, en règle générale, favorables à une solution alternative consistant à confier à l'un d'entre eux -surtout s'il s'agit de la CNAMTS- la conduite opérationnelle d'un projet commun ;
- la possibilité de recruter des compétences hautement spécialisées nécessaires à la réalisation, sur une durée longue, de projets à caractère « industriel » comme SESAM-Vitale ;
- pour l'Etat, c'est aussi le moyen de faire contribuer des partenaires –principalement l'assurance maladie- au financement de projets tout en conservant en partie le pilotage : ainsi, la création du GIP-DMP permet-elle à l'Etat de financer sur des ressources de l'assurance maladie un projet répondant d'abord à des objectifs de santé publique (l'amélioration de la coordination des soins) tout en exerçant un contrôle étroit du groupement et du projet.

⁵ Le codage des actes et prestations était prévu dès 1993 mais n'a concrètement abouti qu'avec la nouvelle nomenclature des actes médicaux (CCAM) en 2005.

En toute logique, les structures ainsi créées se sont efforcées de remplir les objectifs qui leur étaient assignés en intégrant l'ensemble des fonctions nécessaires à la réalisation et à l'exploitation du système dont elles avaient la charge à titre principal, même si cela a pu les conduire à diversifier parfois fortement leurs métiers et leurs compétences :

- l'évolution la plus caractéristique à cet égard est sans doute celle de l'ATIH, ayant succédé à des structures d'études chargées de la gestion d'une classification médicale et des études médico-économiques associées (études de coût et de valorisation des groupes homogènes de malades), a été conduite à assumer progressivement des fonctions de traitement statistique de masse, de conception et développement d'outils logiciels (groupeurs) puis de conception, de réalisation et d'exploitation de systèmes de collecte d'information automatisés et de services web (e-PMSI, puis PARTHAGE, DMI2, COMPAQH ; cf. annexe relative à l'ATIH) ;
- le GIE SESAM-VITALE a été d'abord maître d'œuvre de la production de cartes à puce, concepteur d'équipements matériels (lecteurs et bornes de mise à jour) et développeur et intégrateur de composants logiciels, tous ces outils étant destinés exclusivement à la production de FSE avant d'élargir ses objectifs à la conception d'infrastructures d'échanges sécurisés susceptibles d'accueillir des contenus différents et de servir à des utilisations multiples, notamment pour le développement des services en ligne ;
- le GIP-CPS a été amené à couvrir toute la chaîne de production des cartes, depuis l'organisation des procédures d'enregistrement des professionnels de santé jusqu'à la conception technique des cartes, de leur système d'exploitation et des composants logiciels à intégrer dans le poste de travail du professionnel pour en lire et traiter les données qui y sont contenues. Plus récemment, pour satisfaire la diversification de la demande, en provenance notamment des établissements de santé et des organismes d'AMO, le GIP a cherché à professionnaliser sa fonction d'autorité de certification et à démultiplier son offre de supports d'authentification. A la demande de l'Etat, il a, en outre, assuré la maîtrise d'ouvrage déléguée du projet RPPS.

Le développement de nouveaux métiers par les structures spécialisées répond à la fois à la volonté d'assumer la pleine maîtrise technique des projets et à la commande qui leur est adressée, les rendant responsables de l'ensemble des processus attachés au fonctionnement des systèmes dont ils ont la charge.

En outre, cette orientation répond au besoin de pérennisation des structures, notamment des GIP dont la durée d'existence est limitée, en enrichissant le contenu des fonctions qui leur sont confiées ou en en développant de nouvelles. Cet objectif interne peut également conforter la tendance à une implication forte dans la maîtrise de technologies complexes : en témoigne par exemple le développement par le GIP-CPS et le GIE SESAM-Vitale de solutions techniques « propriétaires » pour les cartes CPS et Vitale, parfaitement justifiées en 1998 en l'état du marché des cartes à puce, mais qui requiert encore aujourd'hui pour le GIP la préservation de compétences techniques « pointues » alors que des solutions standards sont apparues sur le marché⁶.

⁶ En 2004, le GIE a choisi un masque standard du marché pour la CV2 ; le GIP-CPS a pour sa part décidé de faire migrer son « masque » (système d'exploitation) propriétaire vers un nouveau composant pour la CPS 2ter et reporté à la production de la CPS 3 le passage à un masque standard.

1.1.3 Les organismes spécialisés exercent aujourd'hui de multiples métiers, au prix de redondances possibles, sans pour autant couvrir l'ensemble des besoins

1.1.3.1 Les structures spécialisées ont assuré la couverture des grandes fonctions liées à la conception, la réalisation et l'exploitation des SI avec des organisations diverses

L'annexe 18 explicite les concepts relatifs aux échanges d'informations sécurisés et les fonctions nécessaires à la mise en œuvre des dispositifs de sécurisation et à la réalisation des systèmes. La définition des différentes fonctions relatives à la mise en œuvre d'échanges d'informations automatisés peut être rappelée ici de façon simplifiée⁷ :

- l'identification et l'authentification des parties à l'échange nécessitent de faire appel à des fonctions de confiance :
 - **l'autorité de Certification** est chargée d'émettre et de gérer des certificats numériques garantissant l'identité de son détenteur. Elle est responsable de l'ensemble du processus de certification et de la validité des certificats émis, assure leur publication dans un annuaire, gère des listes de révocation et définit à cette fin une politique de certification ;
 - **l'autorité d'Enregistrement** est soit un service particulier de l'autorité de certification, soit une entité indépendante qui est chargée de vérifier et d'attester l'identité du demandeur du certificat (propriétaire de la clef publique) selon des critères définis par l'autorité de certification. Lorsque l'autorité d'enregistrement s'est assurée de l'identité et des droits du demandeur, l'autorité de certification prend la décision d'émettre un certificat adapté au niveau de sécurité exigé ;
 - **un opérateur de Certification** peut assurer, sous le contrôle de l'autorité de certification, les prestations techniques, en particulier cryptographiques, nécessaires à la fourniture des clés et certificats et à leur gestion. Il est en charge du bon fonctionnement et de la sécurité des moyens informatiques et techniques ;
 - **l'infrastructure de signature numérique ou de gestion de clés (IGC)** est un dispositif qui regroupe ces différentes composantes pour assurer l'enregistrement et l'authentification des utilisateurs et la génération et la gestion des certificats.

- Les fonctions suivantes participent à la conception, la réalisation et l'exploitation des systèmes d'information :
 - **le maître d'ouvrage (MOA)** est une personne morale responsable de l'efficacité de son organisation et donc de son système d'information. Il fait appel à un *maître d'œuvre* (MOE) informatique et télécoms pour obtenir les produits et services nécessaires à la réalisation de sa mission. A cette fin, il fournit au MOE les spécifications fonctionnelles et valide la recette fonctionnelle des produits. Son rôle peut en pratique être exercé par plusieurs personnes :
 - **le maître d'ouvrage stratégique (MOAS)** prend les décisions importantes concernant la maîtrise d'ouvrage, arbitre les différends entre ses collaborateurs et signe le contrat avec le MOE ;
 - **le maître d'ouvrage délégué (MOAD)** est une personne ou une équipe qui assiste le MOAS en lui fournissant, les éléments nécessaires à la décision. Sa

⁷ Les définitions sont notamment tirées des travaux de Michel VOLLE (<http://www.volle.com>)

- fonction est de veiller à la qualité du système d'information de l'organisation ;
- le **maître d'ouvrage opérationnel** (MOAO) est un expert métier et connaît les applications relatives à son domaine d'intervention, les référentiels utilisés, les règles de gestion, les échanges avec les autres applications etc. Il recueille les demandes des utilisateurs et établit ou supervise les spécifications générales. Il est le correspondant du maître d'œuvre dans son domaine ;
 - **l'assistant à maîtrise d'ouvrage** (AMO) est un consultant externe qui rédige les spécifications ou documents méthodologiques et tient les tableaux de bord de suivi de la réalisation du système ;
 - **le maître d'œuvre** (MOE) peut appartenir à l'organisation ou à une entreprise externe. Il est garant de la bonne réalisation technique des solutions. Il a un devoir de conseil vis-à-vis du MOA, assure la coordination des prestataires, contrôlant la qualité technique des prestations et veille à leur cohérence et à leur compatibilité. Chaque projet particulier est en principe confié à un **chef de projet** maîtrise d'œuvre (CP MOE);
 - **le prestataire ou fournisseur** travaille sous contrat pour la maîtrise d'ouvrage, sous le contrôle du maître d'œuvre (ou sous contrat avec le maître d'œuvre) et produit un élément de la solution ou assure, sous son contrôle, l'exploitation du système (infogérant).

L'annexe 2-1 présente de façon synthétique la répartition de ces différentes fonctions entre les acteurs dans la mise en œuvre des principaux systèmes d'échanges d'information :

- les fonctions d'autorité d'enregistrement sont assurées par les autorités administratives compétentes pour les professionnels de santé (Ordres, Etat, assurance maladie pour les conditions et lieux d'exercice) et par les organismes d'AMO pour les bénéficiaires de l'assurance maladie. Le GIP-CPS, pour les cartes du système CPS, et le GIE SESAM-Vitale, pour les cartes Vitale, ne sont pas à proprement parler autorités d'enregistrement mais ils organisent les procédures et circuits d'enregistrement en vue de la personnalisation des cartes (enregistrement dans les cartes des données personnelles) ;
- seul le GIP-CPS revendique la fonction d'autorité de certification pour les professionnels de santé : il a défini une politique de certification dont les règles et procédures dépendent de la catégorie de certificats produits (certificats embarqués dans les cartes, certificats serveurs, certificats logiciels) et des exigences de sécurité définies pour l'utilisation envisagée. Il recourt à des opérateurs de certification pour la fourniture de certains certificats (certificats logiciels). Pour les usagers, cette fonction n'est pas clairement identifiée en raison du faible niveau de sécurisation des cartes Vitale 1, mais devrait être exercée par les organismes d'AMO et le GIE SESAM-Vitale pour les cartes Vitale 2 qui intégreront des fonctions d'authentification et de signature électronique, susceptible d'être utilisées en particulier pour l'accès au DMP ;
- les fonctions de maîtrise d'ouvrage peuvent être déclinées en MOA stratégique, déléguée et opérationnelle (cas du RPPS) selon des distinctions qui peuvent toutefois varier selon les interlocuteurs. Elles peuvent être cumulées avec les fonctions de maîtrise d'œuvre comme c'est le cas pour le GIP-CPS ou strictement séparées (cas de la MSV et du GIE-SV) ;

- les fonctions de maîtrise d'œuvre ne sont pas toujours distinguées des fonctions de développement des systèmes, les lignes de partage variant fortement selon les systèmes et les structures :
 - la production des cartes à puces et des matériels associés (lecteurs bi-fentes, bornes de mise à jour) est toujours confiée à des industriels, les structures (GIP-CPS et GIE SESAM-Vitale) assurant la supervision de ces prestataires ;
 - les structures spécialisées développent elles-mêmes des outils ou composants logiciels dont elles assurent la maîtrise d'œuvre : le choix de solutions propriétaires pour la réalisation des cartes à puce a ainsi conduit le GIP-CPS et le GIE SESAM-Vitale à cumuler conception et développement de composants logiciels (API), les deux structures tentant toutefois de se désengager progressivement du développement. L'ATIH pour sa part développe généralement ses outils logiciels, ne confiant à des prestataires que la réalisation d'applications extérieures à son « cœur de métier » constitué par le système PMSI (applications DMI2, Parhtage) ;
- l'exploitation des systèmes CPS et SESAM Vitale est sous-traitée à des infogérants privés, mais pourrait être confiée à la CNAMTS qui entend désormais positionner ses centres informatiques comme exploitants des systèmes relevant de sa sphère (propositions adressées au GIP-CPS et au GIE-SV début 2006). L'ATIH et la CNAVTS (pour le RNIAM) exploitent leur propres serveurs avec éventuellement une assistance externe.

1.1.3.2 La diversité des métiers exercés par les organismes fait apparaître des risques de redondances ou de concurrence

L'annexe 2-2 présente les conséquences de cette répartition des fonctions en terme d'éventail des métiers exercés par les structures spécialisées⁸. Elle met en évidence la conception « verticale » de la réalisation des systèmes qui a conduit les groupements à assumer des fonctions et des métiers de nature très diverse.

Les choix des groupements en ce domaine apparaissent ainsi tranchés et permettent de distinguer trois catégories d'organismes :

- un groupe majoritaire constitué des organismes responsables et gestionnaires des grands systèmes d'échanges, ayant tendance à intégrer l'ensemble des fonctions et métiers nécessaires au fonctionnement du système comme la CNAVTS pour la gestion du SNGI/ RNIAM (et des autres systèmes de la branche retraite), la CNAMTS pour la gestion du SNIIRAM et de l'HR, le GIE-SESAM Vitale et le GIP-CPS, pour la gestion du système SESAM-Vitale et l'ATIH, pour la gestion des systèmes d'échanges avec les établissements et ARH. Au sein de ce groupe, il apparaît toutefois que le recours à des prestataires externes, assurant parfois des fonctions essentielles (infogérance) est plus systématique pour le GIP-CPS et le GIE SESAM Vitale qui assument de plus en plus des fonctions de supervision et de coordination d'intervenants extérieurs ;
- les nouveaux GIP créés dans le cadre de la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, le GIP-DMP et l'IDS, qui se positionnent plutôt dans des fonctions de maîtrise d'ouvrage et de pilotage d'opérateurs externes, publics et privés, pour la réalisation des projets dont ils ont la charge ;

⁸ Le métier de chaque structure est analysé en détail dans les annexes qui leur sont consacrées.

- une structure très spécialisée, le GMSIH, organisme d'études et de normalisation, qui a vocation à intervenir sur un champ très large (les systèmes d'échanges de données impliquant les établissements de santé) mais en se limitant à la production de référentiels et de guides, sans responsabilités opérationnelles.

C'est notamment au sein de la première catégorie que des risques d'utilisation sous-optimale des moyens existent :

- dans la gestion des moyens de chaque structure :
 - le cumul de métiers différents nécessite de recruter des compétences spécialisées diversifiées, parfois présentes en très petit nombre : il est difficile d'assurer à tout moment une utilisation adéquate et constante de ces ressources humaines rares ;
 - le pilotage de métiers différents dans une structure de petite taille (la plus importante, le GIE SESAM Vitale, compte 180 personnes) implique un effort de management important et diversifié selon les compétences mobilisées : il est difficile de garantir, dans ces conditions, une optimisation des performances de chaque secteur d'activité, d'autant que le pilotage par la performance est inégalement développé (cf. partie 2.1.) ;
- dans la concurrence ou la redondance des activités des différentes structures : la démultiplication des métiers de conception, de développement ou d'exploitation de systèmes et d'applications peut amener les organismes à promouvoir des projets similaires ou à gérer des activités de même type comme l'illustrent ces quelques exemples :
 - la spécificité du système CPS –en particulier la maintenance de solutions propriétaires- conduit le GIP à s'investir fortement dans le domaine technique et à mettre en œuvre sa propre logistique de fabrication et distribution de cartes, distincte de celle du GIE SESAM Vitale pour la carte Vitale, alors que les deux organismes s'adressent au même marché industriel ;
 - la conception d'infrastructures d'échanges sécurisés entre les professionnels de santé et leurs partenaires institutionnels est revendiquée comme le cœur de métier du GIE SESAM Vitale. Toutefois la CNAMTS a conçu sa propre infrastructure pour l'historique des remboursements (HR) qu'elle doit désormais modifier pour communiquer avec les autres régimes, puis faire migrer vers la nouvelle infrastructure IMARS développée par le GIE. De plus, les applications d'affichage des données de l'HR ont été développées de façon autonome par la CNAMTS, la CANAM et la MSA au risque d'une présentation différente des données au professionnel de santé selon le régime de l'assuré.

Concernant les structures nouvelles, leur choix de se limiter à l'élaboration de l'architecture d'ensemble des systèmes à construire et de s'appuyer sur des concours extérieurs pour leur réalisation réduit le risque de redondance. S'agissant du DMP, l'articulation des dispositifs à mettre en place par les partenaires extérieurs (Caisse des dépôts et consignation -CDC- pour le portail de gestion des dossiers et d'authentification des accès, hébergeurs pour la gestion des échanges avec les acteurs) avec les dispositifs existants n'est toutefois pas encore complètement définie :

- l'intervention du GIP-CPS est réglementairement prévue pour l'agrément des dispositifs de confidentialité concernant les professionnels de santé, mais la répartition des responsabilités entre la CDC, les hébergeurs et le GIP-CPS dans le déploiement et la mise en œuvre de ces dispositifs –notamment dans les établissements de santé- n'est pas aujourd'hui clairement définie. Par ailleurs, les

modalités d'un éventuel appui technique du GIP-CPS au GIP-DMP dans la conception des outils de certification pour les transactions avec les usagers ne sont pas non plus définies ;

- la possibilité pour la CDC et les hébergeurs de s'appuyer sur l'infrastructure IMARS, dont le GIE SESAM-Vitale doit réaliser en 2006-2007 les paliers techniques qui permettront un accès sécurisé –par le système CPS- des professionnels de santé à des portails d'accès et d'authentification assurant le routage vers des services en ligne, n'a pas encore fait l'objet de travaux communs entre le GIP-DMP et le GIE pour étudier la possibilité d'utiliser cette infrastructure pour les échanges entre les professionnels et les serveurs du DMP. Il conviendrait pourtant que cette option soit étudiée pour éviter à la CDC de construire avec les hébergeurs sa propre infrastructure⁹. La conception du DMP pourrait ainsi s'appuyer, pour une partie des fonctionnalités à couvrir relatives aux échanges sécurisés avec les professionnels de santé, sur ce système.

Par ailleurs, toutes les structures spécialisées ont dû assurer des fonctions de soutien transversales identiques relatives au secrétariat de leurs instances dirigeantes, à la gestion budgétaire et comptable, à la gestion de leurs ressources humaines et au management, à la logistique et à l'informatique interne, aux achats et marchés publics¹⁰ et à la communication. Ces fonctions mobilisent de l'ordre de 20 à 25% des ressources humaines de chaque structure sans mutualisation de moyens entre elles.

1.1.3.3 Des champs néanmoins insuffisamment couverts

Plusieurs exemples soulignent, à l'inverse, le défaut de prise en charge de certains besoins.

➤ Les établissements de santé

Le plus significatif concerne l'insuffisante attention portée au déploiement des systèmes d'échange d'information dans les établissements de santé. Les systèmes CPS et SESAM Vitale se sont en effet développés prioritairement en direction de la médecine de ville qui offrait à la fois la perspective la plus immédiate de gains de productivité pour l'assurance maladie (l'hôpital sous dotation globale ne lui facturant pas de prestations) et techniquement plus simple à atteindre, la relation professionnel de santé-patient se limitant au « colloque singulier ». Les solutions développées dans ce cadre n'apparaissent pas bien adaptées à la complexité de l'organisation hospitalière ainsi que le soulignent les faits suivants :

- la faible pénétration des établissements de santé par le système CPS, les cartes distribuées en établissement de santé ne représentant que 12% du parc de cartes de la famille CPS ;

⁹ La perspective du basculement de l'historique des remboursements conçu et développé par la CNAMTS, avec lequel le DMP sera en communication, sur l'infrastructure IMARS à partir de 2007 renforce l'intérêt de ce rapprochement.

¹⁰ Ces structures financées majoritairement par l'assurance maladie sont des pouvoirs adjudicateurs aux sens des directives européennes relatives aux marchés publics. Elle sont soumises soit au code des marchés publics si leur convention constitutive ou un texte réglementaire le prévoit, soit aux dispositions de l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics (CMP), qui les astreint aux principes de liberté d'accès à la commande publique, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures et, au delà des seuils européens, à des procédures analogues à celles du CMP.

- le recours à des solutions « dégradées » en terme de sécurisation des échanges par rapport à SESAM Vitale pour la télétransmission des factures des cliniques privées ;
- un grand retard des établissements de santé du secteur public dans les échanges dématérialisés avec les caisses d'assurance maladie : moins de 50% des établissements télé transmettaient des factures¹¹ en décembre 2005.

Le retard accumulé freine le développement des échanges électroniques entre les professionnels de santé en établissement et les professionnels en ville pour une prise en charge coordonnée des patients ; il fragilise également la montée en charge du DMP qui nécessitera une authentification des professionnels de santé en établissement pour l'alimentation des dossiers. Dans cette perspective, la DHOS, s'est efforcée depuis juin 2005 d'associer le GIP-CPS à la préparation du déploiement du DMP en établissement et a demandé à la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH)¹² de suivre la progression de l'équipement des établissements expérimentateurs en certificats serveurs CPS. Cependant, la CNIL, dans son avis du 30 mai 2006 portant autorisation de mise en œuvre des applications nécessaires à l'expérimentation du dossier médical personnel (DMP) s'est prononcée pour l'utilisation de la carte du professionnel pour sécuriser la consultation du DMP tout en laissant aux établissements de santé un délai pour la mise en œuvre de cette mesure. La DOS en a informé les établissements, par circulaire du 28 juin 2006, et s'est engagée dans la préparation d'un plan de déploiement de la CPS dans les établissements de santé. Il reste cependant que cette prise de conscience de l'urgence du développement des moyens d'authentification ne lève pas les obstacles liés, d'une part aux difficultés d'adapter ces moyens au mode de fonctionnement hospitalier, et, d'autre part au coût du déploiement¹³.

Par ailleurs, ce retard conduit aujourd'hui la CNAMTS à élaborer avec la DHOS des solutions techniques spécifiques pour la facturation des séjours (dans le cadre de la tarification à l'activité des soins MCO) des établissements antérieurement sous dotation globale, en dehors de la maîtrise d'ouvrage interrégimes de la MSV et en ne s'appuyant qu'à la marge sur équipes du GIE-SESAM Vitale. Le projet¹⁴ prévoit d'intégrer en plusieurs étapes au dispositif déjà utilisé pour la facturation des cliniques (normes B2 / Noémie) des éléments de sécurisation fournis par le système SESAM-Vitale :

- dans une première étape (juin 2007), la lecture des droits de l'assuré sur la carte vitale (impliquant le déploiement d'outils de télé mise à jour en établissement) accompagnée de la fourniture d'un « certificat de droit » par l'assurance maladie garantissant le remboursement. La facturation directe démarrera mi-2007 par les soins externes et s'étendra un an plus tard aux séjours. Cette première étape doit être complétée par l'ouverture d'un service en ligne (que le GIE est chargé de concevoir) permettant de récupérer les droits des personnes ne disposant pas de leur carte ;

¹¹ Il s'agit de factures concernant des médicaments « rétrocedés » à des malades ambulatoires ou des dépenses prise en charge par les caisses d'AMO au titre de la CMU complémentaire.

¹² Par arrêté du 5 juillet 2005 la MAINH s'est vue confier le suivi auprès des ARH de l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers induite par les réformes engagées (facturation au séjour, DMP, informatisation des urgences). Elle s'appuie pour cela sur un réseau de correspondants régionaux placés sous l'autorité des directeurs d'ARH qui évaluent régulièrement le degré d'avancement des projets ; elle apporte, avec l'aide du GMSIH, un appui aux établissements sous forme de guides pratiques et de recommandations.

¹³ Le CHU de Strasbourg, établissement pilote pour la CPS a ainsi diffusé 5000 cartes de la famille CPS à ses personnels médicaux et administratifs.

¹⁴ Piloté par un chef de projet placé auprès du Directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins.

- dans une seconde étape, qui permettra la dématérialisation des pièces jointes, la télétransmission de la facture sera signée par un outil de la famille CPS (carte CPE du chef d'établissement ou certificat serveur).

Tout en prenant acte des raisons données par la CNAMTS pour expliquer que la conduite de ce projet ne soit pas confiée aux structures de pilotage de SESAM-Vitale, qui ont essentiellement trait au plan de charges de celles-ci, la mission souligne la nécessité d'une forte coordination technique avec ces structures, pour prendre en compte les évolutions en cours du programme SESAM Vitale, ainsi qu'avec le GIP-CPS, la seconde étape du projet ne pouvant être entreprise qu'après un déploiement des outils CPS dans les établissements. Elle relève en outre le risque que fait courir ce choix d'une coordination interrégimes insuffisante, susceptible de retarder le déploiement des solutions techniques.

➤ La construction des répertoires

La conception de répertoires informatisés prend du retard (cf. annexes relatives au RPPS, au RMESS et au RNOC), la maîtrise d'ouvrage exercée par l'Etat s'articulant difficilement avec les maîtrises d'ouvrages délégués ou opérationnels et les maîtrises d'œuvre :

- pour le RPPS, il semble que le GIP-CPS n'a pas immédiatement pris la mesure de l'ampleur du projet et n'a mis qu'à l'automne 2005 les ressources nécessaires pour superviser la maîtrise d'œuvre externe qui, de son côté, a difficilement appréhendé la complexité du projet et des relations entre les acteurs ;
- dans le cas du RNOC, les divergences entre les deux maîtrises d'ouvrage, le Fonds CMU et la DSS ont conduit à l'abandon d'un projet (le RNOC) déjà entré en phase de déploiement, sans que la solution alternative élaborée par la DSS et SINTEL réponde à l'ensemble des besoins identifiés ;
- dans celui, du RMESS, la conduite du projet a été tributaire de difficultés budgétaires empêchant d'en assurer un financement continu, alors même que les projets conduits par la CNSA dans le secteur médico-social nécessiteraient un avancement rapide du répertoire (cf. annexe relative au RMESS et annexe relative aux projets de systèmes d'information du secteur médico-social).

Plus généralement, la mission relève que ces projets de longue haleine, à caractère très technique, ne constituent pas la priorité des directions qui en assurent la maîtrise d'ouvrage et que la DREES, qui possède les compétences qui lui permettraient d'en assurer la maîtrise d'ouvrage déléguée (la MOA stratégique devant rester aux directions métier concernées) a choisi de se positionner comme expert et non comme chef de file.

Leur réussite conditionne pourtant celle des autres systèmes d'échanges d'informations qui nécessitent une identification fiable des professionnels, établissements de santé et organismes d'AMC.

➤ L'intégration des systèmes dans le poste de travail du professionnel de santé

La plupart des systèmes existant ou en projet comportent des composants logiciels qui doivent être implantés sur le poste de travail du professionnel de santé : c'est le cas des systèmes SESAM-Vitale et CPS qui recourent à des « interfaces programmatiques » permettant d'utiliser les données récupérées par le lecteur bi-fente dans les applications

de productions des FSE, de messagerie sécurisée ou d'autres applications métier ; c'est aussi le cas du système HR ou des applications qui donneront accès au DMP. Ces composants sont appelés à évoluer régulièrement pour prendre en compte de nouvelles fonctionnalités ou faire évoluer les fonctionnalités existantes. Par ailleurs, les nouveaux projets de systèmes d'information (HR et autres services en ligne de la CNAMTS, DMP, ..) requièrent des évolutions plus lourdes de l'architecture informatique du poste de travail, visant notamment à intégrer des applications fonctionnant avec une liaison Internet permanente.

Ces évolutions doivent être intégrées par des éditeurs de logiciels nombreux (entre 150 et 200 selon le GIE SESAM-Vitale), dont les produits sont parfois peu évolutifs. L'expérience acquise dans la gestion des évolutions de SESAM-Vitale et CPS de même que l'expérimentation menée sur le système HR ont montré la difficulté d'intégration de ces différents composants par les éditeurs de logiciels métier, compte tenu notamment de la diversité des environnements de travail des professionnels et de l'inégal niveau de maturité technique des applications métier.

Face à ces difficultés, chaque structure spécialisée est tentée de mettre en place son propre dispositif d'appui aux professionnels et à leurs éditeurs de logiciels, sans que la coordination de ces initiatives soit assurée. Cette situation pourrait être aggravée dans un proche avenir si les projets envisagés par d'autres acteurs en vue d'échanger de l'information avec les professionnels de santé (cf. annexe relative aux projets des agences sanitaires) les conduisaient aussi à intervenir sur le poste de travail du professionnel.

Le GIE SESAM-Vitale s'efforce toutefois d'acquérir une vision d'ensemble des problèmes d'intégration, en travaillant avec les éditeurs de logiciels et en développant des plates formes de tests permettant de vérifier la compatibilité des différents composants. Il s'est engagé par ailleurs dans le refonte de l'architecture technique de SESAM Vitale dans le but de réduire les « adhérences » entre ce système et les logiciels métier.

1.2 Les propositions : engager une redistribution des fonctions des organismes fondée sur une reconnaissance de leur “cœur de métier”

1.2.1 Affirmer la spécificité du métier de chaque structure, au delà de son champ d'intervention historique et répartir en conséquences les responsabilités et fonctions

Le risque de redondances associé à la structuration « verticale » des organismes autour de la mise en œuvre d'un système d'information est susceptible de s'étendre à d'autres structures chargées de porter de nouveaux projets :

- le centrage du GIP-DMP et de l'IDS sur des fonctions de maîtrise d'ouvrage écarte a priori ce risque mais peut conduire à le reporter sur leurs opérateurs (CDC et hébergeurs pour le GIP-DMP) ;
- l'intervention des agences sanitaires dans le domaine des échanges d'information avec les professionnels de santé peut les inciter, sous la pression de leurs donneurs d'ordres et par connaissance insuffisante des outils existants, à monter leurs propres dispositifs de façon autonome ;

- au sein même des secteurs de la santé et de l'assurance maladie, la lourdeur des plans de charge des organismes spécialisés, induite par les réformes et projets en cours, peut susciter des initiatives concurrentes ou insuffisamment coordonnées comme l'illustrent les exemples du pilotage par la CNAMTS des projets HR et facturation des établissements de santé ;
- dans tous les cas, l'argument de l'urgence ou de la spécificité des besoins à satisfaire ou des partenaires à associer peut être utilisé pour justifier de bâtir un projet sans recourir aux solutions et à l'expertise existantes.

Pour limiter ces risques, la mission préconise d'engager progressivement une redistribution des missions entre les organismes spécialisés, fondée sur leurs métiers plutôt que sur la nature des projets. Ceux-ci présentent en effet, du point de vue de leur architecture, des « briques » communes dont la réalisation pourrait être confiée à l'organisme apparaissant le plus compétent dans le domaine technique concerné.

La mission ne défend toutefois pas une application systématique et automatique de ce principe, mais recommande plutôt approche pragmatique basée sur :

- une analyse fonctionnelle détaillée des projets nouveaux qui mette en évidence les points communs avec les systèmes existants ;
- une analyse coûts / avantages entre les différentes options possibles (recours aux solutions existantes / développement d'une solution nouvelle) pour construire la réponse aux besoins identifiés ;
- la définition en conséquence de l'organisation adaptée et des partenariats nécessaires à la conduite du projet.

Elle souligne en outre que cette orientation suppose une coordination efficace et précise des interventions des différents organismes, ce qui renvoie à l'organisation de leur pilotage (cf. partie 2).

Sous ces réserves, la redéfinition des champs d'intervention des organismes spécialisés fondée sur leur « cœur de métier » pourrait être engagée selon les orientations qui suivent.

- Le GIP-CPS apparaît en avance dans le traitement des problématiques de sécurisation des échanges dans le domaine de la santé et dans la mise en œuvre de politiques et de pratiques de certification : lui seul se revendique comme « autorité de certification » (accréditée par la direction centrale de la sécurité des systèmes d'information du ministère de la Défense¹⁵) et publie ses politiques et pratiques de certification tout en commençant à diversifier les supports de ces certificats. Un rôle plus actif pourrait lui être confié dans la définition des politiques de certification et d'outils d'authentification et de signature électronique adaptés à l'exercice professionnel en établissement. En outre il pourrait lui être demandé d'apporter son expertise au GIE SESAM Vitale, aux organismes d'AMO (qui resteraient autorité d'enregistrement) et au GIP-DMP dans l'élaboration des moyens d'authentification

¹⁵ La DCCSI est une structure opérationnelle chargée d'animer et coordonner les politiques de sécurité, d'assurer des fonctions de validation, d'autorisation et de contrôle et de fournir aux différents départements ministériels une expertise technique. En particulier, la DCSSI met en œuvre les procédures d'évaluation et de certification des prestataires de services de certification électronique (PSCE) qui fournissent les outils permettant l'identification, l'authentification et la signature des acteurs des transactions électroniques.

des assurés sociaux dans leurs échanges avec l'assurance maladie ou les hébergeurs. En revanche, le GIP-CPS pourrait transférer au GIE la gestion de la chaîne logistique de production des cartes de la famille CPS, dès lors que celles-ci se rapprocheront des standards du marché. Ce transfert, de même que la mise en place du RPPS et d'outils de collecte et de traitement automatisé des informations nécessaires à la personnalisation des cartes devraient lui permettre de redéployer les moyens nécessaires à l'extension de son périmètre d'intervention (cf. annexe relative au GIP-CPS).

- Le GIE SESAM-Vitale identifie son cœur de métier à la conception d'infrastructures d'échanges mutualisées, en réponse à des besoins fonctionnels clairement identifiés. Il ne souhaite pas empiéter sur l'expression de ces besoins qui incombe à ses donneurs d'ordres¹⁶. Il estime en revanche que les infrastructures construites pour SESAM Vitale peuvent être utilisées pour d'autres « contenus ». A ce titre, le GIE pourrait mettre à disposition d'autres acteurs et d'autres programmes que SESAM-Vitale son expertise et ses solutions techniques. Cette évolution est déjà engagée puisque l'infrastructure SESAM Vitale rénovée dans le projet IMARS doit devenir le support des nouveaux services en ligne que l'assurance maladie souhaite développer ; elle pourrait constituer également un outil technique utilisé par des systèmes nouveaux comme le DMP, pour les échanges entre le poste de travail du professionnel de santé et le portail d'accès au dossier. Par ailleurs, la connaissance par le GIE du milieu industriel pourrait être mise à disposition des autres acteurs dans deux domaines :
 - le traitement des problèmes d'intégration des différentes applications dans le poste de travail du professionnel de santé ;
 - la supervision et la gestion logistique des fournisseurs de supports et de matériels d'authentification, domaines dans lesquels le GIE pourrait venir en soutien du GIP-CPS (fourniture des cartes à puce) et du GIP-DMP (fourniture de lecteurs de cartes dans l'hypothèse où la carte Vitale serait utilisée pour l'accès par Internet au dossier, au domicile de l'utilisateur).

Enfin, il paraît indispensable, compte tenu du retard accumulé dans ce secteur, que les moyens de la mission SESAM Vitale et du GIE soient mobilisés, en parallèle à ceux du GIP-CPS, sur l'adaptation des systèmes d'échanges sécurisés au mode de fonctionnement hospitalier. La mission estime notamment nécessaire que le pilotage du chantier de la facturation électronique des séjours des établissements antérieurement sous dotation globale soit replacé dans le cadre interrégimes de la MSV et appuyé par les équipes de maîtrise d'œuvre du GIE et de la CNAMTS.

- Le GIP-DMP exerce pour le compte et sous le contrôle étroit de l'Etat sa fonction de maîtrise d'ouvrage du projet DMP. Dès lors que celui-ci intégrera l'ensemble des fonctionnalités attendues et sera entré dans sa phase « d'industrialisation », échéance qui pourrait coïncider avec le terme de l'existence du GIP fixé par les modifications de sa convention constitutive en instance d'approbation au 30 juin 2011, ces fonctions pourraient être réparties entre l'Etat, qui conserverait la MOA stratégique des évolutions du système et la CDC, exploitant du portail d'accès, qui pourrait, dans le cadre de la mission de service public qui lui sera confiée, exercer la

¹⁶ Cette position ne fait pas obstacle à ce que l'élaboration des spécifications fonctionnelles détaillées d'un projet appelle nécessairement des itérations entre le maître d'œuvre (le GIE) et ses donneurs d'ordres.

supervision technique des hébergeurs (cf. annexe relative au DMP). Pendant la phase de construction et de déploiement du DMP, la mission considère que le GIP-DMP doit se concentrer sur sa mission de maîtrise d'ouvrage incluant :

- l'expression fine des besoins pouvant aller jusqu'à la définition des spécifications fonctionnelles au moyen d'une concertation avec l'ensemble des acteurs ;
 - la préparation des arbitrages stratégiques relevant de l'Etat (contenu du DMP, règles d'accès et d'utilisation, définition des responsabilités des acteurs dans l'alimentation et l'utilisation du dossier, modalités de financement, modalités d'organisation générale du système, choix techniques structurants) et l'exercice des arbitrages lui étant délégués par l'Etat ;
 - le pilotage des travaux techniques nécessaires à la conception et à la réalisation du projet, en s'appuyant au maximum sur l'expertise et les outils pouvant être fournis par les partenaires (cf. observation ci-dessus relative à l'utilisation de l'infrastructure IMARS).
- De même, la mission soutient le projet de configuration de l'IDS comme lieu de concertation et d'arbitrage entre organismes d'AMO et d'AMC sur les échanges de données et comme support de la maîtrise d'ouvrage de projets communs, et s'appuyant pour cela sur les moyens techniques et humains de ses membres (cf. annexe relative à l'IDS)
 - Concernant l'ATIH, la mission souhaite que le contrat d'objectifs et de moyens en cours d'élaboration sous la conduite de la DHOS permette de conforter son cœur de métier, constitué par la gestion de la classification médicale et la réalisation des études médico-économiques (études de coûts et de tarification) pour lequel elle a développé des compétences et un savoir faire sans équivalent. Considérant la fragilité des moyens humains affectés à ce cœur de métier alors que la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les disciplines MCO et la perspective d'extension prochaine de ce mode de financement au moyen séjour et à la psychiatrie accroissent fortement leur sollicitation, elle recommande :
 - une réflexion approfondie, sur la base de l'analyse qu'elle a conduite (cf. annexe relative à l'ATIH) sur les possibilités d'externalisation de certaines fonctions (développements logiciels, mise en place et exploitation de services web, exploitation des infrastructures et systèmes) auprès de prestataires publics ou privés ;
 - une hiérarchisation accrue des priorités dans la programmation de ses travaux passant notamment par la définition d'orientations à moyen terme permettant de donner une visibilité à l'agence sur l'évolution de ses métiers et le recrutement des compétences requises, étant précisé que l'accomplissement de l'ensemble des missions et travaux confiés par l'Etat au travers des derniers programmes de travail de l'agence n'apparaît pas soutenable avec ses moyens actuels ;
 - la mise en place d'outils de pilotage fins de l'activité permettant de mesurer l'adéquation des moyens aux objectifs et d'identifier les écarts de réalisation en terme de délais et de coût des actions (cf. partie 2).

En tout état de cause, un renforcement des moyens alloués à l'ATIH apparaît indispensable eu égard à l'élargissement de son champ d'intervention avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité. La mission recommande toutefois une évaluation précise de ce renforcement au regard des principes énoncés ci-dessus.

- L'expertise du GMSIH en matière de normalisation des échanges et sa production de référentiels et guides de bonnes pratiques sur l'organisation des systèmes d'information hospitaliers sont appréciées par les acteurs de terrain comme par les industriels. Plutôt que lui donner des fonctions d'exploitation de système (option envisagée par la FHF et l'Etat pour la gestion de la banque de données hospitalières), la mission estime préférable d'élargir son champ d'intervention dans ce domaine (aux réseaux comme prévu dans la LFSS 2006 mais aussi à la médecine de ville), en particulier pour le traitement des problèmes d'interopérabilité, et d'apporter son expertise aux responsables des différents projets, comme c'est le cas pour le DMP. De même, l'Etat pourrait s'appuyer davantage sur le GMSIH pour l'élaboration de normes et référentiels d'interopérabilité et de sécurité informatiques s'imposant aux acteurs (cf. partie 2.2.).

Les recommandations en résultant pour chaque structure figurent dans les annexes qui leur sont consacrées. Elle peuvent être synthétisées comme suit :

Recommandation 1 (ensemble des structures et donneurs d'ordres) : recentrer l'activité de chaque organisme spécialisé sur son « cœur de métier » tout en lui permettant d'apporter son appui et son expertise à la conception ou à la mise en œuvre de systèmes d'information réalisés par d'autres acteurs.

Recommandation 2 (DHOS, CNAMTS, MSV, GIP-CPS, GIE-SESAM-Vitale) : renforcer l'implication des deux groupements dans le développement des systèmes d'échanges sécurisés dans les établissements de santé et replacer le pilotage opérationnel de la facturation des séjours dans un cadre interrégimes.

1.2.2 Recourir à une logique de prestation de services pour optimiser l'utilisation des ressources.

Cette redistribution des rôles peut impliquer une redéfinition juridique partielle des missions statutaires des organismes qu'il est nécessaire d'étudier au cas par cas. Elle nécessite aussi :

- une coordination plus active sur la conduite des différents projets, de manière à identifier les zones de convergence technique et les outils susceptibles d'être mis en commun, ce qui renvoie à l'évolution du pilotage d'ensemble des systèmes d'information qui sera évoquée en partie 2 ;
- une répartition des tâches de conception, de développement et d'exploitation, arrêtée en commun entre les maîtres d'ouvrage et les partenaires possibles (organismes spécialisés susceptibles de répondre au besoin, organismes d'AMO ou d'AMC), à partir de l'analyse des composantes fonctionnelles des projets ;
- l'établissement de relations conventionnelles permettant de garantir au MOA l'exécution de ces tâches avec dans des conditions de délais et de qualité de service satisfaisantes. A titre d'exemple, la reprise par un centre informatique du régime général de l'exploitation du système d'information du GIE SESAM Vitale, qui constitue une solution intéressante si elle permet d'optimiser l'emploi des ressources de la CNAMTS tout en réduisant les charges du GIE, devrait être matérialisée par une convention fixant les conditions financières mais aussi les objectifs de performance en matière de qualité et de continuité de service (en lien avec la rémunération du service), comme en cas de recours à une infogérance privée ;

- la prise en compte dans la programmation de l'activité et des ressources des groupements, des travaux effectués en appui un autre organisme, ce qui nécessite de disposer dans chaque structure d'outils de mesure de l'activité (cf. partie 2).

Ces principes trouveraient à s'appliquer pour la mutualisation de solutions techniques développées par un des organismes spécialisés, par exemple dans le cas de l'utilisation par le système HR ou le DMP de l'infrastructure IMARS conçue par le GIE SESAM-Vitale.

La mission considère qu'ils pourraient également s'appliquer à la mutualisation de certaines fonctions support (gestion des ressources humaines, comptabilité, communication, achats-marchés). Si les structures présentent des différences de statut juridique (GIP à comptabilité publique ou privée, GIE, EPA), qui peuvent justifier des spécificités dans l'exercice de ces fonctions, elle estime que ces spécificités ne sont pas de nature à exclure toute forme de gestion commune.

Recommandation 3 (donneurs d'ordres et structures) : favoriser la coopération entre les structures spécialisées en élargissant leurs possibilités d'intervention et en contractualisant des objectifs de qualité de service pour les prestations mutuelles.

Recommandation 4 (donneurs d'ordres et structures) : étudier les possibilités de mutualisation de fonctions support.

2. Le pilotage des organismes et des projets

2.1 Le constat : un dispositif de pilotage compartimenté et déterminé principalement par les modalités de gouvernance propres à chaque organisme

2.1.1 Les organismes ont su développer des outils de pilotage internes souvent performants

Les annexes par structures et projets décrivent les instances et outils de pilotage mis en place par chacune d'entre elles. La mission a noté un réel effort de formalisation des instruments de pilotage dans les structures spécialisées, en particulier par comparaison aux outils développés par les services de l'Etat ou de la CNAMTS pour les projets qu'ils conduisent directement, comme le montre le tableau ci-dessous :

| Outils | GIE-SV | GIP-CPS | GIP-DM | SNIRAM | HR | ATIH | GMSIH | RNIAM | RMESS |
|--|-----------------------------------|--|---------------------------|-----------------------------------|---|---|--|---|---|
| 1) pilotage de l'activité | | | | (CNAM) | (CNAM) | | | (CNAV) | (Etat) |
| Orientations ou programmation pluriannuelle | oui | non | oui planning projet | oui planning projet | Oui, planning projet | COM en cours élaboration | Plan stratégique +COM en cours élaboration | non | Oui, planning projet |
| Programmation annuelle | Oui + plannings projets | Oui +planning actions | non | non | non | Oui +planning actions | Oui +planning actions | Plannings évolutions système | non |
| Quantification des moyens associés | Moyens internes et externes | Moyens internes et externes | non | Moyens internes et externes | non | Moyens internes | Moyens internes et externes | oui | Moyens internes et externes |
| Outil de suivi de l'activité | Oui + suivi temps passé | Oui : suivi plannings (pas d'OSTP*) | non | non | Oui : suivi plannings (pas d'OSTP) | Oui : suivi plannings (pas d'OSTP) | Oui + suivi temps passé | Oui : suivi plannings (pas d'OSTP) | Limité au suivi du planning projet |
| 2) pilotage financier des projets | | | | | | | | | |
| Budgétisation des projets | oui | oui | évaluation en cours | oui | non | oui | oui | Elaboration en cours | oui |
| Mesure des écarts budgétaires de réalisation | Oui par fiches - projet | non | | Oui (suivi macro) | non | non | oui | non | non |
| 3) pilotage par la performance | | | | | | | | | |
| Existence d'indicateurs de résultats | Oui, suivi mensuel | Oui, suivi trim. | non | oui | Enquête de satisfaction utilisateurs | En élaboration dans COM | En élaboration | En cours de refonte pour exploitation | Non |
| Fixation d'objectifs de performance | oui | non | non | non | non | non | non | non | Non |
| déclinaison dans le management interne | oui | Non, seulement respect plannings | non | non | non | Non, seulement respect plannings | Non, seulement respect plannings | non | non |

*outil de suivi des temps passés par les agents

Ainsi, l'élaboration et le suivi d'une programmation pluriannuelle et/ou annuelle détaillée par actions ou étapes de réalisation des projets des actions est-elle généralisée et le plus souvent assortie d'une prévision des charges correspondantes, exprimées en termes de mobilisation des ressources internes (en jours*hommes) et externes (recours à des prestataires).

L'établissement de cette programmation peut donner lieu à un véritable débat stratégique dans les instances de direction lorsqu'elle permet d'arbitrer entre des priorités concurrentes, notamment au regard de moyens disponibles, comme c'est le cas au GIE SESAM Vitale et au GIP-CPS. Dans ces deux cas, elle constitue en outre la base d'un pilotage par objectifs d'activité pour l'exercice du management interne.

Le niveau de détail dans l'établissement et le suivi de cette programmation est variable. Dans l'exemple le plus abouti -celui du GIE SESAM Vitale- un suivi mensuel par projet permet de mesurer les décalages en termes non seulement de délais de réalisation mais aussi de budget (ressources internes et externes consommées) et d'identifier les facteurs d'écart et les actions correctrices permettant de respecter les objectifs. En outre, un tel dispositif (appuyé au sein du GIE sur une direction des programmes chargée d'établir et de « tenir » les budgets des différents projets) permet, par l'interaction entre programmation et mesure des résultats, d'affiner progressivement la qualité des prévisions en terme de délais de réalisation des projets et de quantification des moyens nécessaires. Enfin, dès lors que de tels outils sont mis en place, ils donnent lieu à une synthèse régulière aux instances.

Certains groupements ont mis en place des éléments de pilotage par la performance, le plus souvent constitués d'indicateurs d'efficacité et de qualité de service du système mis en œuvre. Dans le cas du GIE SESAM Vitale, ces indicateurs servent de base à la fixation par le management interne d'objectifs de performance pour les équipes, avec un suivi assuré par le comité de direction.

La mission relève que le niveau de développement de ces instruments dépend fortement de l'initiative de la direction des groupements et ne semble pas résulter d'une demande des donneurs d'ordre (Etat ou assurance maladie). La culture de dirigeants issus du monde de l'entreprise est donc un facteur déterminant de la mise en place d'instruments de pilotage efficaces.

Dans la quasi totalité des cas toutefois, ces instruments mettent en évidence la difficulté à respecter les plannings et à estimer rationnellement les délais et les charges de réalisation des projets. Plusieurs facteurs l'expliquent :

- le manque de repères et références dans la conduite de projets comparables,
- la sous-estimation des délais et difficultés techniques liés à l'association des acteurs de terrain (professionnels de santé) ou d'autres partenaires lorsque le projet le nécessite,
- le volontarisme des objectifs affichés, parfois sans rapport avec les contraintes pesant sur les moyens à affecter au projet.

La mission souligne que seule la mise en œuvre d'une estimation précise des ressources nécessaires à la réalisation des projets, elle-même appuyée sur un dispositif de suivi de la consommation des ressources du type de celui appliqué par le GIE SESAM Vitale est

de nature à réduire les dérapages observés dans les délais. Elle recommande à cette fin la généralisation d'instruments de pilotage de ce type.

Recommandation 5 (toutes structures et tutelles) : mettre en place un dispositif de pilotage permettant d'assurer :

- une programmation pluriannuelle et annuelle de l'activité, déclinée par projets,
- une quantification des moyens nécessaires à la réalisation de chaque projet,
- un suivi de la consommation des ressources par projet et la mesure des écarts de réalisation avec la programmation,
- la prise en compte des objectifs d'activité et d'objectifs de performance dans le management interne.

2.1.2 Le pilotage s'exerce principalement au travers des organes de direction et des comités techniques mis en place par chaque organisme

2.1.2.1 La répartition des pouvoirs au sein des organismes spécialisés fait apparaître plusieurs niveaux de décision

➤ Les organes de direction

Pour les organismes constitués sous forme de groupement, deux instances de direction réunissant les représentants des membres sont en principe constituées :

- l'assemblée générale prend les décisions juridiques requérant une modification de la convention constitutive et les grandes décisions stratégiques relatives à l'activité du groupement (programmation, budget) ;
- le conseil d'administration (ou comité directeur) prend l'essentiel des décisions de gestion et des décisions d'application de la stratégie décidée par l'AG et exerce les grands arbitrages techniques.

Dans le cas de SESAM-Vitale, ces instances sont démultipliées du fait de la distinction opérée par l'accord interrégimes du 6 juillet 2000 entre la maîtrise d'œuvre -le GIE- et la maîtrise d'ouvrage qui dispose elle-même de ses instances de décision, le conseil de surveillance et le comité directeur de maîtrise d'ouvrage, de concertation, le comité de liaison avec les professionnels de santé, et de son équipe projet, la MSV (cf. annexe relative au GIE et au système SESAM Vitale).

➤ Les structures de concertation et les structures techniques

Ces structures dirigeantes s'appuient généralement sur des structures chargées de préparer leurs décisions :

- des instances de concertation réunissant des représentants des utilisateurs (professionnels de santé notamment) qui permettent de recueillir leurs avis et de prendre en compte leurs contraintes,
- les équipes projet constituées par les collaborateurs,
- des comités techniques, constitués le plus souvent de membres des instances dirigeantes ou de représentants désignés par eux qui réalisent l'essentiel du travail

de préparation des choix techniques et qui, statutairement ou dans les faits, disposent d'une véritable délégation des instances dirigeantes en ce domaine.

➤ Les processus de décision

Les instances dirigeantes (AG et CA) exercent clairement leur pouvoir de décision dans les choix de stratégie fonctionnelle des systèmes d'information et dans les choix de stratégie des groupements (programmation de l'activité et budget), ainsi que dans de nombreux choix de gestion interne (nomination des directeurs, comptes, localisation, emplois, règles de fonctionnement,..).

En matière de stratégie technique, la primauté des instances est beaucoup moins nette. Paradoxalement, les conventions constitutives sont loquaces sur l'attribution des pouvoirs de décision en matière de gestion interne mais peu explicites sur l'attribution des pouvoirs d'arbitrage sur les choix de conception et d'architecture des systèmes d'information (cf. par exemple l'annexe relative au GIP-DMP). En même temps, la technicité des dossiers présentés aux instances confère aux équipes projets et aux groupes de travail et comités techniques préparatoires un poids déterminant dans les décisions techniques. C'est à ce niveau que sont étudiés les dossiers détaillés établis par les équipes dont la mission a pu constater le caractère approfondi sur quelques exemples. Dans le cas du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS, les directeurs des groupements estiment ainsi qu'en pratique, 80 % des choix techniques pris par les comités sont entérinés sans débat par les instances de direction.

La participation active aux groupes de travail et comités techniques est donc une condition de la participation effective aux décisions, ce qui exige de la part des membres des groupements une disponibilité et des compétences techniques spécialisées difficiles à mobiliser : c'est notamment le cas pour les professionnels de santé qui expriment fréquemment le besoin d'un conseil et d'un appui externe pour participer efficacement aux discussions sans qu'une solution satisfaisante ait pu être trouvée jusqu'aujourd'hui

2.1.2.2 *L'intervention des donneurs d'ordres s'effectue principalement par le canal des organes de décision des structures*

➤ Une quasi-absence d'instruments de contractualisation

Le pilotage des organismes par les donneurs d'ordres et financeurs (Etat et assurance maladie) s'exerce principalement par le canal des instances de direction (AG, CA) ou des instances consultatives : seuls l'ATIH et le GMSIH font actuellement l'objet de l'élaboration d'un document contractualisant leurs objectifs et moyens et le mode de relations avec les donneurs d'ordres.

Pour sa part, la CNAMTS, bien que principal financeur des structures spécialisées, ne met pas en œuvre le conventionnement prévu par l'article L221-3-2 du Code de la

sécurité sociale¹⁷, considérant que sa participation à l'administration des groupements limite l'intérêt d'une telle contractualisation.

De fait, la forme juridique de GIP ou de GIE est d'abord conçue pour permettre la mise en commun de moyens entre partenaires dont les droits de vote sont proportionnés aux apports financiers ou en industrie. Dans les groupements spécialisés dans les systèmes d'information, peu ou pas financés par l'Etat (seul le GIP-CPS reçoit une contribution de l'Etat) et majoritairement par la CNAMTS, les droits de celle-ci sont même minorés en proportion de sa contribution financière. Il n'est donc pas acquis que les autres partenaires acceptent de se maintenir dans des groupements où l'influence de l'Etat et de la CNAMTS serait renforcée par une contractualisation.

La mission considère pourtant qu'une contractualisation sur les objectifs essentiels et les modes d'arbitrage des choix techniques structurants serait nécessaire, compte tenu de la difficulté pour les donneurs d'ordres -en particulier l'Etat- à participer activement aux processus de décision internes. Elle estime également que les arguments juridiques liés au statut de GIP ne s'opposent pas formellement à une contractualisation centrée sur des objectifs stratégiques à moyen terme et susceptible de prévenir une immixtion de l'Etat ou de la CNAMTS dans la conduite opérationnelle des projets. Elle observe d'ailleurs que les GIP ou GIE concernés se sont vus confier des missions par la loi (GIE SESAM-Vitale, IDS, GMSIH) ou par décret (GIP-CPS) et sont soumis au contrôle de l'Etat, ce qui légitime le recours à l'intervention de l'Etat dans la détermination des orientations majeures de leur activité. Dans ce contexte et compte tenu des exigences de la loi qui impose à l'assurance maladie un conventionnement avec les organismes qu'elle finance, la mission préconise l'introduction d'une contractualisation tripartite centrée sur les axes essentiels de l'activité des organismes.

Recommandation 6 (Etat-Assurance maladie -organismes) : introduire une contractualisation tripartite à moyen terme (3 à 5 ans) identifiant :

- les orientations prioritaires à moyen terme de l'activité de l'organisme :
 - besoins fonctionnels à traiter,
 - orientations techniques à privilégier,
 - macro planning de fourniture des livrables,
- les modalités d'arbitrage des choix techniques structurants,
- l'évolution des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs et les rapprochements à conduire avec d'autres structures.

➤ Des pouvoirs de contrôle peu employés

Outre sa représentation dans les instances dirigeantes des groupements dont il est membre, l'Etat possède des pouvoirs de contrôle et de tutelle constitués notamment par :

- la présence d'un commissaire du gouvernement nommé par arrêté ministériel disposant du droit de participation aux instances (avec voix consultative), du droit d'obtenir communication de tout document relatif à la gestion et au fonctionnement

¹⁷ Issu de la loi assurance maladie du 13 août 2004 cet article prévoit que *"tout financement par l'assurance maladie, sous forme de subvention ou de dotation, d'un organisme intervenant dans le champ de l'assurance maladie, à l'exclusion des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, donne lieu à une convention entre l'assurance maladie et l'organisme bénéficiaire* ». Ce texte n'a pas fait l'objet de décret d'application pour définir quelle autorité représente l'assurance maladie ou le contenu de la convention.

du groupement et d'un pouvoir d'opposition aux décisions des instances dans un délai limité (15 jours à 3 semaines) à compter de la décision ;

- l'approbation des modifications des conventions constitutives des GIP ;
- la soumission des GIP au contrôle général économique et financier et au contrôle de l'IGAS et de la Cour des Comptes ;
- dans de nombreux cas par l'approbation expresse ou la pré-validation (même sans base juridique) du budget soumis aux instances.

En dehors de l'approbation du budget, ces pouvoirs sont toutefois rarement mis en œuvre. En particulier, le contrôle de l'Etat porte rarement sur les plans d'actions détaillés et encore moins sur les choix techniques, mais plutôt sur leur incidence budgétaire, au risque d'apparaître parfois contradictoire avec la validation des options techniques précédemment débattues (ou l'absence d'opposition à ces choix). Il s'exerce aussi par des interventions ponctuelles sur des sujets à valeur symbolique ou médiatique qui peuvent apparaître mal coordonnées avec les positions prises au sein des instances dirigeantes des organismes¹⁸.

- Une influence réelle dépendant de la capacité à s'investir dans le fonctionnement des organismes

L'absence de contractualisation, le poids important des discussions techniques et l'organisation de ces débats au sein de groupes de travail ou de comités techniques ont pour conséquence de faire dépendre l'influence réelle des donneurs d'ordres sur ces choix de l'intensité de leur investissement dans le travail collectif des instances.

Grâce à son expertise technique et à sa capacité à être représentée au niveau adéquat dans les groupes de travail et comités techniques où sont arrêtés les choix, la CNAMTS parvient à exercer une influence forte sur les stratégies fonctionnelles et techniques des groupements auxquels elles appartient (à l'exception du GIP-DMP où l'influence de l'Etat est prépondérante) et notamment du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS.

Néanmoins, cette remarque générale est à pondérer en raison du mode de décision par consensus qui prévaut dans les instances de direction de ces organismes. Ainsi, la CNAMTS n'a pu s'opposer à « l'éclatement à la source » des feuilles de soins voulu par les organismes d'AMC alors que cette évolution reste pour le moment un échec patent (200 demandes de remboursement électroniques –DRE– émises chaque mois en direction des organismes d'AMC contre 80 millions de FSE). Elle peut être tentée, en conséquence, de contourner ces structures mutualisées pour développer seule des projets qui lui paraissent difficiles à mener par la méthode du consensus, raison vraisemblablement à l'origine du développement autonome de projets tels que l'historique des remboursements et la facturation électronique des établissements antérieurement sous dotation globale.

Les autres organismes d'AMO et en particulier la CCMSA, de même que les organismes d'AMC, soutiennent en revanche le mode de décision par consensus qui

¹⁸ Ainsi, l'Etat a utilisé son droit d'opposition aux décisions du GIE SESAM-Vitale par courrier du DSS du 10 mai 2005 demandant la suspension des procédures de marché pour la réalisation de la CV2 pour réétudier les coûts et les services attendus de cette nouvelle carte, alors que ses représentants ne s'étaient pas opposés antérieurement au lancement de la procédure. Celle-ci a été relancée en septembre 2005, après une réflexion commune entre la CNAMTS, la MSV et l'Etat.

leur permet de contrebalancer l'influence de la CNAMTS, tout en soulignant la nécessité de rationaliser et de simplifier les structures de décision (en particulier celles du système SESAM Vitale).

Pour sa part, l'implication de l'Etat se concentre sur l'encadrement des structures grâce au levier budgétaire et sur la formulation de grands objectifs. En revanche, l'Etat semble moins armé que la CNAMTS pour peser sur les choix techniques :

- l'intervention sur le budget donne le plus souvent lieu à des réunions préparatoires associant la direction du budget et obéit à des impératifs généraux de progression des charges et des effectifs du secteur public sans lien évident avec l'activité programmée : ainsi les moyens de l'ATIH sont-ils restés stables entre 2004 et 2006 alors que la tarification à l'activité et le développement de nouveaux systèmes d'information faisait croître fortement la commande adressée à l'agence ;
- l'Etat n'apparaît pas moteur dans l'évolution des instruments de pilotage ni, en particulier, dans l'introduction d'éléments de pilotage par la performance ;
- à la lecture des comptes rendus des instances, l'intervention des représentants de l'Etat apparaît souvent moins déterminante que celle des représentants de l'assurance maladie et se limite à des propositions d'aménagements à la marge ;
- les équipes des directions concernées (DHOS et DSS) sont trop peu nombreuses et possèdent sans doute une expertise insuffisante en matière de systèmes d'information pour participer régulièrement et efficacement aux groupes d'expert et comités techniques. En outre les processus d'arbitrage internes à l'administration permettent rarement aux participants d'être assurés du soutien de leur hiérarchie s'ils interviennent pour s'opposer à des propositions techniques, notamment si elles émanent de la CNAMTS ;
- les représentants de l'Etat ne disposent pas toujours du recul et de l'expérience nécessaires pour identifier les enjeux techniques structurants et les distinguer des choix relevant du seul niveau opérationnel.

En conséquence, l'influence de l'Etat ne s'exerce de façon déterminante que sur les projets constituant des enjeux politiques majeurs, tel le programme SESAM Vitale à son lancement ou le DMP aujourd'hui, soumis à un contrôle attentif du ministre de la santé.

2.1.3 Un pilotage de l'Etat parvenant difficilement à bâtir ou soutenir une stratégie globale

2.1.3.1 Une organisation faible et éclatée

La principale caractéristique du secteur de la santé en matière de systèmes d'information réside dans la mise en œuvre de ces systèmes par des opérateurs autres que l'Etat, organismes d'assurance maladie, professionnels et établissements de santé, organismes spécialisés faisant l'objet du présent rapport. De même, dans les secteurs où de nouveaux projets émergent, ce sont des opérateurs externes qui prennent l'initiative (agences sanitaires) ou sont chargés par l'Etat (CNSA pour le secteur médico-social) de développer de nouveaux outils d'échanges d'information (cf. annexes relatives aux projets de systèmes d'information dans le secteur des agences sanitaires et dans le secteur médico-social).

Les moyens financiers de l'Etat n'étant pas mobilisés par ces projets, le service doté de l'expertise technique en matière de systèmes d'information, la sous-direction des systèmes d'information et des télécommunications de la DAGPB (SINTEL), se consacre à la gestion des moyens informatiques internes et apporte occasionnellement son assistance à la maîtrise d'ouvrage des projets de systèmes d'information impliquant les services du ministère¹⁹. Le suivi des systèmes d'information portés par des opérateurs extérieurs est en conséquence assuré par chaque direction opérationnelle pour les systèmes réalisés par les acteurs relevant de son champ d'intervention : la DHOS pour les systèmes d'information des établissements de santé, la DSS pour ceux des organismes de sécurité sociale (toutes branches confondues), la DGS pour ceux des agences sanitaires et la DGAS pour ceux qui devraient être mis en place par la CNSA.

Or ces directions disposent de peu de moyens par comparaison aux 180 personnes du GIE SESAM-Vitale ou aux 70 personnes du GIP-CPS : 6 agents de niveau directeur d'hôpital ou ingénieur au bureau E3 de la DHOS qui suit les systèmes hospitaliers auxquels il faut ajouter les moyens de la mission MARINE qui dispose de 4 agents de niveau cadre ou ingénieur pour conduire la réalisation des répertoires RMESS et RPPS ; 4 cadres administratifs ou ingénieurs au Bureau 4C de la DSS ; 4 cadres administratifs et 3 chefs de projets et assistants au bureau 1D de la DGS ; pas de structure dédiée aux systèmes d'information à la DGAS.

Parmi ces structures, seule MARINE a la responsabilité directe de projets de systèmes d'information dont elle assure la maîtrise d'ouvrage stratégique ou déléguée. Les autres bureaux ont essentiellement pour mission de suivre les projets portés par les opérateurs externes et de faire valoir les positions de l'Etat au sein des instances de pilotage des organismes spécialisés. Mais le nombre de ces organismes et la démultiplication de leurs instances de décision entraînent une dispersion de ces faibles moyens sur des sujets très nombreux et techniques.

Par ailleurs et paradoxalement, la DREES qui dispose d'une expertise de haut niveau sur les nomenclatures statistiques et entretient des relations étroites avec l'INSEE, n'a pas souhaité assurer la maîtrise d'ouvrage des répertoires RPPS et RMESS qui a été confiée à l'équipe réduite de la mission MARINE. Ce choix, aggravé pour le RMESS par l'absence de financement stable du projet, contribue à expliquer les retards accumulés sur ces deux projets. Si la mission admet que la maîtrise d'ouvrage stratégique de ces projets ait été confiée aux directions métiers plus à même d'exprimer les besoins à satisfaire (DHOS et DGS pour le RPPS, DHOS et DGAS pour le RMESS), elle considère néanmoins qu'il aurait été plus opportun que la DREES en assure la maîtrise d'ouvrage déléguée, en particulier pour le RMESS, adossé au répertoire SIREN de l'INSEE.

2.1.3.2 La convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS ne constitue pas un instrument de pilotage stratégique des structures spécialisées

¹⁹ Par exemple, le système GEODE Sanitaire, mis en œuvre entre la DHOS et les ARH, DRASS et DDASS, pour gérer les campagnes budgétaires des établissements de santé sous dotation globale (crédits d'assurance maladie) a été financé sur crédits d'Etat et a pu ainsi bénéficier de l'assistance à maîtrise d'ouvrage de SINTEL. En revanche SINTEL n'intervient pas sur les systèmes financés sur crédits d'assurance maladie comme c'est le cas de ceux portés par les organismes spécialisés étudiés dans ce rapport.

La contractualisation avec les opérateurs, qui apparaît comme un moyen de concentrer l'intervention de l'Etat sur les questions stratégiques est, on l'a vu, peu développée vis à vis des organismes spécialisés dans la mise en œuvre des systèmes d'information. La contractualisation avec la CNAMTS, conduite par la DSS par le moyen des conventions d'objectifs et de gestion qui comportent un volet relatif aux systèmes d'information, pourrait constituer un instrument de coordination des interventions de la caisse nationale et de l'Etat dans le pilotage des organismes spécialisés, les deux parties pouvant y définir conjointement les grandes lignes des programmes d'actions à moyen terme qu'ils leur demandent d'exécuter.

Les COG ne sont toutefois que marginalement utilisées à cette fin :

- l'avenant prolongeant la COG 2000-2003 sur la période 2004-2005 se concentre sur la rénovation du système d'information interne de la CNAMTS et sur les systèmes qu'elle gère pour le compte de l'ensemble des régimes (SNIIRAM). Un paragraphe vise sans les développer les évolutions attendues du système SESAM-Vitale (remplacement des bornes de mise à jour de la carte Vitale, mise en place d'une liste d'opposition, déploiement de la version 1.40 de SESAM, études de développement de services en ligne,...) ;
- le projet de nouvelle COG 2006-2009 vise à conforter la rénovation technique du système d'information de la CNAMTS et à développer des fonctionnalités et une architecture nouvelles axées sur les objectifs suivants :
 - faire concourir les systèmes de liquidation à la gestion du risque, à la maîtrise médicalisée et au contrôle ;
 - orienter les systèmes informationnels vers la connaissance des évolutions des dépenses et des comportements ;
 - améliorer la productivité et la qualité de service.

Il identifie pour cela cinq axes de développement :

- la mise en place de référentiels dont le RPPS et le RMESS que l'Etat doit s'engager à réaliser avec l'appui de la CNAMTS ;
- la modernisation des processus internes incluant la mise en place de la facturation électronique dans les établissements antérieurement sous dotation globale ;
- le développement de services en ligne, en particulier la possibilité pour les professionnels de santé de consulter les droits des bénéficiaires et les listes d'opposition de la carte Vitale, l'historique des remboursements, la consultation du protocole de soins et une première version d'un système de tarification en ligne ;
- l'amélioration des performances du SNIIRAM et son ouverture à de nouveaux acteurs ;
- la modernisation du système d'information interne et du système SESAM Vitale, évoquée en quelques lignes.

Dans les deux documents, les développements concernant les organismes spécialisés sont trop succincts pour constituer la base d'une contractualisation par laquelle l'Etat et la CNAMTS fixeraient des orientations de pilotage communes ou, à plus forte raison, par laquelle l'Etat déléguerait tout ou partie de ses responsabilités de pilotage à la CNAMTS. Ainsi, par exemple, le sujet de l'extension de SESAM Vitale à l'hôpital n'est pas évoqué, de même que l'offre d'infogérance que la CNAMTS a formulée à l'égard du GIE SESAM Vitale et du GIP-CPS.

Par ailleurs, sur le fond des évolutions proposées, il n'est pas certain que le cadre de négociation de la COG permette à la DSS de peser du même poids que la CNAMTS. En témoignent par exemple les orientations en matière de développement des services en ligne qui sont critiquées par le CNPS²⁰ qui souligne le changement d'architecture du poste de travail et le changement d'organisation du travail que cela implique pour le professionnel de santé et souhaite pour cette raison donner un caractère optionnel à ces services. La DSS a demandé à la CNAMTS de cibler davantage les publics visés (plutôt les établissements que les professionnels libéraux) et les procédures (plutôt les procédures lourdes de type protocoles de soins des patients en ALD) mais le sujet est encore en discussion.

2.1.3.3 Une stratégie globale de l'Etat reste à construire

La construction d'une stratégie d'ensemble, définissant les fonctionnalités à remplir et l'architecture cible des systèmes d'échanges entre acteurs en prenant en compte les interactions entre les différents projets est à peine ébauchée par l'Etat.

Plusieurs éléments caractérisent cette absence de stratégie affirmée :

- En témoigne d'abord l'absence de formalisation d'une telle stratégie : à la différence de la CNAMTS qui décrit dans le projet de COG les différents éléments de sa stratégie interne (cf. 2122 ci-dessus), il n'existe pas de document de synthèse présentant les objectifs poursuivis par l'Etat et les étapes à franchir pour les atteindre. Il n'existe pas non plus d'outils de suivi de type « macroplanning » identifiant les étapes clés des projets menés par les différents acteurs (assurance maladie, organismes spécialisés) et leurs interactions.
- C'est principalement au travers du lancement de grands projets structurants que l'Etat est amené à préciser ses objectifs stratégiques : ce fut le cas pour SESAM Vitale entre 1993 et 1998 ; cela l'est aujourd'hui pour le DMP. Mais les difficultés rencontrées pour leur mise en oeuvre illustrent aussi le manque de continuité de l'action publique et d'approche globale des problèmes techniques et organisationnels à résoudre : les échéances annoncées pour le DMP soulignent a contrario le manque de stratégie suivie pour l'informatisation des acteurs du système de santé, la définition et la mise en oeuvre de règles d'interopérabilité et de sécurité, alors que seulement 50% des établissements de santé sont en mesure de télétransmettre des données à l'assurance maladie et que la majorité d'entre eux ne disposent pas de moyens d'identification et d'authentification de leurs professionnels de santé dans les transactions électroniques.
- Dans la forme, l'absence de stratégie conduit à limiter la capacité d'anticipation : la définition des orientations données aux organismes (y compris à la CNAMTS dans la COG) s'opère plutôt en réaction aux orientations proposées par les organismes. A son tour, cette situation peut conduire à privilégier des interventions ponctuelles sur

²⁰ Mémoire daté du 20 octobre 2005.

des aspects mineurs mais symboliques des projets plutôt qu'une action continue centrée sur des priorités affichées.

Le ministère de la santé s'était pourtant doté en janvier 1997 d'un Conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSISS)²¹, instance consultative chargée d'une réflexion prospective et scientifique, et, en 1998, d'une cellule stratégique, la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS). Mais cette structure ne disposait pas dès l'origine d'un statut administratif clair : c'est l'arrêté du 22 avril 1998 en nommant le chef qui précisait ses missions :

- assister le ministre dans la conduite d'une réflexion stratégique sur le développement de l'informatisation dans le domaine de la santé ;
- veiller au respect des prescriptions de sécurité en matière d'échanges de données ;
- veiller à la cohérence des différents projets informatiques dans le domaine de la santé, en liaison avec les partenaires concernés ;
- coordonner l'action des différentes directions du ministère dans ce domaine et être l'interlocuteur des professionnels de santé et des industriels.

Cette mission n'a toutefois disposé au mieux que de 3 à 4 agents pour bâtir une stratégie d'ensemble et en coordonner l'application. De facto, elle s'est concentrée sur quelques dossiers (SESAM-Vitale, CPS, DMP), son intervention étant parfois mal coordonnée avec celle des autres directions vis-à-vis desquelles son statut administratif mal défini ne lui a pas permis de jouer un rôle moteur. Réduite à remplir des tâches administratives (par exemple la rédaction des textes relatifs à l'hébergement des données de santé et le secrétariat du comité d'agrément des hébergeurs) depuis le départ de son chef en 2005, elle tend toutefois à retrouver un rôle actif avec la nomination d'un nouveau titulaire en février 2006, nommé depuis parallèlement directeur général du GIP-DMP.

2.2 Les propositions : renforcer le pilotage d'ensemble du système en clarifiant l'attribution des responsabilités, en élaborant une stratégie partagée et en redéfinissant en conséquence les moyens et l'organisation

2.2.1 Elaborer une stratégie et préciser en conséquence les responsabilités entre l'Etat, l'assurance maladie et les organismes

2.2.1.1 Affirmer les responsabilités de l'Etat dans le pilotage

Il est clair que le rôle opérationnel de l'Etat dans les systèmes d'information reliant les acteurs du système de santé ne peut qu'être limité voire inexistant, dès lors que ces systèmes relèvent de la responsabilité et du financement de ces acteurs, organismes d'AMO et d'AMC d'une part, professionnels et établissements de santé d'autre part. Ce n'est que vis-à-vis de ces derniers, notamment des établissements publics de santé que l'Etat pourrait avoir une action motrice sur le plan opérationnel, dès lors qu'il régule les ressources financières qui leur sont allouées et organise leurs évolutions par le biais des

²¹ Par décret n°97-20 du 14 janvier 1997. Ses membres n'ont pas été renouvelés à l'issue de leur mandat.

contrats d'objectifs et de moyens : il a cependant renoncé à exercer une action de ce type et laissé aux établissements toute leur autonomie dans ce domaine (cf. notamment à ce propos l'annexe relative au GMSIH).

Ce constat ne s'oppose toutefois pas à ce que l'Etat exerce un pilotage stratégique des systèmes d'information visant à garantir leur cohérence d'ensemble et leur réponse aux besoins des acteurs, d'autant que ces systèmes jouent un rôle important dans l'observation et la régulation des dépenses d'assurance maladie et sont par ailleurs principalement financés public apporté l'assurance maladie.

Les acteurs du système que la mission a rencontrés sont d'ailleurs demandeurs d'une intervention régulatrice de l'Etat dans la définition d'une stratégie de développement des systèmes d'information de santé et d'assurance maladie :

- les représentants des professionnels de santé libéraux rencontrés par la mission (CNPS) attendent surtout de l'Etat qu'il organise le dialogue entre eux et l'assurance maladie et veille à une prise en compte équitable des contraintes d'adaptation des logiciels métiers et d'organisation des cabinets. Ils souhaitent également une action régulatrice sur le marché des éditeurs de logiciels, trop émietté et de maturité trop inégale pour permettre aux professionnels de faire les bons choix d'équipement et d'évolution. Les Ordres professionnels rejoignent ces positions et souhaitent en outre une implication plus motrice de l'Etat sur certains projets structurants (RPPS notamment mais aussi dossier pharmaceutique pour le CNOP), et l'affirmation d'exigences précises en matière de sécurité et de confidentialité des transferts de données médicales qu'ils jugent insuffisamment prises en compte par l'assurance maladie ;
- les fédérations d'établissements de santé ne veulent pas d'une immixtion de l'Etat dans les choix techniques des établissements, mais admettent en revanche la nécessité d'une action normalisatrice de sa part en matière de structuration des flux d'échanges, d'interopérabilité et de sécurité des systèmes en soulignant l'appui que pourrait apporter le GMSIH à l'élaboration de normes et référentiels. Comme les ordres, elles regrettent l'insuffisante implication de l'Etat dans les chantiers relevant prioritairement de sa compétence comme la réglementation²² et, surtout, l'élaboration des référentiels indispensables à la sécurité des échanges comme les répertoires d'identification (RPPS et RMESS) et les référentiels de données (dispositifs médicaux implantables, actes de laboratoires, ..). Elles soulignent également le besoin d'une organisation par l'Etat de la concertation entre les acteurs et d'arbitrage des divergences entre ceux-ci²³ ;
- pour les régimes d'AMO autres que le régime général de même que pour les fédérations d'organismes d'AMC, l'Etat doit contribuer à organiser la concertation entre les acteurs et imposer la transparence dans les processus de décision eu égard au poids déterminant de la CNAMTS ;

²² Le retard pris dans la définition réglementaire d'un identifiant de santé (NIS) ou le décret d'application de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades devant définir les règles de protection de la confidentialité des données a notamment été pointé.

²³ La FHF met notamment en avant l'insuffisante prise en compte par la CNAMTS des besoins et des contraintes des établissements en signalant par exemple l'adoption par la caisse nationale d'une nouvelle version de la CCAM (V4) sans concertation avec les professionnels de santé des établissements, ce dernière remarque valant également sur la conduite du chantier « facturation T2A » (la FHP confirmant ce point).

- pour les usagers²⁴, l'Etat doit être également garant de la transparence des processus de décision et de la prise en compte des besoins de l'ensemble des acteurs et coordonner les initiatives dispersées, en fixant les exigences à respecter, notamment en termes de protection des données et d'accès des usagers à leurs données personnelles.
- pour les industriels enfin²⁵, l'attente principale est celle d'une visibilité sur les orientations technologiques à moyen terme définie par un « pilote » capable de fédérer les initiatives jugées insuffisamment coordonnées des très nombreux acteurs et d'exprimer des exigences fonctionnelles précises plutôt que des exigences politiques. Ils estiment notamment qu'une telle évolution serait de nature à favoriser une concentration progressive du marché.

Pour le Conseil général des technologies de l'information (CGTI)²⁶, le pilotage par l'Etat des systèmes d'information dans le secteur de la santé devrait intégrer les dimensions qui peuvent être représentées par le schéma de la page suivante.

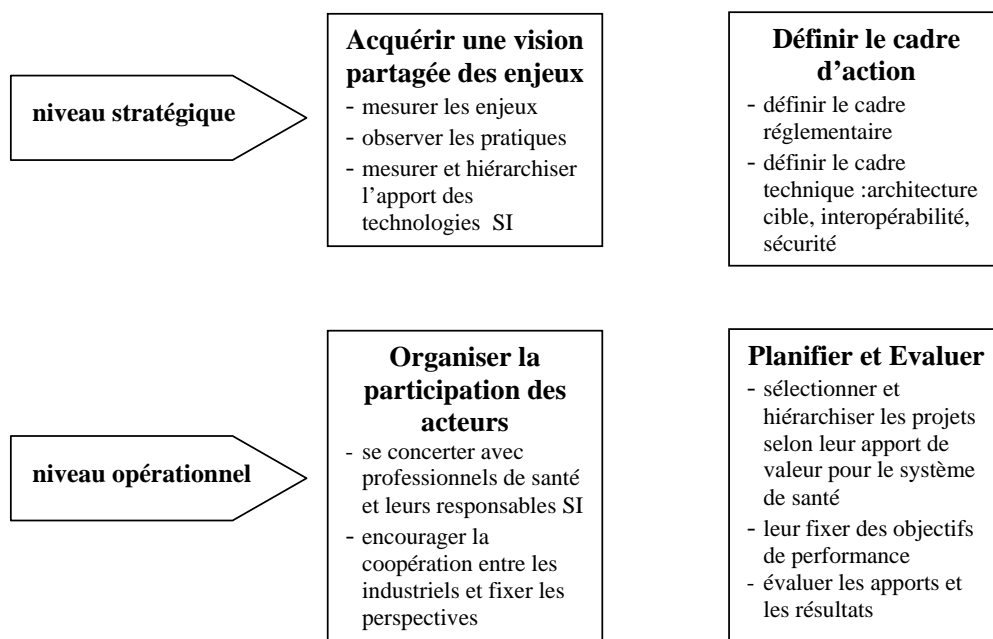
La mission partage la représentation et les recommandations du CGTI avec qui elle suggère de poursuivre le partenariat engagé par le ministère de la santé en 2005 et estime que certaines responsabilités de MOA «stratégique» dans le développement des SI ne peuvent être assumées que par l'Etat :

- la hiérarchisation des priorités dans le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC) dès lors que celles-ci engagent des moyens et des financements publics (cadre « enjeux ») ;
- la définition des référentiels généraux d'interopérabilité et de sécurité devant être appliqués par les acteurs (« cadre d'action ») : cette mission de l'Etat a été clairement réaffirmée par l'ordonnance du 8 décembre 2005 relative aux échanges électroniques entre les usagers et les autorités administratives et entre les autorités administratives qui précise les règles applicables aux systèmes d'information développés par les administrations de l'Etat, les établissements publics administratifs, les organismes de protection sociale et les autres organismes chargés de la gestion d'un service public administratif et impliquant des échanges d'information avec les usagers ;
- la détermination de l'organisation générale adaptée au recueil des besoins de l'ensemble des acteurs (usagers / professionnels de santé / organismes d'AMO et d'AMC / industriels) et à l'élaboration d'une stratégie concertée (cadre « organiser la participation ») ;
- l'arbitrage sur les choix d'architecture fonctionnelle et technique structurants et sur les priorités de réalisation (« cadre d'action » et « planifier et évaluer »).

²⁴ La mission a rencontré le président du collectif inter associatif des usagers du système de santé (CISS).

²⁵ La mission a rencontré des représentants du SISS, association patronale regroupant des éditeurs et intégrateurs des secteurs de la ville et de l'hôpital et des industriels de la carte à puce.

²⁶ Rapport DP4-2005 « Technologies de l'information et santé » remis au ministre de la santé en juin 2005.

Réflexion et Mobilisation des acteurs**Décision et action****2.2.1.2 Définir et appliquer une stratégie partagée**

La mise en place d'un tel mode de pilotage comprend l'élaboration d'une stratégie de développement des systèmes d'information comportant les composantes évoquées au paragraphe précédent :

- la sélection et la hiérarchisation des objectifs à partir d'une évaluation des enjeux et des apports des TIC ;
- la définition de l'architecture cible du système identifiant les fonctionnalités à couvrir et les grandes options techniques à respecter ;
- la planification des grandes évolutions des différents systèmes mis en oeuvre par les acteurs et de leurs interactions, de manière à préciser le « chemin critique » permettant d'atteindre la cible ;
- l'encadrement des choix des acteurs par la définition des normes techniques garantissant la sécurité et l'interopérabilité des systèmes : l'ordonnance du 8 décembre 2005 prévoit ainsi l'élaboration de référentiels généraux de sécurité (RGS) et d'interopérabilité (RGI), qui fixeront les règles que doivent respecter les fonctions des systèmes d'information publics contribuant à la sécurité des échanges par voie électronique (telles que les fonctions d'identification, de signature électronique, de confidentialité et d'horodatage) et les règles techniques (répertoires de données, normes, standards) permettant d'assurer l'interopérabilité des systèmes d'information.

La mission estime nécessaire d'insister sur le fait que, dans un secteur où son application dépend des moyens mis en oeuvre par d'autres acteurs, l'élaboration d'une

stratégie ne peut être unilatérale²⁷, mais doit au contraire passer par la recherche de l'adhésion la plus large des acteurs. Sans rechercher un unanimité qui paralyserait l'action, il paraît indispensable d'établir au moins :

- des modes de concertation permettant d'identifier les besoins et les attentes des acteurs,
- des processus de décision permettant d'intégrer les contraintes des acteurs et d'explicitier les choix et priorités retenus.

Les instances internes des organismes spécialisés intègrent une représentation des acteurs qu'il convient de préserver, tout en la rendant plus efficace en essayant de simplifier les structures (cf. notamment l'annexe relative au GIE et au système SESAM Vitale). Toutefois, la mission estime nécessaire de leur adjoindre des modes de concertation plus transversaux : La MISS s'est engagée en mars 2006 dans une concertation avec les organismes d'AMO et les organismes spécialisés visant à recenser les attentes des acteurs en matière de systèmes d'information mais sans y associer dans un premier temps les représentants des professionnels et établissements de santé et des organismes d'AMC. Le résultat de cette démarche doit toutefois donner lieu au lancement d'une consultation plus large à l'automne, dans la perspective de l'élaboration d'une stratégie globale.

La mission estime nécessaire d'institutionnaliser la concertation en mettant en place une instance rassemblant les représentants de tous les acteurs et susceptible de traiter l'ensemble des sujets relatifs aux systèmes d'information de santé. Elle formule dans ce but deux hypothèses :

- la reconstitution du Conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSISS) qui réunissait entre dix et quinze personnalités appartenant notamment aux secteurs de la santé, de la protection sociale, de l'industrie et des services, de la recherche, de la communication ou de l'administration, choisies en raison de leur compétence et de leur intérêt pour les questions liées à la mise en place et à l'utilisation des systèmes d'information de santé ;
- l'élargissement des missions du Conseil d'orientation du GIP-DMP (cf. annexe relative à ce GIP) qui réunit les associations de patients, les Ordres et syndicats de professionnels de santé, les conférences de présidents de CME et d'URML, les fédérations d'établissements de santé, les sociétés savantes, les institutions concernées par le projet (CNIL, GIE SESAM-Vitale, GIP-CPS, HAS, des personnalités qualifiées et des organismes d'AMO et d'AMC).

Recommandation 7 (Etat) : mettre en place une instance de concertation réunissant les représentants des acteurs des systèmes d'information de santé en vue de l'élaboration et du suivi d'une stratégie partagée.

En corollaire l'application de la stratégie décidée implique deux recommandations :

²⁷ On voit bien que les professionnels et établissements de santé conditionnent le succès ou l'échec des projets : ainsi l'échec constaté de l'éclatement à la source provient-il largement des réticences des professionnels de santé vis-à-vis d'une évolution non souhaitée et jugée par eux sans intérêt du système SESAM-Vitale.

Recommandation 8 (donneur d'ordres) : identifier clairement pour chaque projet le partage des responsabilités opérationnelles en distinguant les fonctions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'oeuvre

Recommandation 9 (donneur d'ordres) : mettre en place des outils de programmation et de suivi macroscopique repérant les étapes clés des projets et leurs interactions, qui pourraient être élaborés à partir des outils utilisés par certains groupements et par l'assurance maladie (de type macro-plannings).

2.2.1.3 Préciser l'étendue de la délégation donnée à l'assurance maladie

De nombreux acteurs contestent en revanche que l'Etat puisse jouer un rôle opérationnel dans la conception, la réalisation et l'exploitation des SI. Cette position est partagée par la mission qui estime légitime que l'assurance maladie prenne en charge ses fonctions sur les systèmes qui réalisent des échanges avec les caisses ou qui sont financés sur crédits d'assurance maladie. Cela pourrait conduire à déléguer davantage de missions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'oeuvre à l'assurance maladie, sous les conditions suivantes :

- l'Etat doit conserver la maîtrise d'ouvrage du système global précisément parce qu'il exerce des responsabilités de pilotage à l'égard des organismes d'AMO et qu'il doit arbitrer entre les attentes et contraintes des organismes d'AMO et d'AMC, des professionnels et établissements de santé et des usagers. A ce titre, l'Etat doit veiller :
 - à la prise en compte des contraintes d'exercice des professionnels (cf. par exemple les réticences de ceux-ci à l'égard du développement des services en ligne prôné par la CNAMTS ou la difficulté de l'assurance maladie à définir un mode opératoire pour SESAM Vitale adapté aux établissements) ;
 - à la transparence des processus de choix vis à vis des acteurs (a contrario très vives réticences des usagers sur certaines initiatives de la CNAMTS tel que le projet de diffusion d'un état annuel individuel des remboursements de soins) ;
- la concertation entre organismes d'AMO et d'AMC et, pour les sujets faisant l'objet d'un pilotage interrégimes, la collégialité des décisions doit être garantie.

Sur ce dernier point, la mission est consciente de la nécessité d'améliorer l'efficacité des processus de décision collégiaux. La fusion de certaines instances, comme elle le propose pour les instances de pilotage de SESAM-Vitale (cf. annexe relative au pilotage du GIE et du système SESAM-Vitale) peut contribuer à cette amélioration. Au delà, la mission estime qu'une rationalisation et une collégialité accrue des processus de décision pourraient être atteintes en confiant les responsabilités en matière de systèmes d'information mutualisés (SESAM-Vitale, CPS, HR, services en ligne d'intérêt commun, SNIIRAM) à l'UNCAM pour ce qui concerne les organismes d'AMO et à l'UNOCAM pour ce qui concerne les organismes d'AMC, en cohérence avec la nouvelle gouvernance instaurée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. Ces instances ont en effet fait preuve de leur capacité à prendre des décisions importantes dans des délais réduits. Une telle évolution pourrait aboutir à terme à la représentation des organismes d'AMO et d'AMC par l'UNCAM et l'UNOCAM au sein des instances dirigeantes des groupements.

Dans cette perspective, il est notamment nécessaire que l'UNCAM se dote de moyens d'expertise. La mission préconise à cette fin de placer la mission SESAM Vitale sous la

responsabilité de l'UNCAM plutôt que de celle de la CNAMTS, en maintenant au sein de celle-ci les effectifs de la mission traitant des dossiers internes au régime général. Cette évolution permettrait d'accroître la légitimité de la mission vis à vis des autres régimes tout en maintenant la proximité avec les services de la DDSI de CNAMTS nécessaire à une bonne collaboration technique.

Pendant de cette évolution, la mission estime souhaitable d'allouer à l'UNPS en cours de constitution les moyens financiers lui permettant de disposer d'une expertise technique lui permettant de dialoguer efficacement avec les experts de l'assurance maladie et des organismes spécialisés. Ceux-ci appellent en effet de leurs vœux une telle mesure susceptible de réduire les facteurs d'incompréhension mutuelle.

Recommandation 10 (ETAT, AMO, AMC) : transférer à l'UNCAM et à l'UNOCAM la représentation des organismes d'AMO et d'AMC dans la conduite opérationnelle des projets mutualisés. Placer à cette fin la mission SESAM Vitale sous la responsabilité de l'UNCAM.

2.2.2 Renforcer l'organisation et les moyens du pilotage de l'Etat

L'exercice des fonctions de pilotage stratégique que la mission propose d'assigner à l'Etat exige une animation forte mobilisant des compétences de haut niveau à la fois en matière de systèmes d'informations et de connaissance des métiers des acteurs du système de santé. La mission considère qu'un renforcement des moyens qui y sont actuellement consacrés (cf. 2.1.3.1.) est nécessaire.

Elle considère par ailleurs que les directions de métier doivent conserver les moyens d'identifier les besoins de leur secteur d'intervention (DSS pour les organismes de sécurité sociale, DHOS pour les établissements de santé, DGAS pour les établissements médico-sociaux et DGS pour les agences sanitaires) et de veiller à l'application, par les acteurs dont ils assurent la tutelle, de la stratégie qui aura été définie. Dans ce cadre, la mission estime de renforcer prioritairement le pilotage des systèmes d'information hospitaliers dont la mise à niveau conditionne la réussite de nombreux projets de modernisation : facturation des séjours, services en ligne, DMP, etc.

Elle estime par ailleurs indispensable de conforter le pilotage transversal par une structure chargée de la définition de la stratégie et de la coordination de sa mise en œuvre.

2.2.2.1 Renforcer prioritairement le pilotage des systèmes d'information hospitaliers

Le secteur hospitalier est confronté à des enjeux de performance et d'ouverture aux autres partenaires du système de santé. Il apparaît en retard dans le développement des systèmes d'identification et d'authentification des professionnels qui y exercent (CPS) et des télétransmissions avec l'assurance maladie. L'Etat, soucieux de préserver l'autonomie des établissements, a, jusqu'à présent, surtout misé sur l'incitation pour les conduire à adapter et développer leurs systèmes d'information.

Par ailleurs, pour répondre aux différents besoins qui se sont manifestés, tant dans le domaine du financement que dans celui de l'appréciation de l'efficacité des établissements de santé, divers organismes et structures intervenant dans le champ des systèmes d'information hospitalier (SIH) ont été mis en place (GMSIH, ATIH) ou bien ont vu leurs missions élargies, ainsi la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) qui s'est vue chargée en 2005 de conduire le déploiement de nouveaux systèmes d'information. Ces organismes développent leurs activités autour d'une perception propre de leurs missions ce qui peut induire le risque d'une inadéquation avec leur métier d'origine et de chevauchements de compétence.

Il est désormais souhaitable, en cohérence avec l'élaboration d'une stratégie d'adaptation du système d'information de santé à venir, d'organiser la conduite du changement dans ce secteur. Aussi, la mission préconise-t-elle l'adoption de mesures par l'administration centrale visant à assurer la cohérence et la visibilité du dispositif de pilotage du système d'information hospitalier.

- La politique du système d'information hospitalier doit être placée sous une coordination unique.

La mission propose tout d'abord que la responsabilité de l'actuel bureau des systèmes d'information hospitaliers (bureau E3) dans le pilotage d'ensemble des évolutions de ces systèmes soit confirmée. Il serait ainsi chargé :

- d'exprimer auprès la structure stratégique que la mission propose de renforcer (cf. 2.2.2.2. ci-dessous) les besoins et les contraintes des établissements ;
- de participer à l'élaboration, sous la responsabilité de cette structure, à la définition du schéma global du système d'information de santé et à la normalisation des modes d'échanges d'information ;
- de coordonner sa mise en œuvre pour le secteur hospitalier. A ce titre, le bureau assurerait, pour et en liaison avec les différentes sous-directions de la DHOS, la coordination des différents projets et la coordination opérationnelle des interventions des différents opérateurs (ATIH, GMSIH, MAINH) impactant les SIH. Ce choix ne fait pas obstacle à ce que l'exercice du pilotage d'un opérateur déterminé soit assuré par une autre sous-direction²⁸, mais vise à garantir la cohérence l'action de la DHOS sur les systèmes hospitaliers.

La mission observe en particulier que la transformation de la MAINH en agence dotée de l'autonomie juridique, mesure envisagée à l'horizon 2007, appelle à brève échéance une clarification des responsabilités respectives des deux structures en matière de SIH, avec deux options possibles :

- soit la confirmation de la fonction de pilotage général du bureau E3, la MAINH étant alors, pour ses missions relatives aux SIH, son opérateur d'appui à la mise en œuvre de la politique nationale ;
- soit la délégation à la nouvelle structure d'une responsabilité de pilotage et de déploiement des évolutions des SIH, le bureau E3 étant alors recentré sur la participation à l'élaboration de la stratégie et des normes et référentiels dans le secteur hospitalier.

²⁸ La mission considère par exemple logique que la sous-direction F, chargée de la conduite de la réforme du financement des établissements, conserve le pilotage de l'ATIH, en raison du rôle déterminant joué par celle-ci dans la mise en œuvre de cette réforme ;

Le premier terme de l'alternative est celui qui correspond le mieux aux attentes exprimées par les fédérations hospitalières et aux positions exprimées par les représentants de la DHOS et de la MAINH. La mission considère néanmoins nécessaire de confirmer clairement ce choix, notamment vis-à-vis des ARH et des établissements et de doter en conséquence le bureau E3 des moyens d'exercer ses fonctions de pilotage.

- L'exercice de cette responsabilité amène à privilégier l'adoption d'outils de contractualisation et la coordination des activités entre structures.

Un pilotage efficace des organismes extérieurs, par des équipes réduites, ne peut reposer sur une présence constante au sein de leurs instances dirigeantes. La contractualisation des objectifs et des moyens, hiérarchisant les priorités et prévoyant les modalités d'un suivi dynamique des travaux, paraît en ce cas plus efficace.

La contractualisation devrait aboutir prochainement avec l'ATIH ; elle est en préparation avec le GMSIH. La mission estime que la préparation de la transformation de la MAINH en agence, devrait être l'occasion d'identifier les grandes orientations à assigner à cette nouvelle structure, afin de mettre en œuvre une contractualisation dès sa constitution. L'élaboration de ces contrats devrait notamment permettre de redéfinir les missions et le périmètre de leurs interventions de chacune de ces structures dans une logique métier²⁹, d'organiser le mode de passation des commandes de l'Etat et de coordonner les activités des organismes dans les domaines où ils sont amenés à intervenir conjointement ou successivement³⁰. Comme elle l'a indiqué ci-dessus (cf. 2.1.2.2), la mission recommande d'associer l'assurance maladie, principale source de financement de ces organismes, à l'élaboration et à la signature de ces contrats, en application de l'article L 221-3-2 du code de la sécurité sociale..

Parallèlement, la mission estime nécessaire d'assigner aux autres structures intervenant sur le champ hospitalier -notamment le GIP-CPS et le GIE SESAM-Vitale- et en coordination avec l'assurance maladie, des objectifs clairs en matière d'adaptation et de déploiement des outils dans les établissements de santé (SESAM-Vitale, CPS).

- Le rôle de la DHOS dans la normalisation des systèmes d'information hospitaliers doit être affirmé, en coordination avec celui de la structure stratégique

Entre une politique dirigiste des années 70, qui a connu ses limites, et l'autonomie complète accordée aux établissements depuis les années 90 dans l'organisation de leurs systèmes d'information, la mission estime qu'il existe un espace d'intervention pour

²⁹ C'est pourquoi, la mission a une position réservée concernant l'hypothèse visant à confier au GMSIH, la gestion d'une banque de données médico-économiques (comprenant le recueil et le traitement des données), ce qui ne correspond pas à son métier qui est celui d'un organisme produisant des référentiels et des études dans le champ du système d'information hospitalier.

³⁰ Cela concerne notamment la répartition des rôles entre le GMSIH et la MAINH dans l'accompagnement de la mise en œuvre des réformes, mais aussi plus largement dans l'organisation d'une assistance au développement de l'informatique hospitalière. L'adoption par la DHOS d'une méthode de travail reposant sur une animation de la coopération entre les deux organismes sous formes de réunions tripartites constitue un premier pas dans cette direction.

l'Etat permettant d'assurer l'efficience d'un système d'information hospitalier encore trop cloisonné.

La mission ne préconise nullement une re-centralisation directe ou indirecte³¹ de l'informatique hospitalière dont l'efficacité, compte de la diversité des structures et de la complexité des projets, ne serait pas garantie. En revanche, notamment sur la base de l'ordonnance du 8 décembre 2005, il appartient à l'Etat de définir les exigences à respecter par les établissements en matière de normes d'échanges, de règles de sécurité et de protection des données individuelles, de nature et de structuration des données à produire, de référentiels et répertoires à utiliser. La DHOS et le GMSIH devraient ainsi apporter leur expertise métier à la cellule de coordination stratégique pour l'élaboration de ces normes. En outre, la DHOS pourrait utiliser les leviers dont elle dispose pour inciter les établissements à les mettre en application :

- subordonner des autorisations d'activité à l'adoption de protocoles normés d'échange et d'ouverture des systèmes d'information ;
- subordonner l'attribution de subventions d'équipement (notamment si la perspective d'un plan « hôpital 2012 » était confirmée) au respect des normes et référentiels promus par l'Etat ou par les instances de normalisation.

recommandation 11 (DHOS) : confirmer la mission de pilotage général des évolutions des SIH attribué au bureau E3 et préciser son articulation avec celles de la structure stratégique et des opérateurs MAINH, GMSIH, ATIH, GIP-CPS.

recommandation 12 (DHOS) : utiliser les leviers de la normalisation et du financement pour inciter les établissements à faire évoluer leurs systèmes d'information.

2.2.2.2 *Mettre en place une véritable structure de coordination stratégique*

Pour la mission, la structure à constituer doit exercer les responsabilités suivantes :

- dans la définition de la stratégie :
 - recueillir l'expression des besoins des acteurs et des directions métiers du ministère en animant la concertation avec eux ;
 - assurer un partenariat avec les autres départements ministériels et institutions exerçant des responsabilités en matière de systèmes d'information (CGTI pour la connaissance des évolutions technologiques et la conduite du dialogue avec les industriels, DCSSI pour les questions de sécurité, DGME (ex-ADAE) pour l'élaboration des référentiels généraux d'interopérabilité et de sécurité, ministères de la recherche et ses opérateurs travaillant dans le domaine de la santé, CNIL pour la protection des données individuelles) de même qu'avec les instances européennes (Commission notamment) ou internationales (en matière de normalisation) ;
 - veiller en particulier, au travers de ce partenariat, à la cohérence des choix (architecture d'ensemble, sécurité, interopérabilité) avec ceux opérés par les grands systèmes publics en relation avec les usagers (projet monservicepublic.fr, dispositifs de certification électronique dans le cadre des télédéclarations fiscales), avec deux objectifs principaux :

³¹ En confiant notamment à la MAINH la définition d'un schéma directeur des systèmes d'information hospitaliers comme le craint par exemple la Fédération hospitalière de France.

- garantir une protection des données individuelles de santé au moins égale à celle mise en œuvre dans les autres systèmes publics ;
- s'appuyer si possible sur les règles et dispositifs mis en place dans d'autres secteurs, dans un souci d'économie de moyens ;
- définir et soumettre au débat avec les autres directions et les acteurs du système de santé les éléments clés de la stratégie (architecture et fonctionnalités cibles, planification des évolutions, allocation des moyens aux différents projets) et les faire valider par les ministres compétents ;
- préparer les décisions relevant du ministère de la santé pour fixer le cadre juridique et technique de développement des systèmes (publication des référentiels et normes de sécurité et d'interopérabilité) ;
- dans son application :
 - coordonner l'intervention des différents maîtres d'ouvrage des directions métiers et des responsables opérationnels dans la mise en œuvre de la stratégie et le pilotage des structures spécialisées et, en particulier, le développement de la contractualisation stratégique avec les organismes spécialisés ;
 - assurer le suivi de la stratégie (respect des macro-plannings et de l'affectation des moyens prévus) ;
 - le cas échéant, instruire et faire arbitrer les divergences entre acteurs ;
 - assurer le cas échéant la maîtrise d'ouvrage stratégique de projets transversaux aux directions métiers.

Dans le schéma proposé, les directions métiers conservent le pilotage des structures spécialisées et opérateurs relevant de leur champ d'intervention, dans le cadre de la stratégie partagée qui aura été définies, la structure stratégique exerçant la coordination de leurs actions et instruisant pour arbitrage ministériel les divergences éventuelles. La structure stratégique n'a pas a priori à exercer une fonction opérationnelle directe, sauf pour assurer au besoin la maîtrise d'ouvrage stratégique de projets transversaux aux directions métiers. La mission considère ainsi souhaitable le transfert à la structure de coordination de la maîtrise d'ouvrage des projets RPPS et RMESS, qui concernent plusieurs directions et dont les retards ont des répercussions négatives sur de nombreux projets. La faiblesse des moyens alloués à la mission MARINE qui en est actuellement chargée³² et le caractère très technique et éloigné des préoccupations centrales de la DHOS des projets d'informatisation des répertoires plaident pour un tel transfert. A défaut, l'implication de la DHOS dans ces projets structurants devrait être garantie par des engagements d'apport de moyens des autres directions et par le suivi assuré par la structure de coordination stratégique.

Recommandation 13 (DHOS, structure stratégique) : envisager le rattachement de la mission MARINE à la structure de coordination stratégique.

Dans ce cadre, la mission a étudié plusieurs scénarios visant à renforcer les moyens de la coordination stratégique.

Elle a tout d'abord écarté l'hypothèse de la constitution d'une **direction des systèmes d'information (DSI)** de la sphère santé, constituée par rapprochement des services informatiques du ministère (SINTEL) et des bureaux des systèmes d'information des

³² Cette structure, dont la mission a été définie conjointement par l'ensemble des directions de métiers devait initialement être constituée par mise à disposition d'agents de celles-ci.

directions métiers (de la sphère santé mais aussi de la sphère sociale), et comportant une structure chargée de la stratégie.

Ce schéma est pourtant celui mis en oeuvre ou projeté par plusieurs ministères (Intérieur, Défense, Education nationale, Finances) dans un contexte plus simple que celui du ministère de la santé, puisque les systèmes d'information y sont pilotés par les directions ou les services déconcentrés de ces ministères. Les avantages d'un tel schéma seraient principalement constitués par l'apport d'expertise technique (par l'intégration de SINTEL) et par une cohérence du pilotage accrue par la gestion des articulations entre les systèmes d'information de santé et d'assurance maladie et les projets émergents dans les domaines de compétence de la DGS et de la DGAS. La mission l'a toutefois écarté pour les raisons suivantes :

- l'intégration de l'informatique interne et du champ social nécessite de positionner la structure stratégique, voire la DSI dans son ensemble, à un niveau hiérarchique élevé pour lui permettre d'exercer les arbitrages entre des directions métiers intervenant sur des sujets très différents. La plupart des ministères qui ont décidé d'appliquer ce schéma placent ainsi la structure stratégique sous la responsabilité d'un secrétaire général doté de services exerçant des responsabilités de gestion transversales, ce qui n'est pas le choix fait dans les ministères sociaux.
- il n'est pas certain que SINTEL, qui pilote l'informatique interne, puisse facilement apporter une expertise relative aux systèmes d'information des acteurs de la santé et de l'assurance maladie : la mise à disposition d'experts des systèmes de l'assurance maladie obligatoire ou complémentaires serait sans doute un apport plus immédiat.
- la constitution d'une DSI n'a de sens qu'en intégrant les bureaux des systèmes d'information des directions métiers, choix qui n'est pas celui de la mission qui estime au contraire que la préservation de compétences sur les systèmes des acteurs de la santé est nécessaire dans les directions métiers, compte tenu de la diversité de ces acteurs et systèmes. En outre, cela nécessiterait de positionner la DSI dans une logique de prestation de services aux directions métiers, qui n'est pas de la culture du ministère.

Pour ces raisons, la mission préconise plutôt le renforcement de la cellule stratégique constituée par la MISS par l'accroissement de ses moyens et par sa transformation en **délégation ministérielle**, comme le recommandait déjà un rapport de l'IGAS de novembre 2002³³. Ce positionnement conforterait le poids du responsable de la structure, qui participerait au comité des directeurs, et donnerait un caractère réglementaire à ses missions. Il paraît préférable à un rattachement de la structure stratégique à l'une ou l'autre des principales directions métiers concernées (DHOS et DSS) qui ne garantirait pas nécessairement la vision d'ensemble et le recul souhaitable par rapport aux attentes de leurs interlocuteurs habituels (établissements de santé pour la DHOS, organismes d'AMO pour la DSS). A l'inverse, le positionnement comme conseil des directions et des ministres et la mission d'élaboration d'une stratégie partagée qui lui seraient confiée (cf. ci-dessus) sont davantage de nature à garantir la neutralité et l'objectivité nécessaires.

Recommandation 14 (Etat) : ériger la MISS en délégation ministérielle.

³³ « Evaluation du système d'information des professionnels de santé » présenté par Roland CECCHI-TENERINI, Philippe LAFFON et Michel LAROQUE, IGAS, novembre 2002.

La délégation ne pourra toutefois jouer efficacement son rôle que s'il est possible d'accroître sensiblement ses moyens. Sans déterminer une cible, la mission note que pour des missions de même nature, le CGTI et l'IGF ont préconisé conjointement en 2005 de constituer une structure stratégique d'une vingtaine d'agents de très haut niveau, au minimum, et pouvant compter jusqu'à 50 personnes (pouvant être fournis en partie par une assistance externe). Au ministère de la santé, ce renforcement pourrait en partie être obtenu :

- par une intégration des moyens de la mission MARINE, chargée de la maîtrise d'ouvrage des répertoires, ce qui conduirait en conséquence la délégation à assurer la maîtrise d'ouvrage stratégique de ces projets ;
- par une assistance externe des groupements concourant à l'informatisation du système : le chef actuel de la MISS, par ailleurs directeur général du GIP-DMP, prévoit ainsi dans l'organigramme du GIP la constitution d'une mission « urbanisation des systèmes et référentiels » de 8 personnes, chargée d'apporter une expertise sur des sujets transversaux, y compris à la MISS³⁴. Dans ce domaine, le GMSIH constituera également un appui extérieur utile.

La mission considère toutefois que ce mode de renforcement, justifié notamment par la possibilité d'y procéder rapidement, ne répond pas de manière pérenne aux besoins. Pour la clarté et l'efficacité du pilotage, il est préférable de doter la délégation de moyens propres, ne dépendant pas du plan de charge du GIP-DMP ou du GMSIH.

Si le renforcement des moyens de pilotage n'est pas possible sur le budget de l'Etat, la mission estime justifié de prévoir un financement par un fonds de concours de l'assurance maladie au budget de l'Etat, négocié avec l'assurance maladie, dans le cadre prévu par la LOLF des fonds de concours par nature³⁵ :

- les organismes d'assurance maladie ont intérêt à un pilotage stratégique de l'Etat cohérent et efficace ;
- ils peuvent avoir un droit de regard sur la gestion d'un tel fonds de concours, par exemple par la création d'un comité de gestion où ils siègeraient ;
- une telle solution est plus transparente pour les organismes d'AMO et plus économe pour les ressources de l'assurance maladie que la démultiplication de structures de type GIP ou EPA assortie de l'affectation en LFSS de crédits d'assurance maladie qui peut produire le même résultat³⁶, mais pour un coût plus élevé (par la nécessité d'assurer des fonctions de soutien) et avec un risque d'autonomisation des structures créées.

La mission est consciente du risque d'extension de ce mode de financement à d'autres besoins de renforcement (par exemple pour l'exercice par l'Etat de la régulation de

³⁴ S'agissant de la double fonction du chef de la MISS, également directeur du GIP-DMP, la mission note qu'elle garantit, pendant la phase de conception et de démarrage du projet DMP, une convergence forte entre l'Etat et le GIP sur les choix stratégiques et techniques. En revanche, elle pourrait soulever des difficultés dans la définition des priorités et l'allocation des moyens aux différentes structures et projets. Pour limiter ce risque, il est important que les modalités de travail de la délégation avec les autres directions concernées garantissent la transparence et la collégialité des choix. Au-delà de la phase de montée en charge du projet, la disparition du GIP et la répartition de ses attributions entre l'Etat et la CDC, comme la mission le préconise (cf. 121), résoudra ces difficultés possibles.

³⁵ La LOLF a limité en revanche la création de fonds de concours par assimilation, dénommés « attributions de produits » aux seules recettes correspondant à des redevances pour services rendus.

³⁶ La seule différence est l'impossibilité d'affecter directement ces crédits à l'Etat.

certaines dépenses de l'assurance maladie comme les dépenses hospitalières gérées par la DHOS)³⁷. Elle estime néanmoins que le choix d'un fonds de concours par nature, qui implique un accord des organismes d'AMO, limite ce risque. Une disposition législative pourrait en outre autoriser expressément les organismes d'AMO à attribuer un fonds de concours à l'Etat tout en encadrant les modalités d'un tel financement (usages, modalités d'association des organismes à la gestion du fonds).

Recommandation 15 (Etat) : prévoir la possibilité de financer par fonds de concours de l'assurance maladie l'exercice par l'Etat de certaines fonctions de pilotage et de régulation.

³⁷ Le concours de l'assurance maladie à l'exercice de cette fonction est déjà admis : le décret 2005-336 du 8 avril 2005 relatif aux missions d'intérêt général que les établissements de santé peuvent remplir avec un financement de l'assurance maladie inclut la mise à disposition de l'Etat d'agents pour exercer ces fonctions.

Conclusion

Le recours à des structures spécialisées pour conduire la réalisation de systèmes d'échanges d'information entre les acteurs du système de santé et d'assurance maladie a permis des réussites techniques indéniables qui ont contribué à convaincre ces acteurs de l'apport de valeur que pouvait représenter le développement de tels outils. Les structures concernées ont ainsi développé un savoir-faire et des compétences souvent sans équivalent dans l'organisation du système de santé.

La mission estime aujourd'hui primordial, dans un contexte marqué par la multiplication et l'ambition croissante des projets de systèmes d'information dans ce secteur, de s'appuyer sur le métier de ces organismes et les outils qu'ils ont construits pour développer ces nouveaux projets.

A cette fin, elle considère particulièrement nécessaire de renforcer le pilotage d'ensemble de ces organismes, en élaborant une stratégie partagée entre les acteurs, en définissant clairement la répartition des responsabilités opérationnelles et en assurant un suivi précis de l'application de cette stratégie.

Laurent GRATIEUX

Rolland OLLIVIER

Récapitulation des préconisations

| N° | Intitulé de la préconisation | Autorité(s) responsable(s) |
|--|--|--|
| 1) recommandations du rapport de synthèse | | |
| 1 | recentrer l'activité de chaque organisme spécialisé sur son « cœur de métier » tout en lui permettant d'apporter son appui à des systèmes d'information réalisés par d'autres acteurs. | ensemble des structures et donneurs d'ordres |
| 2 | renforcer l'implication du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS dans le développement des systèmes d'échanges sécurisés dans les établissements de santé et replacer le pilotage opérationnel de la facturation des séjours dans un cadre interrégimes. | DHOS, CNAMTS MSV, GIP-CPS, GIE-SESAM-Vitale |
| 3 | favoriser la coopération entre les structures spécialisées en élargissant leurs possibilités d'intervention et en contractualisant des objectifs de qualité de service pour les prestations mutuelles. | ensemble des structures et donneurs d'ordres |
| 4 | étudier les possibilités de mutualisation de fonctions support entre groupements | ensemble des structures et donneurs d'ordres |
| 5 | mettre en place un dispositif de pilotage permettant d'assurer <ul style="list-style-type: none"> - une programmation de l'activité, déclinée par projets, - la quantification des moyens nécessaires à la réalisation de chaque projet, - le suivi de la consommation des ressources - la prise en compte des objectifs d'activité et d'objectifs de performance dans le management interne | ensemble des structures et donneurs d'ordres |
| 6 | introduire une contractualisation tripartite à moyen terme identifiant :les orientations prioritaires à moyen terme de l'activité de l'organisme, les modalités d'arbitrage des choix techniques structurants, l'évolution des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs et les rapprochements à conduire avec d'autres structures. | Etat-Assurance maladie - organismes |
| 7 | mettre en place une instance de concertation réunissant les représentants des acteurs des systèmes d'information de santé en vue de l'élaboration et du suivi d'une stratégie partagée. | Etat |
| 8 | identifier clairement pour chaque projet le partage des responsabilités opérationnelles en distinguant les fonctions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'oeuvre | donneur d'ordres |
| 9 | mettre en place des outils de programmation et de suivi macroscopique repérant les étapes clés des projets et leurs interactions | donneur d'ordres |
| 10 | transférer à l'UNCAM et à l'UNOCAM la représentation des organismes AMO et AMC dans la conduite opérationnelle des projets mutualisés. Placer à cette fin la mission SESAM Vitale sous | ETAT, AMO, AMC |

| | | |
|--|--|-----------------------------------|
| | la responsabilité de l'UNCAM. | |
| 11 | confirmer la mission de pilotage général des évolutions des SIH attribué au bureau E3 et préciser son articulation avec celles de la structure stratégique et des opérateurs MAINH, GMSIH, ATIH, GIP-CPS. | DHOS |
| 12 | utiliser les leviers de la normalisation et du financement pour inciter les établissements à faire évoluer leurs systèmes d'information | DHOS |
| 13 | envisager le rattachement de la mission MARINE à la structure de coordination stratégique | DHOS, structure stratégique |
| 14 | ériger la MISS en délégation ministérielle | Etat |
| 15 | prévoir la possibilité de financer par fonds de concours de l'assurance maladie l'exercice par l'Etat de certaines fonctions de pilotage et de régulation. | Etat |
| 2) recommandations des annexes par structures et systèmes (le code de gauche renvoie au numéro de l'annexe) | | |
| A3-1 | envisager une collaboration fondée sur un échange de services comportant l'appui du GIP au GIE pour la définition des procédures et outils de certification de la carte Vitale 2 et le pilotage par le GIE pour le compte du GIP de la chaîne de production des futures CPS 3. | MSV-GIE-SV- GIP-CPS |
| A3-2 | permettre au GIE de conforter son cœur de métier en apportant son expertise et ses outils en matière d'infrastructures d'échanges sécurisés aux opérateurs chargés de projets requérant de telles infrastructures (DMP notamment). | Etat, AMO, MSV, GIE |
| A3-3 | étudier la possibilité de donner au GIE une responsabilité générale dans l'étude et le traitement des problèmes d'intégration des projets de SI publics dans le poste de travail du professionnel de santé en ville | Etat, AMO, MSV, GIE |
| A3-4 | prendre davantage en compte dans les objectifs du GIE l'adaptation du système SESAM-Vitale au champ hospitalier. | MSV, CNAMTS, GIE |
| A3-5 | étudier la possibilité d'une fusion du CODIR-MOA et du CODIR-GIE | MSV-GIE |
| A4-1 | adopter dès que possible des solutions standard de type IAS pour les cartes à puce et alléger en conséquence progressivement l'implication du DIP dans cette technologie. Dans ce cadre, étudier avec le GIE SESAM-Vitale la possibilité pour le GIP de confier au GIE la logistique d'approvisionnement en cartes ; | GIP-CPS |
| A4-2 | poursuivre la diversification des supports et outils de sécurisation des échanges et d'authentification des professionnels, pour les adapter en priorité aux besoins et conditions de fonctionnement des établissements de santé. | GIP-CPS |
| A4-3 | Envisager une contractualisation des objectifs à moyen terme entre l'Etat, l'assurance maladie et le GIP, pour définir les grandes évolutions attendues de l'activité et du métier du GIP et les perspectives d'évolutions des moyens | Etat, AMO, GIP-CPS |
| A4-4 | renforcer les outils de pilotage du GIP en mettant en place : un suivi analytique de l'activité des agents, une budgétisation des projets, une | GIP-CPS |

| | | |
|------|--|---------------|
| | mesure des écarts de réalisation en termes de ressources consommées ; des outils de management interne permettant de décliner les indicateurs et objectifs pour les équipes | |
| A5-1 | identifier les zones de convergence entre les projets et systèmes DMP, HR, CPS, IMARS et s'appuyer sur l'expertise acquise par les structures responsables de ces systèmes et les outils techniques développés pour construire le système DMP | GIP-DMP |
| A5-2 | répartir les fonctions du GIP entre l'administration centrale et la CDC à l'issue de la phase de montée en charge. | Etat |
| A5-3 | identifier dans la convention constitutive les sujets relatifs à la conception et aux choix structurants, technique et d'organisation, relevant de l'arbitrage ministériel. | Etat, GIP-DMP |
| A5-4 | mettre en place un outil de pilotage du projet de type macro planning et le présenter régulièrement aux instances. Elaborer des outils de pilotage par la performance du gestionnaire du portail et des hébergeurs. | GIP-DMP |
| A6-1 | Conforter le cœur de métier de l'ATIH dans le domaine de la gestion des nomenclatures de santé et de traitement des données du PMSI ; limiter en parallèle le développement de nouveaux métiers, en identifiant notamment les fonctions pouvant être externalisées | DHOS et ATIH |
| A6-2 | Hiérarchiser dans le COM les projets prioritaires de l'ATIH en fonction des priorités nationales (tarification à l'activité en SSR et psychiatrie) et de l'évolution des ressources humaines et financières | DHOS et ATIH |
| A6-3 | mettre en place des outils de pilotage permettant d'estimer l'impact budgétaire et les besoins en ressources humaines des projets; de mesurer l'activité (outils de suivi des temps passés) et les écarts entre objectifs et réalisation | ATIH |
| A6-4 | Mettre en place une procédure de hiérarchisation des commandes passées « au fil de l'eau » à l'ATIH. | DHOS |
| A6-5 | confirmer le calendrier de déploiement arrêté par l'exécution du plan de financement prévisionnel pour mener à bien le projet PARHTAGE jusqu'à sa phase 2. | DHOS et DAGPB |
| A6-6 | s'assurer de la possibilité pour la MOE (ATIH) de la réalisation du projet PARHTAGE dans les délais prévus. | DHOS et ATIH |
| A6-7 | mettre à disposition de la sous direction G un chef de projet comme prévu au moment du lancement de PARTHAGE. | DHOS |
| A7-1 | Engager rapidement la phase de contractualisation entre l'Etat et le GMSIH en associant la structure de coordination stratégique à la définition des grandes orientations | DHOS |
| A7-2 | Définir un programme de travail et arrêter un budget transitoire dans l'attente de la détermination d'un contrat d'objectifs et de moyens. | DHOS et GMSIH |
| A7-3 | Assurer une bonne articulation entre le GMSIH et d'autres opérateurs intervenant dans le domaine des échanges de données informatisées de santé et dans le pilotage des systèmes d'information | DHOS |
| A7-4 | Mieux intégrer l'évolution des missions du GMSIH dans le domaine des réseaux de soins. | DHOS et GMSIH |
| A7-5 | Développer une logique de service adaptée aux besoins de différentes catégories d'utilisateurs à partir d'un schéma cible du système d'information hospitalier | GMSIH |
| A8-1 | renforcer le caractère interrégimes de la maîtrise d'ouvrage du | CNAMTS, |

| | | |
|-------|--|---|
| | SNIRAM en fixant des objectifs précis en termes de contenu et de délais de mise à disposition des magasins de données. | AMO |
| A8-2 | définir des objectifs et indicateurs de qualité de service et en soumettre le suivi au COPIIR. | CNAMTS, AMO |
| A8-3 | veiller à la prise en compte par la COG passée avec la CNAMTS des objectifs fixés par le COPIIR ; veiller au respect par les autres régimes de leurs engagements de délais de fourniture des données et de qualité de celles-ci. | DSS |
| A9-1 | limiter les missions de l'IDS à la régulation des accès aux données des membres, à la normalisation des échanges d'information et à la maîtrise d'ouvrage d'études communes | membres fondateurs |
| A9-2 | recourir aux moyens des membres ou à l'externalisation pour la mise en oeuvre des projets communs | membres fondateurs |
| A10-1 | inscrire la conduite du projet HR dans un cadre interrégimes et confier au GIE SESAM-Vitale le pilotage technique de la phase de migration sur IMARS et d'intégration des outils sur le poste de travail du professionnel de santé | CNAMTS |
| A10-2 | mettre en oeuvre coordination forte des projets HR et DMP et établir des modalités de travail en commun entre les équipes projet | CNAMTS, GIP-DMP, GIE SV |
| A10-3 | établir une évaluation et un suivi précis des coûts de développement, de déploiement et d'exploitation du système et construire des indicateurs de qualité de service. | CNAMTS |
| A11-1 | veiller au respect par les partenaires du projet de l'adaptation de leurs systèmes et procédures internes aux contraintes induites par le fonctionnement du RPPS. | Etat, CNAMTS |
| A11-2 | établir des tableaux de bord permettant de suivre la qualité du service rendu par le RPPS et le respect des engagements pris par les partenaires | MARINE, GIP |
| A12-1 | Confirmer le nouveau calendrier de déploiement du RMESS en assurant le financement du projet par l'Etat et l'assurance maladie en conformité avec les objectifs initiaux | DHOS, DGAS, MISS, CNAMTS |
| A12-2 | Renforcer la maîtrise d'ouvrage de la mission MARINE en lui conférant une capacité de décision plus importante sur le déroulement des différentes phases du projet, notamment en envisageant son rattachement à la structure de coordination stratégique | DHOS, DGAS, structure stratégique, CNAMTS |
| A12-3 | Faire de l'adoption du RMESS une condition pour l'octroi des financements des systèmes d'informations des structures sanitaires et sociales et pour la validité des dossiers d'autorisation. | DHOS et DGAS |
| A12-4 | Confier à une direction d'administration centrale (de préférence la DREES), la maintenance du RMESS en phase d'exploitation. (Responsabilité de la mise en oeuvre de cette recommandation,). | structure stratégique, DREES |
| A13-1 | réunir régulièrement le comité directeur prévu par la convention relative à la gestion du RNIAM afin d'assurer le pilotage des évolutions du système et leur financement | CNAVTS, AMO |
| A13-2 | établir et présenter régulièrement aux instances de pilotages les tableaux de bord et les évaluations financières prévues par la convention | CNAVTS /DSINDS |
| A14-1 | mettre à l'étude un outil permettant de compléter ou rendre | DSS, Fonds |

| | | |
|-------|--|-----------------------------------|
| | interopérables les répertoires existants pour disposer d'un répertoire intégrant l'ensemble des assureurs complémentaires santé à la disposition des acteurs du secteur. | CMU, ACAM |
| A15-1 | Veiller de la part de l'Etat au respect du calendrier arrêté pour la production de données relatives à la qualité et à la sécurité des activités hospitalières | DHOS |
| A15-2 | définir des normes d'interopérabilité en matière d'échanges de données entre opérateurs et entre opérateurs et services de l'Etat. | structure stratégique |
| A15-3 | Diffuser l'information relative aux bases de données et aux répertoires existants ou à venir. | structure stratégique |
| A16-1 | s'appuyer autant que possible sur les acteurs et dispositifs existants pour bâtir le système d'information des établissements médico-sociaux | CNSA, DGAS, structure stratégique |
| A16-2 | associer le plus en amont possible les conseils généraux à la conception d'un système d'information relatif aux dépenses des établissements médico-sociaux. | CNSA, DGAS |

1

*Note complémentaire de la mission
sur les perspectives de fusion ou de
regroupement d'organismes
œuvrant à l'informatisation du
système de santé*

(Note d'août 2006)

SOMMAIRE

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | le regroupement des organismes existants pourrait contribuer, sous certaines conditions, à une meilleure efficacité de l'organisation de l'informatisation du système de santé | 59 |
| 1.1 | L'amélioration de l'organisation et du pilotage de l'informatisation du système de santé nécessite d'abord d'appuyer les nouveaux projets sur le métier et l'expertise des structures existantes | 59 |
| 1.2 | Le regroupement de structures pourrait toutefois, sous certaines conditions, faciliter la mise en œuvre de la stratégie recommandée par la mission | 60 |
| 2 | Le croisement des différents critères conduit à envisager la création d'une structure technique regroupant les moyens du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS, complété d'une partie de ceux prévus pour le GIP-DMP | 66 |
| 2.1 | Le choix de constituer une structure à vocation essentiellement technique, sans responsabilité de maîtrise d'ouvrage, permet de résoudre une partie des problèmes de gouvernance | 66 |
| 2.2 | L'ossature de la structure technique pourrait être constituée par le regroupement des équipes du GIE SESAM-Vitale et du GIP- CPS, s'appuyant sur les complémentarités métiers fortes entre les deux groupements | 67 |
| 2.3 | La structure technique pourrait intégrer les activités de conception technique du DMP | 68 |
| 2.4 | la mission estime souhaitable de maintenir le GMSIH en dehors du regroupement et de le positionner comme prestataire d'études de l'Etat et des différentes maîtrises d'ouvrage et maîtrises d'œuvre | 68 |
| 2.5 | La mission ne voit pas avantage à étendre au delà le périmètre du regroupement | 69 |
| 3 | La mise en place d'un pilotage actif par les donneurs d'ordres conditionne l'intérêt d'un tel regroupement | 70 |
| 4 | Dans ce but, la constitution d'une structure technique d'études positionnée auprès de la maîtrise d'ouvrage Etat peut représenter un atout supplémentaire | 70 |

La présente note prolonge l'analyse détaillée des métiers des organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé et les propositions de redistribution ou de mutualisation de fonctions entre ces structures contenues dans le rapport de l'IGAS n°2006-113, pour examiner plus particulièrement l'intérêt, la faisabilité et les conditions d'un regroupement de tout ou partie d'entre elles au sein d'une entité nouvelle.

La mission souligne que l'analyse et les conclusions qui suivent n'ont pas été discutées avec les organismes audités, l'objet principal de son travail étant d'identifier les composantes de leur métier et les moyens d'améliorer leur coordination et leurs modalités de pilotage. De ce fait, les hypothèses de regroupement qui sont envisagées dans cette note devraient, si elles étaient validées par les donneurs d'ordres, faire l'objet d'études complémentaires avec les organismes concernés pour déterminer le calendrier et les modalités précises de regroupement (organisation interne de la structure, statut des personnels, modalités de transfert des personnels et des biens des structures fusionnées, etc.).

1. le regroupement des organismes existants pourrait contribuer, sous certaines conditions, à une meilleure efficacité de l'organisation de l'informatisation du système de santé

1.1 L'amélioration de l'organisation et du pilotage de l'informatisation du système de santé nécessite d'abord d'appuyer la conception des nouveaux projets sur le métier et l'expertise des structures existantes

Le rapport de la mission met en évidence (cf.1.1.3) les risques de redondances dans l'intervention des organismes spécialisés dans la mise en œuvre des systèmes d'information du secteur de la santé et de l'assurance maladie, soit entre les organismes eux-mêmes, soit entre ceux-ci et les organismes d'assurance maladie, qui peuvent choisir de concevoir eux-mêmes des systèmes ou d'en confier la conception aux organismes spécialisés. Cette situation, qui s'explique notamment par la tendance des organismes spécialisés à exercer eux-mêmes l'ensemble des métiers nécessaires à la mise en œuvre des systèmes dont ils sont chargés, peut se traduire par une concurrence coûteuse dans le recrutement de personnels techniques hautement spécialisés et dans le développement par différentes structures de projets parallèles portant sur des objets voisins.

Pour limiter ces risques, la mission préconise d'engager progressivement une redistribution des missions entre les organismes spécialisés, fondée sur leurs métiers plutôt que sur la nature des projets et recommande dans ce cadre, en particulier pour le pilotage des nouveaux projets, une approche pragmatique basée sur :

- une analyse fonctionnelle détaillée des projets qui mette en évidence les points communs avec les systèmes existants ;
- une analyse coûts / avantages entre les différentes options possibles (recours aux solutions existantes / développement d'une solution nouvelle) pour construire la réponse aux besoins identifiés ;
- la définition en conséquence de l'organisation adaptée et des partenariats nécessaires à la conduite du projet.

La mission estime que l'application de ces principes dans le cadre d'un pilotage d'ensemble renforcé selon les préconisations qu'elle formule (cf. partie 2.2. du rapport) peut suffire à maîtriser les principaux risques de redondances. Elle souligne en particulier que cette stratégie devrait pour les prochaines années, viser à :

- éviter la création de nouvelles structures pour construire des systèmes nouveaux ou, à défaut, cantonner les nouvelles structures à des fonctions de maîtrise d'ouvrage en les incitant à s'appuyer sur les structures existantes pour la conception technique et le déploiement des systèmes : c'est notamment l'orientation que la mission propose de donner aux GIP créés pour l'application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le GIP « dossier médical personnel » (DMP) et le GIP « Institut des données de santé » (IDS) ;
- veiller à une bonne coordination entre les projets développés par les structures spécialisés et ceux conduits par les organismes d'assurance maladie eux-mêmes ;
- éviter que les opérateurs des domaines sanitaire et médico-social, dont l'objet principal est différent, se dotent en propre des moyens techniques nécessaires à la conception et à la mise en œuvre de systèmes d'échanges de données avec les professionnels et établissements de santé, en les incitant de même à s'appuyer sur le métier et l'expertise des structures techniques existantes (cf. annexes 15 et 16 du rapport).

Cela implique que l'Etat ait les moyens de faire appliquer cette stratégie et, en premier lieu, qu'il se dote de la structure de coordination stratégique que la mission propose de créer par renforcement et repositionnement de la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS). Un des objectifs de cette coordination sera précisément de veiller à ce que l'allocation de ressources aux opérateurs par les directions responsables respecte ces principes.

1.2 Le regroupement de structures pourrait toutefois, sous certaines conditions, faciliter la mise en œuvre de la stratégie recommandée par la mission

La présente note vise à évaluer à quelles conditions le regroupement de certaines structures existantes pourrait contribuer au renforcement et à la rationalisation de l'organisation générale de l'informatisation du système de santé et d'assurance maladie.

Sur le principe, en effet, le regroupement de certains organismes spécialisés peut présenter des avantages supplémentaires par rapport à la mise en place d'une simple coordination de leurs interventions :

- le regroupement des équipes sous une même direction garantit davantage qu'un simple accord entre équipes dirigeantes distinctes une organisation rationnelle des travaux reposant sur la mise en œuvre de complémentarités de métiers. En outre, la réunion des équipes en un même lieu de travail³⁸ favorise les échanges d'information et les transferts d'expertise et de savoir faire ;
- l'unité de direction peut également contribuer de façon déterminante à la rationalisation des choix techniques en réduisant les risques de développement de solutions concurrentes et en permettant un arbitrage interne des options techniques divergentes ;

³⁸ Cela n'est pas nécessairement le cas : tout en réalisant la fusion du PERNNS et du CTIP, la création de l'ATIH a maintenu les implantations géographiques distinctes des équipes.

- la fusion juridique des structures et des budgets constitue un cadre favorable pour la mise en œuvre de mutualisations de moyens entre les équipes techniques et, surtout, entre les équipes assurant les fonctions de support (gestion budgétaire et comptable, gestion des ressources humaines, logistique et marchés), aujourd'hui démultipliées dans l'ensemble des organismes spécialisés. De plus, la mise en œuvre de la fusion peut offrir en elle-même des opportunités pour la résorption d'éventuels sureffectifs ;
- la réduction du nombre de structures dotées de l'autonomie juridique peut faciliter l'exercice du pilotage par les donneurs d'ordre en diminuant les contraintes matérielles liées à la participation aux instances des organismes et à l'établissement de relations contractuelles avec eux, comme le propose la mission. En même temps, elle accroît l'enjeu d'un pilotage efficace de structures dotées d'un champ d'intervention élargi.

Pour la mission, la réussite du regroupement de structures existantes est néanmoins soumise à plusieurs conditions.

➤ la complémentarité des métiers et des domaines d'intervention

Le rapport de la mission met en exergue la diversité des domaines techniques d'intervention des organismes spécialisés, des métiers exercés et des compétences rassemblées (cf. partie 1. du rapport et annexe 2-2). En simplifiant et en schématisant l'analyse du rapport, le tableau de la page suivante met en évidence les spécificités et zones de convergence des structures :

- le GIE SESAM Vitale et les GIP-CPS et DMP ont pour objet prioritaire de construire des systèmes d'échanges d'information entre les acteurs du système de santé (« contenant ») dans des conditions garantissant la sécurité et la confidentialité des données, leur intervention sur les informations échangées (le « contenu ») étant limitée à l'harmonisation des formats pour faciliter les échanges ; à l'inverse, l'ATIH a pour vocation première de définir une classification médicale et médico-économique et de collecter et traiter une information produite selon cette classification, la conception de systèmes d'échanges étant une activité annexe, développée pour faciliter l'exercice de cette mission première;
- les structures n'assument pas les mêmes responsabilités dans la conception et la gestion des systèmes ; en particulier, toutes n'assument pas la maîtrise d'ouvrage : le GIP-DMP et l'IDS (pour la réalisation de l'échantillon commun de bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire) exercent clairement cette responsabilité pour les systèmes dont ils ont la charge ; le GIE SESAM-Vitale revendique en revanche son rôle de concepteur d'outils d'échanges sécurisés au service d'une maîtrise d'ouvrage extérieure. Pour le GIP-CPS, il faut distinguer les responsabilités des instances, lieu d'expression de la maîtrise d'ouvrage du système CPS³⁹, de celles des équipes techniques, qui exercent principalement des fonctions de maîtrise d'œuvre. L'ATIH cumule en revanche dans son champ d'intervention les deux responsabilités ;

³⁹ L'accord cadre AMO-AMC du 6 juillet 2000 donnent aux instances de maîtrise d'ouvrage de SESAM-Vitale (conseil de surveillance, comité directeur de MOA et MSV) la responsabilité de la maîtrise d'ouvrage du système CPS. En pratique toutefois, ce sont les instances de direction du GIP-CPS qui exercent cette responsabilité.

| Fonction du système d'information | GIE SESAM-Vitale | GIP-CPS (pour la gestion CPS et RPPS) | GIP-DMP | IDS | ATIH | GMSIH |
|---|--|---|--|--|--|--|
| 1) réalisation des outils d'échanges sécurisés (« contenant ») | | | | | | |
| Mise en œuvre de techniques de sécurisation des échanges (AE, AC,...) | <ul style="list-style-type: none"> ☒ n'est pas autorité d'enregistrement ☒ va devenir autorité de certification avec les AMO pour la CV2 mais recourra à des opérateurs de certification externes | <ul style="list-style-type: none"> ☒ organise et gère les procédures d'enregistrement des PS ☒ autorité de certification et concepteur et utilisateur d'outils de production de certificats | <ul style="list-style-type: none"> ☒ organise les procédures d'enregistrement (identifiant DMP) mais gestion CDC et AMO. ☒ définit des procédures et outils d'authentification avec appui GIE et GIP-CPS mais application externalisée | <ul style="list-style-type: none"> ☒ définit les conditions d'accès aux BDD des membres (SNIIRAM) | <ul style="list-style-type: none"> ☒ organise et gère les accès à ses systèmes ☒ ne gère pas de certificats (identifiants + mots de passe) | <ul style="list-style-type: none"> ☒ études et préconisations sur la politique de sécurisation des échanges en établissement |
| fourniture de supports physiques d'authentification | <ul style="list-style-type: none"> ☒ assure la conception de cartes à puces à partir des standards du marché ☒ gère et supervise la chaîne logistique de production des cartes | <ul style="list-style-type: none"> ☒ assure la conception de cartes à puces (évolue vers les standards du marché) ☒ gère et supervise la chaîne logistique de production des cartes | | | | |
| conception et réalisation de systèmes d'échange | <ul style="list-style-type: none"> ☒ pas de fonction de MOA mais conçoit l'architecture fonctionnelle, technique, et logicielle de systèmes d'échange ☒ conçoit des projets d'infrastructures d'échanges et de routage sécurisés ☒ développe ou fait développer les logiciels et outils techniques nécessaires au fonctionnement des systèmes ☒ gère le dispositif d'agrément des produits fournis | <ul style="list-style-type: none"> ☒ fonction de MOA et MOE de systèmes ☒ conçoit et développe ou fait développer les logiciels et outils techniques nécessaires au fonctionnement des systèmes ☒ gère le dispositif d'agrément des produits fournis | <ul style="list-style-type: none"> ☒ assure la MOA du DMP et conçoit l'architecture système et applicative, ☒ définit avec appui GMSIH les référentiels d'interopérabilité et sécurité ☒ coordination les MOE (CDC, GIE, CPS, hébergeurs) pour les développements des logiciels | <ul style="list-style-type: none"> ☒ assure la coordination de la mise en œuvre des solutions fonctionnelles, organisationnelles et techniques pour les projets communs | <ul style="list-style-type: none"> ☒ assure la MOA et la MOE de systèmes de collecte d'information auprès des ES ☒ développe des logiciels de collecte, de SGBDR, outils de requêtage, services en ligne | <ul style="list-style-type: none"> ☒ n'assure pas de fonction de MOA ou de MOE de systèmes mais réalise et diffuse des études et préconisations (architecture, interopérabilité, sécurité) ☒ participe à la définition de référentiels de validation |

| Fonction du système d'information | GIE SESAM-Vitale | GIP-CPS (pour la gestion CPS et RPPS) | GIP-DMP | IDS | ATIH | GMSIH |
|--|---|--|---|---|--|---|
| appui au déploiement du système | ☒ pilote un réseau de correspondants AMO pour l'appui aux PS | ☒ action commerciale pour le développement du système CPS | ☒ coordonne les dispositifs d'appui (réseau AMO pour PS libéraux ; ARH + MAINH pour ES) | | ☒ diffuse aux établissements les logiciels développés et assure l'assistance aux utilisateurs | ☒ fournit un appui conseil au ministère, ARH, établissements |
| exploitation de l'infrastructure d'échange | ☒ supervise l'exploitation externalisée | ☒ supervise l'exploitation externalisée | ☒ supervise les exploitants (CDC et hébergeurs) | | ☒ assure l'exploitation de ses systèmes avec assistance externe | |
| 2) réalisation des systèmes de production d'information (« contenu ») | | | | | | |
| normalisation des contenus et formats d'échanges | | ☒ fournit un appui technique aux partenaires pour le RPPS | ☒ définit le contenu et les normes d'échange avec assistance GMSIH | ☒ définit les référentiels et formats de données à échanger et leurs modalités d'anonymisation | ☒ définit et maintient les classifications médicale et médico-économique et les formats d'échanges | ☒ définit des référentiels et participe aux travaux d'organismes de normalisation et standardisation |
| conception et réalisation d'applications de production de l'information | ☒ élabore les cahiers des charges des applications de production de FSE et leurs référentiels de validation | ☒ conçoit et fait développer l'application de génération de l'identifiant du PS pour le RPPS | ☒ coordination et validation des dispositifs alimentant le DMP | ☒ coordonne les projets d'échanges de données entre partenaires et assure la MOA de projets communs (échantillon AMO/AMC) ☒ assure la supervision générale des échanges de données | ☒ conçoit et développe (ou fait développer) des applications | ☒ élabore des guides pour la conception et la validation d'applications métiers des ES, fournit des plates formes de test |

- le GIE SESAM-Vitale, le GIP-CPS, le GIP-DMP et l'ATIH exercent tous des tâches de conception technique de systèmes d'échanges d'information, même si c'est une activité accessoire à l'activité principale pour cette dernière. Les modalités d'exercice de cette activité peuvent toutefois diverger notamment sur le critère de l'importance du recours à des prestataires externes. De même l'exploitation des systèmes (machines et réseaux) peut être sous-traitée ou assurée en propre (ATIH) ;
- le GMSIH occupe une place spécifique : il produit des études générales et des référentiels destinés notamment à faciliter les échanges de données entre les acteurs du système de santé mais n'a pas de responsabilité dans la conception de systèmes d'échanges d'information automatisés.

Pour la mission, les perspectives de regroupement de structures ne peuvent faire abstraction de ces distinctions majeures et doivent d'abord viser la recherche d'une plus grande cohérence au regard de la proximité des métiers et des domaines d'intervention des organismes. Sur ce critère, l'hypothèse d'une structure unique cumulant des fonctions, niveaux de responsabilités et domaines d'intervention de nature très différente n'apparaît pas pertinente.

- Le statut et les modalités de financement et de gouvernance des nouvelles structures

La fusion des structures suppose de traiter trois types de questions.

- Les questions juridiques sont multiples :
 - le recours à la loi est nécessaire pour organiser des fusions dès lors que l'existence et les missions de certains groupements sont prévues par des dispositions législatives (GIE-SESAM-Vitale, GMSIH, IDS) ou que leur dissolution volontaire paraît difficile à obtenir. Par ailleurs, l'attribution à la nouvelle structure d'un financement de l'assurance maladie peut nécessiter une disposition législative⁴⁰ ;
 - les différences de statuts entre structures (GIP, GIE, EPA) rendent complexes les modalités de transfert des biens et des personnels : la mission ne peut que se borner à mentionner ce point qui devrait faire l'objet d'études détaillées en fonction du ou des périmètres de regroupement envisagés ;
 - le choix du statut de l'entité à créer dépend de son objet –le statut de GIE ou de GIP à gestion privée étant plus adapté que celui d'EPA pour une structure ayant à réaliser des opérations de ventes de biens ou de services comme c'est le cas par exemple du GIE SESAM-Vitale ou du GIP-CPS⁴¹- et, surtout, du mode de gouvernance souhaité, la forme du groupement manifestant le choix d'une coopération volontaire entre partenaires alors que celle de l'établissement public affirme plutôt le souci d'un contrôle de l'Etat.
- La question du mode de financement est liée à celle du statut de la nouvelle entité : la forme du groupement appelle un financement par contribution volontaire des membres, celle de l'EPA justifiant plutôt, pour les établissements intervenant dans le domaine

⁴⁰ Une telle disposition est nécessaire pour un établissement public (par exemple, pour l'ATIH, c'est l'article 4 de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 qui prévoit le financement par l'assurance maladie). Pour un GIP dont les organismes d'assurance maladie seraient membres, une telle disposition peut être également nécessaire, par exemple pour permettre à l'Etat de fixer le montant du financement alloué par l'assurance maladie.

⁴¹ Parmi les GIP, le GIP-CPS et le GMSIH et l'IDS (projet de convention constitutive) sont soumis aux règles de la gestion privée, le GIP-DMP à celles du droit public.

sanitaire, un cofinancement entre l'Etat et l'assurance maladie, selon le principe de répartition 1/3 Etat –2/3 assurance maladie⁴². Une dérogation à ces principes pourrait se révéler nécessaire s'il s'agissait par exemple de donner à un éventuel regroupement des GIP actuels le statut d'EPA, tout en maintenant un financement prépondérant par l'assurance maladie.

- La question du mode de gouvernance est déterminante pour l'acceptation du regroupement par les partenaires, notamment par les organismes d'assurance maladie qui souhaitent conserver leur pouvoir d'orientation sur des structures qu'ils financent majoritairement. Or c'est sur ce plan que les différences entre les structures existantes sont les plus marquées ainsi que le montre le tableau ci-dessous. Un regroupement qui réduirait au profit de l'Etat les pouvoirs de décision des organismes d'assurance maladie pourrait inciter ceux-ci à développer en interne leurs projets de systèmes d'information mutualisés, en contournant la nouvelle entité, comme cela a déjà été le cas avec la conduite par la CNAMTS, en dehors des instances de pilotage de SESAM-Vitale, des projets « historique des remboursements » et « facturation des séjours hospitaliers ».

| organisme | répartition des droits de vote par catégorie de membre | Pouvoirs de contrôle de l'Etat | Mode de financement | Type de processus de décision |
|--------------------------------|--|---|--|---|
| GIE SESAM-Vitale et MSV | AMO : 60% AMC : 40% | Contrôle portant principalement sur le budget, fondé sur le droit d'opposition des ministres de tutelle (sécurité sociale, budget, agriculture) | AMO prépondérant + AMC | Par consensus : majorité simple (MSV) ou des 2/3 (GIE) requise mais droit de blocage des minoritaires |
| GIP-CPS | AMO : 35% ; AMC : 17% Etat : 15% Ordres, PS et ES : 33% | Contrôle portant sur le programme et le budget fondé sur la participation aux instances, la participation financière (RPPS notamment) et la présence d'un commissaire du gouvernement (DSS) | CPS : 80% AMO, 20% contribution des membres RPPS : 2/3 AMO, 1/3 Etat | Par consensus : majorité simple ou des 2/3 requise à l'AG mais droit de blocage des minoritaires ; majorité simple au CA mais vote non systématique ; |
| GIP-DMP | AG : Etat : 1/3, CNAMTS : 1/3, CDC : 1/3 CA : Etat : 54% (avec PQ), CNAMTS : 25%, CDC : 15%, PS : 7,5%, usagers : 7,5% | Pouvoir d'orientation déterminant sur le fonctionnement des instances, Pouvoir de contrôle a posteriori (présence d'un commissaire du gouvernement (DAGPB)) | AMO (FASQV) : 100% | Pouvoir d'orientation déterminant de l'Etat |
| IDS (projet) | AMO : 39%, UNOCAM : 20%, Etat : 20%, CNSA : 2%, PS et ES : 12%, usagers : 7% | Pouvoir de contrôle a posteriori (présence d'un commissaire du gouvernement) | AMO et AMC | Par consensus (majorité des 2/3) |
| ATIH | Etat : 69% (avec PQ), AMO : 23%, salariés ATIH : 8% | Pouvoir d'orientation déterminant sur le fonctionnement du CA + droit d'opposition sur décisions | AMO : 2/3 Etat : 1/3 | Pouvoir d'orientation déterminant de l'Etat |
| GMSIH | ES publics : 75% ES privés : 25% | Contrôle portant sur le programme et le budget fondé sur la présence d'un commissaire du | A partir de 2007 : -dotation AMO fixée par Etat | A partir de 2007 : pouvoir d'orientation important de l'Etat fondé sur l'attribution |

⁴² Ce principe résulte d'un accord entre le ministère de la santé et le ministère du budget conclu initialement pour le financement des agences sanitaires. Il est appliqué à l'ATIH.

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|----------------|
| | | gouvernement (DHOS) et, à partir de 2007, sur la fixation du financement AMO | + contribution des ES membres | du financement |
|--|--|--|-------------------------------|----------------|

AMO : organismes d'assurance maladie obligatoire

AMC : organismes d'assurance maladie complémentaires

2. Le croisement des différents critères conduit à envisager la création d'une structure technique regroupant les moyens du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS, complétés d'une partie de ceux prévus pour le GIP-DMP

2.1 Le choix de constituer une structure à vocation essentiellement technique, sans responsabilité de maîtrise d'ouvrage, permet de résoudre une partie des problèmes de gouvernance

Les spécificités des organismes audités et les contraintes rappelées ci-dessus conduisent la mission à envisager un regroupement fondé sur le rapprochement d'équipes techniques travaillant dans des domaines voisins et dont le métier serait la conception d'architectures et d'outils matériels et logiciels d'échanges d'information automatisés et sécurisés entre les acteurs du système de santé et, le cas échéant, la supervision du déploiement et de l'exploitation de ces systèmes. Sa vocation serait celle d'un maître d'œuvre, chargé de concevoir et de développer ou de faire développer des solutions techniques répondant aux besoins des différents acteurs (organismes AMO et AMC, Etat, professionnels et établissements de santé) et aux exigences de sécurité et de confidentialité propres au secteur de la santé, mais non de définir lui-même les besoins et le niveau d'exigence à satisfaire.

Ce choix impliquerait de conserver ou de créer des instances de maîtrise d'ouvrage propres à chaque système ou projet de système, chargées de définir les besoins à satisfaire et les spécifications fonctionnelles générales à respecter par l'organisme de maîtrise d'œuvre. La constitution ou le maintien à cette fin d'une structure dotée de la personnalité morale (GIP le plus souvent) n'est pas indispensable mais pourrait être justifié dans certains cas, notamment si la réalisation d'études visant à cerner les besoins et à définir les spécifications fonctionnelles nécessite des moyens et un financement spécifiques⁴³.

La dissociation des fonctions de maîtrise d'ouvrage et de conception technique permet de concentrer les moyens d'expertise sur les systèmes d'échanges sécurisés tout en préservant la possibilité de mettre en place une organisation de pilotage adapté à chaque système ou projet, selon les acteurs impliqués et les modes de décision et de financement retenus. Le mode de gouvernance des projets peut être ainsi dissocié de celui de l'organisme chargé d'élaborer les réponses techniques. Les instances de celui-ci devraient néanmoins inclure

⁴³ D'autres formats sont possibles à l'image de la solution adoptée pour SESAM Vitale où la structure de maîtrise d'ouvrage (la MSV) n'est pas dotée de la personnalité morale, les équipes étant rattachées à la CNAMTS bien qu'exerçant leur activité pour le compte des organismes AMO et AMC signataire de l'accord du 6 juillet 2000.

l'ensemble des partenaires étant amenés à le financer⁴⁴, les modalités de financement pouvant toutefois être différenciées selon les projets.

2.2 L'ossature de la structure technique pourrait être constituée par le regroupement des équipes du GIE SESAM-Vitale et du GIP- CPS

La proximité des métiers du GIP-CPS et du GIE-SESAM Vitale conduit la mission à privilégier l'hypothèse d'un regroupement des deux structures :

- les deux groupements ont une activité principale constituée par la conception de systèmes d'échanges sécurisés reposant sur l'utilisation de cartes à puce, dont ils organisent et supervisent, chacun pour leur compte, la production par les mêmes industriels. Ils mobilisent les mêmes compétences et le même savoir-faire ;
- leur complémentarité est forte : le fonctionnement du système SESAM Vitale et celui des nouvelles infrastructures de télé-services que le GIE conçoit pour l'assurance maladie s'appuient sur le système CPS et les équipes techniques travaillent régulièrement ensemble. De plus, le niveau élevé de l'expertise du GIP en matière de techniques de certification et de sécurisation des échanges serait un apport important pour le GIE au moment où celui-ci est amené à augmenter le niveau de sécurité associé à l'utilisation de la carte Vitale et à devenir « autorité de certification » ;
- les économies d'échelles susceptibles d'être dégagées par le rapprochement des équipes pourraient permettre à l'entité issue du regroupement de prendre en compte les besoins insuffisamment couverts, en particulier le développement des échanges sécurisés avec les établissements de santé et les problèmes d'intégration des systèmes dans le poste de travail du professionnel de santé (cf. paragraphe 1.1.3.3. du rapport) ;
- les statuts et les modes de gestion des deux groupements présentent des similitudes :
 - le GIP CPS est un GIP à gestion privée, proche dans son fonctionnement de celui du GIE ;
 - les organismes d'AMO et les fédérations d'organismes d'AMC sont membres des deux groupements, majoritairement financés par l'assurance maladie, et, dans les deux cas, le mode de prise de décision privilégie la recherche du consensus.

Toutefois, les deux structures se différencient par les éléments suivants :

- le GIP-CPS assume un rôle de maîtrise d'ouvrage du système CPS pour le compte de ses membres, qui comprennent, outre les organismes d'AMO et d'AMC, l'Etat, les ordres, des organisations syndicales de professionnels de santé et le GMSIH ;
- l'Etat contribue au financement du GIP, principalement pour la réalisation du RPPS, de même que les autres membres (professions de santé et GMSIH), ces derniers ne contribuant toutefois qu'à hauteur de 1% des dépenses totales⁴⁵.

Pour tenir compte de ces particularités, le regroupement pourrait s'envisager selon les modalités suivantes :

⁴⁴ Deux options sont possibles : soit l'organisme technique reçoit dans ses dotations financières (Etat et assurance maladie) les ressources lui permettant d'intervenir à titre gratuit pour l'ensemble des maîtres d'ouvrage ; soit son intervention est financée directement par chaque maître d'ouvrage ce qui implique soit la participation de celui-ci au groupement support de l'organisme technique, soit la passation d'un marché après mise en concurrence entre le maître d'ouvrage et l'organisme technique.

⁴⁵ 10% de la ressource « contribution des membres » représentant 11% des ressources totales, celles-ci étant constituées majoritairement des abonnements au système CPS dus par les professionnels mais pris en charge par l'assurance maladie.

- maintien d'une instance de maîtrise d'ouvrage su système CPS intégrant l'ensemble des partenaires, notamment les représentants des ordres et professions de santé. Le maintien d'une équipe technique auprès de cette instance pourrait justifier celui de la structure « GIP », limitée à cette fonction et financée par les seules contributions des membres. Les équipes techniques et les moyens financiers de conception, de développement et d'exploitation des systèmes CPS et RPPS seraient en revanche transférés à la nouvelle entité et financés par les abonnements des professionnels pris en charge par l'assurance maladie ;
- l'élargissement des missions de la nouvelle entité par rapport aux missions actuelles du GIE, de même que le financement partiel par l'Etat du RPPS, dans la mesure où la nouvelle entité reprendrait la responsabilité de la conception technique du projet, puis de l'exploitation du système, justifierait que celui ci en soit membre. Ce choix nécessiterait de donner un statut de GIP à la nouvelle entité.

2.3 La structure technique pourrait intégrer les activités de conception technique du DMP

Le choix de constituer une structure spécialisée dans la conception technique de systèmes d'échanges automatisés conduit à écarter l'idée d'une fusion avec le GIP-DMP, dont la mission première est d'assurer la maîtrise d'ouvrage du projet DMP comportant d'une part la définition de l'architecture et de l'organisation d'ensemble du système DMP et, d'autre part, la définition des règles d'interopérabilité et de sécurité des systèmes d'information communiquant avec le DMP, en articulation étroite avec les responsabilités de pilotage stratégique de l'Etat (cf. partie 2.2. du rapport).

La réalisation des études techniques détaillées du système DMP pourrait en revanche être assurée par la nouvelle entité plutôt que par le GIP-DMP, en liaison avec les futurs exploitants du système, CDC pour le portail d'accès et hébergeurs pour l'alimentation et la consultation des dossiers informatisés. Un tel choix permettrait d'assurer la cohérence technique entre la conception du système DMP et celle du système CPS et des services en ligne conçus par l'assurance maladie et par le GIE pour le compte de l'assurance maladie (systèmes « historique des remboursements » et « IMARS »), conformément aux recommandations de la mission (cf. paragraphe 1.2.1 du rapport). De même, la conduite du déploiement du système DMP auprès des professionnels et établissements de santé pourrait être confiée à la nouvelle entité, sous le contrôle du GIP-DMP, en mobilisant les ressources déjà mises en place par le GIE SESAM-Vitale pour l'appui aux professionnels de santé. Ces options devraient être prises en compte dans le dimensionnement des équipes du GIP-DMP en réduisant le besoin en compétences techniques spécialisées.

2.4 la mission estime souhaitable de maintenir le GMSIH en dehors du regroupement et de le positionner comme prestataire d'études de l'Etat et des différentes maîtrises d'ouvrage et maîtrises d'œuvre

L'organisme technique qu'il est proposé de créer pourra naturellement s'appuyer sur les référentiels produits par le GMSIH, notamment en matière d'interopérabilité des systèmes d'information, comme le font déjà le GIE SESAM Vitale et le GIP-CPS. L'élargissement du domaine d'intervention du GMSIH aux échanges entre les établissements de santé et la médecine de ville via les réseaux de soins pourra se traduire par une collaboration accrue

entre le GMSIH et la nouvelle entité. Mais l'intégration du GMSIH dans celle-ci n'apporterait pas à cet égard de bénéfice supplémentaire.

En outre, l'objet de l'activité du GMSIH se situe en amont de la conception technique de systèmes d'information et porte sur la définition de référentiels, de normes et de méthodes encadrant cette conception. Elle s'exerce en conséquence au profit de nombreux acteurs incluant naturellement les établissements de santé, mais aussi les éditeurs de logiciels et l'Etat, dans sa fonction de régulation du système et de définition du cadre organisationnel et technique général des systèmes d'échange entre les acteurs du système de santé. Or le développement, que la mission recommande, de cette fonction de régulation de l'Etat (cf. paragraphe 2.2.1.2. du rapport) conduira celui-ci à solliciter davantage à l'avenir le concours du GMSIH.

Pour ces raisons, la mission estime souhaitable de maintenir le GMSIH en dehors de la structure technique de maîtrise d'œuvre, mais en développant son activité au profit des autres acteurs que les établissements de santé et, au premier chef, de l'Etat. Elle considère que l'Etat disposera à partir de 2007 d'un puissant levier pour impulser cette évolution par le biais de la détermination de la dotation annuelle de l'assurance maladie au groupement. En revanche, l'inclusion du GMSIH dans une structure investie de missions d'études et de normalisation pour le compte de l'Etat et des maîtrise d'ouvrage est envisageable (voir partie 4 ci-dessous)

2.5 La mission ne voit pas avantage à étendre au delà le périmètre du regroupement

La mission estime préférable de laisser les autres organismes en dehors de ce regroupement.

- Dans sa configuration projetée (cf. annexe 9 du rapport), l'IDS sera exclusivement une structure de concertation entre organismes d'assurance maladie et organismes complémentaires et de maîtrise d'ouvrage de projet mutualisés, s'appuyant pour leur réalisation sur les moyens techniques de ses membres. Son intégration dans la nouvelle entité, conçue comme un outil de conception technique de systèmes d'échanges au service de différents maîtres d'ouvrage n'aurait donc pas de sens. En revanche, l'IDS pourrait être « client » de la nouvelle entité si les projets mutualisés dont il assurera la maîtrise d'ouvrage nécessitaient l'élaboration de systèmes d'échanges d'information nouveaux.
- La spécificité du cœur de métier de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), constitué par la gestion de la classification médicale PMSI et la réalisation des études médico-économiques associées (études de coûts et de tarification), justifie aux yeux de la mission le maintien d'une structure distincte : il s'agit en effet d'une activité de conception de nomenclatures statistiques et de traitement statistique de l'information et non d'une activité de conception de systèmes automatisés d'échanges de données. Toutefois, l'ATIH a dû, pour assurer la collecte des informations qu'elle est chargée de traiter, développer cette seconde activité qui ne relève pas de son cœur de métier (cf. annexe 6 du rapport) et s'est vue confier par la DHOS des missions de même nature pour collecter et diffuser des informations autres que le PMSI. Pour recentrer comme le recommande la mission son activité sur son cœur de métier, l'ATIH pourrait, pour concevoir, réaliser et exploiter ses outils d'échanges d'information, faire appel à la

structure technique, dès lors que celle-ci sera amenée à développer son intervention sur le champ des établissements de santé.

3. La mise en place d'un pilotage actif par les donneurs d'ordres conditionne toutefois l'intérêt d'un tel regroupement

La mission souligne que l'intérêt d'une telle démarche de regroupement (économies d'échelles, simplification du mode de pilotage par la concentration des moyens de conception et de pilotage technique des systèmes) dépend largement de la volonté des acteurs de confier à la nouvelle entité la conception et la réalisation de systèmes mutualisés, ce qui n'est pas acquis ainsi que le montrent les exemples récents, mentionnés dans le rapport, de l'Historique des remboursements et de la facturation électronique des séjours hospitaliers conçus en grande partie par la CNAMTS sans le concours du GIE SESAM-Vitale.

Plusieurs conditions doivent être réunies pour tirer partie de ce regroupement :

- le renforcement du pilotage d'ensemble incombant à l'Etat, dont le rapport présente les composantes, doit être effectif. Il aura notamment pour objet de veiller à ce que les projets mutualisés des organismes d'assurance maladie et les projets émergents des agences sanitaires et du secteur médico-social s'appuient bien sur la nouvelle structure technique de conception. Cette objectif ne pourra être atteint qu'en dotant la structure ministérielle de coordination stratégique que le rapport propose de constituer des moyens de pilotage nécessaires ;
- pour éviter un contournement par les organismes d'assurance maladie de la nouvelle structure technique, la mission estime particulièrement nécessaire un partage des responsabilités de son pilotage entre l'Etat et l'assurance maladie. Constituer, comme l'envisage la présente note, la nouvelle structure par fusion du GIE SESAME-Vitale et du GIP-CPS, sous forme de GIP dont les organismes d'AMO, les fédérations d'organismes d'AMC et l'Etat seraient les membres principaux permet de donner une assise institutionnelle à ce copilotage ;
- s'agissant des outils de pilotage de la nouvelle structure technique, la mission préconise de mettre en place un dispositif reposant sur une programmation fine par projet et une contractualisation tripartite à moyen terme (cf. recommandations 5 et 6 du rapport). Ce mode de pilotage est d'autant plus nécessaire que la nouvelle structure sera amenée à intervenir sur la conception de systèmes différents, pour des maîtres d'ouvrage multiples.

4. Dans ce but, la constitution d'une structure technique d'études positionnée auprès de la maîtrise d'ouvrage Etat peut représenter un atout supplémentaire

Dans l'organisation envisagée, la structure technique de conception fournit ses prestations aux différents maîtres d'ouvrage, en premier lieu les organismes d'AMO et d'AMC pour leur projets communs (SESAM- Vitale, services en ligne,..) mais aussi l'Etat pour le DMP

et, à l'avenir, les agences sanitaires ou la CNSA pour la conception de leurs infrastructures d'échange d'information avec les professionnels et établissements de santé.

Ce schéma implique que les maîtrises d'ouvrage disposent des moyens leur permettant de formaliser leurs besoins et de définir les spécifications fonctionnelles générales des systèmes dont elles ont la charge. Cela peut justifier pour la mission le maintien de structures telles que le GIP-DMP et le GIP-CPS comme support des équipes chargées des études de maîtrise d'ouvrage, de même que celui de la MSV comme structure de maîtrise d'ouvrage mutualisée des organismes d'AMO⁴⁶.

Par ailleurs, l'exercice par la structure ministérielle de coordination stratégique de ses missions de planification stratégique, de définition du cadre technique et réglementaire général des échanges d'information au sein du secteur de la santé et de coordination de la mise en œuvre de la stratégie retenue suppose qu'elle dispose de moyens d'études et d'expertise. La mission privilégie pour cela d'une part le renforcement des moyens de l'actuelle Mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), érigée en délégation ministérielle, grâce notamment à la mise en place d'un fonds de concours de l'assurance maladie auprès du ministère de la santé (cf. recommandations 14 et 15 du rapport) et, d'autre part, un appui accru du GMSIH.

Une option complémentaire pourrait consister à mettre en place, sous forme de GIP ou d'EPA⁴⁷, une structure technique placée sous le pilotage de la structure ministérielle de coordination stratégique qui serait chargée à la fois des études de définition du cadre normatif des échanges d'information dans le secteur de la santé et des études de définition des besoins et des spécifications fonctionnelles générales pour les projets à maîtrise d'ouvrage Etat comme le DMP. Elle ne serait pas chargée en revanche de la maîtrise d'œuvre des systèmes d'échanges qui serait confiée à la structure technique de conception. Cette structure technique de maîtrise d'ouvrage et de normalisation pourrait être constituée par rapprochement du GIP-DMP et du GMSIH⁴⁸. Elle serait un centre de ressources techniques au service des directions du ministère et de la structure ministérielle de coordination stratégique.

La disparition du GMSIH en tant que groupement d'établissements de santé supposerait soit que ceux-ci créent parallèlement pour leurs besoins propres une structure d'études qu'ils financeraient par leurs propres moyens, soit que la structure technique de maîtrise d'ouvrage et de normalisation reprenne l'activité d'études du GMSIH correspondant aux besoins « génériques » des établissements.

Laurent GRATIEUX

Roland OLLIVIER

⁴⁶ La mission recommande toutefois le rattachement de la mission à l'UNCAM (cf. recommandation n°10 du rapport)

⁴⁷ Dans les deux cas, un financement de l'assurance maladie sera nécessaire, l'EPA impliquant a priori un cofinancement. La forme du GIP, incluant l'assurance maladie serait préférable si le financement était exclusivement assuré par celle-ci.

⁴⁸ Le chef de la MISS, par ailleurs directeur général du GIP-DMP prévoit déjà de s'appuyer sur l'expertise du GIP pour assurer sa mission.

**Réponses des directions d'administration centrale du ministère de la santé
et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
et observations en retour de l'Inspection générale des affaires sociales**

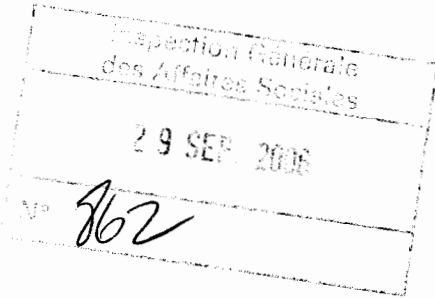


MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

**Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins**
Sous-direction de la qualité et du
fonctionnement des établissements de santé

Paris, le **20 SEP. 2006**

E 3/DD n° 253/06



Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

à

Monsieur le chef de l'Inspection
générale des affaires sociales

Objet : mission d'audit de l'organisation et du pilotage des organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé.

Vous m'avez transmis le 24 juillet dernier le rapport provisoire sur la mission en objet et sollicité pour émettre des observations sur les constatations des rapporteurs. Vous trouverez ci-après mes principales observations, certaines étant plus particulièrement développées en annexe, notamment en ce qui concerne la mission MARINE et l'ATIH.

1) Sur l'organisation de la mise en œuvre des SI dans le domaine de la santé et de l'assurance maladie. (partie 1 du rapport – recommandation 2)

La DHOS partage le diagnostic général de la Mission, à la suite d'une analyse très fouillée, qui met en évidence la nécessité d'améliorer la synergie des organismes nationaux intervenant dans le champ de l'informatisation du système de santé, notamment dans le domaine des échanges électroniques entre les systèmes d'information hospitaliers et ceux de l'assurance maladie.

Elle note effectivement que les moyens techniques du GIE Sesam-Vitale, très importants, sont très marginalement mis à contribution pour répondre aux besoins de généralisation des échanges établissements de santé (anciennement sous dotation globale) – caisses, alors même qu'il s'agit d'un enjeu important pour la mise en œuvre opérationnelle des réformes (LAM-T2A) et que ces établissements représentent la moitié des dépenses de santé.

Au delà du rattachement de la maîtrise d'ouvrage du dispositif Sesam Vital à un niveau inter-régime - en l'occurrence l'UNCAM- proposé par la **recommandation n°2**, une adaptation des modes de pilotage et de gouvernance de cette structure est donc nécessaire afin d'assurer une meilleure prise en compte des contraintes propres à l'hospitalisation, très insatisfaisante actuellement pour des raisons historiques. Une représentation du secteur de l'hospitalisation dans la gouvernance du dispositif et une bonne articulation entre la structure de pilotage stratégique et les Directions du ministère devraient être recherchées.

Le même constat peut être porté concernant les activités du GIP CPS, alors même que les établissements de santé devront développer un effort considérable pour mettre la sécurité de leur Système Informatique en conformité avec les exigences requises pour la généralisation du DMP.

2) Sur le pilotage des organismes et des projets (partie 2 du rapport – recommandation 11 et 14)

La DHOS souscrit à la recommandation d'une réaffirmation du rôle de l'Etat pour assurer la définition d'une stratégie nationale de développement de l'informatisation du système de santé et du renforcement de ses moyens pour assurer un pilotage efficace des dispositifs nécessaires à sa mise en œuvre.

Elle note la position (recommandation 11) de la Mission visant à conforter les responsabilités de la DHOS en matière de définition et de mise en œuvre de la politique nationale en matière système d'information hospitalier, dans un cadre de cohérence fixé par une « structure stratégique » renouvelée.

Le renforcement des moyens de cette dernière structure, qui pourrait être appelée à se transformer en délégation ministérielle (recommandation 14), paraît en effet souhaitable pour lui permettre d'apporter une réelle valeur ajoutée dans les missions qui lui seraient confiées en termes de conception d'un cadre d'action stratégique sur les SIS, de coordination transversale des services du ministère intervenant dans le domaine voire de maîtrise d'ouvrage stratégique des projets les plus transversaux (DMP, normes et infrastructures d'interopérabilité ...).

La question du format respectif des bureaux des directions « métiers » et de cette délégation lui paraît néanmoins insuffisamment traitée. Le calibrage global indiqué par la mission pour le format de la « structure de coordination stratégique » (20 à 50 agents) est peu explicité, de même que ses différentes activités au regard desquelles doivent être justifiés ces moyens.

Au renforcement d'une structure stratégique devrait correspondre logiquement un renforcement des structures des directions « métier » pour leur permettre une mise en œuvre concrète des orientations fixées.

Or, aucune indication de format n'est donnée notamment pour les services de la DHOS, qui ont la charge de définir et conduire un plan de modernisation des systèmes d'information hospitalier, qui devrait logiquement mobiliser les investissements les plus importants, par la simple projection mécanique du poids économique du secteur hospitalier

Enfin, le rapport, en se centrant sur le domaine des échanges entre producteurs de soins et assurance maladie, élude la question du pilotage du Système d'Information Automatisé du Ministère lui-même (administration centrale, agences nationales, agences régionales et services déconcentrés...). Or, celui-ci doit fonctionner dans un même schéma stratégique général (en particulier les référentiels RPPS et RMESS sont partagés), avec des échanges de plus en plus automatisés avec de nombreux partenaires extérieurs et des contraintes d'efficacité très fortes¹. Il semble essentiel d'envisager de confier également à cette structure stratégique, dont les moyens projetés semblent assez importants en regard des moyens consacrés aux autres problématiques par le Ministère, une fonction stratégique interne sur le système informatique, permettant au ministère de gérer son système informatique selon les mêmes principes de qualité et d'efficacité qu'il est souhaité pour l'externe.

Il paraît donc souhaitable à la DHOS que l'audit de l'IGAS soit prolongé par une mission complémentaire permettant d'éclairer cette question du calibrage des moyens de pilotage.

Cette mission pourrait utilement recourir à une analyse des moyens mis en œuvre dans les pays européens comparables au nôtre pour la mise en œuvre de leurs politiques publiques en terme d'informatisation du système de santé.

Je vous prie de croire, Monsieur le chef de l'inspection, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur de l'Hospitalisation
Et de l'Organisation des Soins



Jean CASTEX

¹ Cf remarques en annexe - point 6

ANNEXE

Observations de la DHOS

Rapport provisoire de la Mission IGAS sur l'organisation et le pilotage des organismes œuvrant à l'informatisation du système de santé

1. Remarque terminologique préalable

La terminologie de Système d'Information utilisée dans ce rapport pour décrire des Systèmes d'Information Automatisés conduit à des risques de confusion forts avec la part plus traditionnelle des Systèmes d'Information, liée aux formulaires (administratifs), études..., qui reste importante dans le domaine de la santé. La lecture du rapport laisse à penser qu'il ne traite pas de ce sujet mais bien de l'informatisation du Système de Santé. La pratique, du fait des confusions courantes sur ces termes, est de définir l'expression Système d'Information lorsqu'elle est utilisée dans un sens particulier

(par exemple :

RECOMMANDATION DCSSI N° 901/DISSI/SCSSI DU 2 MARS 1994 POUR LA PROTECTION DES SYSTEMES D'INFORMATION TRAITANT DES INFORMATIONS SENSIBLES NON CLASSIFIEES DE DEFENSE : Est dénommé système d'information, au sens du présent document, tout moyen dont le fonctionnement fait appel d'une façon ou d'une autre à l'électricité et qui est destiné à élaborer, traiter, stocker, acheminer, présenter ou détruire l'information.

ORDONNANCE N°2005-1516 DU 8 DECEMBRE 2005 RELATIVE AUX ECHANGES ELECTRONIQUES ENTRE LES USAGERS ET LES AUTORITES ADMINISTRATIVES ET ENTRE LES AUTORITES ADMINISTRATIVES : Sont considérés, au sens de la présente ordonnance comme système d'information, tout ensemble de moyens destinés à élaborer, traiter, stocker ou transmettre des informations faisant l'objet d'échanges par voie électronique ...),

2. Recommandations et annexes (annexes 2 et 4) ayant trait au pilotage des organismes des systèmes SV et carte CPS.

Le rapport (2.1.2.2 page 32) indique que « les équipes des directions concernées (DHOS, DSS) sont trop peu nombreuses et possèdent sans doute une expertise insuffisante... » et que « les représentants de l'Etat ne disposent pas toujours du recul et de l'expérience nécessaires... ». Cette rédaction donne une description sans doute non dénuée de fondement mais incomplète car la MISS est le représentant de l'Etat dans deux structures importantes que sont le GIE-SV et le GIP-CPS, alors qu'elle n'est pas citée par ces paragraphes et que, conformément à la définition de ses missions, il vous revient de coordonner l'action des différentes directions concernées

a) Recommandation 4 . A3-1 ; A4-1

Les propositions visant à rapprocher l'activité des différentes structures et à mieux organiser leurs collaborations nécessaires sont sans aucun doute intéressantes pour éviter la multiplication de travaux similaires, donc financés par la collectivité plusieurs fois. Par exemple pour des raisons économiques de volume et de convergence sur des standards, il est légitime de chercher à faire un appel d'offres groupé pour l'achat des cartes (par exemple dans le cadre d'un groupement de commande) entre le GIE et le GIP-CPS.

Cependant la dynamique de ces structures, n'est pas exclusivement liée aux aspects techniques (fabrication de cartes à puces) mais aussi à leur objet social. Celui du GIP-CPS évolue actuellement d'une simple autorité de certification et de distribution de cartes CPS pour les professionnels dans le cadre de Sesam-vitale, à celui d'un véritable groupement entre les

partenaires pour réaliser entre eux des actions d'intérêt commun (répertoire central partagé, carte professionnelle générique européenne et pas seulement liée à Sesam-Vitale). Dans sa mise en œuvre opérationnelle, il conviendra de veiller à ce que cet objectif de mutualisation des moyens techniques apporte une réelle valeur ajoutée à la réalisation des missions attribuées aux groupements et non un facteur de complexité supplémentaire.

A titre d'illustration, il ne serait probablement pas judicieux que le GIE SV pilote la chaîne de production des cartes CPS. La relation entre le donneur d'ordre et l'exécutant doit supporter le moins d'intermédiaires possibles. Pour cette raison, la formule de groupement de commande pour les achats avec un marché mais 2 donneurs d'ordres, alternant suivant les commandes, semble la solution préférable.

b) Recommandation 6

Même si l'intérêt d'une démarche de contractualisation pluriannuelle entre chaque organisme, l'Etat et l'Assurance Maladie semble réel, l'application de la recommandation 6, concernant une structure comme le GIP-CPS, telle que présentée, risquerait d'être interprétée par un juge comme un indice d'une infraction au code des marchés publics pour les missions qui lui sont confiées. La définition d'un tel contrat devrait se définir au sein des structures de pilotage (CA, AG) et non pas seulement de façon tripartite.

4. Recommandation 13 et de l'annexe 12 sur la construction des répertoires

a) Recommandation 12

Si une structure de coordination stratégique de l'informatisation du système de santé était créée au sein du ministère, avec des moyens importants lui permettant de mener à bien les projets RMESS et RPPS, la conduite de ces projets pourrait effectivement avec intérêt lui être confiée. Cependant il convient de noter que la mission MARINE, qui n'a été dotée que de 2 postes, pour mener ces projets, n'a pas pour seules activités ces projets de refonte. Elle a en charge le pilotage des études et des enquêtes de la DHOS, ainsi que la coordination de l'informatique métier de la DHOS. Dans l'éventualité d'un transfert du pilotage de la refonte des répertoires à la MISS, ces missions devront rester à la DHOS avec les moyens correspondants.

Par ailleurs, si le transfert vers la structure de coordination stratégique projetée ne permettait pas une réelle augmentation des moyens affectée à ces projets, les inconvénients d'une telle solution pourraient l'emporter sur les avantages. En effet, l'insertion de la mission Marine dans une direction métier importante offre également des possibilités de synergies et permet la recherche d'un foisonnement de moyens qui serait plus difficile dans une structure légère de coordination.

Enfin, il convient de noter que l'autre direction métier concernée fortement par ces sujets, à savoir la DGAS, pourrait ne pas se retrouver dans cette proposition si le volet social des projets (professionnels, structures) n'était pas porté par cette structure.

Si le transfert de ces projets est réalisée, il semble également pertinent d'envisager de rattacher complètement à cette structure stratégique le GIP-CPS, et donc de le sortir du programme DHOS, dans la mesure où les adhérences avec les missions de la DHOS s'amoindrissent du fait du transfert du rôle sur le RPPS et de la très faible capacité de pilotage réel par le DHOS, la fonction de représentant de l'Etat y étant tenue par la MISS.

b) Recommandation A12-1 : La DSS doit également être citée dans les autorités responsables car la négociations de la COG sous son couvert aurait dû être le lieu où ses demandes sont prises en compte. Ce qui n'a pas pu être le cas.

c) Recommandation A12-4 : La DHOS et la DGAS, direction métiers concernées par la problématique du référentiel RMESS doivent aussi être citées comme autorités responsables.

La proposition présentée dans le dernier paragraphe de ce chapitre, correspond à une description de la situation qui existait pour la gestion des répertoires ADELI et FINESS, avant la décision d'engager les refontes, où les directions métiers concernés étaient censées être les responsables métiers et la DREES chargée de la maîtrise d'ouvrage déléguée. Ce sont les problèmes de ce mode de fonctionnement, conduit finalement par la DREES avec ses préoccupations (les directions métier n'étant pas capables de se motiver sur des sujets sur lesquels elles n'avaient pas de maîtrise), qui a mené à des répertoires jugés de mauvaise qualité, utilisables pour les statistiques mais pas pour des usages de système d'information, conduisant tous les acteurs (au sein du ministère comme à l'extérieur) à devoir recréer de leur côté d'autres répertoires tenu en parallèle (dans les applications informatiques, à la CNAMTS...). Cette modalité, ayant montré ses limites, n'est sans doute pas à poursuivre.

L'implication de la DREES, sur le RMESS, est bien sûr essentielle pour que le nouveau système mis en place fonctionne correctement, mais selon des modalités qui ne doivent sans doute pas être les mêmes que les précédentes. Si le rôle des statisticiens régionaux sur le terrain semble essentiel, et une coordination de leur action par la DREES devoir se poursuivre sur ces sujets, les contraintes de bonne prise en compte de la problématique d'identification nécessite que les directions métiers (DHOS, DGAS) soient extrêmement impliquées, dans le cadre de leur production réglementaire quotidienne. La nouvelle organisation, qui reste à proposer dans le cadre du projet RMESS, doit permettre de faire travailler ensemble efficacement les différentes Directions et pour cela une responsabilité partagée (mission commune, pilotage en commun d'un opérateur...) semble une voie nouvelle à explorer.

Si le retard de la refonte de FINESS (RMESS) s'explique bien par les éléments indiqués, la situation du RPPS (refonte de ADELI) dont le démarrage de la 1^{ère} phase est bien avancée, même si la date en a été retardée à plusieurs reprises, semble au contraire montrer la capacité des directions métier à réaliser des évolutions hors de portée de la DREES (rapprochement individuel des fichiers Ordres, Etat, CNAMT réalisé ; création d'un répertoire national unique...). L'amalgame fait entre les deux projets dans des stades d'avancement très différents (RMESS toujours en phase de démarrage, RPPS près d'entrer en phase d'exploitation), alors que leur lancement a été conjoint, semble ignorer la priorité qui a été accordé au second du fait de son caractère plus essentiel pour l'évolution du dispositif, dans le contexte de pénurie de moyens rencontré.

5. Recommandation de l'annexe 6 sur l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

a) Il est relevé que l'ATIH n'a aucun partenaire commercial pour assurer la fonction relative au traitement des données médicales.

Il faut savoir que régulièrement des sociétés de consultants font appel à l'agence pour traiter les bases PMSI. L'agence a toujours refusé de répondre à ce type de demande. Mais on peut comprendre que le niveau d'expertise de l'agence en la matière est peu partagé, rendant illusoire les possibilités de sous-traitance dans ce domaine et ce, indépendamment du caractère sensible des données traitées.

b) Dans le cadre du traitement des données médico-économiques par l'agence :

L'annexe ne fait pas mention de la sous-traitance d'une partie des contrôles de l'ENC ainsi que de l'organisation de la formation des établissements à la nouvelle ENC.

c) Dans le tableau relatif à la gestion des nomenclatures par l'agence:

Il est indiqué qu'un effectif de 15,4 agents est affecté à ce domaine, ce qui ne correspond pas à la réalité. Mais il est complexe de reconstruire la répartition des effectifs sur la base du découpage présenté par le rapport. En effet celui-ci ne reprend pas l'ensemble des tâches prises en compte par l'agence comme par exemple préparation des bases nationales, rédaction et mise à disposition des guides de production PMSI, réponses aux demandes externes et institutionnelles, aux questions des établissements et des ARH.....

- d) Il est relevé que la nécessité d'industrialiser les remontées de données a comme conséquence de mobiliser des compétences en matière d'informatisation d'échanges de données.

Il faut rappeler que lors de sa mise en place, l'agence avait « hérité » des compétences nécessaires à la réalisation du e.PMSI au travers des effectifs issus du CTIP initial. Il n'est donc pas exact de retenir que l'agence a dû acquiescer ce type de compétence à partir de 2003.

- e) En matière de perspectives d'évolution des missions, est souligné un nécessaire renforcement des compétences dans le domaine de l'évaluation médico-économique.

Il faut rappeler dans ce cadre la sous-traitance des contrôles.

- f) Le rapport insiste sur le caractère sensible des données recueillies qui bien qu'elles soient anonymisées, requièrent des échanges sécurisés.

Il faut préciser que la maintenance des serveurs de l'agence ne nécessite pas de moyens spécifiques nouveaux à déployer, car déjà existant et pour partie automatisés.

- g) Il est important de souligner que les propositions présentées par la mission sont en totale cohérence avec le contenu du COM en cours d'élaboration.

En conclusion, le rapport décrit avec finesse l'historique attaché à l'agence, son mode de fonctionnement, ses missions actuelles et l'évolution de celles-ci avec le nécessaire accompagnement de moyens que cela induit.

La mission insiste sur la nécessité de renforcer les moyens de l'ATIH. Ce constat a suffisamment été développé dans des rapports précédents émanant d'autres instances (IGAS/IGF ; Cour des Comptes ; MECSS...) pour que l'on puisse affirmer qu'il y a actuellement consensus sur ce point.

La mission s'interroge sur les limites de l'action de l'agence. Cette question devrait trouver réponse dans le cadre du COM en cours d'élaboration.

Elle pose la question des choix à opérer entre développement de ressources internes à l'ATIH et externalisation. Néanmoins la technicité que requièrent les missions dévolues à l'agence est souvent peu partagée et relativise les possibilités de sous-traitance. Le niveau de réactivité exigé de l'agence est peu compatible avec les procédures administratives devant être mises en œuvre pour une externalisation. Le caractère stratégique pour la DHOS des commandes passées auprès de l'ATIH impose de limiter au maximum les risques que peuvent présenter des réalisations externes.

Enfin il faut insister sur le fait qu'une externalisation est mise en œuvre chaque fois que réalisable sans risque majeur. Le COM dans sa description des moyens nécessaires à l'action de l'agence, fera état des sous-traitances actuellement mises en œuvre ainsi que celles prévues pour l'avenir.

6. Recommandation de l'annexe 15 sur les projets de système d'information relatifs au secteur sanitaire

L'option prise par la Mission la conduit à centrer ses recommandations sur l'échange d'information entre les producteurs de soins et l'assurance maladie. Le sujet des échanges d'information entre les producteurs de soins et les pouvoirs publics intervenant dans le domaine de la Santé est abordé uniquement en annexe au travers des systèmes d'information des agences sanitaires et de la HAS. La question de SI de pilotage régionaux nécessaires aux ARH et pour l'exercice, en liaison avec les services déconcentrés, de leurs missions est seulement abordée dans l'annexe sur l'ATIH.

Or, ce domaine connaît actuellement des développements très importants notamment du fait, d'une part, des impératifs de sécurité sanitaire (veille et vigilance, gestion des crises...) qui nécessitent la mise en œuvre d'échanges réactifs d'informations opérationnelles avec les professionnels et établissements de santé, d'autre part, de l'empilement de systèmes d'information (informatiques ou papiers) visant à l'élaboration de statistiques, l'évaluation des politiques publiques (plans sectoriels de santé publique) et pour des démarches de contractualisation (Etat → agences → établissements).

Dès maintenant, la multiplication désordonnée de ces dispositifs est contraignante pour les établissements de santé.

Du point de vue de la DHOS, la question du dimensionnement et de l'organisation du (ou des) opérateur(s) technique(s) des pouvoirs publics de la "sphère santé" mériterait d'être rapidement étudiée et arbitrée de manière à améliorer la définition des architectures communes, le pilotage des projets et l'exploitation des systèmes d'information de pilotage nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Réponse de la mission aux observations de la DHOS

1) partie traitant de l'organisation de la mise en œuvre des SI (partie 1-recommandation 2)

La mission prend acte des convergences avec la DHOS sur l'utilité de s'appuyer sur les compétences du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS pour le développement des systèmes d'échanges automatisés entre les établissements de santé et les autres acteurs du système de santé et d'assurance maladie. Toutefois, la mission estime que cet objectif ne serait pas nécessairement garanti par l'introduction -ou le renforcement- de la représentation du secteur de l'hospitalisation (DHOS, fédérations d'établissements ?) au sein des instances de direction de ces groupements (l'exemple du GIP-CPS où l'Etat est déjà représenté le montre a contrario), mais bien plus par l'affirmation d'une stratégie claire impliquant l'expression d'objectifs à moyen terme et la hiérarchisation des priorités.

A ce titre la mission estime particulièrement nécessaire :

- de renforcer comme elle le propose la structure de coordination stratégique au sein du ministère de la santé, condition nécessaire à l'élaboration de cette stratégie ;
- de recourir à l'outil contractuel tant avec la CNAMTS (convention d'objectifs et de gestion) qu'avec les GIP pour fixer clairement les objectifs prioritaires à moyen terme et régler en conséquence l'évolution des moyens de ces structures.

Cela implique la définition d'une position commune des administrations centrales, exprimée et mise en œuvre par le biais des contrats, dans la durée. Cette méthode est, pour la mission, plus efficace que celle consistant à démultiplier la représentation de l'Etat au sein des instances de pilotage des groupements, sans ligne directrice claire.

2) Sur la réponse relative au pilotage des organismes et des projets (partie2-recommandation 11 et 14)

La DHOS critique l'absence, dans le rapport, de chiffrage précis du format souhaitable des bureaux des systèmes d'information des directions « métiers » et de la structure stratégique. La mission reconnaît cette limite du rapport qui est largement due à la difficulté des services eux-mêmes à exprimer une conception claire de leurs missions respectives et à définir les moyens nécessaires pour cela. La mission souligne en particulier que ne disposant ni d'un document de cadrage relatif à l'exercice de ces missions, ni d'un organigramme fonctionnel précis émanant de la DHOS concernant la mise en œuvre de la politique des systèmes d'information hospitaliers, il lui était difficile de proposer dans le détail un redéploiement quantitatif des moyens humains entre cette direction et une future délégation ministérielle. Elle observe aussi que, dans ce domaine, une démarche pragmatique d'arbitrage entre missions et moyens est sans doute préférable (c'est notamment celle adoptée par le rapport IGF/CGTI cité par le rapport pour la constitution d'une structure de coordination stratégique des systèmes d'information du ministère des finances) à une vision a priori qui ne pourrait être mise en œuvre en pratique.

Par ailleurs, la DHOS souligne avec raison que le rapport n'aborde pas le pilotage du système d'information interne du ministère de la santé. La mission reconnaît cette limite qui tient à la définition de son champ d'investigation. Elle est cependant d'accord avec la DHOS pour considérer que la future structure stratégique, sans être responsable du système d'information

interne du ministère, devrait être chargée de veiller à l'articulation de celui-ci avec les autres composantes du système d'information de santé qui relèvent de l'action de divers opérateurs externes.

3) Réponse aux observations de la DHOS en annexe

3.1 Remarque terminologique.

Les définitions contenues dans le rapport sont suffisamment claires pour qu'il n'y ait pas de confusion sur le sens de la terminologie de « système d'information ».

3.2 Recommandations et annexes du rapport.

La mission maintient intégralement ses observations formulées en page 32 relatives à la difficulté des services de l'Etat à assurer une représentation efficace et cohérente de celui-ci au sein des multiples instances de gestion des groupements, observations fondées sur les analyses présentées dans les annexes du rapport.

a) Recommandation 4 : A3-1 ; A4-1.

La mission maintient sa préconisation de mutualisation des moyens de conception et de commande de l'édition de cartes à puce. Cette préconisation n'est pas incompatible avec la reconnaissance des missions spécifiques du GIP-CPS et du GIE SESAM-VITALE ; elle vise à éviter une redondance d'équipes en charge de la conception et de la fabrication des cartes et, surtout, le maintien -qui peut être techniquement non justifié- de solutions différentes.

b) Recommandation 6.

L'observation n'est pas fondée. Le contrat tripartite proposée par la mission ne vise pas à ce que l'Etat et l'assurance maladie, membres du groupement, se procurent des biens et services à titre onéreux auprès de celui-ci, mais à définir la stratégie à moyen terme du groupement. Il n'y a pas de risque de requalification du contrat en marché public si le contrat reste à un niveau de stratégie d'ensemble et non à celui de la définition précise des biens et services à fournir. Par ailleurs la mission rappelle que c'est la loi qui fixe l'obligation pour l'assurance maladie de passer une convention avec les organismes qu'elle finance.

3.3 Recommandation 13 et annexe 12

a) recommandation 12.

L'observation est sans objet. La mission de l'IGAS a bien relevé que la mission MARINE avait d'autres activités que celles relatives à la coordination des projets RMESS et RPPS et que la proposition de rattachement de MARINE à la structure stratégique supposera que la DHOS puisse conserver les -faibles- moyens affectés à ses besoins propres. Elle note cependant que la coordination de l'informatique métier de la DHOS évoqué dans la réponse ne figure pas dans la lettre d'objectifs de la mission MARINE. Elle ne peut s'empêcher de relever que le développement de tâches internes à la DHOS dans l'activité de MARINE, s'écartant des objectifs qui ont présidé à sa création, peut expliquer en partie ses difficultés à conduire les projets RPPS et RMESS.

La mission prend acte par ailleurs du souhait d'un rattachement du suivi de l'activité du GIP-CPS à la structure de coordination stratégique

b) recommandation A12-1.

L'observation de la DHOS qui souhaite que la DSS soit l'interlocuteur unique de la négociation de la COG avec la CNAMTS reçoit l'assentiment de la mission, dès lors qu'est organisée en amont l'expression des besoins et priorités de l'Etat, expression coordonnée par la MISS (ou une future délégation ministérielle).

c) Recommandation A12-4.

La mission maintient sa recommandation. Dans le schéma qu'elle propose, il appartiendrait à la structure de coordination stratégique, à laquelle serait rattachée MARINE, de coordonner l'expression des besoins des différentes directions d'administration centrale concernées (DHOS et DGAS) et à la direction métier capable de mobiliser les compétences appropriées, en l'occurrence la DREES, d'assurer la maîtrise d'ouvrage déléguée du RMESS, en liaison avec les précédentes. Ceci étant, elle est prête à admettre la validité d'autres organisations dès lors qu'elles assureraient la prise en compte de l'ensemble des besoins et un fonctionnement en mode projet efficace, c'est à dire une continuité de la stratégie suivie et des moyens alloués, sur la durée, point qui a fait défaut, à l'évidence, dans la conduite du projet RMESS.

La mission s'étonne par ailleurs de la priorité assignée par la DHOS au projet RPPS par rapport au projet RMESS, qui n'apparaît pas dans les documents examinés et ne semble pas partagée par d'autres interlocuteurs de la mission comme la DGAS et la CNSA. Elle rappelle l'urgence de l'aboutissement de la construction des deux répertoires RMESS et RPPS au risque de voir divers opérateurs constituer leurs propres répertoires et rendre ainsi plus difficiles les échanges automatisés de données.

3.4 Recommandations de l'annexe 6 sur l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

a) Partenariat commercial.

Il y a une méprise sur la teneur du rapport. La mission fait référence à la sous-traitance de la construction de l'environnement « Web » et de l'hébergement de serveurs de données. Elle ne préconise pas une sous-traitance de l'exploitation des bases PMSI. Par contre elle ne peut qu'être favorable à une plus grande appropriation du contenu de ces bases par les utilisateurs du PMSI.

b) Traitement des données médico-économiques par l'agence.

Dont acte (information non portée à la connaissance de la mission). Il s'agit en l'occurrence d'une sous-traitance des contrôles et de l'organisation de la formation des établissements et non du traitement des données elles-mêmes.

c) Tableau relatif à la gestion des nomenclatures par l'agence.

La mission s'est appuyée sur les informations transmises par l'ATIH, et a réalisé à partir des informations que l'agence lui a communiquées l'analyse de ses tâches et métiers. Le tableau

présentant cette analyse a été communiqué à l'ATIH qui a formulé des observations qui ont été prises en compte par la mission. Celle-ci s'étonne que la DHOS conteste les données ainsi établies alors qu'elle n'a pas été en mesure de présenter à la mission une autre ventilation des tâches réalisées par l'agence.

Ce constat souligne l'intérêt de réaliser, entre l'agence et le service chargé de son pilotage, une analyse précise des composantes du métier et de la production de l'ATIH, tenue à jour en fonction des évolutions observées. Seul ce travail est susceptible de garantir une adéquation correcte des moyens de l'agence à son programme d'action.

d) Industrialisation de la collecte des données du e-pmsi.

Il faut distinguer ce qui relève d'un travail de conception du cadre du traitement des données à assurer par l'ATIH et ce qui a trait aux modalités de leur remplissage et de leur recueil sous environnement « Web » qui peut être effectué par recours à la sous-traitance. Il n'y a donc pas d'appréciation erronée des compétences acquises par l'ATIH qui a bénéficié de l'expérience des équipes exerçant précédemment au CTIP.

f) Sécurisation des échanges de données.

Dont acte. Mais il serait souhaitable d'utiliser les référentiels du GIP-CPS.

g) Cohérence des propositions de la mission avec le contenu du futur COM.

Dont acte, c'était évidemment le souhait et le but de la mission.

h) Conclusion concernant l'ATIH.

La mission maintient ses observations. La préservation d'un savoir faire interne et la réactivité voulue pour répondre à des commandes inopinées n'est pas un frein à une nécessaire réflexion, compte tenu des ressources internes limitées et de la nécessité d'assurer les métiers de base (maintenir une nomenclature en santé et traiter l'information médicalisée), sur la nature des activités à sous-traiter.

En particulier, la mission souligne que si l'ATIH dispose d'un savoir faire irremplaçable sur la définition des informations à échanger (classifications médicale et médico-économique) et leur traitement (élaboration des échelles de coût et de tarifs, réalisations de simulations), c'est à dire sur le « contenu » des systèmes, elle n'a pas de compétence spécifique dans la conception des systèmes d'échanges automatisés, c'est à dire des « contenants », qui s'appuie sur des technologies maîtrisées par d'autres acteurs. C'est pour la conception du « contenant » que la mission recommande une réflexion sur la possibilité de recourir à des prestataires externes.

Par ailleurs, le renforcement de la programmation pluriannuelle et annuelle du travail de l'ATIH notamment par le biais du COM peut contribuer à limiter le nombre de commandes impromptues tout en leur réservant des plages de travail.

3.5 Recommandation de l'annexe 15.

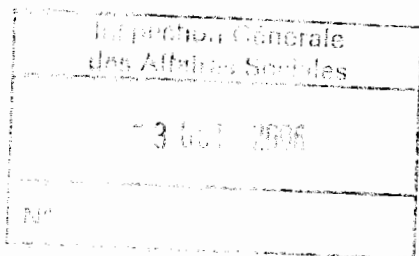
Il ne s'agit pas d'une option de la mission mais de son champ et de sa nature même. L'intérêt porté par la mission à l'aboutissement du projet PARTHAGE témoigne par ailleurs de son souci de voir fonctionner de façon cohérente un dispositif d'échange d'informations entre la DHOS, les ARH, les services déconcentrés et les établissements de santé. Cela relève au demeurant d'une programmation stratégique au sein de la DHOS pour éviter « l'empilement » de systèmes d'information qu'elle déplore.

Le volet relatif à la veille et à la vigilance sanitaire était exclu du champ d'investigation de la mission. Elle a cependant bien souligné ces enjeux de veille sanitaire (paragraphe 1.4.2 du rapport). En analysant l'élaboration des schémas directeurs de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) et de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), la mission a en outre constaté l'importance d'une mutualisation de répertoires et de l'établissement de référentiels communs.

Ministère de la santé et des solidarités

Paris, le 26 septembre 2006

**Mission pour l'Informatisation
du Système de Santé**



Le Chef de la Mission pour
l'informatisation du système de santé

à

Monsieur le Chef de l'Inspection générale
des affaires sociales

Objet : note complémentaire (ref. 2006-133) au rapport de la mission IGAS d'audit de l'organisation et du pilotage des organismes oeuvrant à l'informatisation du système d'information de santé (rapport 2006-113)

Monsieur,

Je vous remercie de m'avoir transmis la note complémentaire au rapport cité en référence, traitant des perspectives de fusion ou de regroupement entre les organismes oeuvrant à l'informatisation du système d'information de santé.

Cette note, qui complète utilement le rapport d'audit dans la recherche d'une simplification du système, appelle de ma part les observations suivantes :

J'adhère à l'idée qu'un regroupement cohérent ou une fusion des organismes existants sur le critère du métier et de l'expertise est de nature à contribuer à la rationalisation de l'organisation générale en favorisant des complémentarités et la mutualisation des moyens.

La constitution d'une entité de maîtrise d'oeuvre opérationnelle et de déploiement issue de la fusion du GIE Sesam-Vitale, d'une partie du GIP CPS et d'une partie du GIP DMP, mise aux service des différentes maîtrises d'ouvrage, constitue une piste intéressante mais présente à mes yeux deux limites :

- elle risque de séparer excessivement la maîtrise d'ouvrage de la maîtrise d'oeuvre, rendant le pilotage des projets par la première trop éloigné des préoccupations et contraintes de la seconde (c'est pourquoi il ne me paraît notamment pas souhaitable d'envisager à court terme un démembrement du GIP DMP) ;
- par ailleurs, un regroupement de cette importance risque d'être difficilement acceptable par les différents acteurs concernés et notamment par l'assurance maladie, qui pourrait craindre une perte de maîtrise sur ses projets.

Il me paraît fondé de maintenir une structure GIP CPS, chargée de la fonction d'autorité de certification (AC) pour le compte du secteur santé-social.

L'objet de l'IDS, dont l'activité première est la concertation, semble justifier de ne pas l'intégrer dans la nouvelle structure de maîtrise d'œuvre.

La transformation du GMSIH en une structure d'études et d'expertise auprès de l'Etat en matière de référentiels d'interopérabilité et de normalisation des échanges constitue une orientation qui rejoint les préoccupations de la MISS.

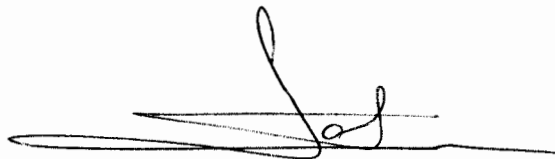
Au regard de la spécificité de son action, il semble justifié de maintenir l'ATIH dans une structure distincte et d'envisager, au-delà de ses missions portant sur le PMSI et les classifications médicales, un positionnement d'opérateur chargé des échanges entre les établissements de santé et l'Etat.

Enfin il est clair, comme le souligne la note, qu'une telle démarche de regroupement à des fins de rationalisation de l'organisation générale ne peut produire pleinement ses effets qu'à la condition que l'Etat assure le renforcement du pilotage d'ensemble de la construction et de l'informatisation du système d'information de santé.

La proposition de confier cette mission à une structure issue de la MISS, renforcée dans ses moyens, suscite mon approbation. Cependant, la réflexion mériterait d'être approfondie sur ses missions et son périmètre d'action ainsi que sur la nature juridique et les moyens de cette structure. Celle-ci pourrait être érigée en délégation ministérielle, comme le propose l'IGAS ou en direction des systèmes d'information (à l'instar d'autres ministères), en fonction des ambitions qui détermineront la conception de la fonction de pilotage qui lui sera confiée.

Je reste à votre disposition, ainsi qu'à celle de la mission d'audit, pour approfondir les éléments de réflexion exposés très synthétiquement dans ce courrier,

Et vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'L' followed by a smaller 'S' and a long horizontal stroke extending to the right.

Réponse de la mission aux observations de la MISS sur la note complémentaire au rapport

La mission prend acte des convergences entre les positions de la MISS et ses propositions. Elle relève que la divergence qui apparaît n'est pas fondamentale si, comme la mission le préconise, le regroupement des structures s'effectue dans une démarche pragmatique et progressive. En particulier, la mission souligne qu'elle ne recommande pas l'absorption pure et simple du GIP-CPS et du GIP-DMP dans une nouvelle entité commune avec le GIE SESAM Vitale mais seulement la concentration des activités de conception technique et de maîtrise d'œuvre des systèmes d'échange automatisés, ce qui signifie que les deux GIP conserveraient dans le schéma proposé leur autres fonctions (maîtrise d'ouvrage des systèmes ; conception d'ensemble des architectures).

La mission n'est pas opposée par ailleurs à ce que le GIP-CPS conserve une mission d'autorité de certification mais, dans la ligne des propositions du rapport, à condition que cette mission et ce « métier » spécifiques puissent s'exercer au profit de l'ensemble des acteurs (y compris au profit du GIE pour la sécurisation des échanges des assurés sociaux).

476

NOTE

Date : 30 OCT. 2006

à

M André Nutte
Chef de l'Inspection Générale des affaires Sociales

Cab/Dir n° 821/2006

Objet : Rapport de l'IGAS relatif au système d'information.

Vous trouverez, ci-joint, les réponses détaillées aux préconisations faites par les auteurs du rapport cité en objet.

Je souhaite également évoquer certains sujets de portée générale :

Je partage tout d'abord la nécessité de réaffirmer le rôle stratégique de l'Etat dans le pilotage du système d'information de santé. Il lui appartient de définir les objectifs d'évolution de ce système, de garantir la cohérence de l'action des différents acteurs et d'organiser la concertation. Ce rôle éminent ne devrait néanmoins pas le conduire à assurer trop directement le pilotage des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs, tant l'expérience nous montre les limites de l'efficacité de l'Etat dans ce domaine.

S'agissant de son organisation, il ne m'appartient pas de porter un jugement sur les préconisations faites par ce rapport. Néanmoins, la création d'un fond de concours financé par l'assurance maladie pour faire fonctionner les services de l'Etat ne me semble pas cohérente pour différentes raisons : d'une part parce que la dissociation entre le décideur et le financeur entraîne mécaniquement une déresponsabilisation et porte des risques de dérives. D'autre part parce que la situation financière de l'assurance maladie ne peut lui permettre de se substituer à l'Etat lorsque celui-ci ne dispose pas des marges de manœuvre financières pour assurer ses ambitions. Enfin, je rappelle que ce financement serait conditionné, compte tenu de la jurisprudence du Conseil Constitutionnel, à un accord du Conseil de la CNAMTS, accord qui ne me paraît pas être marqué du sceau de l'évidence.

Le rapport évoque également différents moyens pour renforcer la cohérence de l'action des nombreux opérateurs du système d'information de santé. Pour la CNAMTS, il est nécessaire de rappeler l'outil structurant qui constitue la convention d'objectifs et de

gestion. C'est par cet outil que l'Etat peut traduire ses priorités au travers d'une contractualisation pluriannuelle fixant des objectifs et allouant les moyens financiers.

S'agissant des rapprochements d'organismes, la note complémentaire de l'IGAS évoque un scénario qui concernerait le GIP CPS et le GIE Sesam Vitale.

Un tel rapprochement repose sur une incontestable complémentarité dans les champs d'intervention des deux organismes et peut constituer une cible pertinente. Il importe néanmoins de bien identifier l'ensemble des questions (gouvernance, association des partenaires.....) posées par une telle opération.



Frédéric Van ROEKEGHEM

Copie : Marie Caroline Bonnet-Galzy – Secrétaire général – Ministère de la santé et des solidarités, ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.

RECOMMANDATIONS 1, 3 et 4 :

- **Recentrer l'activité de chaque organisme spécialisé sur son « cœur de métier » tout en lui permettant d'apporter son appui à des systèmes d'information réalisés par d'autres acteurs**
- **Favoriser la coopération entre les structures spécialisées en élargissant leurs possibilités d'intervention et en contractualisant des objectifs de qualité de service pour les prestations mutuelles**
- **Etudier les possibilités de mutualisation de fonctions support entre groupements**

Le principe du recentrage des missions des organismes apparaît pertinent et doit contribuer à l'objectif d'optimisation des moyens et de mutualisation de services. En revanche, la mise en place de logiques de contractualisation entre organismes peut s'avérer lourde à mettre en œuvre et complexe à gouverner. A ce titre, le rapport ne définit pas précisément les modalités de gouvernance de ces logiques de mutualisation notamment pour ce qui concerne les aspects de financement et les arbitrages entre priorités. Ces recommandations pour être mises en œuvre nécessitent une analyse détaillée afin d'en mesurer les impacts sur le fonctionnement des structures et sur la mise en œuvre opérationnelle des projets.

L'étude de la mutualisation des fonctions support semble pertinente eu égard aux moyens consacrés à ces fonctions dans les différents organismes.

RECOMMANDATION 2 : Renforcer l'implication du GIE SESAM-Vitale et du GIP-CPS dans le développement des systèmes d'échanges sécurisés dans les établissements de santé et replacer le pilotage opérationnel de la facturation des séjours dans un cadre interrégimes.

La gouvernance du projet "Hopital" est assurée aujourd'hui par un comité de pilotage commun CNAMTS/DHOS qui fonctionne et associe tous les services compétents du Ministère et tous les représentants des régimes d'Assurance Maladie obligatoire ainsi que la maîtrise d'ouvrage Sesam-Vitale. Ces partenaires ont été et seront associés aux différentes étapes de construction et de mise en œuvre de ce chantier.

La faible implication des groupements dans les échanges avec les établissements est essentiellement due à l'impossibilité de transposer le système SESAM-Vitale actuel dans le secteur hospitalier dans un délai court. Le choix pragmatique qui a été fait est la réutilisation des composants SESAM-Vitale (adaptables à l'hôpital) pour les premiers échanges entre l'Assurance Maladie et les établissements (titres de recette), cette première étape est d'ores et déjà mise en œuvre. Les travaux en cours, impliquant fortement la MSV et le GIE SV, prévoient différentes étapes :

- La consultation des droits à l'hôpital qui sera disponible pour la facturation des consultations externes (à la fois via la carte Vitale, à la fois en temps réel via le serveur IMARS du GIE SV)
- La dématérialisation des échanges (certificat de droits)

RECOMMANDATION 5 : Mettre en place un dispositif de pilotage permettant d'assurer

- **une programmation de l'activité, déclinée par projets,**
- **la quantification des moyens nécessaires à la réalisation de chaque projet,**
- **le suivi de la consommation des ressources**
- **la prise en compte des objectifs d'activité et d'objectifs de performance dans le management interne**

Cette recommandation est évidemment pertinente, la mission reconnaît d'ailleurs que le dispositif a été mis en place dans les différents organismes. Il serait nécessaire de préciser les différents niveaux de pilotage et les acteurs visés par cette recommandation.

RECOMMANDATION 6 : Introduire une contractualisation tripartite à moyen terme identifiant les orientations prioritaires à moyen terme de l'activité de l'organisme, les modalités d'arbitrage des choix techniques structurants, l'évolution des moyens nécessaires à l'atteinte des objectifs et les rapprochements à conduire avec d'autres structures

La CNAMTS est très favorable au principe de contractualisation tri-partite, celle-ci permettrait un cadrage amont des programmes d'action des différents organismes permettant une meilleure adéquation avec les enjeux de l'assurance Maladie. Cependant, cette contractualisation devra être clairement positionnée par rapport au rôle des instances de pilotage des différents organismes. Il conviendra de la décliner organisme par organisme afin de définir précisément pour chacun d'eux les impacts sur la gouvernance et la gestion des projets.

Le rapport souligne les difficultés pour l'Etat de bâtir et soutenir une stratégie globale en citant en exemple l'inadéquation de la COG comme instrument de pilotage stratégique des structures spécialisées [Rapport de synthèse page 33].

La vocation de la COG n'est pas de détailler la stratégie des organismes, son volet SI a pour vocation de cadrer les grands axes d'évolution du SI de l'Assurance Maladie en incluant de manière macroscopique la contribution de ces organismes à ces grands axes

RECOMMANDATIONS 7, 8 et 9 :

- **Mettre en place une instance de concertation réunissant les représentants des acteurs des systèmes d'information de santé en vue de l'élaboration et du suivi d'une stratégie partagée**
- **Identifier clairement pour chaque projet le partage des responsabilités opérationnelles en distinguant les fonctions de maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre**
- **Mettre en place des outils de programmation et de suivi macroscopique repérant les étapes clés des projets et leurs interactions**

La création d'une instance de concertation de l'ensemble des acteurs pose la question de son objet, de ses missions et de son articulation avec les différentes instances de pilotage des SIS d'une part et avec le pilotage opérationnel des différents organismes d'autre part.

La séparation des fonctions de Maîtrise d'ouvrage et Maîtrise d'œuvre n'appelle pas de remarques particulière. La programmation et d'un suivi macroscopique de l'ensemble des projets est une nécessité pour améliorer le pilotage global et appréhender les adhérences entre projets.

RECOMMANDATION 10 : Transférer à l'UNCAM et à l'UNOCAM la représentation des organismes AMO et AMC dans la conduite opérationnelle des projets mutualisés. Placer à cette fin la mission SESAM-Vitale sous la responsabilité de l'UNCAM

Il existe une certaine contradiction entre la volonté de la mission de contractualiser de manière tri-partite et l'affirmation de la nécessité de collégialité avec toutes les limites de son efficacité.

Confier la responsabilité à l'UNCAM et l'UNOCAM réduirait certainement l'inertie liée à la concertation entre de nombreux acteurs. Cette préconisation si elle semble cohérente avec la nouvelle gouvernance instaurée dans le cadre de la loi de Réforme du 13 août 2004, implique pour être mise en œuvre une évolution législative des missions actuelles de l'UNCAM. En effet, actuellement l'UNCAM n'est pas une structure opérationnelle.

Le rattachement de la Mission SESAM-Vitale à l'UNCAM ne saurait en l'état apporter une réponse à l'efficacité du suivi du programme ou à la légitimité de la MSV. Les partenaires du programme travaillent actuellement sur l'évolution du partenariat AMO – AMC aujourd'hui centré sur SESAM-Vitale. Ces travaux permettront de redéfinir le périmètre du partenariat et de la mutualisation, le rôle des partenaires et des structures (MSV, GIE SV), les modalités de gouvernance et d'organisation et les modes de financement. Il apparaît plus pertinent d'attendre le résultat de ces travaux en 2007 avant de statuer sur le positionnement de la MSV.

La fusion des Comités Directeurs du Programme SESAM-Vitale a été envisagée dans le cadre des travaux d'amélioration de l'organisation du Programme SV menés par la MSV et le GIE SV. Cette fusion complète n'est pas planifiée, une première étape consistant à mieux répartir des rôles entre les instances est prévue en 2007.

La Mission SESAM-Vitale travaille depuis deux ans avec les représentants des professionnels de santé (CNPS) afin de définir les modalités de leur participation aux projets de SESAM-Vitale. Ces travaux ont fait l'objet de nombreux échanges et ont rencontré quelques divergences de vue entre les différents représentants des professionnels de santé. Une proposition de « contractualisation » entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie permettant de financer leur participation aux différents travaux de SESAM-Vitale est en cours de finalisation. L'UNPS a été envisagée comme structure contractante avec l'assurance maladie.

RECOMMANDATION 15 : Prévoir la possibilité de financer par fonds de concours de l'assurance maladie l'exercice par l'État de certaines fonctions de pilotage et de régulation

Cf réponse dans le courrier adressé à l'IGAS

RECOMMANDATION A3-1 et A3-2 :

- **Envisager une collaboration fondée sur un échange de services comportant l'appui du GIP au GIE pour la définition des procédures et outils de certification de la carte Vitale 2 et le pilotage par le GIE pour le compte du GIP de la chaîne de production des futures CPS 3**
- **Permettre au GIE de conforter son cœur de métier en apportant son expertise et des outils en matière d'infrastructures d'échanges sécurisés aux opérateurs chargés de projets requérant de telles infrastructures (DMP notamment)**

Les collaborations doivent être analysées de manière détaillée afin de vérifier l'impact sur la gouvernance et la mise en œuvre des projets. La mission cite à plusieurs reprises la mutualisation de l'infrastructure IMARS pour les projets Services en ligne SESAM-Vitale, l'Historique des remboursements et le DMP. Ceci pourrait éviter un développement d'une infrastructure similaire par la Caisse des dépôts. Une étape préalable de confrontation des calendriers notamment celui du DMP et des exigences des différents projets est nécessaire afin de pouvoir déterminer à quelle échéance la mutualisation sera possible.

RECOMMANDATION A3-3 : Etudier la possibilité de donner au GIE une responsabilité générale dans l'étude et le traitement des problèmes d'intégration des projets des SI publics dans le poste de travail du professionnel de santé en ville

La réflexion sur le poste de travail du professionnel de santé a été identifiée par l'ensemble des acteurs comme un axe structurant tant pour l'évolution du Système d'Information de l'Assurance Maladie que pour celle des Systèmes d'Information de Santé. La CNAMTS a d'ailleurs inscrit ces travaux dans les axes majeurs de son Schéma Directeur du Système d'Information. Le périmètre de ces travaux est très large, de nombreux acteurs devront contribuer (Assurance Maladie, GIE SESAM-Vitale, GIP CPS, Professionnels de Santé ...). Si le rôle et l'expertise du GIE SESAM-Vitale sont indispensables au bon déroulement de ce projet, pour autant, son éclairage sera principalement technique et risque de ne pas couvrir l'ensemble de la problématique à traiter. Il ne semble donc pas opportun de confier la responsabilité de l'ensemble des travaux d'étude et d'intégration à ce seul organisme. La responsabilité pourrait être donnée à la CNAMTS dans un cadre à définir, charge à elle de coordonner les travaux avec les différents acteurs.

RECOMMANDATION A3-4 : Prendre davantage en compte dans les objectifs du GIE l'adaptation du système SESAM-Vitale au champ hospitalier

La volonté de la CNAMTS n'est pas de disjoindre le projet "Hôpital" du projet SESAM-Vitale

Au vu des échéances, après une analyse de l'existant, l'objectif des responsables du projet "Hôpital" (aussi bien CNAMTS que DHOS) a été de faire preuve de réalisme et de pragmatisme tout en marquant une volonté d'inscrire dès le départ le projet sur une trajectoire lui permettant de rejoindre progressivement le système SESAM-Vitale à l'instar de ce qui a été mis en œuvre pour les cliniques privées.

Le projet "Hôpital" a intégré dès sa phase de conception préalable les correspondants de la mission maîtrise d'ouvrage SESAM-Vitale, puis dans son architecture, l'ensemble des briques

techniques de base SESAM-Vitale disponibles afin de développer une acquisition de droits de qualité et de fiabiliser la constitution des factures.

RECOMMANDATION A3-5 : Etudier la possibilité d'une fusion du CODIR-MOA et du CODIR-GIE

La fusion des Comités Directeurs du Programme SESAM-Vitale a été envisagée dans le cadre des travaux d'amélioration de l'organisation du Programme SV menés par la MSV et le GIE SV. Cette fusion complète n'est pas planifiée, une première étape consistant à mieux répartir des rôles entre les instances est prévue en 2007.

RECOMMANDATION A4-1 : Adopter dès que possible des solutions standard de type IAS pour les cartes à puce et alléger en conséquence progressivement l'implication du DIP dans cette technologie. Dans ce cadre, étudier avec le GIE SESAM-Vitale la possibilité pour le GIP de confier au GIE la logistique d'approvisionnement en cartes

La prise en compte de standards techniques correspond à une volonté de la CNAMTS, ceci a été fait dans le cadre de l'évolution de la carte Vitale 2 dans le cadre du GIE SESAM-Vitale.

RECOMMANDATION A4-3 : Envisager une contractualisation des objectifs à moyen terme entre l'Etat, l'assurance maladie et le GIP, pour définir les grandes évolutions attendues de l'activité et du métier du GIP et les perspectives d'évolutions des moyens

Voir réponse à la recommandation 6. Cette recommandation n'apparaît pas dans les annexes de l'ensemble des organismes, or pour la CNAMTS elle devrait s'appliquer également à d'autres comme par exemple l'ATIH

RECOMMANDATION A5-1 : Identifier les zones de convergence entre les projets et systèmes DMP, HR, CPS, IMARS et s'appuyer sur l'expertise acquise par les structures responsables de ces systèmes et les outils techniques développés pour construire le système DMP

Pour ce qui est de la convergence entre HR et l'infrastructure d'échanges sécurisés développée par le GIE SV, la convergence est prévue en septembre 2007. Pour ce qui est du DMP, se reporter à la réponse aux recommandations 1, 3 et A3-2 ci-dessus, à savoir la nécessité de confronter cette proposition à la réalité des calendriers et des exigences des différents projets pour déterminer à quelle échéance la mutualisation sera possible.

RECOMMANDATION A6-1 : Conforter le cœur de métier de l'ATIH dans le domaine de la gestion des nomenclatures de santé et de traitement des données PMSI ; limiter en parallèle le développement de nouveaux métiers, en identifiant notamment les fonctions pouvant être externalisées

La CNAMTS, souhaite être davantage associée au pilotage de l'ATIH. Dans la mesure où elle est un des principaux financeurs de cette agence, les liens entre l'Etat, l'Assurance Maladie et l'ATIH doivent être renforcés.

De par ses missions prévues par la loi et notamment les relations conventionnelles avec les professionnels de santé, elle a un rôle à jouer dans la gestion des nomenclatures des actes et

produits de santé dans la continuité de ce qu'elle fait aujourd'hui (codage des actes médicaux, de biologie, des médicaments, des produits et prestations).

La CNAMTS poursuivra la mise à disposition de ces nomenclatures aux partenaires, comme actuellement.

RECOMMANDATION A7-3 : Assurer une bonne articulation entre le GMSIH et d'autres opérateurs intervenant dans le domaine des échanges de données informatisées de santé et dans le pilotage des systèmes d'information

La CNAMTS est favorable à la bonne articulation entre le GMSIH et les autres opérateurs intervenant dans le domaine des échanges de données informatisées de santé et dans le pilotage des systèmes d'information.

RECOMMANDATION A8-1 : Renforcer le caractère inter-régimes de la maîtrise d'ouvrage du SNIIR-AM en fixant des objectifs précis en terme de contenu et de délai de mise à disposition des magasins de données

Cette recommandation recouvre deux aspects : le développement et la maintenance des magasins, l'exploitation pour mise à disposition des magasins.

- Le développement et la maintenance des magasins
 - Le développement vise principalement :
 - . l'échantillon de bénéficiaires
 - . la médicalisation du SNIIR-AM par la prise en compte des données du PMSI
 - . le datamart consommation- parcours du patient

Sur ces trois domaines, si des ajustements dans les expressions des besoins sont peut-être nécessaires, les efforts doivent être porter principalement sur les délais et la qualité de réponse de la maîtrise d'œuvre. Pour répondre à cette exigence, la DDSI de la CNAMTS va mettre en place une organisation plus efficace pour mieux prendre en charge le domaine informationnel.

- La maintenance vise l'ensemble des produits disponibles à ce jour et doit relever l'écueil que représente le temps d'adaptation des traitements de production dans chacun des régimes, face aux évolutions et novations réglementaires surtout lorsque celles-ci sont très fréquentes (réforme) ; il est aussi nécessaire d'accélérer la réactivité de la Maîtrise d'Ouvrage Interrégimes dans la rédaction des expressions de besoin induites.

Pour ce faire, la CNAMTS (DSES) va diffuser, à compter du mois de septembre 2006 aux correspondants métiers et aux représentants régimes une parution mensuelle et « actualités réglementaires » permettant d'identifier les impacts des évolutions réglementaires sur le système informationnel de l'Assurance Maladie. De même, dans le cadre des comités techniques du SNIIR-AM, la CNAMTS se propose d'associer aux travaux d'expression des besoins, outre les correspondants métiers du régime général, des représentants régimes. Parmi ces derniers, s'agissant de la MSA et de l'AMPI, compte tenu de la taille de ces régimes, il est

nécessaire des disposer d'un interlocuteur unique ; c'est le cas pour la MSA, cela doit l'être pour l'AMPI.

- **L'exploitation pour la mise à disposition des magasins**

Cette exploitation est directement liée à l'alimentation par les régimes du SNIIR-AM. La maîtrise du processus est globalement acquise pour le régime général qui alimente le SNIIR-AM depuis 2003 ; elle ne l'est pas pour les autres régimes même si tous, à l'exception de la Banque de France, alimentent le SNIIR-AM (les derniers en juin 2006).

Il est donc nécessaire d'industrialiser le processus d'alimentation du SNIIR-AM avec chacun des régimes et d'en consigner les paramètres dans un contrat de service dont la CNAMTS (DDSI) se propose la mise en œuvre avant la fin de l'année 2006. Ce contrat de service précise les modalités de transfert des données et les indicateurs de suivi (calendrier, fréquence des envois, accusé de réception, procédure dégradée).

Ce processus de contrat de service doit également s'appliquer au Ministère (ATIH) pour l'alimentation du SNIIR-AM pour les données du PMSI.

Il n'en reste pas moins vrai, sauf à obtenir un engagement ferme (et donc politique) de chaque régime et du ministère, que l'alimentation du SNIIR-AM peut être déficiente pour une longue période, en cas de refonte du système d'information par exemple (cas rencontré par l'AMPI et la Banque de France) : l'alimentation du SNIIR-AM est aujourd'hui considérée par chacun comme un sous-produit de son système d'information.

RECOMMANDATION A8-2 : Définir des objectifs et indicateurs de qualité de service et en soumettre le suivi au COPIIR

Le développement relatif au point A8-1 apporte un élément concernant les indicateurs de qualité de service s'agissant de l'alimentation du SNIIR-AM : le contrat de service.

Un autre type d'indicateurs de service doit être développé s'agissant de la disponibilité et de la réactivité de chaque produit du SNIIR-AM. Il s'agit d'indiquer à chaque utilisateur du SNIIR-AM sur la base de requêtes étalons, le temps de réponse prévisible de sa requête, voire l'instant le plus propice pour lancer sa requête. Ce processus est en cours de validation sur le datamart « dépenses de santé » et pourra être publié dès que son intégration dans le portail d'accès SNIIR-AM aura été réalisée. Il faut cependant noter que cette démarche est assez longue puisqu'il faut déterminer pour chaque produit des requêtes étalons, publier leurs résultats d'exécution et déterminer en fonction de la charge instantanée de la machine un indice de disponibilité recalculée en permanence.

Enfin s'agissant de la qualité des données, la CNAMTS s'engage à publier sous X-MEDIAM, les défauts de qualité rencontrés (exemple : mauvaise alimentation sur une période donnée d'un type d'enveloppe ONDAM par un régime, taux d'anomalie par donnée et par émetteur).

RECOMMANDATION A10-1 : Inscrire la conduite du projet HR dans un cadre interrégimes et confier au GIE SESAM-Vitale le pilotage technique de la phase de migration sur IMARS et d'intégration des outils sur le poste de travail du professionnel de santé

Le projet Historique des remboursements piloté par la CNAMTS est inscrit dans une logique inter-régimes au travers de la participation de la Mission SESAM-Vitale qui assure la coordination avec les autres régimes. La migration technique de l'infrastructure d'échanges sécurisée vers l'IMARS est actuellement à l'étude conjointement avec la CNAMTS afin d'assurer l'opérationnalité de ce transfert. La responsabilité de l'infrastructure sera ensuite de fait confiée au GIE, l'exploitation étant assurée par le CTI d'Angers. Pour le volet poste de travail des PS, les rôles et responsabilités des acteurs sont en cours de répartition.

RECOMMANDATION A10-2 : Mettre en œuvre une coordination forte des projets HR et DMP et établir des modalités de travail en commun entre les équipes projet

Cette démarche a été engagée entre la CNAMTS et le GIP DMP, en effet, plusieurs rencontres ont eu lieu entre les équipes projet HR et DMP afin de définir la méthode de travail et les modalités de convergence entre ces deux projets. Des travaux sont en cours pour faire évoluer les normes techniques de fourniture du service HR, en adoptant les normes XML de structuration des flux et la constitution de services WEB pour permettre une meilleure intégration dans les environnements proposés par le DMP et le poste de travail des PS, ce qui suppose une liaison facile avec les logiciels proposés par les éditeurs. Cette évolution doit favoriser une plus grande cohérence entre les régimes et une intégration standard dans les services supportés techniquement par le GIE SESAM- Vitale

RECOMMANDATION A10-3 : Etablir une évaluation et un suivi précis des coûts de développement, de déploiement et d'exploitation du système et construire des indicateurs de qualité de service

Une évaluation financière du projet est en cours de réalisation et sera proposée à la fin de la phase expérimentale (début de l'année 2007), sachant que c'est la charge de déploiement qui pèse lourdement sur le coût global. L'intégration dans un processus plus global (DMP et poste de travail PS) est de nature à modifier, en l'améliorant, l'économie du projet. Sur le champ de la qualité de service, une première analyse a été réalisée à partir d'un premier échantillon de praticiens utilisateurs, ce qui a permis d'identifier des mesures d'amélioration de l'efficacité du service

RECOMMANDATION A11-1 : Veiller au respect par les partenaires du projet de l'adaptation de leurs systèmes et procédures internes aux contraintes induites par le fonctionnement du RPPS

Le retard pris dans le projet d'intégration du RPPS dans les systèmes d'information de l'assurance maladie est regrettable. Il semblerait opportun de mieux identifier les raisons de ce retard. Toutefois, la CNAMTS a pris les mesures nécessaires afin de permettre son intégration dans le référentiel offre de soins de l'AM en 2007.

RECOMMANDATION A12-1 : Confirmer le nouveau calendrier de déploiement du RMESS en assurant le financement du projet par l'Etat et l'Assurance Maladie en conformité des objectifs initiaux

La CNAMTS confirme sa participation aux travaux du projet RMESS en terme de moyens humains (temps partiel d'agent CRAM, agents CNAMTS).

Par contre, aucun engagement financier n'est prévu à ce jour contrairement au projet RPPS (pour lequel la CNAMTS finance les 2/3). Si un financement est demandé à la CNAMTS, celui-ci doit être formalisé.

S'agissant du calendrier, la CNAMTS poursuit ses travaux sur les référentiels en prenant en compte le déploiement du RMESS envisagé à ce jour pour 2008.

RECOMMANDATION A13-1 : Réunir régulièrement le comité directeur prévu par la convention relative à la gestion du RNIAM afin d'assurer le pilotage des évolutions du système et leur financement

A l'occasion de la réorganisation de la Direction Déléguée aux Opérations de la CNAMTS, les réunions du Comité Directeur RNIAM ont été réactivées. Leur rythme est annuel. La dernière réunion a eu lieu le 17/01/2006 (cf. relevé de décision : P.J n°1).

Le pilotage des évolutions du système est effectivement assuré par le comité de Direction. Il a examiné au cours de sa réunion du 17/01/2006 les évolutions suivantes :

- Contrôle de la diffusion des cartes vitale par l'intermédiaire du RNIAM,
- Double rattachement des bénéficiaires,
- Examen des adaptations possibles du RNIAM dans le contexte DMP.

RECOMMANDATION A13-2 : Etablir et présenter régulièrement aux instances de pilotage les tableaux de bord et les évaluations financières prévues par la convention

1- Les tableaux de bord

Depuis la mise en œuvre du RNIAM (1998), la CNAVTS fournit très régulièrement aux membres du comité de pilotage technique

- un tableau de bord mensuel,
- un tableau de bord trimestriel

permettant de suivre l'évolution des demandes traitées (P.J n°2).

2 – Les évolutions financières prévues par la convention

Le comité de Direction du 17/01/2006 a opté pour une nouvelle rédaction de cette convention (actuellement en cours de signature entre les différentes partenaires).

Il est précisé dans cette convention (P.J n°3) que le comité Directeur examine le bilan annuel des coûts de fonctionnement présenté par la CNAVTS.

Ce comité Directeur fixe aussi pour l'exercice à venir le budget global d'exploitation accordé à la CNAVTS (P.J n°3 + relevé de décision P.J n°1).

Réponse de la mission aux observations de la CNAMTS

Observations de portée générale

La mission maintient sa proposition de la mise en place d'un fonds de concours de l'assurance maladie pour le financement du pilotage du système, pour deux raisons principales :

- d'une part, il n'est pas anormal que l'assurance maladie contribue au renforcement du pilotage par l'Etat de l'informatisation du système de santé dont elle est un partenaire essentiel : les organismes d'assurance maladie seront les principaux bénéficiaires de l'élaboration d'une stratégie claire appuyée sur la définition d'orientations à moyen terme et de normes et référentiels de développement des échanges automatisés d'information entre les acteurs, conditions d'une utilisation rationnelle des moyens et garantie contre l'interventionnisme et l'absence de coordination des administrations centrales ;
- d'autre part, le fonds de concours, comme l'indique le rapport et comme le souligne la CNAMTS suppose un accord du financeur et peut s'accompagner de la mise en place d'une instance permettant à celui-ci de suivre l'emploi des fonds. Il s'agit d'une solution plus transparente pour l'assurance maladie que celles qui ont jusqu'à présent été mises en place pour permettre à l'Etat de recourir aux moyens financiers de l'assurance maladie pour assurer ses fonctions de régulation du système de santé et d'assurance maladie :
 - les missions nationales placées auprès du ministre de la santé pour le pilotage du plan hôpital 2007 sont financées par le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), entièrement alimenté par l'assurance maladie, par un circuit qui a fait l'objet de critiques de la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006 ;
 - les missions d'intérêt général des établissements de santé donnant lieu à financement par l'assurance maladie (dotations MIGAC) comprennent notamment la mise à disposition de l'Etat de personnels des établissements pour la participation à la définition et à la mise en œuvre de la politique publiques hospitalière (Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005) ;
 - une partie des activités du GIP-DMP s'exerce pour le compte de l'Etat et vise à définir un cadre normatif pour les systèmes d'échanges d'informations des acteurs du système de santé (mission « urbanisation » des systèmes d'information). Le financement est assuré, là encore, par l'assurance maladie, sous forme de dotation du FAQSV, dans des conditions telles que les décisions d'attribution de cette subvention sont largement prédéterminées par les options prises par l'Etat pour le financement du GIP et du projet (la décision d'attribution de subvention du comité de gestion de ce fonds intervient, comme le montre l'annexe relative au GIP-DMP, après le vote de son budget par le GIP et après que celui-ci ait engagé les crédits correspondants).

Dans ces trois cas, les décisions d'utilisations des crédits d'assurance maladie échappent largement aux responsables des organismes nationaux d'assurance maladie. La mise en place d'un fonds de concours permettrait au contraire aux organismes d'assurance maladie d'exercer plus efficacement leurs responsabilités dans l'attribution et le contrôle des crédits affectés à la régulation d'ensemble du système.

Observations portant sur les recommandations de la mission

Recommandations 1, 3 et 4

La CNAMTS souligne à juste titre la nécessité de définir les processus d'arbitrage et de financement des projets dès lors que les structures techniques verraient leur champ d'intervention élargi, sur la base de la reconnaissance de leur compétence métier.

La mission rappelle toutefois que ses propositions n'ont de sens que si L'Etat parvient à définir, en concertation étroite avec les acteurs du système de santé et d'assurance maladie, une stratégie de développement des échanges automatisés qui permette de fixer les orientations à moyen terme et donc les priorités à respecter. La coopération entre structures spécialisées devra bien entendu se développer dans ce cadre. De même, le financement de ces structures devra prendre en compte l'élargissement de leur champ d'intervention et donc celui des projets conduits pour les différentes maîtrises d'ouvrage, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour le GIP-CPS qui distingue dans sa structure de financement celui du système CPS et celui du système RPPS.

Recommandations 2 et A3-4

La mission prend acte des explications données par la CNAMTS sur le mode de pilotage du projet « hôpital », qui sont d'ailleurs mentionnées dans le rapport. Elle maintient néanmoins sa recommandation sur la nécessité de mieux associer le GIP-CPS et le GIE Sesam Vitale à ces travaux.

Recommandation 5

Les annexes par structure apportent les précisions souhaitées par la CNAMTS.

Recommandation 6

La mission prend acte de l'accord de principe de la CNAMTS sur une contractualisation tripartite Etat-assurance maladie-structure spécialisée. Elle rappelle que la d'ailleurs que le conventionnement entre l'assurance maladie et les organismes qu'elle finance a été rendu obligatoire par l'article L221-3-2 du Code de la sécurité sociale. Elle tient en outre à rappeler que cette contractualisation doit se situer à un niveau stratégique et a précisément pour objet, en définissant à l'avance les orientations à moyen terme, les procédures d'arbitrage des choix techniques structurants et les outils et procédures de suivi de la mise en oeuvre de la stratégie, d'éviter une immixtion de l'Etat dans la conduite opérationnelle des projets.

Recommandations 7, 8 et 9

L'instance de concertation proposée par la mission se situe également au niveau stratégique. Elle n'a pas vocation à assurer le pilotage opérationnel des projets et des organismes

Recommandation 10

La mission précise que sa proposition de placer la mission Sesam Vitale sous la responsabilité de l'UNCAM correspond à la volonté de consacrer son caractère interrégimes et répondrait

La mission s'inquiète de la réponse de la CNAMTS qui laisse à penser que le financement du projet RMESS n'est pas assuré. Elle invite l'Etat et la CNAMTS à régler ce problème, faute de quoi la réalisation de nombreux projets (en particulier ceux conduits par la CNSA dans le champ des établissements médico-sociaux) risque d'en être perturbé. La mission rappelle en outre que la refonte du répertoire des établissements est une condition impérative d'un suivi précis des dépenses d'assurance maladie pour les établissements sanitaires et médico-sociaux et de leur ventilation correcte dans les différentes enveloppes et sous-enveloppes de l'ONDAM.

Recommandations A 13-1 et A 13-2

La mission prend acte des améliorations annoncées dans le pilotage du RNIAM.

Recommandation A 16-1

Dont acte.

Réponse de la caisse centrale de mutualité sociale agricole

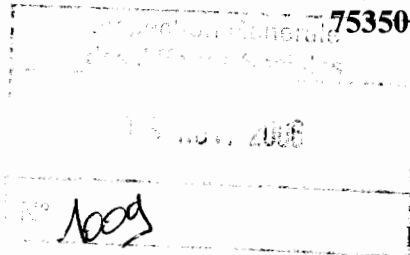
Cette réponse n'appelle pas d'observation de la part de la mission



santé
famille
retraite
services

Le Directeur Général

IGAS
14, avenue Duquesne
75350 - PARIS 07 S.P.



Nos Réf. : EHB/6026/OM - N° 210

Bagnolet, le 09 NOV. 2006

A l'attention de M. NUTTE

Monsieur,

Suite à votre envoi des rapport et note provisoires réalisés par MM. GRATIEUX et OLLIVIER, je souhaitais vous faire état de quelques convictions et réflexions de la MSA quant aux conditions d'un fonctionnement adapté des structures de concertation.

Ces convictions sont étayées par un investissement fort de notre institution dans les projets d'informatisation du système de santé qui nous ont conduits, dès l'origine, au côté de la CNAMTS, à contribuer à la Maîtrise d'Ouvrage et à construire des structures partenariales tel que le GIE SESAM-VITALE.

- *Les modalités de gouvernance et les choix d'organisations mises en place doivent permettre de répondre à un objectif de meilleure efficacité collective.*

Cette efficacité attendue ne doit pas se traduire au sein des groupements par une réduction, voire une suppression, des processus collectifs et consensuels de construction des décisions. Ces processus restent impératifs comme vecteur de richesse et diversité des réflexions et comme facteur de bonne appropriation par l'ensemble des acteurs et en particulier les Professions de Santé.

Dans ce cadre, la mise en évidence d'intérêts partagés par des cercles de communautés d'acteurs peut permettre d'envisager la construction d'un partenariat à géométrie variable, articulé autour de 3 dimensions : la Santé (sous l'égide de l'Etat et avec la participation de l'Assurance Maladie Obligatoire), l'Assurance Maladie dans son ensemble (au sein du GIE SESAM-VITALE), l'Assurance Maladie Obligatoire (avec une approche partagée des problématiques systèmes d'information).

MSA Caisse Centrale

Les Mercuriales
40, rue Jean Jaurès
93547 Bagnolet Cedex

tél. 01 41 63 77 77
fax 01 41 63 72 66
www.msa.fr

info@msa.fr

- *Les évolutions d'organisations et de pilotage des organismes oeuvrant dans la sphère Assurance Maladie doivent être un vecteur du renforcement de la cohérence entre les différents Systèmes d'Information des organismes.*

Ainsi, le périmètre fonctionnel et la programmation du système SESAM-Vitale sont à redéfinir dans une approche du processus complet partant du poste de travail du Professionnel de Santé ou des établissements jusqu'au SI des organismes payeurs. La construction et la gestion des normes d'échanges comme des référentiels de nomenclatures (RPPS, RFOS, prestations, ...) doivent s'inscrire pleinement dans un cadre de partenariat entre les acteurs de la sphère Santé. Les partenaires de l'AMO doivent être associés pleinement à cette construction.

- *Au niveau SESAM-Vitale, le partenariat AMO actuel (qui s'est élargi en juillet 2000 aux organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) repose sur une délimitation du périmètre fonctionnel et sur une logique d'architecture technique définies dans les années 90. En sus, le périmètre du système SESAM-Vitale, objet du partenariat, est essentiellement lié à la facturation des soins et produits de santé; il faut noter que d'autres pans fonctionnels, qui peuvent concerner pour partie ou en totalité les mêmes acteurs, ne sont actuellement pas traités en partenariat (exemple des téléservices destinés aux Professions de Santé).*

Aussi, la redéfinition en cours doit-elle être conduite, comme vous l'évoquez dans votre rapport, dans un cadre élargi tant par rapport à l'environnement Santé (DMP, SI hospitalier ...) que par rapport à l'ensemble des relations impliquant les PS et établissements, les assurés, et l'Assurance Maladie, avec les différents organismes qui la composent. Les instances jugées représentatives devront apporter toute garantie quant à un fonctionnement partagé pour l'élaboration des solutions.

- *Enfin, sans s'interdire toute approche innovante en s'affranchissant autant que possible des existants, les adaptations d'organisations et de pilotage devront être conduites avec le pragmatisme indispensable, afin de ne pas risquer de déstabiliser les organisations opérationnelles existantes, chevilles ouvrières de nos grands projets.*

A ce titre, il faudra veiller à maintenir au niveau du périmètre assigné aux différents groupements une réelle "proximité" avec les missions porteuses des engagements stratégiques des membres, condition nécessaire pour garantir une vraie mobilisation de l'ensemble des acteurs au service des objectifs et échéances.

De plus, les conditions de faisabilité (en terme de ressources et de compétences notamment) associées aux schémas de migration vers des organisations rénovées doivent être une préoccupation majeure dans nos décisions futures et devront être systématiquement évaluées en appui des évolutions proposées.

Voici donc les quelques points que je souhaitais porter à votre connaissance, suite à la lecture de votre rapport d'audit qui présente de façon très complète les acteurs et organisations au service de l'informatisation de la santé, et formule des propositions d'évolution d'intérêt.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

Yves HUMEZ,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Yves Humez', written over a horizontal line. The signature is stylized with a large, sweeping initial 'Y'.

ANNEXES

Liste des annexes

- ANNEXE 1 : lettre de mission
- ANNEXE 2-1 : répartition des fonctions relatives à la mise en oeuvre des principaux systèmes d'information
- ANNEXE 2-2 : principales composantes du métier des organismes spécialisés

ANNEXE 1 : Lettre de mission

Le Ministre

Paris, le 27 MAR. 2006

D.06.4125

Note à l'attention de

Madame Marie-Caroline BONNET-GALZY
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : audit de l'organisation du pilotage des organismes oeuvrant à l'informatisation des échanges d'information entre les acteurs du système de santé.

La modernisation de la gestion du système de santé implique la mise en place de dispositifs d'échanges de données informatisées entre les acteurs professionnels et établissements de santé, usagers et organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Les objectifs poursuivis sont multiples : augmenter l'efficacité du fonctionnement de l'assurance maladie en dématérialisant les flux de remboursement ; faciliter la continuité des soins et améliorer la prise en charge des patients et la qualité des pratiques par des échanges d'informations médicales entre professionnels de santé et la fourniture d'aides en ligne ; développer et enrichir les systèmes d'information sur la connaissance de l'état de santé et des pratiques médicales et la gestion du risque.

Pour mettre en place ces dispositifs, la multiplicité des acteurs concernés et la technicité du domaine ont conduit à créer des structures spécialisées constituées sous forme de GIE ou de GIP tels le GIE SESAM-Vitale, les GIP CPS, DMP, GMSIH, le futur IDS ou encore d'EPA, tel l'ATIH. En outre, des organismes constitués dans un but principal différent se sont vus confier à titre accessoire une mission dans ce domaine, tels le Fonds CMU pour la réalisation du répertoire des organismes complémentaires ou l'HAS pour la certification des sites et logiciels dédiés à la santé. Par ailleurs, les organismes d'assurance maladie conservent la responsabilité directe de la mise en place de certains dispositifs comme le SNIIRAM ou le « web-médecin ». Cette évolution conduit à une division des fonctions et des responsabilités dans la construction du système et la conduite des projets, dont il importe de vérifier la cohérence d'ensemble.

C'est pourquoi je souhaite que l'IGAS, dans le cadre de son programme annuel 2006, procède à l'audit de l'organisation du pilotage des dispositifs et organismes concourant à l'informatisation des échanges d'information entre les acteurs du système de santé et d'assurance maladie et formule le cas échéant des propositions pour l'améliorer.

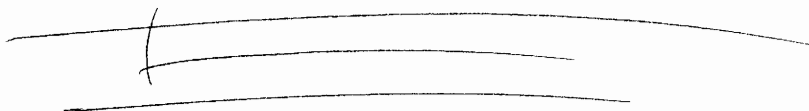
Je souhaite en particulier que la mission de l'IGAS :

- analyse les missions et le « métier » de chaque structure spécialisée et leurs perspectives d'évolution afin d'évaluer notamment les risques de recoupement et les opportunités de mise en commun de ressources, tant entre les structures elles-mêmes qu'au regard des missions assurées directement par les administrations centrales et les organismes d'assurance maladie ;
- évalue la cohérence du pilotage de chaque structure et sa pertinence ;
- évalue l'efficacité et la cohérence du pilotage global du système par l'Etat en analysant notamment l'organisation et la répartition des responsabilités entre les directions et services – et entre ceux-ci et les organismes nationaux d'assurance maladie - dans la détermination des orientations générales, le pilotage des organismes spécialisés, les processus d'arbitrage des choix techniques structurants et la conduite des grands projets ;
- formule toutes propositions de nature à clarifier la répartition des missions et des responsabilités et à améliorer le pilotage des organismes spécialisés et le pilotage d'ensemble.

Compte tenu de l'étendue du sujet, la mission limitera ses investigations à l'analyse du pilotage des dispositifs et projets communs mettant en relation les différents acteurs du système de santé. Elle n'analysera pas en détail le pilotage interne de chaque acteur (systèmes d'information internes à l'assurance maladie ou aux établissements de santé) mais étudiera seulement son articulation avec le pilotage des projets communs. De même, les dispositifs spécifiques mis en place pour assurer la remontée d'information ou l'alerte sur les événements de santé publique ne seront pas inclus dans le champ de la mission.

La mission veillera notamment à recueillir l'avis des représentants des acteurs du système de santé, ordres professionnels et fédérations d'établissements en particulier.

Je souhaite que le rapport de la mission me parvienne avant la fin du mois de Juin 2006.



Xavier BERTRAND

**ANNEXE 2-1 : Répartition des
fonctions relatives à la mise en
oeuvre des principaux systèmes
d'information**
**ANNEXE 2-2 : Principales
composantes du métier des
organismes spécialisés**

| Fonction du système d'information | SESAM-Vitale | CPS | DMP | Historique des remboursements | SNIRAM | Collecte et traitement des données PMSI | RNIAM | RPPS |
|--|--|---|---|--|--|--|--|---|
| 1) réalisation des outils d'échanges sécurisés (« contenant ») | | | | | | | | |
| identification des parties à l'échange (Autorité d'enregistrement : garantit l'identification des parties à l'échange) | ☐ PS : autorités administratives et GIP « CPS » (organisation du circuit) | ☐ autorités administratives et GIP « CPS » (organisation et gestion du circuit d'enregistrement) | ☐ PS : autorités administratives et GIP « CPS » (organisation du circuit) ☐ usagers : AMO + CNAVTS (gestionnaire du RNIAM) + CNAMTS (identifiant) +CDC (ouverture des DMP, gestion de l'annuaire des DMP) | Utilisation CPS et CV : ☐ PS : autorités administratives et GIP « CPS » (organisation du circuit) ☐ usagers : AMO + CNAVTS (gestionnaire du RNIAM) | ☐ AMO pour alimentation et utilisation interne. ☐ Commission d'habilitation (AMO+ Etat) puis IDS pour habilitation des utilisateurs externes ☐ utilisation CPS pour accès PS | ☐ ATIH : autorité d'enregistrement des ARH, autorité d'enregistrement des établissements, responsables des habilitations internes. | INSEE (identité) + régimes AMO (rattachement à une caisse) | ☐ Partenaires (ordres, Etat, assurance maladie) : gestion des habilitations de leurs collaborateurs |
| certification électronique (Autorité de certification : définit politique de certification, diffuse clés et certificats, publie annuaire de certificats et listes de révocation) | ☐ pas d'AC pour CV1 ☐ GIE-SV +AMO (pour CV2) ; | ☐ GIP CPS | ☐ PS : GIP « CPS » ☐ usagers : GIE-SV +AMO (pour CV2) ; GIP-DMP pour accès internet? | Utilisation CPS et CV : ☐ PS : GIP -CPS ☐ usagers : GIE-SV +AMO (pour CV2) | ☐ GIP- CPS pour accès PS ☐ CNAMTS pour autres utilisateurs (annuaire + identifiant / mot de passe) | ☐ ATIH : autorité de certification des ARH, autorités de certification des établissements, responsables de la délivrance des identifiants + mots de passe en interne | CNAVTS / DSINDS : gestion des habilitations et outils d'authentification (identifiant / mot de passe) ; prochainement délégation à chaque régime AMO | ☐ GIP-CPS : définition de la politique de sécurité, diffuse les certificats serveurs du système RPPS ☐ Partenaires : libre choix de l'autorité de certification pour leurs certificats serveurs ; sont eux-mêmes autorités de certification pour leurs collaborateurs. |
| fourniture de clés et certificats (Opérateur de certification) | ☐ opérateur externe pour CV2 | ☐ certificats embarqués dans les cartes : GIP -CPS + opérateur externe ☐ certificats logiciels : opérateur externe | ☐ clés embarquées dans CPS : GIP + prestataires externes ☐ autres outils : non déterminé | Utilisation clés et certificats CPS et CV | Utilisation clés et certificats CPS pour accès PS ☐ CNAMTS pour autres utilisateurs (identifiant / mot de passe) | pas de certificats (identifiants + mots de passe en interne) | Pas de certificat : identifiant / mot de passe fourni par CNAVTS? Prochainement par responsable sécurité de chaque régime AMO | |
| fourniture de supports physiques d'authentification | ☐ conception des supports, gestion de la chaîne logistique de production: GIE-SV ☐ production des cartes : Encarteurs et personalisateurs + CNAMTS pour CV2 | ☐ conception des supports, gestion de la chaîne logistique de production: GIP « CPS » ☐ production des cartes : Encarteurs et personalisateurs | ☐ conception des supports, gestion de la chaîne logistique de production: GIP « CPS » et GIE-SV ☐ production des cartes : Encarteurs et personalisateurs + CNAMTS pour CV2 | Utilisation CPS et CV | Utilisation CPS pour accès PS | sans objet | | |
| conception de l'architecture du système d'échange | ☐ maîtrise d'ouvrage : | ☐ maîtrise d'ouvrage : GIP-CPS | ☐ maîtrise d'ouvrage : GIP-DMP + assistance externe | ☐ maîtrise d'ouvrage : CNAMTS /DMOB + MSV | ☐ maîtrise d'ouvrage : CNAMTS, CANAM, CCMSA ☐ MOAD : CNAMTS /DSES | Maîtrise d'ouvrage e-PMSI: ATIH | ☐ maîtrise d'ouvrage : AMO | ☐ Maîtrise d'ouvrage stratégique : Etat (équipe projet) ☐ Maîtrise d'ouvrage déléguée : Comité de pilotage + équipe projet (GIP) |
| | MSV+ GIE-SV ☐ maîtrise d'oeuvre : GIE-SV | ☐ maîtrise d'oeuvre : GIP-CPS | ☐ maîtrise d'oeuvre : GIP-DMP + assistance externe + GIE-SV (?) | ☐ maîtrise d'oeuvre : CNAMTS/ DSI + assistance GIE-SV puis GIE SV après migration sur IMARS + DSI des régimes AMO ; | ☐ maîtrise d'oeuvre : CNAMTS/ DSI / DDEV | ☐ maîtrise d'oeuvre e-pmsi : ATIH | ☐ maîtrise d'oeuvre : CNAVTS / DSINDS / Département études développements | ☐ maîtrise d'oeuvre : GIP-CPS (spécifications fonctionnelles) + Prestataire externe MOE |

| Fonction du système d'information | SESAM-Vitale | CPS | DMP | Historique des remboursements | SNIIRAM | Collecte et traitement des données PMSI | RNIAM | RPPS |
|--|---|---|---|---|--|---|--|--|
| réalisation des infrastructures et outils logiciels d'échange | ▣ maîtrise d'oeuvre des développements logiciels (API) et outils techniques (lecteurs, systèmes MàJ) : GIE SV | ▣ maîtrise d'oeuvre des développements logiciels : GIP-CPS (outils d'enregistrement, API, outils gestion AC) | ▣ maîtrise d'ouvrage des développements : GIP-DMP ▣ maîtrise d'oeuvre + assistance technique GIE-SV et GIP « CPS » | ▣ CNAMTS + GIP-CPS + GIE SV + éditeurs : réalisation de composants à télécharger par le PS | ▣ maîtrise d'oeuvre : CNAMTS/ DSI / DDEV | ▣ maîtrise d'oeuvre e-pmsi : ATIH | ▣ maîtrise d'oeuvre : CNAVTS / DSINDS / Département études développements | ▣ rédaction du cahier des charges et supervision de la maîtrise d'oeuvre : GIP-CPS ▣ spécifications fonctionnelles et techniques détaillées : prestataire MOE |
| | ▣ réalisation : GIE (composants logiciels) + prestataires et industriels (lecteurs, systèmes MàJ) | ▣ réalisation : GIP (cryptoprocasseur pour certificats cartes) + prestataires | ▣ réalisation : CDC pour portail d'accès, hébergeurs pour infrastructures et logiciels d'échange et de stockage | ▣ CNAMTS : développement des outils internes (sécurité : DIRS ; portail : BE) | ▣ réalisation : prestataires externes (SGBDR, outils de requêtage) | ▣ réalisation ATIH (SGBDR, outils de requêtage, service en ligne) | ▣ réalisation : CNAVTS / DSINDS / Département études développements | ▣ développements : prestataire MOE |
| agrément des matériels et logiciels | ▣ référentiels de validation : GIE- SV ▣ agrément : GIE SV + laboratoires (homologation matériels) ; CNAMTS- | ▣ référentiels de validation : GIP-CPS (OSM) ▣ agrément : GIP-CPS + infogérant (plate forme de test des logiciels) + | ▣ référentiels de validation: GIP-DMP, GIP « CPS » pour l'agrément des dispositifs d'authentification des PS ▣ validation : | Validation interne CNAMTS + Beta test CNAMTS (vérification dans l'environnement métier du PS) | validation interne CNAMTS | sans objet | validation CNAMTS | ▣ recette des applications : GIP-CPS |
| appui au déploiement du système | GIE SV + réseau correspondants AMO | ▣ action commerciale : GIP-CPS | ▣ assistance aux PS : réseau AMO (libéraux) ; ARH + MAINH (ES) ▣ coordination : GIP – DMP (+ aides financières) | ▣ appui aux PS : CPAM ▣ support technique aux éditeurs métier : GIE-SV | formation des utilisateurs + appui technique aux AMO : CNAMTS | ▣ non requis pour le service en ligne ▣ ATIH pour la diffusion des logiciels groupeurs | formation interne AMO | ▣ protocoles et procédures : GIP+ comité de pilotage ▣ assistance aux acteurs : GIP-CPS |
| exploitation de l'infrastructure d'échange | ▣ supervision : GIE- SV ▣ exploitation : infogérant (SI) ou CNAMTS-CTI + opérateurs réseaux | ▣ supervision : GIP-CPS ▣ exploitation : infogérants (SI + certificats logiciels) | ▣ supervision : GIP-DMP ▣ exploitation : CDC pour portail d'accès + hébergeurs pour infrastructure et logiciels d'échange et de stockage | CNAMTS | CNAMTS / CENTI Evreux | ▣ ATIH + prestataire pour la maintenance technique des serveurs | CNAVTS / DSINDS / département exploitation | GIP (supervision) + infogérant externe |
| 2) réalisation des systèmes de production d'information (« contenu ») | | | | | | | | |
| normalisation des contenus, élaboration de classifications et répertoires | AMO pour facturation | | GIP-DMP à partir des classifications existantes + assistance GMSIH | AMO : données de remboursements | CNAMTS, CCMSA, CANAM : publication du plan qualité des données | ATIH pour la définition et la maintenance des classification médicale et médico-économique | Régimes AMO + CNAVTS, à partir RNIPP de l'INSEE | ▣ Etat et Partenaires (ordres, assurance maladie) + appui technique GIP-CPS : |
| normalisation des formats d'échanges | CNAMTS (normes B2 /NOEMIE) | | GIP-DMP + assistance GMSIH | CNAMTS + GIE -SV | AMO | ATIH | CNAVTS | Partenaires + appui technique GIP-CPS |
| conception d'applications de production de l'information | ▣ maîtrise d'ouvrage : MSV+ GIE-SV (système SESAM) ▣ maîtrise d'oeuvre : GIE-SV (cahier des charges SV) | | PS / ES + assistance externe | CNAMTS | AMO pour production données de liquidation ; Etablissements de soins pour information de séjour ATIH pour données PMSI | ▣ ATIH conception des logiciels groupeurs, des logiciels de retraitement comptable et d'anonymisation des données | ▣ CNAVTS : conception des algorithmes de reconnaissance du NIR à partir de traits d'identité | ▣ partenaires : application de gestion de leurs BD ▣ GIP-CPS : application de génération de l'identifiant du PS |
| réalisation d'applications de production de l'information | éditeurs de logiciels métiers | | éditeurs de logiciels métiers | ▣ application d'affichage des données : CNAMTS / DSI/ DDEV + DSI des autres régimes | AMO ou prestataires ES ou prestataires ATIH | ATIH pour les mêmes logiciels. | ▣ CNAVTS : développement des des algorithmes | ▣ prestataires externes |
| validation | ▣ référentiels de validation : GIE- SV ▣ agrément : CNAMTS-CNDA (logiciels) | | | ▣ CNAMTS + autres régimes AMO | audit qualité des données : chaque AMO pour son compte | sans objet | sans objet | Partenaires + GIP-CPS |

| Fonction du système d'information | GIE SESAM-Vitale | GIP-CPS (pour la gestion CPS et RPPS) | GIP-DMP | CNAMTS (pour la gestion de HR et SNIIRAM) | IDS | ATIH | GMSIH | CNAVTS (gestion du SNGI/RNIAM) |
|--|---|--|---|---|---|--|---|---|
| 1) réalisation des outils d'échanges sécurisés (« contenant ») | | | | | | | | |
| identification des parties à l'échange (Autorité d'enregistrement : garantit l'identification des parties à l'échange) | | <ul style="list-style-type: none"> organisation et gestion du circuit d'enregistrement des PS, pour la production de la CPS | <ul style="list-style-type: none"> organisation des procédures d'identification et d'enregistrement (notamment pour la création de l'identifiant DMP) mais gestion CDC, et CNAMTS | <ul style="list-style-type: none"> autorité d'enregistrement pour les usagers du RG (avec appui CNAVTS/RNIAM pour l'identification) | <ul style="list-style-type: none"> régulation des droits d'accès aux BDD (SNIIRAM) | <ul style="list-style-type: none"> autorité d'enregistrement des ARH, autorité d'enregistrement des établissements, responsables des habilitations internes. | <ul style="list-style-type: none"> études et préconisations sur la gestion de l'identifications (patients PS) en établissements | <ul style="list-style-type: none"> organisation des procédures d'identification (avec organismes utilisateurs) |
| certification électronique (Autorité de certification : définit politique de certification, diffuse clés et certificats, publie annuaire de certificats et listes de révocation) | <ul style="list-style-type: none"> autorité de certification avec les AMO pour la CV2 | <ul style="list-style-type: none"> définition de la politique de certification du système CPS et du RPPS, autorité de certification du système CPS | <ul style="list-style-type: none"> définition des procédures et outils d'authentification (notamment pour accès internet des usagers) + appui GIP « CPS » et GIE-SV ; gestion confiée à ces opérateurs et à la CDC | <ul style="list-style-type: none"> HR et accès PS SNIIRAM : Utilisation clés et certificats CPS et CV SNIIRAM : la CNAMTS est autorité de certification pour autres utilisateurs (annuaire + identifiant / mot de passe) | | <ul style="list-style-type: none"> autorité de certification des ARH, autorités de certification des établissements, | <ul style="list-style-type: none"> études et préconisations sur la politique de sécurité et de confidentialité informatique en établissement | <ul style="list-style-type: none"> gestion des habilitations et outils d'authentification (identifiant / mot de passe) ; |
| fourniture de clés et certificats (Opérateur de certification) | <ul style="list-style-type: none"> recours à des opérateurs externe pour CV2 | <ul style="list-style-type: none"> conception d'outils de production des certificats embarqués dans les cartes : CPS | | <ul style="list-style-type: none"> HR et accès PS SNIIRAM : Utilisation clés et certificats CPS et CV SNIIRAM : la CNAMTS fournit identifiant / mot de passe pour autres utilisateurs | | <ul style="list-style-type: none"> pas de certificats pour e-pmsi, partage, DMI2, (identifiants + mots de passe en interne) | | <ul style="list-style-type: none"> fourniture d'identifiant / mot de passe |
| fourniture de supports physiques d'authentification | <ul style="list-style-type: none"> conception des cartes vitale et CEAM (Netcards), veille technologique gestion de la chaîne logistique de production des cartes par les encarteurs et personnalisateurs , gestion du parc de cartes | <ul style="list-style-type: none"> conception des supports, gestion de la chaîne logistique de production et personnalisateurs, gestion du parc | <ul style="list-style-type: none"> utilisation cartes CPS et CV | <ul style="list-style-type: none"> HR et accès PS SNIIRAM : Utilisation cartes CPS et CV | | <ul style="list-style-type: none"> sans objet | | |
| conception de l'architecture du système d'échange | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'œuvre du système SV : définition de l'architecture fonctionnelle, technique, et logicielle études et expertises, analyse des risques maîtrise d'œuvre de projets d'infrastructures d'échanges et de routage sécurisés : IMARS, services en ligne | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre du système CPS, Maîtrise d'ouvrage déléguée et spécifications fonctionnelles du RPPS | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'ouvrage avec assistance externe (définition des besoins, conduite expérimentations) maîtrise d'œuvre avec assistance externe : définition architecture système et applicative, définition des référentiels d'interopérabilité et sécurité | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'ouvrage HR (DMOB + MSV) et MOAD SNIIRAM (DSES) maîtrise d'œuvre HR : DSI + assistance GIE-SV puis GIE SV après migration sur IMARS ; maîtrise d'œuvre SNIIRAM : DSI / DDEV | <ul style="list-style-type: none"> Coordination de la mise en œuvre des solutions fonctionnelles, organisationnelles et techniques | <ul style="list-style-type: none"> Maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre de système de collecte d'information auprès des ES : e-PMSI, Retraitements comptables, DMI2, COMPAQH, Partage | <ul style="list-style-type: none"> études, préconisations, en matière d'architecture d'échange, d'interopérabilité, de sécurité | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'œuvre : CNAVTS / DSINDS / Département études développements |

| Fonction du système d'information | GIE SESAM-Vitale | GIP-CPS (pour la gestion CPS et RPPS) | GIP-DMP | CNAMTS (pour la gestion de HR et SNIIRAM) | IDS | ATIH | GMSIH | CNAVTS (gestion du SNGI/RNIAM) |
|--|---|--|---|---|---|--|---|--|
| réalisation des infrastructures et outils logiciels d'échange | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'oeuvre de développement logiciels et outils techniques (lecteurs, systèmes MàJ), publication de cahier des charges réalisation de composants logiciels (API) et publication | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'oeuvre des développement logiciels : GIP-CPS (outils d'enregistrement, API, outils gestion AC) rédaction du cahier des charges et supervision de la maîtrise d'oeuvre du RPPS réalisation du cryptoprocasseur pour les certificats cartes | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'oeuvre des développements (coordination des MOE : CDC, GIE, CPS, hébergeurs) | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'oeuvre HR avec GIP-CPS + GIE SV + éditeurs : réalisation de composants à télécharger par le PS HR : développement des outils internes (sécurité : DIRS ; portail : BE) SNIIRAM : réalisation prestataires | | Développement de logiciels de collecte, de SGBDR, outils de requête, services en ligne | <ul style="list-style-type: none"> assistance aux établissements pour les choix d'architecture : analyse du marché, veille technologique | <ul style="list-style-type: none"> maîtrise d'oeuvre : CNAVTS / DSINDS / Département études développements réalisation : CNAVTS / DSINDS / Département études développements |
| agrément des matériels et logiciels | <ul style="list-style-type: none"> élaboration de référentiels de validation réalisation de tests d'intégration des logiciels homologation de matériels avec l'appui de laboratoires | <ul style="list-style-type: none"> élaboration de référentiels de validation (OSM) agrément de logiciels avec plate forme de test et auditeurs externes recette des applications RPPS | <ul style="list-style-type: none"> élaboration de référentiels de validation: GIP-DMP | Validation interne + tests en environnement réel pour HR | | sans objet | <ul style="list-style-type: none"> définition de référentiels de validation | |
| appui au déploiement du système | <ul style="list-style-type: none"> pilote d'un réseau de correspondants AMO pour l'appui aux PS | <ul style="list-style-type: none"> action commerciale pour le développement du système CPS assistance aux acteurs du RPPS | <ul style="list-style-type: none"> coordination des dispositifs d'appui (réseau AMO pour PS libéraux ; ARH + MAINH pour ét. Santé) | <ul style="list-style-type: none"> HR : appui aux PS SNIIRAM : formation des utilisateurs + appui technique aux AMO | | <ul style="list-style-type: none"> diffusion des logiciels de collecte d'information auprès des ES et ARH et assistance technique aux utilisateurs | <ul style="list-style-type: none"> appui conseil au ministère, ARH, établissements | |
| exploitation de l'infrastructure d'échange | <ul style="list-style-type: none"> supervision de l'exploitation exploitation : infogérant (SI) ou CNAMTS-CTI + opérateurs réseaux | <ul style="list-style-type: none"> supervision des infogérants | <ul style="list-style-type: none"> supervision des exploitants (CDC et hébergeurs) | Exploitation des systèmes par les centres informatiques de la branche | supervision du fonctionnement des systèmes du point de vue de l'accès des partenaires aux données | <ul style="list-style-type: none"> exploitation interne avec prestataire pour la maintenance technique des serveurs | | exploitation des systèmes de la branche (SNGI., SNGC, RNIAM) par la DSINDS |
| 2) réalisation des systèmes de production d'information (« contenu ») | | | | | | | | |
| normalisation des contenus, élaboration de classifications et répertoires | | <ul style="list-style-type: none"> appui technique aux partenaires pour le RPPS | définition du contenu à partir des classifications existantes avec assistance GMSIH | définition des contenu à partir des nomenclatures existantes, en collaboration avec les autres régimes pour le SNIIRAM | <ul style="list-style-type: none"> définition des modalités permettant d'assurer l'échange et le chaînage des informations définition des référentiels et nomenclatures de données (AMC notamment) | définition et maintenance des classifications médicale et médico-économique | définition de référentiels | définition de la structure du RNIAM à partir RNIPP de l'INSEE et pour la maîtrise d'ouvrage AMO |
| normalisation des formats d'échanges | | <ul style="list-style-type: none"> appui technique aux partenaires pour le RPPS | avec assistance GMSIH | <ul style="list-style-type: none"> définition et maintenance des normes d'échange (B2, NOEMIE, ..) | <ul style="list-style-type: none"> coordination des travaux de normalisation définition des modalités d'anonymisation des données échangées | définition des formats d'échanges avec ES et ARH | contribution aux travaux d'organismes de normalisation et standardisation : IHE, AFNOR, Edisanté, HL7 | CNAVTS |
| conception d'applications de production de l'information | <ul style="list-style-type: none"> rédaction et publication des cahiers des charges des applications de productons de FSE | <ul style="list-style-type: none"> application de génération de l'identifiant du PS pour le RPPS | | <ul style="list-style-type: none"> conception par la DSI de l'application HR du SG (non mutualisée) et des applications du SNIIRAM (en collaboration avec autres régimes) | <ul style="list-style-type: none"> recueil des besoins des membres coordination et planifications des projets d'échanges de données entre partenaires maîtrise d'ouvrage de la construction d'un échantillon AMO/AMC ou d'autres projets | <ul style="list-style-type: none"> conception des logiciels groupeurs, de retraitement comptable et d'anonymisation des données rédaction cahiers de charges pour autres logiciels de production d'info (Parthage, DMI2) | | <ul style="list-style-type: none"> conception des algorithmes de reconnaissance du NIR à partir de traits d'identité |

| Fonction du système d'information | GIE SESAM-Vitale | GIP-CPS (pour la gestion CPS et RPPS) | GIP-DMP | CNAMTS (pour la gestion de HR et SNIRAM) | IDS | ATIH | GMSIH | CNAVTS (gestion du SNGI/RNIAM) |
|---|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------------|
| réalisation d'applications de production de l'information | | | | ▣ développements internes par DSI/ DDEV | ▣ supervision de la réalisation de projets communs | réalisation des logiciels groupeurs, RC, anonymisation, outils de gestions des campagnes budgétaires | | ▣ développement des des algorithmes |
| validation | ▣ élaboration de référentiels de validation | appui aux partenaires pour le RPPS | coordination et validation des dispositifs alimentant le DMP | ▣ définition et mise en œuvre des référentiels de validation (pour RG) | ▣ définition de normes et procédures qualité ▣ supervision générale des échanges de données | sans objet | élaboration de guides de validation, fourniture de plates formes de test | sans objet |