

**Mission d'appui  
Convergence entre Cartes Ordinales et  
Cartes de Professionnel de Santé**

***Rapport présenté par :***

***Gilles TAIB***

***Chargé de mission à l'Inspection générale des affaires sociales***

***Rapport n° 2003 004  
Janvier 2003***

# **Mission d'appui Convergence entre Cartes Ordinales et Cartes de Professionnel de Santé**

## Sommaire

<b>Introduction .....</b>	<b>4</b>
<b>I – Contexte et objectifs de la mission d’appui .....</b>	<b>5</b>
<b>II – Les conditions de la convergence des cartes ordinales et de la carte de professionnel de santé (CPS) .....</b>	<b>7</b>
II – 1 Les Cartes Ordinales .....	7
II – 2 La Carte de Professionnel de Santé .....	7
II – 3 Absence de problème technique, hormis la modification du visuel de la carte.....	8
II – 4 Les attentes qui s’expriment autour de la convergence .....	8
II – 5 La position des Ordres Professionnels .....	10
II – 6 Les acquis et les axes de progrès du GIP « CPS ».....	11
<b>III – Les conséquences éventuelles d’une « mise en sommeil » .....</b>	<b>13</b>
<b>IV – Une nécessaire impulsion des pouvoirs publics .....</b>	<b>15</b>
<b>V – Les recommandations .....</b>	<b>17</b>
V – 1 Elargir l’usage de la Carte de Professionnel de Santé .....	18
V – 2 Renforcer le GIP « CPS » dans ses missions de prestataire de service de confiance .....	20
V – 3 Organiser la convergence progressive profession par profession.....	22
<b>Conclusion.....</b>	<b>24</b>

## **Annexes**

- 1 Les personnes rencontrées**
- 2 Bibliographie**
- 3 Lettre de mission**
- 4 La position commune des Présidents des Ordres professionnels et de la CNAMTS**
- 5 Les informations portées par la Carte de Professionnel de Santé**
- 6 Analyse des impacts de la convergence sur le système CPS actuel**
- 7 Présentation du GIP CPS**
  - 7.1 Le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé »**
  - 7.2 Les membres du GIP CPS et leurs droits respectifs**
  - 7.3 Les grandes étapes de l'informatisation et de la CPS**
  - 7.4 Evolution de la logique économique**
  - 7.5 Procédures actuelles de distribution des cartes CPS**
- 8 L'Infrastructure de Gestion de Clé ou la construction d'une Chaîne de Confiance pour les échanges électroniques**
- 9 Le système CPS et les systèmes d'Information de Santé**
- 10 Un dispositif de confiance et structurant au service des Systèmes d'Information de Santé : l'IGC « CPS »**
- 11 Rôle et responsabilités des différents acteurs au regard de la réglementation actuelle**

## Introduction

Sur l'initiative de l'Etat, le Groupement d'Intérêt Public «Carte de Professionnel de Santé» (GIP «CPS») a été créé, en 1993. Il associe l'ensemble des partenaires du secteur de la Santé

Le développement et le déploiement du système «carte de professionnel de santé» (CPS) s'est opéré concomitamment à la mise en œuvre de SESAM-Vitale.

Le 7 février 2002, les présidents des quatre Ordres professionnels et le Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) signaient une position commune exprimant leur volonté de faire évoluer la carte CPS pour en une carte d'identité professionnelle<sup>1</sup>.

Dans son avis rendu le 10 avril 2002 sur «Santé et nouvelles technologies de l'information», le Conseil Economique et Social recommande «mener à bien la fusion entre la carte CPS et la carte ordinale».

Par lettre de mission<sup>2</sup>, en date du 3 mai 2002, le Ministre demande à M. Gilles Taïb, Directeur du Groupement de la création en février 1993 jusqu'au 31 mai 2002, de mener, au sein de l'IGAS, une mission d'appui afin d'étudier les modalités de cette évolution.

Les travaux de cette mission se sont déroulés entre juin et décembre 2002, en étroite concertation avec la Direction du GIP «CPS», sur la base des textes en vigueur, des documents existants et d'entretiens avec des personnalités<sup>3</sup> que la mission remercie de leur contribution. Ils se sont, par ailleurs, articulés avec les réflexions de la mission de l'IGAS portant sur l'évaluation des systèmes d'information des professionnels de santé menée par M.M. le docteur Roland Cecchi-Tenerini, Philippe Laffon et Michel Laroque.

Le présent rapport se compose de deux parties :

Une analyse contextuelle aboutissant à un ensemble de recommandations, s'appuyant sur un argumentaire historique et technique sous forme d'annexes thématiques.

<sup>1</sup> cf. annexe 4 La position commune des Présidents des Ordres professionnels et de la CNAMTS

<sup>2</sup> cf. annexe 3 Lettre de mission

<sup>3</sup> cf. annexe 1 Liste des personnes rencontrées

## I Contexte et objectifs de la mission d'appui

Le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé »<sup>4</sup> (GIP « CPS ») a diffusé aujourd'hui plus de 400.000 cartes de la famille CPS<sup>5</sup>. La quasi-totalité d'entre elles est utilisée quotidiennement dans le cadre de la dématérialisation des feuilles de soins de l'Assurance Maladie (programme SESAM-Vitale).

Depuis la création du GIP «CPS», il existe un large consensus entre les acteurs du système de santé sur le thème de la sécurité des accès, des échanges et de l'interopérabilité<sup>6</sup> des systèmes d'information de santé. La Carte de Professionnel de Santé est largement reconnue comme devant être le « sésame » des Professionnels de Santé.

Si les investissements relatifs au développement du système CPS ont été réalisés grâce à l'ensemble des acteurs<sup>7</sup> regroupés au sein du GIP «CPS», le financement du déploiement a été assuré par la CNAMTS dans le cadre de la mise en place du projet SESAM–Vitale.

Dans son relevé de constatations définitives sur l'informatisation du secteur de la santé - les systèmes SESAM – Vitale et CPS – (septembre 2002) après avoir constaté que le déploiement de la carte CPS n'avait pu être réellement réalisé qu'auprès des Professionnels de Santé libéraux et de leurs collaborateurs, la Cour des Comptes souligne que l'Infrastructure de Gestion de Clé (IGC) mise en œuvre par le GIP « CPS » est la première IGC<sup>8</sup> publique, et que le système CPS est une réussite qu'il convient de consolider et d'élargir à l'ensemble des systèmes d'information du secteur de la santé.

---

<sup>4</sup> Cf. Annexe 7.1

<sup>5</sup> Les cartes émises par le GIP CPS concernent d'une part les différentes catégories de Professionnels de Santé, et d'autre part des personnes physiques ne participant pas directement aux soins (exemple : Directeur d'un établissement de soins)

Extrait de l'article 2 de la convention constitutive du GIP CPS : « l'émission, la gestion et la promotion d'une carte de Professionnel de Santé, d'une Carte de Professionnel de Santé en formation et d'une carte de personnel d'établissement destinée au personnel non Professionnel de Santé des établissements sanitaires et sociaux ou aux personnes qualifiées ayant une activité dans le secteur sanitaire et social et ne relevant pas des critères d'attribution de la CPS. »

<sup>6</sup> L'interopérabilité est l'ensemble des fonctions qui permettent à deux Professionnels de Santé de communiquer ensemble sans forcément connaître au préalable l'adresse e-mail, le fournisseur d'accès à l'Internet, le logiciel et le poste de travail de son correspondant. La valeur ajoutée du système CPS est d'assurer une communication sécurisée (chiffrée et intègre).

<sup>7</sup> Cf annexes 7.4

<sup>8</sup> cf annexe 8 : L'Infrastructure de gestion de Clé ou la construction d'une chaîne de confiance pour les échanges électroniques.

Dans le même esprit, le Conseil Economique et Social recommande, dans son avis rendu le 20 mars 2002 sur « Santé et nouvelles technologies de l'information »<sup>9</sup>, « de mener à bien la fusion entre la carte CPS et la carte ordinale ».

Suite à une initiative des quatre Conseils Nationaux des Ordres Professionnels (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes), cet objectif a fait l'objet, le 7 février 2002, d'une Position Commune<sup>10</sup> signée par les Présidents de ces quatre Ordres et par le Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Cette position commune fut adressée à la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité en février 2002. Les signataires y confient leur souhait de voir l'usage de la CPS ouvert, au-delà de SESAM-Vitale, à l'ensemble des applications du secteur, sans distinction liée à l'activité du Professionnel de Santé. Ils soulignent, par ailleurs, leur volonté de faire évoluer, dans ce but, la CPS pour en faire une carte d'identité professionnelle.

Afin de préparer cette évolution, le présent rapport vise à étudier les conditions concrètes de sa mise en œuvre, à rechercher un nouvel équilibre politique et économique au sein du Groupement, et améliorer les services à apporter aux Professionnels de Santé.

---

<sup>9</sup> Rapport élaboré suite à la demande du Premier Ministre et présenté par Madame Jeannette GROS, membre de la section des affaires sociales du Conseil Economique et Social, Présidente du Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.

<sup>10</sup> Cf annexe 4 La position commune des Présidents des Ordres Professionnels et du Président de la CNAMTS.

## II / Les conditions de la convergence

« A un moment où les technologies de l'information et de la communication sont considérées essentielles à la médecine et au système de santé, si la France veut rester la première de la classe de l'OMS »<sup>11</sup>, la convergence entre carte ordinale et carte de professionnel de santé marquerait l'aboutissement des efforts engagés depuis la création du GIP «CPS » pour créer les conditions de la sécurité et de la confiance des échanges dématérialisés dans le monde de la santé en respectant les prérogatives de chacun des acteurs.

### II – 1 Les Cartes Ordinales

La carte ordinale est une carte au format carte de crédit, distribuée aux Professionnels de Santé, relevant du Code de la Santé Publique et disposant d'un Ordre (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, sages-femmes).

Cette carte est distribuée par les différents Ordres, et bien que n'ayant pas à proprement parler de support juridique, elle est considérée comme une Carte d'Identité Professionnelle. Elle justifie de l'inscription au tableau, et est utilisée principalement pour la reconnaissance de l'identité et de la qualité du porteur dans le cadre d'une relation « visuelle ».

En revanche, pour ce qui concerne les autres professions relevant du Code de la Santé Publique et ne disposant pas d'un Ordre professionnel (infirmiers, kinésithérapeutes, .....), ils ne reçoivent pas de cartes particulières. Cette question devra être abordée dans le cadre de la préparation de mise en place des organismes prévus dans la Loi du 4 mars 2002.

### II – 2 La Carte de Professionnel de Santé

La Carte de Professionnel de Santé, dite CPS, est une carte au format carte de crédit qui dispose d'une puce électronique. Elle est attribuée par le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé » (GIP «CPS»), à la demande de tout Professionnel de Santé régi par le Code de la Santé Publique disposant ou non d'un Ordre Professionnel, ainsi qu'à d'autres professionnels du secteur sanitaire.

---

<sup>11</sup> Extrait du discours du Ministre délégué à la Santé à l'Assemblée plénière du Conseil Economique et Social (avril 2002)



Cette carte régie par le Code de la Sécurité Sociale et par le Code de la Santé Publique<sup>12</sup>, est émise dans le cadre d'une procédure de contrôle et de qualification des informations conforme à l'application stricte de la Réglementation et respectant les prérogatives dévolues par le législateur aux Ordres et aux services de l'Etat.

Cette carte a pour objectif de permettre, lors d'échanges électroniques entre les différents acteurs du secteur, de garantir l'identité et la qualité de l'émetteur ainsi que la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des informations, en particulier des données personnelles de santé dématérialisées sur support électronique.

## II – 3 Absence de problème technique, hormis la modification du visuel de la carte

Un examen attentif des attendus de la position commune (cf. annexe 6) montre qu'il n'y a aucun obstacle technique à cette convergence, hormis le changement de logo<sup>13</sup>.

## II – 4 Les attentes qui s'expriment autour de la convergence

Pour les signataires de la position commune, la convergence doit être l'occasion, sans remettre en cause les acquis, de contribuer collectivement à l'élargissement de l'usage de la carte CPS au - delà de la stricte application SESAM-Vitale, et de créer les conditions de l'interopérabilité et de la confidentialité des échanges concourant à la prise en charge et au suivi des patients. Les objectifs portent notamment sur :

- 1 la généralisation de la diffusion de la Carte CPS à l'ensemble des acteurs du monde de la Santé, renforçant la reconnaissance d'une infrastructure commune de confiance et de sécurité pour l'ensemble des systèmes d'information de santé;
- 2 la diffusion des cartes CPS indépendamment des conditions d'exercice de l'activité (libérale ou salariée) et des applications qu'ils utilisent ou utiliseront ;
- 3 la constitution et mise à disposition d'un annuaire actualisé de l'ensemble des Professionnels de Santé et des différentes structures de soins ;

<sup>12</sup> Ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, décret n°98-271 du 9 avril 1998, Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient.

<sup>13</sup> Il s'agit du visuel de la carte. Cette modification impliquerait l'ajout du logo de l'Ordre concerné sur la face avant de la carte et de la signature du président de l'Ordre au dos. Par ailleurs, refonte des documents accompagnant l'envoi de la carte, analogue à la pochette de la carte « Imagine'R » de la RATP pour intégrer la photo du professionnel de santé.

- 4 la simplification administrative pour les Professionnels de Santé et l'optimisation des procédures d'enregistrement et de gestion des cartes notamment lors des différents changements de situation d'exercice.

Ces objectifs devant, parallèlement, conduire :

- à l'établissement de nouvelles règles concernant le financement des charges d'exploitation du GIP «CPS»<sup>14</sup>, et à un ré-équilibre politique des instances entre Organismes d'Assurance Maladie et Ordres professionnels rendant nécessaire une révision de la Convention Constitutive du groupement <sup>15</sup>.
- Et, parallèlement, à la mise en œuvre d'une approche participative, associant étroitement les Professionnels de Santé, pour l'élaboration d'une politique cohérente de l'informatisation, susceptible d'apporter aux Professionnels de Santé une aide déterminante dans la recherche d'une meilleure coordination et qualité des soins.

Toutefois, pour la réussite de la mise en œuvre de cette convergence, il faut prendre en compte :

- l'importance que représente, pour l'ensemble des acteurs, le caractère structurant du système CPS vis à vis du système d'information de santé et de l'organisation des soins ;
- les adaptations que sa mise en place générera nécessairement dans l'organisation de chacun des acteurs<sup>16</sup>, et notamment pour les systèmes d'information hospitaliers. En effet, l'architecture technique d'un Professionnel de Santé exerçant en libéral et celle d'un établissement de santé répondent à des contraintes différentes même si leurs systèmes d'information respectifs concourent aux mêmes finalités ;
- le passé récent de l'informatisation du secteur de la santé (évolution technologique, méfiance des professionnels de santé vis-à-vis des décisions des pouvoirs publics vécues comme des obligations sans réelle concertation préalable.....).

<sup>14</sup> L'annexe 7.4 : L'évolution des orientations prises en matière de couverture des dépenses du Groupement.

<sup>15</sup> L'annexe 7.2 présente les droits respectifs actuels des différents membres du Groupement.

<sup>16</sup> A ce titre, la mise en œuvre d'un système d'identification cohérent des professionnels de santé aura des conséquences sur les différents systèmes d'information de l'Etat, de l'Assurance Maladie ou des Ordres, de nature comparable à la mise en œuvre du numéro SIREN pour les entreprises.

## II – 5 La position des Ordres Professionnels

Malgré la signature en février 2002 de la position commune, le Conseil National de l'Ordre des Médecins par l'intermédiaire de son nouveau bureau, a, depuis, pris une position de retrait vis-à-vis des objectifs alors approuvés.

En effet, en juin 2002 lors de son Assemblée Générale, le bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins a été mis en minorité suite aux accords intervenus avec l'Etat et la CNAMTS portant sur l'organisation des gardes. Cette situation a conduit le Président et les membres du bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins à une démission collective. Le nouveau bureau constitué, sans remettre en cause la nécessité d'une authentification commune des Professionnels de Santé vis-à-vis de l'ensemble des Systèmes d'Information de Santé, s'est interrogé sur l'opportunité de s'engager sur le projet de la convergence sans obtenir des engagements préalables des pouvoirs publics. Trois arguments sont mis en exergue :

- 1 un environnement de confiance ne peut être « vendu » intrinsèquement. Il s'évalue, pour les Professionnels de Santé, au regard de la valeur ajoutée qu'il apporte aux usages (applicatifs et contenus), ainsi qu'aux risques transactionnels liés à chacune des applications. L'ordre souhaite disposer d'un minimum de maîtrise sur les services rendus afin que ses besoins soient mieux pris en compte ;
- 2 l'absence de visibilité en matière d'informatisation du secteur de la santé (qui fait quoi ? quel calendrier ?), et l'absence de concertation avec les Pouvoirs Publics;
- 3 la hauteur de leur participation financière envisagée (10€ par Professionnel de Santé et par an)<sup>17</sup>, qui leur apparaît excessive par rapport à leur budget actuel (soit 5,41% du budget du Conseil National de l'Ordre des Médecins)<sup>18</sup>.

Certains des arguments avancés par le nouveau bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins trouvent un écho auprès des autres ordres. Ces derniers considèrent toutefois que la position prise par le Conseil National de l'Ordre des Médecins ne doit pas constituer un frein au développement des technologies de l'information et de la communication au service des

<sup>17</sup> Lors des discussions préalables à l'élaboration de la position commune et au vu des évolutions de la logique économique du GIP «CPS» (cf . annexe 7.4) intervenues après les ordonnances du 24 avril 1996, il avait été envisagé une répartition de la prise en charge financière des charges de gestion des cartes à hauteur de 50/50 entre les Ordres et les organismes mettant en œuvre les applications. Les charges d'exploitation ramenées à une carte ayant, pour plus de 400.000 porteurs, été estimées par le Groupement à 21 €ht / an.

<sup>18</sup> Pour les sages-femmes cette participation représenterait plus de 15% de leur budget annuel.

Professionnels de Santé et des patients, ni cacher les enjeux de l'Infrastructure de Gestion de Clé «CPS» dans ses effets structurants tant vis-à-vis de l'offre industrielle, que des différents systèmes d'information.

Les trois autres Conseils Nationaux (Pharmaciens, Chirurgiens–Dentistes et Sages–Femmes) souhaitent que la convergence entre les deux cartes puisse s'opérer progressivement par catégorie professionnelle, sous réserve qu'elle recueille l'approbation des pouvoirs publics, dans le cadre d'un objectif commun : favoriser la mise en œuvre d'une politique concertée et cohérente de l'informatisation du secteur prenant en compte les besoins et les attentes des Professionnels de Santé. Le Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, a exprimé son souhait que puisse être engagé, dès à présent, la mise en œuvre de cette convergence pour l'ensemble des professionnels relevant de sa compétence.

## II – 6 Les acquis et les axes de progrès du GIP «CPS»

Lors de la création du GIP «CPS» en 1993, la non-stabilité des normes l'avait conduit à faire des choix techniques « propriétaires », ce qui ne présentait pas un risque au regard d'un usage limité à la seule application de dématérialisation des feuilles de soins.

Avec le temps, la stabilisation des standards et des normes, l'évolution de la législation en matière d'usage de la cryptologie et l'affinement des besoins des Professionnels de Santé, ont conduit le GIP «CPS» à faire évoluer progressivement son système « propriétaire » vers les standards émergents concernant les protocoles et les fonctions de sécurisation s'appuyant sur l'internet. Précurseur en la matière, le GIP « CPS » a su entreprendre et organiser ces évolutions afin de ne pas créer de situation de rupture qui aurait été dommageable pour les Professionnels de Santé et les applications, notamment la première d'entre elles SESAM–Vitale.

L'Infrastructure de Gestion de Clé (IGC), mise en place en octobre 2001, offre des fonctions de sécurité étendues, telles que :

- la signature électronique des messages, qui garantit à la fois l'authentification de l'émetteur, la non-répudiation et l'intégrité du message ;
- la confidentialité des messages, via les outils de messagerie sécurisée développés par différents industriels, est en cours de labellisation par le GIP «CPS» ;
- l'authentification lors des sessions en ligne, attestant de l'identité et de la qualité des interlocuteurs ;
- la disponibilité d'un annuaire de tous les porteurs de cartes.

Ainsi, au sens de la Loi du 13 mars 2001 portant adaptation de la Directive 1999/93 CE relative au droit de la preuve et à la signature électronique, le GIP «CPS» assure aujourd'hui, une mission de prestataire de service en charge de l'Infrastructure de Gestion de Clé pour tous les acteurs de la santé, et ce indépendamment des différentes applications qui sont ou seront mises en œuvre.

Cette réussite technologique soulignée par la Cour des Comptes dans son relevé de constatations sur l'informatisation des systèmes de santé doit cependant être examinée au regard des progrès qui restent à accomplir, étant précisé que les solutions à mettre en œuvre ne dépendent pas toutes du GIP «CPS» :

- les difficultés rencontrées dans les procédures de distribution et de gestion des cartes pour les Professionnels de Santé en ambulatoire ternissent l'image du GIP «CPS» et de ses membres, notamment l'Etat, la CNAMTS et les Ordres professionnels ;
- hormis les hôpitaux ayant été retenus « Site de Qualification » et le Service de Santé des Armées, il faut constater la quasi absence de distribution de cartes pour les Professionnels de Santé hospitaliers ;
- une utilisation limitée à la fonction d'authentification par l'application SESAM-Vitale, et suivant des mécanismes qui lui sont spécifiques ;
- une utilisation extrêmement restreinte pour les autres applications, très souvent limitée à la seule fonction d'authentification ;
- l'hétérogénéité des solutions retenues dans la plupart des applications de santé, qui pose un problème majeur d'interopérabilité, de cohérence, voire de sécurité et de confidentialité puisque le plus grand nombre se limite à une simple gestion de login / mot de passe. Cette situation est d'autant plus regrettable que la grande majorité de ces projets ont fait l'objet d'un financement public, et qu'il apparaîtrait en conséquence judicieux d'assurer leur cohérence avec les orientations définies par le groupement, ou du moins, de pouvoir en vérifier leur dérogation dans un processus de transparence et d'évaluation.

### III / Les conséquences éventuelles d'une « mise en sommeil »

Nous l'avons déjà vu, la convergence avec les cartes ordinales ne se heurte à aucun obstacle, et n'a aucun impact technique sur l'IGC «CPS» actuelle. A contrario, sans la convergence, le système CPS pourrait continuer à vivre et se développer à son rythme actuel à la condition que la CNAMTS continue à en assurer le principal financement.

Cependant, la prédominance du financement par l'un des partenaires du groupement peut amplifier des situations conflictuelles pouvant conduire soit à mettre en péril sa pérennité, soit, tout au moins, à mettre à mal l'indépendance du groupement au regard de ses missions de prestataire de service de confiance.

Les conséquences d'une « mise en sommeil » doivent être analysées par rapport aux objectifs initiaux du groupement, mais également aux enjeux de l'informatisation :

- l'objectif de cohérence des fichiers relatifs aux professionnels de santé et l'optimisation des délais d'obtention et d'actualisation, dont la Cour des Comptes souligne l'importance,<sup>19</sup> ne pourraient être atteints dans des délais raisonnables et acceptables pour les professionnels de santé ;
- la couverture exhaustive des professionnels de santé ne pourrait pas être programmée<sup>20</sup>. La Carte de Professionnel de Santé apparaîtrait de plus en plus identifiée à SESAM-Vitale. Cette situation entretiendrait et renforcerait le sentiment existant que finalement la politique des pouvoirs publics en matière d'informatisation se limite au programme SESAM-Vitale ;

Ainsi, l'absence de mise en œuvre d'un annuaire exhaustif et mutualisé constituerait un frein important à la mise en œuvre de la nécessaire interopérabilité. Par ailleurs, les différents promoteurs d'application (qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé), s'interrogeront sur l'intérêt de s'appuyer sur une IGC qui ne leur apporterait pas toutes les garanties d'indépendance, de pérennité et d'exhaustivité.

<sup>19</sup> Cf. rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale – septembre 2002.

<sup>20</sup> Hormis dans le cadre d'une décision unilatérale des Pouvoirs Publics qui n'apparaît ni souhaitable, ni possible sur le plan politique compte tenu des conflits qu'elle pourrait engendrer avec les professionnels de santé.

Cette situation conduirait ces promoteurs soit à mettre en œuvre des dispositifs fondés sur de simples mots de passe, dont nous connaissons aujourd'hui les limites et les faiblesses, soit à faire appel à une offre d'opérateurs du marché<sup>21</sup>.

Un tel scénario, s'il était retenu, rendrait encore plus complexe au regard des enjeux économiques et de qualité des soins, la résolution des défis que le secteur de la santé doit relever du point de vue de son informatisation.

---

<sup>21</sup> Ce scénario, qui peut apparaître pour certains en théorie possible, pré-suppose que l'environnement soit mûre, par une compatibilité des différentes offres entre elles, et que la définition des besoins du secteur de la santé soit complètement stabilisée, ce qui, il faut reconnaître, est loin d'être le cas. De plus, l'argument économique, quelquefois avancé selon lequel la concurrence aboutirait à un coût inférieur à celui du Groupement reste aujourd'hui à démontrer.

## IV / Une nécessaire impulsion des pouvoirs publics

Les informations recueillies dans le cadre de cette mission et à l'occasion des entretiens qui ont été menés ont fait apparaître que les différents acteurs, tout en souhaitant être plus responsables et maîtriser davantage leur système d'information, exprimaient une forte attente vis-à-vis de l'Etat.

Or, la situation actuelle souligne les déficiences et l'absence de cohérence des orientations prises par les services du Ministère de la Santé ces dernières années<sup>22</sup>. Elle montre également les risques d'une informatisation du secteur de la santé limitée à la seule application SESAM-Vitale.

Le rôle de l'Etat devrait donc se centrer sur la mise en œuvre d'une cohérence minimale des systèmes d'information, en fixant les conditions et les règles garantissant la sécurité dans les échanges entre Professionnels de Santé et le stockage des données individuelles sensibles, tout en donnant des orientations plus précises aux organismes qu'il a sous tutelle, afin d'assurer une plus grande efficacité aux deniers publics investis dans l'amélioration de la qualité du système de soins.

La convergence entre les deux cartes, grâce à une plus grande implication des Ordres professionnels, représenterait ainsi une opportunité de contribuer à :

- l'amélioration des services rendus aux Professionnels de Santé, notamment dans les procédures de distribution et de gestion des cartes. Il reviendrait, ainsi, aux Ordres d'effectuer, dès la première inscription au tableau d'un professionnel de santé, la demande de carte au GIP «CPS». Ce dernier, après avoir récupéré les informations propres à SESAM-Vitale et à l'identification ADELI<sup>23</sup>, réaliserait la personnalisation et la transmission de la carte directement au professionnel de santé. Parallèlement, le GIP « CPS » mettrait à jour l'annuaire des professionnels de santé et informerait les différentes institutions concernées de l'émission de cette carte (Ordre, Etat, CNAMTS) ;
- la stabilisation et la pérennité du système ;

<sup>22</sup> Cf. annexe 7.3 les grandes étapes de l'informatisation et de la CPS

<sup>23</sup> ADELI est l'identification des professionnels de santé attribué par les services du ministère de la santé.



- l'organisation plus efficace de l'offre industrielle construite autour d'un socle technique commun incluant les outils protocolaires actuellement stabilisés de l'Internet et ceux offerts par l'IGC «CPS».

## V Les recommandations

Les propositions qui suivent s'appuient sur une démarche pragmatique visant à créer **les conditions de la convergence par l'exemple et la force de conviction**.

Cette démarche, qui tient compte des acquis, mais également des interrogations actuelles, vise à favoriser les conditions d'adhésion et d'appropriation des Professionnels de Santé et des usagers.

Les acquis constituent un socle important de dialogue et de concertation, qu'il convient de conforter :

- le large consensus des acteurs autour d'un dispositif commun d'authentification, qui s'est créé, dès la création du GIP «CPS», et qui a été conforté avec le temps ;
- la reconnaissance du GIP «CPS» et la nécessaire stabilisation de l'IGC «CPS» qui, dans sa définition actuelle, répond aux objectifs d'interopérabilité, d'authentification et de confidentialité en conformité avec l'état de l'art ;
- le souhait exprimé par les signataires de la Position Commune de ne pas cantonner la Carte de Professionnel de Santé et l'informatisation à la seule application SESAM-Vitale.

A ce titre, la Mission partage la proposition du rapport de l'IGAS portant sur l'évaluation des systèmes d'information des Professionnels de Santé, de renforcer le positionnement de la carte CPS comme instrument majeur de la sécurité au sein des systèmes d'information de santé.

En conséquence, même si nous ne pouvons envisager dans des délais proches une convergence globale pour l'ensemble des professions, il faut poursuivre, étape par étape, dans la voie engagée par les signataires de la Position Commune.

Trois axes d'actions sont à entreprendre concomitamment :

- Elargir l'usage de la Carte de Professionnel de Santé, dans une perspective d'amélioration de la coordination des soins et du suivi des patients ;
- Améliorer les processus opérationnels ;
- Organiser la convergence progressive profession par profession.

## V – 1 Elargir l'usage de la Carte Professionnel de Santé :

Comme le montre l'annexe 9, les Systèmes d'Information de Santé sont constitués d'un nombre important d'applications ayant des finalités diverses mais concourant toutes aux mêmes objectifs de santé.

Au moment où l'application SESAM-Vitale entre dans une phase de routine, les objectifs de coordination des soins et de circulation de l'information médicale personnelle entre les Professionnels de Santé constituent les priorités de la nouvelle étape de l'informatisation.

La mission, comme le Conseil Economique et Social et comme l'IGAS, a été informée de l'existence de nombreux projets visant à favoriser la circulation de l'information médicale, mais également de leur grande hétérogénéité en matière d'architecture technique, d'absence de règles strictes sur les dispositifs de confidentialité et de stockage de l'information.

Les projets, actuellement opérationnels ou en phase de l'être, apparaissent comme des expérimentations à durée limitée, compte tenu des choix des architectures techniques opérés. Les industriels importants sont peu enclins à s'impliquer durablement compte tenu du manque de prospective sur leur généralisation. Cette situation ne favorise pas la pérennité des solutions mises en œuvre.

Si la constitution d'un dossier unique au niveau national semble de l'avis de nombreux experts, vouée à l'échec, la mise en œuvre des projets de coordination des soins se doit de tenir compte d'une triple nécessité :

- répondre aux besoins locaux ;
- respecter les exigences nationales de cohérence et d'équité ;
- s'inscrire dans le temps afin de préserver la pérennité des investissements publics consentis en intégrant les dimensions technologiques et industrielles.

L'élaboration et la publication d'un schéma d'orientation fixant un cadre minimum national tout en répondant à ces préoccupations, permettrait en outre :

- de créer les conditions de l'appropriation pour l'ensemble des acteurs et de les préparer aux évolutions des habitudes ;
- d'établir des règles communes, aussi bien en ambulatoire qu'en établissement de soins, garantissant la confidentialité et le stockage des informations ;

- de clarifier le rôle et les responsabilités de chaque intervenant dans les systèmes d'information ;
- de définir le cahier des charges constituant le socle technique minimum garantissant l'interopérabilité et la sécurité des échanges ;
- de mettre les industriels en situation d'investir sur des bases assurant la pérennité de leur offre.

L'élaboration d'un schéma d'orientation, dont la maîtrise d'ouvrage ne peut relever que de l'Etat, ne peut s'envisager que dans le cadre d'une concertation étroite avec l'ensemble des partenaires (Professionnels de Santé ambulatoires et hospitaliers, représentants des usagers, groupements représentatifs des industriels et organismes d'Assurance Maladie).

Cette approche pourrait faire l'objet d'un article de la prochaine loi quinquennale de santé.

*Proposition 1 : Elaboration concertée d'un schéma d'orientation des systèmes d'information portant sur la coordination des soins exigeant une circulation et un partage suffisant de l'information entre Professionnels de Santé.*

L'établissement de ce schéma d'orientation, dont l'élaboration pourrait prendre un an, permettrait de donner un cadre aux organismes finançant l'accompagnement des projets avec une démarche de transparence<sup>24</sup>. Il s'accompagnerait de la définition d'un cahier des charges technique, définissant un socle technique minimum, s'imposant à tout financement public.

Dès à présent, il faut favoriser les expérimentations régionales qui respectent des conditions minimales d'interopérabilité s'appuyant sur la carte de professionnel de santé, sauf dans le cas d'une dérogation explicite.

*Proposition 2 : Information des ARH et des URCAM sur les conditions minimales devant être remplies par les promoteurs des projets, dans l'attente de l'élaboration du cahier des charges.*

La circulation des informations médicales concerne aussi bien les Professionnels de Santé en ambulatoire que ceux exerçant dans les Etablissements de Santé. En conséquence, ils doivent faire partie de la même chaîne de confiance, afin que l'interopérabilité et la sécurité des informations échangées puisse être assurée.

Or, la quasi totalité des Professionnels de Santé en ambulatoire dispose, grâce à la mise en œuvre de SESAM–Vitale, d'outils modernes de communication sécurisée, mais qui ne sont pas interopérables avec ceux des établissements de santé, hormis le cas du CH de Macon et le projet de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) de Franche Comté.

Au niveau nationale, la distribution des cartes CPS dans les Etablissements de santé ne pourra pas se faire en un seul jour, et devra faire l'objet d'une planification du GIP « CPS ». Parallèlement, les architectures techniques actuelles des établissements de santé devra être adaptées à la gestion de certificats. Afin de s'y préparer, il est important que les établissements de santé, mais également le GIP « CPS », disposent rapidement des orientations en la matière.

***Proposition 3 :** Publication du décret d'application de la Loi du 4 mars 2002 relative à l'utilisation de la Carte Professionnel de Santé dans le domaine médical.*

V – 2 Renforcer le GIP «CPS» dans ses missions de prestataire de service de confiance :

Les procédures de distribution et de gestion des cartes actuellement mises en œuvre par le GIP «CPS» visent la seule utilisation de la carte par SESAM–Vitale.

Ces procédures ont montré leurs limites dans la gestion des cas particuliers : remplacements, nouvelle installation, première installation.

Le GIP «CPS» doit améliorer la qualité globale du processus actuel, en particulier sur les délais, et les faire évoluer pour répondre aux besoins des Systèmes d'Information de Santé.

***Proposition 4 :** Elaboration au sein du GIP « CPS », en concertation avec les Professionnels de Santé, d'un programme de services et de qualité, répondant aux besoins et aux attentes des*

<sup>24</sup> Période qui pourrait être mise à profit pour organiser une concertation avec les grands industriels du marché et leurs groupements représentatifs afin d'apporter des solutions pragmatiques et, susciter ainsi une réelle dynamique .

*divers professionnels de santé dans le cadre de leur exercice (ambulatoire et / ou en établissement de santé).*

La mise en œuvre de ces nouvelles procédures ne doit toutefois pas constituer un risque de rupture pour l'application SESAM-Vitale.

Le GIP «CPS», s'il doit prendre en compte les objectifs du projet MARINE<sup>25</sup> et y contribuer pour sa mise en œuvre, se doit dès à présent, adapter ces procédures en fonction des difficultés rencontrées. C'est la crédibilité de l'ensemble du dispositif qui est en jeu.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la carte CPS dans les établissements de santé représente un enjeu majeur au regard des objectifs d'amélioration de la qualité des soins et d'une meilleure coordination entre les acteurs du secteur. Elle implique des adaptations adéquates du système de gestion et de distribution de la carte, ainsi que les liens entre l'annuaire nationale géré par le groupement et ceux des établissements.

Un report de cette mise en œuvre hypothéquerait gravement le renforcement indispensable de la coordination des soins et de la prévention sanitaire.

Toutefois compte tenu des architectures informatiques actuelles de la grande majorité des Etablissements de Santé, il est impératif de préparer cette intégration par étape et dans la transparence des orientations.

*Proposition 5 : Elaboration, sur l'initiative du GIP « CPS » et du Groupement d'Intérêt Public « Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier » (GMSIH), d'un guide d'intégration des services CPS au sein des architectures des Etablissements de Santé s'appuyant sur des certificats<sup>26</sup> serveurs et / ou des certificats cartes.*

Le système CPS apporte une plus value importante en termes de sécurité aux protocoles de communication offerts actuellement par l'Internet. Cette complémentarité, entre Internet et

<sup>25</sup> MARINE est un projet initié et actuellement mené par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins visant à simplifier les procédures d'enregistrement des professionnels de santé et à rendre pérenne l'identification ADELI.

<sup>26</sup> Un certificat est le résultat de l'opération réalisée par l'Autorité responsable de la gestion de l'Infrastructure de Gestion de Clé afin de garantir le lien entre identité de la personne physique ou morale, sa qualité et les clés cryptographiques associées.

IGC «CPS», constitue un socle minimum indiscutable pour l'ensemble des Systèmes d'Information de Santé.

Elle concerne aussi bien les postes de travail de médecine ambulatoire que les plates-formes serveurs hospitalières, d'hébergement de données personnelles, ainsi que celles relevant de la santé publique et de la sécurité sanitaire.

Il est nécessaire, voire indispensable, d'organiser de manière cohérente et coordonnée l'offre industrielle en prenant en compte les normes et standards internationaux. A cet égard, tous les industriels rencontrés ont souligné l'importance qu'ils accorderaient à une telle complémentarité.

*Proposition 6 : Elaboration et publication, d'un Guide de mise en œuvre des services de confiance dans les offres industrielles, sous l'égide du GIP « CPS », en collaboration étroite avec les principaux industriels et leurs groupements représentatifs (éditeurs, hébergeurs, fournisseurs d'accès à l'Internet).*

Une telle collaboration pourrait conduire à l'établissement d'une procédure de « Certificat Qualité de Service Santé », et constituer une force de proposition, soutenue par l'Etat, dans les travaux européens, tendant à l'interopérabilité des échanges électroniques et des IGC « santé » au sein des différents Etats.

L'acquisition par les professionnels de santé d'une solution assortie de cette garantie, et donc conforme aux usages attendus, notamment en matière d'échanges de données structurées, pourrait faire l'objet, comme le préconise le rapport du Conseil Economique et Social, de mesures d'accompagnement.

V – 3 Organiser la convergence progressive de la carte de professionnel de santé et de la carte ordinale, profession par profession

Les professions para-médicales, non dotées aujourd'hui d'un Ordre. La Loi du 4 mars 2002 a prévu la création d'un office pour ces professions. Les décrets d'application, en cours d'élaboration, devront prévoir l'inscription dans le Code de la Santé Publique que la carte professionnel de santé sera leur carte d'identité professionnel.

*Proposition 7 : Inscription dans le Code de la Santé Public que la carte de professionnel de santé est la carte d'identité professionnelle.*

La convergence entre la carte de professionnel de santé et la carte ordinaire pour professions dotées d'un Ordre doit être inscrite dans les textes constitutifs du groupement. Il revient aux instances décisionnelles du groupement, ou l'ensemble des acteurs concernés sont partie prenante, de définir les conditions, les modalités et le calendrier de sa mise en œuvre tenant compte du rayonnement du système CPS et des services rendus aux professionnels de santé.

*Proposition 8 : adaptation, au sein des instances décisionnelles du groupement, de la Convention Constitutive du GIP «CPS» portant notamment sur l'évolution des droits et obligations de ces membres.*



## Conclusion

La convergence entre carte ordinale et carte CPS ne se résume pas simplement au rapprochement sur un même support de deux cartes. Elle porte, en elle, toutes les interrogations, toutes les craintes, mais également tous les espoirs, pour la mise en œuvre de systèmes d'information améliorant les pratiques médicales et la qualité des soins prodigués au patient.

L'Infrastructure de Gestion de Clé « CPS » se situe au croisement des politiques de santé et du développement des technologies de l'information et de la communication.

SESAM-Vitale a été le levier de l'informatisation du secteur libéral et du déploiement de la carte CPS.

Si les conditions préalables d'une convergence globale pour toutes les professions dotées d'un ordre, souhaitée par les signataires de la Position Commune, ne sont pas aujourd'hui réunies, il s'agit cependant de poursuivre dans la voie engagée, de ne pas cantonner la Carte de Professionnel de Santé à la seule application SESAM-Vitale, afin que l'informatisation soit vécue par l'ensemble des acteurs comme une avancée significative d'une modernisation partagée.

Le large consensus des acteurs (Professionnels de Santé, industriels) sur le besoin d'un dispositif commun d'authentification, l'existence de l'IGC « CPS » qui, dans sa définition actuelle, répond aux objectifs d'interopérabilité, d'authentification et de confidentialité en conformité avec l'état de l'art constituent les acquis, principalement, financés par des fonds publics, qu'il convient de conforter.

Trois axes d'amélioration du dispositif actuel doivent être mis en œuvre :

- inscrire l'informatisation de santé dans un projet d'amélioration de continuité et de qualité des soins ;

- conforter le GIP CPS dans un rôle de prestataire de services rendus aux Professionnels de Santé ;
- œuvrer pour une convergence progressive de la carte professionnel de santé et la carte ordinale, profession par profession.

Gilles TAIB

Chargé de Mission à l'Inspection Générale des Affaires Sociales

# Annexes

## **Annexes**

- 1 Les personnes rencontrées**
- 2 Bibliographie**
- 3 Lettre de mission**
- 4 La position commune des Présidents des Ordres professionnels et de la CNAMTS**
- 5 Les informations portées par la Carte de Professionnel de Santé**
- 6 Analyse des impacts de la convergence sur le système CPS actuel**
- 7 Présentation du GIP CPS**
  - 7.1 Le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé »**
  - 7.2 Les membres du GIP CPS et leurs droits respectifs**
  - 7.3 Les grandes étapes de l'informatisation et de la CPS**
  - 7.4 Evolution de la logique économique**
  - 7.5 Procédures actuelles de distribution des cartes CPS**
- 8 L' Infrastructure de Gestion de Clé ou la Chaîne de Confiance dans les échanges électroniques**
- 9 Le système CPS et les systèmes d'Information de Santé**
- 10 Un dispositif de confiance et structurant au service des Systèmes d'Information de Santé : l'IGC « CPS »**
- 11 Rôle et responsabilités des différents acteurs au regard de la réglementation actuelle**

## **Annexe 1 Les personnes rencontrées**

Mme Anne Marie BERGER	<i>Fédération Française des Sociétés d'Assurances</i>
Mme Françoise BICHERON	<i>Présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes</i>
M. Gilles BONNEFONDS	<i>Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine</i>
M. Loic BOURNON	<i>Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information</i>
Docteur Gilbert BOUTEILLE	<i>Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes</i> <i>Président du Collège de Déontologie du GIP « CPS »</i>
M. Louis BREAS	<i>Rapporteur de la Cour des Comptes « Système d'Information de Santé »</i>
M. Jean François CHADELAT	<i>Inspecteur Général des Affaires Sociales</i> <i>Président du GIP « CPS »</i>
Docteur Michel CHASSANG	<i>Président de la Confédération Syndicale des Médecins Français</i>
M. Gérard CHEVROT	<i>Caisses Centrales de la Mutualité Sociale Agricole</i>
M. Richard DECOTTIGNIES	<i>Directeur Adjoint du GIP « CPS »</i>
M. Patrice DEVILLERS	<i>Président de l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine</i>
Mme DROLEZ	<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)</i>
Docteur Olivier DUBOIS	<i>Conseil National de l'ordre des Médecins</i> <i>Président du Collège de Déontologie du GIP « CPS »</i>
M. DUFAY	<i>Directeur du GIP « Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier »</i>
M. Yves HUMEZ	<i>Directeur Général de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole</i>
M. Jean Louis FAURE	<i>Délégué Général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance</i>
Mme. Hélène FAURE	<i>Chargée de Mission – Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins – Ministère de la Santé</i>

M. FAVIER	<i>Chargé de mission projet « MARINE » - Direction l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins – Ministère de la Santé</i>
M. Michel FEUGAS	<i>Directeur Adjoint du GIP « Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier »</i>
M. Patrick FORTUIT	<i>Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens – Vice Président du GIP « CPS »</i>
M. Loic GEFFROY	<i>Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins – Ministère de la Santé</i>
M Robert GRANDI	<i>Directeur secteur santé - CEGEDIM</i>
Mme Evelynne GUILLET	<i>Centre Technique des Institutions de Prévoyance</i>
Docteur Pierre JOUAN	<i>Secrétaire Général Adjoint du Conseil National de l'Ordre des Médecins</i>
M. Jean Claude LABRUNE	<i>Président Directeur Général - CEGEDIM</i>
M. Frédéric LEHMANN	<i>Conseiller Technique du Ministre de la Santé</i>
M. Daniel LENOIR	<i>Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
M. Pierre LEPORTIER	<i>Centre National des Professions de Santé</i>
M. Christophe MADIKA	<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
Mme. Huguette MAUSS	<i>Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins – Ministère de la Santé</i>
M. Le Médecin Général M. MEYRAN	<i>Directeur du Service de Santé des Armées – Ministère de la Défense</i>
Mme. Marie Hélène MITJAVILE	<i>Maître des Requêtes au Conseil d'Etat – Conseiller juridique du GIP « CPS »</i>
Mme Bernadette MOREAU	<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>

M. Yannick MOTEL	<i>Président du Groupement Interprofessionnel de Promotion des Systèmes d'Information Médico - Sociale<sup>27</sup></i>
M. Philippe NICOLAZO	<i>Directeur de la CANAM</i>
Mme. NEU	<i>Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés</i>
Mme. Anne Lise OLLIVIER	<i>Centre Technique des Institutions de Prévoyance</i>
M Henri PARENT	<i>Directeur du département e-business – GlaxoSmithKline Président de l'Association ISIDORE</i>
M. Pascal PENAUD	<i>Direction Générale de la Santé</i>
Mme. Arielle PIERONI – GARCIA	<i>Fédération Nationale de la Mutualité Française</i>
M. Christian PUPINCK	<i>Vice – Président du Collège de Déontologie du GIP “CPS”</i>
M. REIGNAULT	<i>Président du Centre National des Professionnel de Santé Président de la Confédération des Syndicats des Chirurgiens Dentistes</i>
M. Charles Antoine ROUSSY	<i>M.G . France</i>
M. Bernard VERRIER	<i>Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins – Ministère de la Santé</i>
Docteur VICREY	<i>Médecin Conseil à la CANAM</i>
M Michel VILLAC	<i>Mission de l'Informatisation du Secteur de la Santé – Ministère de la Santé</i>
M. Gérard VINCENT	<i>Président de la Fédération Hospitalière de France</i>
M. Michel de VIRVILLE	<i>Précédent Président du GIP «CPS» (1993 – 2002)</i>
Mme Marthe WEHRUNG	<i>Directrice du GIP « CPS »</i>

---

<sup>27</sup> Le GIPSIM regroupe plus de 25 industriels ayant une activité dans le secteur de la santé.

## **Annexe 2 Bibliographie**

- Commission Carte d'Identification du Professionnel de Santé et son environnement : Rapport au Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale – Juillet 1990
- Convention constitutive du Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé » Arrêté du 28 janvier 1993, modifié par l'Assemblée Générale du 19 juin 2001
- Rapport du groupe d'experts juridiques du Collège de déontologie du GIP « CPS » « Nature juridique de la Carte de Professionnel de Santé » GIP « CPS » : Novembre 1993
- Rapport du Collège de Déontologie du GIP « CPS » : Sanctions et cartes CPS GIP « CPS » : Juillet 1994
- Note de Mme M.H. MITJAVILLE, Maître des Requêtes au Conseil d'Etat, au Président du GIP « CPS » portant sur les conséquences de l'arrêt du 3 juillet 1998 du Conseil d'Etat annulant la convention médicale ; question du paiement de la carte CPS (16 juillet 1998)
- Rapport d'Activité 1998 : Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé
- Le Dossier Santé – Note d'étape Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé : 3 février 1999
- Sécurisation des échanges électroniques, Propositions du Ministère de l'emploi et de la solidarité pour une politique du gouvernement – 27 mai 1999
- Charte pour la communication sur Internet des entreprises pharmaceutiques Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé / Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique – 26 décembre 2000
- Rapport d'activité annuel 2000 GIP « CPS »
- Rapport d'activité annuel 2001 GIP « CPS »
- La sécurité des échanges électroniques d'informations médicales nominatives entre médecins Professeur Liliane DUSSERRE – Avril 2001 Session d'avril 2001 du Conseil National de l'Ordre des Médecins
- Sécuriser les échanges électroniques avec une PKI Thierry AUTRET, Laurent BELLEFIN, Marie Laure OBLE-LAFFAIRE Edition Eyrolles – janvier 2002



- Les politiques de certification du système CPS :

Certificats de signature et d'authentification pour les cartes CPS2 et CPS2bis (Novembre 2001)

Certificats de serveurs applicatifs (19 Mars 2002) Certificats de confidentialité (19 mars 2002)

- Position commune de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie et des professions de santé réglementées sur la convergence de la carte CPS et des cartes Ordinales 7 février 2002

- Le dossier médical : enjeu de transparence et de qualité des soins. Quel cahier des charges ? Conférence inaugurale du Médec – 12 mars 2002

- Santé et nouvelles technologies de l'information Conseil Economique et Social – présenté par Mme Jeannette GROS – avril 2002

- Le métier de tiers de confiance, pièce essentielle de la signature électronique Maître Isabelle RENARD – Mai 2002

- Enquête relative aux échanges d'informations au sein des réseaux de soins GIP « CPS » : Mai 2002

- e-EUROPE 2005 : une société d'information pour tous Commission des Communautés Européennes Plan d'action à présenter en vue du Conseil européen de Séville des 21 et 22 juin 2002

- Evolution du projet SESAM – VITALE STERN Systèmes d'information – juillet 2002

- Projet de décret en Conseil d'Etat d'application de l'article 1110-4 alinéa 4 du Code de la Santé Publique relatif à la garantie de la confidentialité des informations médicales Direction Générale de la Santé – Ministère de la Santé – juillet 2002

- L'informatisation des systèmes de santé - les systèmes SESAM – VITALE et CPS Relevé de constatations définitives - Cour des Comptes – 6me Chambre – 16 septembre 2002

- Projet de rapport des travaux conduits en 2002 (15/10/2002) Mission Economie Numérique – Groupe de travail 6 « Sécurité des téléprocédures » Ministère de l'Economie et des Finances

- La Santé Publique en France : quelle vision stratégique ? quels financements ? Laboratoires Internationaux de Recherche – Regarder autrement Octobre 2002

- Plan d'Action 2003 du GIP « CPS »

- Discours du Premier Ministre devant l'Electronic Business Group Présentation du plan RE/SO 2007

**Annexe 3 Lettre de mission**

*Ministère de l'Emploi  
et de la Solidarité*

*Le Directeur du Cabinet*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*Le 03 mai 2002*

*127, rue de Grenelle 75700 Paris 07 SP*

*Téléphone : 01 44 38 38 38*

*Télécopie : 01 44 38 20 20*

Monsieur,

Le développement de l'usage des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) est l'un des principaux leviers de la modernisation de notre système de santé.

Ainsi, de plus en plus de professionnels de santé ont recours à la voie électronique pour s'échanger entre eux des informations à caractère médical. En raison de la nature et de la sensibilité des informations concernées, la sécurisation de ces échanges est devenue une préoccupation majeure pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

Pour répondre à cet enjeu essentiel, les pouvoirs publics ont lancé dès 1993 le projet de carte de professionnel de santé (CPS), dont ils ont confié la mise en œuvre à un groupement d'intérêt public, le GIP-CPS. En dix ans, sous l'impulsion du GIP, la carte de professionnel de santé s'est imposée comme le principal outil de sécurisation des échanges informatiques entre professionnels de santé.

Il est nécessaire de consolider le travail qui a été réalisé, en consacrant le rôle essentiel que joue désormais la CPS dans notre système de santé. Le Conseil économique et social, dans l'avis récent qu'il a rendu sur « *Santé et nouvelles technologies de l'information* », recommande dans cette perspective de « *mener à bien la fusion entre la carte CPS et la carte ordinaire* ».

Cet objectif a fait l'objet, le 7 février dernier, d'une position commune signée par les présidents des quatre Ordres professionnels et par le président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et adressée à la ministre de l'emploi et de la solidarité. Les signataires y confient leur souhait de voir l'usage de la CPS ouvert, au-delà de SESAM-VITALE, à l'ensemble des applications du secteur, sans distinction liée à l'activité du professionnel de santé, et leur volonté de faire évoluer dans ce but la CPS pour en faire une carte d'identité professionnelle.

Monsieur Gilles TAIB  
58, rue André Joineau  
93310 LE PRE SAINT GERVAIS

... / ...

- 2 -

Cette évolution doit s'accompagner de la recherche d'un nouvel équilibre politique et économique au sein du GIP, et par l'amélioration des services qu'il apporté aux professionnels de santé.

Afin de préparer cette évolution, je souhaite que vous meniez, en étroite concertation avec la direction du GIP-CPS, une mission de concertation et de propositions. Vous vous attacherez notamment à étudier les points suivants :

- le positionnement du GIP et du système CPS face au développement des NTIC dans notre système de santé ;
- les modalités de représentation des acteurs du système de santé au sein du GIP, et l'équilibre entre chacun d'entre eux, dans la perspective d'une modification de la convention constitutive du GIP ; vous vous interrogerez également sur les modalités selon lesquelles y associer les professions paramédicales, qui, lorsqu'elles sont exercées à titre libéral, disposent désormais d'un Conseil en vertu de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades ;
- le financement du GIP et ses évolutions possibles ;
- les actions à mettre en œuvre pour réaliser la convergence CPS/carte ordinale, et leur calendrier.

Vous remettrez vos conclusions et vos propositions au ministère de l'emploi et de la solidarité et à la direction du GIP-CPS avant la fin 2002.

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



Christian VIGOUROUX

## **Annexe 4    La position commune des Présidents des Ordres Professionnels et de la CNAMTS**



### **Position commune de la Caisse nationale de l'assurance maladie et des professions de santé réglementées sur la convergence de la carte CPS et des cartes Ordinales**



Tous les partenaires réunis au sein du GIP-CPS reconnaissent que le système de la carte CPS mis au point constitue une avancée importante pour l'informatisation du secteur de la santé.

La carte CPS a été largement diffusée à l'occasion du déploiement SESAM-Vitale. Ses concepteurs ont voulu rendre la carte CPS indépendante de toute application. Les partenaires ont fait preuve à cet égard d'une remarquable anticipation puisque le système CPS constitue l'un des premiers à mettre à disposition d'un grand nombre d'acteurs un outil de sécurité basé sur une infrastructure de gestion de clés publiques et une carte à microprocesseurs. La voie ainsi tracée doit être conservée.



Cette mise au point a nécessité des choix technologiques alors même que le marché n'était pas mature et que les standards n'étaient pas définis. L'expérience acquise à cette occasion constitue un investissement financier et technique important pour l'ensemble des membres du GIP-CPS.



Les Ordres des professions de santé souhaitent la création d'une **Nouvelle Carte** portant les fonctionnalités actuelles de la carte CPS et de la Carte Ordinale.



L'ensemble des membres du GIP-CPS approuve cette démarche qui constitue l'aboutissement normal des objectifs recherchés dès la création du GIP-CPS.

L'enrichissement des fonctionnalités de la nouvelle carte doit être l'occasion de stabiliser le système actuel pour définir les conditions de son évolution à long terme dans le respect des missions et prérogatives de l'ensemble des membres.

La carte actuelle permet de garantir lors des échanges électroniques les fonctions :

- d'identification
- d'authentification
- de signature
- de confidentialité
- d'intégrité

Les fonctionnalités de la **Nouvelle Carte** ne sauraient être inférieures à celle offerte par l'actuelle carte.

Le cycle de vie de la carte [ émission, mise à jour, renouvellement, destruction etc . ] reste à ce jour, une opération délicate car elle nécessite l'intervention de plusieurs acteurs notamment les Ordres, l'Etat, l'Assurance maladie, le GIP-CPS et les industriels en charge de la fabrication, de la personnalisation et de l'expédition des cartes CPS.

L'expérience acquise montre qu'il est difficile d'obtenir une fluidité suffisante du dispositif pour avoir des délais de réaction très courts notamment pour assurer une continuité indispensable des services offerts aux professionnels de santé.

Les processus d'inscription et de mise à jour devront être revus en recherchant la meilleure réactivité

Pour ce faire, il sera opportun d'examiner l'apport d'une « **mutualisation partielle** » des fichiers de l'Etat, des Ordres, et de l'Assurance maladie, chaque acteur gardant la maîtrise de ses données.

Ceci nécessite de définir, au préalable, les conditions de ce rapprochement dans le respect des dispositions du Code de la santé publique.

Les moyens mis en œuvre pour garantir cet engagement pourront faire l'objet d'un audit à la demande de l'un des acteurs.

Les conditions d'accès et de distribution de la nouvelle carte devront être défini en précisant le rôle de chacun des acteurs et en simplifiant la démarche des professionnels de santé.

Cette recherche constitue un objectif partagé par les différents acteurs car elle permet la simplification d'un dispositif jugé trop compliqué.

L'Etat prendra tout les mesures pour favoriser l'évolution ci dessus.

Cette nouvelle dimension de la carte, suppose une plus grande implication des Ordres dans le pilotage et le financement du système. Les textes constitutifs du groupement seront revus en conséquence.

Pour ce qui est du financement, des garanties de transparence doivent être apportées à chaque membre à travers un règlement budgétaire et financier mais aussi par une clarification des conditions dans lesquelles le GIP-CPS est amené à contracter.

A cette occasion, il sera nécessaire de définir précisément les conditions de validation par les membres des spécifications techniques ainsi que celles des produits avant leur diffusion.

Les Ordres professionnels attendent une modification rapide de l'aspect extérieur, du nom de cette Nouvelle Carte et la mise en œuvre rapide d'une nouvelle politique de communication afin de soutenir, auprès tous leur membres, l'effort financier demandé contre partie de l'amélioration de la carte, de sa mise à disposition exhaustive et de sa fonctionnalité.

Chaque membre doit pouvoir exercer son métier. L'assurance maladie étudiera les conditions de simplification de son espace réservé, qui enregistre ses données [ dénommé DAM pour Domaine de l'Assurance maladie] par la mise en carte d'un certificat d'attribut ou à travers des connexions à des serveurs de données distants ou par l'enregistrement de ces données sur le poste de travail.

Cependant ces évolutions et les migrations, qu'elles nécessitent devront se faire sans rupture de service pour les professionnels de santé qui télé transmettent les feuilles de soins ou qui effectuent de la facturation à domicile.

Cette simplification devra garantir aux partenaires un niveau de sécurité équivalent à celui offert par la CPS notamment pour les données d'assurance maladie, faute de quoi les acteurs se verraient contraints d'émettre leurs propres cartes ce qui est contraire à l'objectif recherché.

Pour conduire les réflexions nécessaires à la mise en place de cette nouvelle approche, des groupes de travail seront mis en place par le GIP-CPS. Ils produiront des propositions qui seront examinées par les membres avant adoption par les instances du groupement.

Le calendrier prévisionnel doit permettre d'adopter les décisions structurantes dès le milieu de l'année 2002.

Paris, le 7 février 2002


Professeur Bernard HOERNI  
Président du Conseil National de l'Ordre  
des médecins



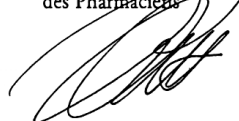
Docteur André ROBERT  
Président de l'Ordre National  
des Chirurgiens-Dentistes



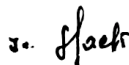
10 Madame Nicole ATECHIAN  
Présidente de l'Ordre National  
des Sages-Femmes

la Secrétaire générale  


Monsieur Jean PARROT  
Président de l'Ordre National  
des Pharmaciens



Monsieur Jean-Marie SPAETH  
Président de la Caisse Nationale  
de l'Assurance Maladie



3/3



## **Annexe 5 – Les informations portées par la Carte de Professionnel de Santé**

La Carte de Professionnel de Santé comporte les données visibles, imprimées sur le plastique de la carte, et les données enregistrées dans le composant électronique. Ces informations sont inscrites, sur et dans la carte, lors des opérations de personnalisation :

1° *Les données visibles* comportent :

- un numéro d'identification internationale du GIP « CPS » en tant qu'organisme émetteur ;
- un numéro d'identification propre à la carte émis par le GIP « CPS » ;
- la date de fin de validité de la carte ;
- les données d'identification du titulaire, qui sont le **nom d'exercice** et le **prénom usuel**, la **profession**, l'**identification** propre au **titulaire** construit sur la base du numéro ADELI et, s'il y a lieu, la raison sociale et le numéro d'identification de l'organisme dans lequel est exercée l'activité principale.
- Par ailleurs, un logo (visuel) est distinct pour chaque profession.

2° *Les données enregistrées dans le composant électronique* :

- Les données visibles mentionnées ci-dessus, ainsi que le nom patronymique s'il diffère du nom d'exercice ;
- S'il y a lieu, la ou les spécialités du titulaire, son activité principale, sa ou ses activités secondaires et pour chacune d'elles le mode d'exercice et, le cas échéant, la forme juridique de la structure dans laquelle s'exerce l'activité ;
- Les données décrivant la situation du titulaire au regard de l'assurance maladie, inscrites dans un espace sécurisé du composant et dédié à l'assurance maladie (appelé le Domaine Assurance Maladie – DAM) ;
- Les données techniques permettant :
  - d'activer la carte au moyen d'un code confidentiel ;
  - d'authentifier la carte en tant que carte de professionnel de santé, en tant que carte propre à une profession et à une activité déterminées et en tant que carte propre à une personne déterminée ;
  - d'assurer les fonctions de signature ;
  - de protéger l'accès aux informations de la carte ;

*Nota* : les fonctions liées au chiffrement des messages e-mail sont intégrées dans le poste du professionnel de santé et liées à la ou aux adresse(s) e-mail du professionnel de santé. Toutefois, l'utilisation de ces messageries sécurisées s'appuie sur une authentification préalable de la carte CPS.

## **Annexe 6 Analyse des impacts de la convergence sur le système CPS actuel**

Suite à la position commune sur la convergence, en date du 7 février 2002, et à son examen au Conseil d'Administration du GIP « CPS » en date du 19 mars 2002, la présente annexe vise à identifier les impacts « techniques et organisationnels » sur les différentes composantes du système actuellement existant en tenant compte des exigences exprimées et de la dimension temporelle.

### **I / IDENTIFICATION DES ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE POUR L'EVOLUTION DU SYSTEME CPS AFIN DE FAVORISER LA CONVERGENCE AVEC LA CARTE ORDINALE :**

- 1) Enrichissement des fonctionnalités de la nouvelle carte, dans le respect des missions et prérogatives de l'ensemble des membres, qui doit être l'occasion de stabiliser le système actuel sur le plan fonctionnel et permettre les conditions de son évolution au regard de l'état de l'art. Les fonctionnalités de la nouvelle carte ne sauraient être inférieures à celles offertes par l'actuelle carte CPS ;
- 2) Les processus d'inscription pour l'obtention de la carte et de mise à jour des informations devront être revus en recherchant la meilleure réactivité ;
- 3) Plus grande implication des Ordres dans le pilotage et le financement du Système ; révision des textes constitutifs du Groupement ;
- 4) Etablissement d'un règlement budgétaire et financier garantissant la transparence à apporter vis-à-vis de chaque Membre et clarification des conditions dans lesquelles le GIP « CPS » est amené à contracter avec des tiers ;
- 5) Modification rapide de l'aspect extérieur et de la dénomination de cette nouvelle carte ;
- 6) Mise en œuvre rapide d'une nouvelle politique de communication ;
- 7) Les évolutions et les migrations doivent se faire sans rupture de service pour les Professionnels de Santé qui télétransmettent des feuilles de soins ou qui effectuent de la facturation à domicile. L'Assurance Maladie étudiera les conditions de simplification de son espace réservé (DAM).

### **II / LES OBJECTIFS ET EXIGENCES A ASSURER<sup>28</sup> :**

#### **II – 1 Les fonctionnalités vues par les utilisateurs et les applications :**

Les fonctionnalités de la carte CPS permettent de garantir lors de tous les échanges électroniques les fonctions d'identification, d'authentification, de signature, de confidentialité et d'intégrité s'appuyant sur les standards technologiques existants.

La nouvelle carte ne doit avoir **aucun impact** sur ces fonctionnalités aussi bien pour les utilisateurs que pour les applications (notamment SESAM – VITALE, sécurisation des flux, messagerie sécurisée).

#### **II - 2 Couverture :**

**Extension et généralisation systématique à tous les Professionnels de Santé réglementés disposant d'un Ordre**, et ceci indépendamment de leurs activités (libérales ou salariées). Dans un deuxième temps, et dès la mise en place des « Conseils » prévus dans la Loi du 4 mars 2002, **généralisation systématique à tous les Professionnels de Santé rattachés à ces nouveaux organismes<sup>29</sup>**.

Pour les autres types de cartes et pour les certificats « serveurs applicatifs », **pas de modification**, c'est à dire couverture progressive à la demande.

#### **II – 3 Services rendus aux professionnels de santé pour l'obtention et la gestion de leur carte :**

<sup>28</sup> Cette analyse ne couvre pas les modifications des textes constitutifs (points 3 et 4), ainsi que la nouvelle politique de communication (point 6) qui devront être apportées suite aux orientations et décisions des Instances du Groupement.

<sup>29</sup> Toutefois, la Loi du 4 mars 2002 n'a prévu le rattachement à ces organismes que des professionnels de santé en activité libérale.



L'objectif recherché vise à créer les conditions d'efficacité et de confiance vis à vis de l'ensemble du Système. A ce titre, les fonctions relevant de la mission d'Autorité d'Enregistrement sont « au cœur de cette préoccupation ».

***Bien que cette fonction soit indépendante de la convergence entre les deux cartes***, il est nécessaire d'améliorer la rapidité, la traçabilité, la fiabilité des informations ainsi que la transparence des procédures, et ce dans le respect des responsabilités de chaque « Autorité Compétente ». Les objectifs cibles visés doivent être dans des délais « acceptables » pour les Professionnels de Santé :

- **Obtention de la première carte** : objectif proposé de 3 semaines maximum entre la demande et l'obtention de la carte ;
- **Renouvellement anticipé**, suite à un événement vol, perte ou dysfonctionnement : garantir le délai actuel de 3 jours maximum hors délais postaux ;
- **Renouvellement en fin de vie d'une carte** : garantir et maintenir le délai actuel qui vise à l'obtention de la nouvelle carte au minimum 20 jours avant la fin de validité de la carte ;
- **Prise en compte des événements et actualisation** des informations d'une carte : objectif proposé d'1 semaine entre la déclaration et la disponibilité de l'information validée pour mise à jour de la carte par le Professionnel de Santé ;
- **Application du droit à la rectification de la Loi Informatique et Liberté** : objectif proposé d'1 semaine entre la déclaration et la disponibilité de l'information validée pour mise à jour de la carte par le Professionnel de Santé ;
- **Gestion des remplacements** : l'objectif visé est le temps réel vu par les Professionnels de Santé.

### **III / ANALYSE DES IMPACTS**

#### **III – 1 Les Politiques de Certification**

**Les Politiques de Certification en vigueur restent applicables** et aucun aménagement ou modification ne sont à prévoir.

#### **III – 2 Les procédures liées à la distribution et à la gestion du cycle de vie des cartes :**

##### *a) Procédure initiale de demande de carte CPS :*

Actuellement, la procédure de diffusion de masse concerne essentiellement les Professionnels de Santé ayant une activité libérale et ceci dans le cadre du déploiement de SESAM – VITALE.

La position commune vise à une couverture généralisée (dont le critère de base est l'inscription au Tableau de l'Ordre), et ceci, aussi bien pour **les professionnels déjà en exercice et ne disposant pas d'une carte**, que pour **les jeunes professionnels s'installant** (première inscription).

- Les Professionnels de Santé en exercice et ne disposant pas de leur CPS, il faut distinguer deux cas de situation possible :

Les professionnels de santé enregistrés dans le fichier géré par la CNAMTS (activité libérale), et pour lesquels un formulaire a déjà été édité : Adaptation de la procédure actuelle évitant une procédure administrative complémentaire vis-à-vis du Professionnel de Santé.

Les professionnels de santé qui ne sont pas, par contre, enregistrés dans le fichier géré la CNAMTS (à priori n'ayant aucune activité libérale) : mise en œuvre d'une procédure de « récupération » des informations des tableaux des ordres accompagnée de l'édition d'un

formulaire afin que le Professionnel de Santé puisse le compléter « sur l'honneur ».  
L'obtention de la carte s'effectuera après validation des différentes autorités compétentes.  
Ceux qui ne sont pas enregistrés dans le fichier géré la CNAMTS (à priori n'ayant aucune activité salariée) : mise en œuvre d'une procédure de « récupération » des informations des tableaux des ordres accompagnée de l'édition d'un formulaire afin que le professionnel de santé puisse le compléter « sur l'honneur ». L'obtention de la carte s'effectuera après validation des différentes autorités compétentes.

- Les jeunes Professionnels s'installent (activité libérale ou salariée) :

L'initialisation de la demande de carte s'effectue au moment de l'inscription à l'Ordre. Deux scénarios de procédure d'émission de la carte doivent être étudiés :

Production de la carte dès l'attribution du n°ADELI (s'applique à tous les Professionnels indépendamment de leur future activité). L'attribution du DAM, pour ceux ayant une activité libérale, s'effectuant par un téléchargement, soit dans la carte (*dans un premier temps, non modification du système actuel*), soit dans le poste (*si cette solution est retenue, par la CNAMTS, dans un second temps*).

Production de la carte après obtention de l'ensemble des informations nécessaires (*ADELI pour tous les Professionnels, plus le DAM pour ceux ayant une activité libérale*).

*b) Procédure initiale de demande de CPE :*

La mise en œuvre de la convergence **ne modifie pas cette procédure**. Toutefois, pour les cartes CPE des Professionnels ayant une activité libérale, elle pourrait être aménagée suivant les décisions relatives aux nouvelles règles de prise en charge financière en supprimant par exemple l'accord préalable de la CNAMTS. (*Il est nécessaire de rappeler que ces cartes CPE -anonymes- ont une utilité dans le cadre de SESAM-VITALE mais aussi pour l'utilisation de la messagerie sécurisée (gestion des délégations d'habilitation)*).

*c) Documents et information d'accompagnement :*

L'ensemble de la documentation et des supports d'information destinés aux Professionnels de Santé devra être adapté conformément aux décisions arrêtées pour la mise en œuvre de la « nouvelle carte ».

*d) Gestion des informations dans le cadre du cycle de vie de la carte incluant la gestion des fins d'exercice :*

Il y a trois types d'événements pouvant influencer sur le cycle de vie de la carte du Professionnel de Santé :

- Les événements d'usages :
  - Renouvellement suite à déclaration de vol, perte, dysfonctionnement, ... : La procédure est **actuellement opérationnelle et fonctionne de manière satisfaisante**. Un Centre d'Appel est ouvert 24h/24 et 7jrs/7. Le délai maximum entre la déclaration et l'obtention d'une nouvelle carte est de trois jours hors délais postaux.
  - Renouvellement à fin de validité de la carte : Cette **procédure est aujourd'hui automatique**. Le Professionnel de Santé dispose, à son adresse, de sa nouvelle carte au minimum 15 jours avant la date de fin de validité de sa carte (identique aux procédures des cartes bancaires).
- Les événements concernant les modifications d'état civil et de qualifications professionnelles du titulaire :

Ces événements conduisent au renouvellement de la carte (modification d'identité entraînant une modification des informations sur le visuel de la carte, mais également des certificats).

La procédure organisationnelle et technique existe aujourd'hui. Toutefois, il s'avère nécessaire de la fiabiliser. **L'amélioration de cette procédure est indépendante de la « position commune ».**

- Les événements concernant l'évolution des activités professionnelles :
  - Changement de département pour l'activité principale : Conduit à un changement de carte du à la départementalisation d'ADELI.
  - Modification de ou des activités n'entraînant pas l'attribution d'un nouveau n°ADELI : Ces événements ne doivent pas conduire à un changement de carte, mais à une mise à jour des informations dans la carte après validation des Autorités Compétentes. Même si l'organisation de prise en compte de ces événements n'a pas de lien direct avec la « position commune », il est nécessaire de fiabiliser et de fluidifier l'ensemble de cette procédure :
    - Impact organisationnel : Mise en œuvre d'une procédure, offrant une possibilité de télé – déclaration des Professionnels de Santé et/ou établissements respectant les responsabilités des Autorités Compétentes ;
    - Impact technique : mettre en œuvre des services de télé – déclaration et de télé actualisation sécurisés.
  - Fin d'activité : idem au changement d'activité sans changement de carte.

*e) Prise en compte des remplaçants :*

Trois catégories de Professionnels de Santé sont concernées :

- **Ceux qui sont inscrits au tableau de l'Ordre** : La couverture généralisée prévue par « la position commune » s'applique, et en conséquence simplifie la gestion de cette population ;
- **Les étudiants résidents** : Identification par l'Ordre lors de l'attribution de la licence de remplacement (accord de l'Etat et des Ordres sur cette procédure en date du 20/3/2002) ;
- **Les étudiants internes** : l'identification retenue est celle de l'Etat (SIRIUS attribué par les DRASS). Cette procédure existe aujourd'hui, il n'y a pas d'impact ni organisationnel, ni technique. Toutefois, la question du « qui paye » est non résolue.

### III – 3 Les composantes techniques :

*a) Les composantes techniques internes et le système d'information de l'IGC :*

La mise en œuvre de la convergence n'a **aucun impact sur l'ensemble des composantes de l'IGC « CPS »** existant et n'entraîne, en conséquence, aucune modification.

Toutefois, les décisions qui seront arrêtées en matière de prise en charge financière conduiront à des adaptations des composantes techniques de l'Autorité d'Enregistrement (Centre de Gestion, Gestionnaire de Formulaire Electronique) ainsi que le système de facturation.

La mise en œuvre de la « nouvelle carte » n'a aucun impact direct sur les différents contrats d'exploitation externe actuels.

Le contrat de prestation de personnalisation devra être modifié pour y introduire les nouvelles charges liées à l'édition et à l'envoi des pochettes de type « Imagine'R ».

Toutefois, la nécessité de mise en œuvre d'un service d'exploitation des différentes composantes techniques 24h/24 et 7jrs/7 devra être plus rapidement envisagé.

*b) Les éléments constituant les outils et les services de l'utilisateur :*

Il n'y a aucun impact technique pour l'ensemble des composantes du poste de travail du Professionnel de Santé. Toutefois, des nouveaux services doivent être adaptés ou développés (télé - actualisation, télé - déclaration pour la gestion des remplacements par exemple). Ces nouveaux services n'ont pas d'impact sur les logiciels du poste à partir de la version d'API V4 et ne nécessitent donc pas de mise à niveau des logiciels.

**En conclusion, hormis les améliorations à apporter aux procédures (*initialisation des demandes dès l'inscription au Tableau des Ordres*), et à l'exploitation du système CPS, indépendant de la convergence des deux cartes, l'ajout des fonctionnalités de la carte Ordinale à la Carte de Professionnel de Santé actuelle n'impactent que le visuel de la carte (*logo*), avec la prise en compte de la signature du Président de l'Ordre concerné et la refonte des documents accompagnant l'envoi de la carte, analogue à la pochette de la Carte « Imagine'R ».**

**Le renouvellement des cartes déjà distribuées pouvant se réaliser « au fil de l'eau » lors de leur renouvellement intervenant en fin de validité et ceci sans aucune rupture d'usage.**

## **Annexe 7.1 Le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé »**

### **I – Les textes constitutifs**

Le GIP «CPS » a été constitué par l'Etat et l'ensemble des organismes et institutions représentant les différents acteurs du secteur (cf. annexe 6.2.), afin de mettre en commun leurs réflexions et leurs moyens pour le développement de la Carte de Professionnel de Santé.

Le groupement a été créé, conformément aux lois n°82-610 du 15 juillet 1982 et n°87-571 du 23 juillet 1987, par les décrets du 15 mars 1983, du 7 novembre 1988 et du 21 novembre 1989 et par la Convention Constitutive signée en février 1993 pour une durée limitée à 15 ans. Un règlement intérieur précise les modalités de fonctionnement de l'organisme.

Le Groupement est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat en application du décret n°55-733 du 26 mai 1955 et du décret n°53-707 du 9 août 1953. Par ailleurs, un commissaire du gouvernement est désigné par le Ministre chargé des Affaires Sociales.

Personne morale de droit public, le GIP « CPS » n'est pas soumis aux règles du code des marchés publics. Toutefois, il a choisi de s'en inspirer afin d'assurer une mise en concurrence satisfaisante de ses fournisseurs.

La Convention Constitutive a fait l'objet de plusieurs modifications afin d'adapter le fonctionnement du groupement aux évolutions de son environnement (cf. annexe 6.3 et 6.4). Ainsi, en décembre 1998, la Convention Constitutive a fait l'objet d'adaptation pour la mise en œuvre du dispositif prévu par les Ordonnances du 24 avril 1996. Le groupement est alors passé de la phase d'étude et de développement à celle d'exploitation, de promotion et de diffusion de la carte.

### **II – Les missions**

La Convention Constitutive définit la Carte de Professionnel de Santé comme un élément clef de la sécurisation de toute communication électronique dans le domaine de la santé.

La carte doit permettre à son titulaire de faire reconnaître son identité et ses qualifications par les différents systèmes informatiques et télématiques qu'il utilise, et si nécessaire, de signer électroniquement les transactions qu'il effectue :

- elle est un complément indispensable de la carte SESAM – VITALE ;
- elle est un moyen majeur de sécurisation des informations confidentielles.

Dans ce cadre, en 1993, le GIP « CPS » a pour missions l'émission, la gestion et la promotion des cartes de la famille « CPS », la définition des spécifications et la responsabilité de la normalisation du dispositif de lecture lié à la carte et de l'agrément des applications qui utilisent la carte, la planification de la diffusion de la carte en coordination avec les applications qui l'utilisent, notamment SESAM – VITALE.

En 2001, en vue de la mise en application de la directive européenne et de la transposition dans la Loi française relative à la reconnaissance de la signature électronique, les missions du GIP ont été étendues à celle de la gestion d'une Infrastructure de Gestion des Clés, comportant celles :

#### **II – 1 Autorité d'Enregistrement :**

Autorité assurant la délivrance aux professionnels de santé, sur la base des informations qui lui sont communiquées par l'Etat, les Ordres et l'Assurance Maladie, les certificats de signature, de chiffrement et d'authentification rendant compte de leurs compétences professionnelles et des conditions d'exercice de leurs professions ;

## II- 2 Autorité de Certification :

Autorité assurant la production technique des certificats, leur gestion et leur insertion dans la carte (en ce qui concerne les certificats d'authentification et de signature), dans le poste de travail en ce qui concerne le chiffrement, dotant ainsi l'ensemble des professionnels munis de la carte, d'un instrument de signature, d'authentification et de chiffrement des messages d'informations médicales confidentielles qu'ils se communiquent entre eux, à échanger avec les organismes d'assurance maladie et les agences de vigilances sanitaires, mais également accéder aux différentes bases de données du système de santé.

## II – 3 Autorité de Publication :

Autorité mettant à disposition de l'ensemble de la communauté un annuaire disponible 24h/24 et 7jrs/7.

## **III – Les Instances Collégiales :**

Statutairement, le GIP « CPS » possède trois instances décisionnelles et des instances de concertation, dont la désignation de leurs membres et leur fonctionnement est décrit dans le Règlement Intérieur lié au Fonctionnement.

III – 1 L'Assemblée Générale est composée des représentants de l'ensemble des membres du Groupement, le Directeur du GIE SESAM – VITALE y participe avec voix consultative.

Les modalités de prises de décision sont définies dans l'article 6 de la Convention Constitutive.

L'Assemblée Générale fixe les orientations ainsi que les règles de fonctionnement du Groupement. Elle peut décider de modifier la Convention Constitutive. Elle peut décider de la prorogation ou la dissolution anticipée du groupement en fixant alors les règles de liquidation. Elle décide des exclusions et de l'admission de nouveaux membres.

En matière budgétaire, elle adopte le programme annuel d'activité et le budget correspondant sur proposition du Conseil d'Administration. Elle approuve les comptes de chaque exercice et fixe les contributions de chacun des membres du groupement. Elle approuve les prises de participations dans d'autres entités juridiques.

Elle nomme le Commissaire aux Comptes. Elle se prononce sur la nomination et la révocation des administrateurs du groupement ainsi que leurs suppléants. Elle propose au Conseil d'Administration la nomination et la révocation du Président et du Vice Président du Conseil, la nomination ainsi que les pouvoirs du Directeur du Groupement.

Elle se réunit au moins deux fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. Elle peut également se réunir à la demande du tiers de ces membres sur un ordre du jour prédéterminé. L'ordre du jour définitif de l'Assemblée Générale est arrêté par le Conseil d'Administration.

Les séances et décisions sont consignées dans un procès verbal qui oblige tous les membres du Groupement.

III – 2 Le Conseil d'Administration comporte neuf membres<sup>30</sup>. Le contrôleur d'Etat et le Directeur du GIE SESAM – VITALE participent avec voix consultative.

<sup>30</sup> Un représentant du Ministre en charge des Affaires Sociales, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, un représentant des régimes complémentaires, de deux représentants des utilisateurs (un pour le secteur libéral, et le deuxième pour les

Le Conseil d'Administration met en œuvre les décisions de l'Assemblée Générale, notamment en ce qui concerne le fonctionnement du Groupement, le programme d'activité et le budget.

Il se prononce sur la nomination et la révocation de son Président, de son Vice Président et de son Directeur Général sur proposition de l'Assemblée Générale. Il convoque les assemblées, en fixe les ordres du jour et les projets de résolution.

Il se réunit au moins trois fois par an. Les décisions du Conseil d'Administration sont prises à la majorité simple, et la voix du Président est prépondérante en cas de partage des voix.

III – 3 Le Collège de Déontologie est composé de 14 membres<sup>31</sup>.

Le Collège est chargé de conseiller le Groupement sur tous les problèmes touchant à la déontologie et au respect du secret médical en relation avec l'usage de la Carte de Professionnel de Santé.

Il apprécie la conformité des systèmes informatiques candidats à l'utilisation de la carte CPS avec les règles du Code de la Santé Publique et les Codes de Déontologie. En fonction de cette appréciation, il autorise, retire ou rejette l'usage de la carte CPS aux promoteurs qui en font la demande. Ces décisions obligent le Directeur.

Le Collège de Déontologie peut se saisir ou être saisi par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration, le Président ou le Directeur de tout sujet d'étude qu'ils estiment utiles.

III – 4 Les Instances de Concertation :

Leur organisation a été modifiée dans le cadre du Plan d'Actions 2003. Deux instances ont été constituées en lieu et place du Conseil d'Orientation, du Groupe de Communication et du Comité Permanent de Concertation. Il s'agit :

- *du Comité de suivi du développement des usages* qui aura pour mission l'expression des besoins du terrain, les propositions d'évolution de l'offre aux professionnels et aux promoteurs d'applications, les projets pilotes impliquant le Groupement et la communication du groupement ;
- *le Comité de suivi des projets* ayant pour mission le suivi de la mise en œuvre des projets, portant notamment sur les propositions budgétaires et la planification des projets, ainsi que celles relatives aux procédures et aux choix techniques.

#### **IV – La question de la pérennité du Groupement**

La Convention Constitutive du Groupement a prévu, conformément aux textes en vigueur, une durée de vie limitée à 15 ans.

Certes, l'Assemblée Générale du Groupement peut proroger, en 2007 début 2008, la durée de vie du groupement. Toutefois, les questions de sa pérennité et de son statut doivent être abordées.

---

établissements de santé), un représentant pour les Ordres professionnels et une personne qualifiée proposée à l'Assemblée Générale par le Ministre en charge des Affaires Sociales.

<sup>31</sup> un représentant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, un au titre du Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens Dentistes, un au titre du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, un au titre du Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, un au titre du Service de Santé des Armées, deux au titre de l'Etat, désignés par le Ministre chargé des Affaires Sociales, un au titre de la représentation des praticiens conseils des régimes d'assurance maladie obligatoire, deux au titre des professions paramédicales, désignés par le Ministre chargé des Affaires Sociales, et quatre personnalités qualifiées, personnes physiques ayant compétence ou expérience dans les domaines de la biologie, de l'imagerie médicale, de la Santé Publique, des Réseaux thématiques de soins, ou de l'évaluation médicale et n'appartenant pas à une institution membre du GIP « CPS ».

- *sa pérennité*, ce point a été abordé dans le rapport de la Cour des Comptes et a conclu positivement. Le rédacteur de ce rapport approuve cette analyse. En effet, le Groupement en tant qu'Infrastructure de Gestion des Clés, exerce une mission essentielle pour garantir la sécurité et la confiance des échanges électroniques dans le monde de la santé. Si cette mission de service public lui est confirmée et confortée, il est impératif qu'il puisse assurer cette mission au-delà de 2008. Cette condition est également indispensable pour garantir les investissements, aussi bien sur le plan industriel (structuration de l'offre) que vis à vis des différents promoteurs d'application (organisation de la demande) ;
- *son statut et sa forme juridique*, la forme juridique du GIP permet une meilleure implication de l'ensemble des acteurs du secteur (membres du Groupement) que celle par exemple d'un établissement public dans la mesure où il leur appartient de définir **collégialement et dynamiquement** ce qu'ils veulent faire ensemble et la façon dont ils veulent le faire. Ceci est une condition nécessaire au développement des utilisations de la carte CPS dans tous les systèmes d'information du secteur.

<p><i>Ceci conduit à proposer que les missions du Groupement en tant qu'Autorité de Confiance du secteur de la santé soient confortées et renforcées en garantissant sa pérennité au – delà de 2008.</i></p>
--



## **Annexe 7.2 Les membres du GIP « CPS » et leurs droits respectifs**

<b>Organismes membre du Groupement</b>	<b>Droits</b>
Ministère de la Santé et de la Famille et des Personnes Handicapées	9%
Ministère de l'Economie et des Finances	4%
Ministère de l'Agriculture	2%
Conseil National de l'Ordre des Médecins	6%
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens	3%
Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes	3%
Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes	1%
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	27,5%
Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole	3,5%
Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternité des Travailleurs Non Salariés	2,5%
Union Nationale des Régimes Spéciaux	1,5%
Fédération Nationale de la Mutualité Française	9%
Fédération des Mutuelles de France	3%
Fédération Française des Sociétés d'Assurances	3%
Centre Technique des Institutions de Prévoyance	2%
Organisation Professionnelle d'Harmonisation de l'Informatique de Santé	8%
M.G. France	3%
Service de Santé des Armées	3%
Groupement d'Intérêt Public «Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier »	6%

### **Annexe 7.3 Les grandes étapes de l'informatisation et de la CPS**

- 1 Au milieu des années 80, la CNAMTS engage ses premières expérimentations du Système SESAM (Système Electronique de Saisie de l'Assurance Maladie) ;
- 2 Dès le début des années 1990, le Ministre des Affaires Sociales constitue une Commission réunissant l'ensemble des organismes représentant les différents acteurs du secteur (Assurance Maladie obligatoire et complémentaire, Ordres professionnels, représentants des syndicats professionnels, secteur hospitalier) autour du thème « Carte d'Identification des Professionnels de santé et sécurisation des échanges électroniques dans le secteur de la santé » ;
- 3 Suite aux conclusions et propositions de cette Commission, le Ministre des Affaires Sociales prend l'initiative de la constitution d'un Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé » regroupant l'ensemble des partenaires du secteur de la santé. La mission de ce Groupement vise, à travers l'émission et la gestion des cartes CPS, à créer les conditions de la sécurité des échanges électroniques dans le secteur de la santé respectant les missions et compétences des différents acteurs (principe d'indépendance entre applications, réseaux de télécommunications et moyens de sécurisation) ;
- 4 Le 03 février 1993 : mise en place du GIE SESAM – VITALE et du GIP « CPS » ;
- 5 Novembre 1993, remise du rapport du Collège de Déontologie du GIP « CPS » relatif à la nature juridique de la Carte de Professionnel de Santé ;
- 6 Fin 1996, soit un an et demi après la signature des contrats avec les industriels de la carte, diffusion de la première version du système CPS, intégrant des certificats et fonctions propriétaires en l'absence de standards en la matière ;
- 7 Fin 1996 et début 1997: mise en œuvre des Sites de Qualification Terrain CPS (HUS de Strasbourg, CH de Macon, Clinique de Montsouris et les différentes sites expérimentaux de l'Assurance Maladie – remplacement des Cartes CHMS propriété de la CNAMTS par la CPS) ;
- 8 24 avril 1996 : Publication des ordonnances relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins prévoyant qu'au 31 décembre 1998 au plus tard l'ensemble des assurés sociaux et des Professionnels de Santé disposeront de leur carte (VITALE pour les premiers, CPS pour les seconds) ;
- 9 Loi du 26 juillet 1996 relative aux télécommunications prévoyant, pour autoriser l'utilisation de moyens de cryptologie pour le chiffrement, la mise en œuvre de Tierce Partie de Confiance ;
- 10 1997 : Mise en place par le Ministre des Affaires Sociales d'un Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé ;
- 11 Conseil d'Administration du GIP « CPS » du 20 novembre 1996 : les représentants de l'Etat et de la CNAMTS présentent leur souhait que le GIP développe et mette en œuvre un service de confidentialité générique. Devant la réticence des autres membres du risque d'engager une fuite en avant technologique, l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie s'engagent à prendre en charge la totalité des investissements nécessaires.
- 12 Pour être en mesure de répondre aux objectifs « irréalistes » des délais fixés par les textes réglementaires (fin de montée en charge au 31 décembre 1998) et de la Loi du 26 juillet 1996, le Groupement d'Intérêt Public prenait deux mesures :

- Evolution du masque de la CPS tenant compte de l'état de l'art réglementaire, des attaques et des niveaux de sécurité requis ;
  - Elaboration d'une procédure de demande de cartes pour les Professionnels de Santé en activité libérale respectant les prérogatives de contrôle et de validation des Ordres et de l'Etat . Cette procédure a permis l'envoi aux Professionnels de Santé d'un formulaire pré – renseigné intégrant les informations d'identification propres à l'Assurance Maladie, ceci afin d'éviter des modifications profondes du Système SESAM – VITALE expérimenté et du système d'information interne des caisses.
- 13 Le 23 avril 1998, début de la distribution « en masse » des cartes CPS et des premières cartes VITALE
  - 14 5 Mars 1998 : Signature de la concession de service public au Réseau Santé Social ;
  - 15 97/ 98 : Parallèlement, émergence de l'Internet pour le grand public ;
  - 16 19 janvier 1999 : Déclaration du Premier Ministre annonçant la libéralisation des outils de cryptologies ;
  - 17 27 mai 1999 : le Ministère de la Santé publie un document « Sécurisation des échanges électroniques (propositions pour une politique du gouvernement) préconisant des choix techniques alors même que les travaux internationaux relatifs à l'élaboration des standards de certificats et d'environnements de confiance débutent à peine ;
  - 18 10 décembre 1999 : Plan d'action 2000 du GIP « CPS » () : le groupement engage les études pour l'évolution du système CPS en tant qu'Infrastructure de Gestion de Clés (IGC) prenant en compte les standards récents de certification (X509v3) et les futures réglementations, qui sont à cette époque, en cours d'élaboration ;
  - 19 10 décembre 1999 : décision de l'AG du GIP « CPS » d'engager les études et la réalisation du Gestionnaire de Formulaire Electronique pour améliorer les services d'attribution et de gestion des cartes pour les Professionnels de Santé ;
  - 20 13 décembre 1999 : directive 1999/93/CE du Parlement Européen relative à la reconnaissance de la signature électronique ;
  - 21 Loi du 13 mars 2000 : portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information et relative à la signature électronique et son décret d'application n°2001 – 272 du 30 mars 2001 ;
  - 22 18 janvier 2000 : changement d'orientation du Ministère et de la CNAMTS concernant la mise en œuvre du service de confidentialité (demande d'implémentation des certificats et des clés de chiffrement dans le poste et non plus dans la carte) ;
  - 23 Avril 2000 : mise en sommeil par le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité des travaux du Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé, suite à la fin de mandat de son Président et à son souhait de ne pas être reconduit ;
  - 24 Avril 2001 : émission des premières cartes (CPS2bis) conformes à la fois aux fonctions propriétaires et aux standards « certificats au format X509 », afin d'assurer un basculement progressif sans impact pour les Professionnel de Santé et SESAM VITALE,....
  - 25 20 Novembre 2001 : publication, par le GIP « CPS », des politiques de certification (Certificat de Signature Electronique et Certificat d'Authentification) ;

- 26 Janvier 2001 : ouverture de l'annuaire CPS et mise en œuvre de l'IGC « CPS » ;
- 27 16 janvier 2001 : présentation à l'Assemblée Générale du GIP « CPS » du calendrier de mise en œuvre du GEFE, et d'une convention entre les différentes parties concernées sur les principes de fonctionnement et les obligations de chacun. Accord sur le plan, mais refus du représentant du Ministère d'accepter la convention sous le motif qu'il ne peut garantir que les services extérieurs de l'Etat puissent être en mesure d'assurer un fonctionnement normal du GEFE ;
- 28 7 février 2002 : signature de la position commune entre les Présidents des Ordres professionnels et le Président de la CNAMTS, relative à la convergence de la CPS et de la Carte Ordinale ;
- 29 Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé ;
- 30 Mars 2002 : publication par le GIP « CPS », des politiques de certifications « Certificats de confidentialité et des serveurs applicatifs ».

#### **Annexe 7.4      L'évolution des orientations prises en matière de couverture des dépenses du Groupement**

Dans la Convention Constitutive du GIP « CPS » approuvée par l'ensemble des Membres fondateurs, il avait été initialement prévu que l'investissement initial pour le développement du Système, ainsi que son maintien dans le temps soient financés par les contributions des Membres à hauteur de leur quote-part, les coûts d'exploitation devant être assurés, en période de croisière, à leur juste prix par les abonnements cartes des Professionnels de Santé et par une participation des applications aux services rendus.

Dans cette perspective, et ce à fin d'assurer un prix « acceptable » pour les Professionnels de Santé (estimé à 7,60€/par an / ht) pendant la période de montée en charge, une logique de subvention d'équilibre a été négociée avec l'Assurance Maladie.

Or, aujourd'hui encore, l'activité du Groupement, bien qu'il soit désormais entré dans sa phase opérationnelle (plus de 50% des Professionnels de Santé disposant de leur carte), reste, pour l'essentiel, financée par ses Membres malgré l'objectif souhaité dans la Convention Constitutive, de parvenir à terme à l'autofinancement de la section d'exploitation. Quelles sont les raisons qui ont conduit à une telle situation ?

A l'origine, et ce, jusqu'à la fin de 1996, le système CPS, pièce essentielle du projet d'informatisation du système de santé, conformément à ses statuts, a été financé en totalité par les contributions de ses Membres.

Suite à la parution des ordonnances de 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de santé prévoyant notamment la généralisation de SESAM – VITALE et de la CPS pour les Professionnels de Santé exerçant en activité libérale, l'Assemblée Générale du GIP « CPS » a souhaité que les modalités de financement ne soient plus uniquement contributives mais également liées aux services que le système CPS allait apporter.

Alors que les Pouvoirs Publics ont toujours considéré implicitement que la délivrance par le GIP de la carte CPS devait donner lieu à paiement, le principe de ce paiement n'a été inscrit dans aucun texte, alors que par ailleurs, l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins prévoyait, qu'au 31 décembre 1998 au plus tard, chaque Professionnel de Santé devait avoir reçu sa carte CPS.

Cette situation a sous-tendu la décision du Conseil d'Administration de la CNAMTS du 16 octobre 1997 de prendre en charge cet abonnement à titre transitoire pour une durée de trois ans. Cette prise en charge se concrétisant entre la CNAMTS et le GIP « CPS » dans le cadre d'une Convention, de subvention d'équilibre annuelle tenant compte de l'état du déploiement.

Parallèlement, la CNAMTS a introduit dans les négociations de la convention médicale de 1998 le principe du paiement de la carte par le Professionnel de Santé. Or, une décision en date du 3 juillet 1998 de l'Assemblée du contentieux du Conseil d'Etat annule l'arrêté ministériel approuvant la dite convention, en relevant que cette convention ne pouvait légalement prévoir une telle obligation de paiement de la carte CPS.

Une étude commandée par la direction du GIP à un maître de requêtes du Conseil d'Etat concluait que, suite à l'arrêt du 3 juillet 1998 du Conseil d'Etat mettant l'accent sur l'absence de fondement juridique solide du paiement de la carte CPS, il semblait nécessaire d'envisager l'inscription de ce principe dans un article d'un prochain projet de loi portant sur diverses mesures d'ordre social.

L'absence d'initiative des Pouvoirs Publics en la matière, allant naturellement de pair avec l'absence de stratégie claire de l'informatisation du secteur de la santé a créé une situation délicate pour un bon fonctionnement du GIP « CPS » au moment où le système CPS arrivait à son régime de croisière.

En effet, comme le souligne le rapport annuel 2002 de la Cour des Comptes : « ...Par ailleurs, l'équilibre des pouvoirs entre les membres du GIP défini par la convention constitutive ne traduit pas la réalité. La CNAMTS, assurant plus de 80% du financement du Groupement, peut chercher à imposer ses choix, comme l'ont montré les blocages constatés en 2001,... ».

Ce n'est que courant 2001, à l'occasion des négociations préalables entre les Ordres Professionnels et la Présidence de la CNAMTS, portant sur la faisabilité de la convergence de la carte Ordinale et de la carte CPS, et pour lequel la Direction du GIP a apporté son concours, que des possibilités ont été ébauchées d'une forme d'équilibre renouant avec les fondements initiaux.

Par ailleurs, dans l'attente de la concrétisation de ce protocole, la Direction du Groupement, en accord avec la Présidence et la Direction de la CNAMTS, a proposé, dans le cadre de la préparation du budget 2002, la révision des modalités de couverture des dépenses du Groupement liées au chapitre d'exploitation. L'économie générale de ces nouvelles modalités vise à une substitution par la CNAMTS de la prise en charge des abonnements des Professionnels de Santé en activité libérale à hauteur du coût de revient prévisionnel 2002 (soit 21,50€HT par an) pour l'exercice 2002. Cette modification, approuvée par le Conseil d'Administration de la CNAMTS, doit avoir pour effet de supprimer la subvention d'équilibre, source d'opacité et de lourdeur.

Toutefois, en ce qui concerne le secteur hospitalier, le représentant de l'Etat au Conseil d'Administration s'est engagé le 13 décembre 2001 à étudier des dispositifs éventuels à mettre en œuvre avec les différents partenaires pour éviter un déficit d'exploitation du Groupement.

A la date de rédaction de ce rapport, il ne semble pas que cet engagement ait été suivi d'effet.

### **Annexe 7.5 Procédures actuelles de distribution des cartes CPS<sup>32</sup>**

<i>Acteurs</i>	<i>Actions</i>	<i>Durée moyenne</i>
<b>Première phase : Recueil et contrôle des données</b>		
1. Futur porteur de la carte	- adresse une demande de carte à la CPAM	<i>Sans objet</i>
2. CPAM	- récupère l'identifiant ADELI auprès de la DDASS et vérifie si « calage » effectué - envoie la liste des demandes à la CNAMTS tous les 15 jours	<i>Non connue</i>
3. CNAMTS	- communique sous forme de télétransmission au ministère la liste tous les 15 jours	<i>Non connue</i>
4. Ministère (DREES)	- intègre les informations du répertoire ADELI - retourne le fichier ainsi complété à la CNAMTS	<i>Non connue</i>
5. CNAMTS	- complète le fichier des informations du FINPS (hormis celles concernant la facturation – DAM) - transmet le fichier au GIP « CPS »	<i>Non connue</i>
6. GIP « CPS »	- édite et envoie les formulaires de demandes carte pré-renseignés au demandeur à intervalle de 15 jours, accompagnés d'une enveloppe pré-timbrée	<i>12 jours</i>
7. Futur porteur de la carte	- vérifie (corrige éventuellement) et signe le formulaire - l'envoie à son Ordre	<i>Non connue</i>
8. Ordre (section départementale, régionale ou nationale)	- vérifie, met à jour son fichier éventuellement, et vise le formulaire - transmet le formulaire à la DDASS, après en avoir fait éventuellement une photocopie	<i>27 jours</i>
9. DDASS	- vérifie, vise et saisit le formulaire (éventuellement fait une photocopie) - envoie le formulaire au GIP « CPS » et le fichier de saisie à la CNAMTS	<i>19 jours</i>
10. CNAMTS	- complète le fichier de saisie des DDASS des informations relatives aux situations de facturation (DAM) - envoie par télétransmission le fichier ainsi complété au GIP « CPS »	<i>36 jours</i>
<b>Seconde phase : Elaboration des cartes et des certificats</b>		
11. GIP « CPS »	- vérifie la complétude et la cohérence entre les informations du formulaire et celles télétransmises par la CNAMTS - enregistre les demandes valides dans sa base de gestion - les transmet, par télétransmission, à son unité de production	<i>15 jours</i>
12. Production et envoi	- personnalise les cartes : génération des clés, création des certificats, inscription des données - envoie les cartes et les courriers « code porteur » au Professionnel de Santé - transmet au GIP les certificats des cartes émises	<i>4 jours</i>
13. GIP « CPS »	- met à jour l'annuaire de publication (informations relatives au Professionnel de Santé et certificats associés)	<i>Sans objet</i>
<b><i>Durée moyenne du cycle pour les étapes 8 à 12<sup>33</sup></i></b>		<b><i>101 jours</i></b>

(Source GIP « CPS » - Rapport de la Cour des Comptes)

<sup>32</sup> Il s'agit ici de présenter les procédures actuelles de demande individuelle (Professionnels dotés d'un Ordre), dans le cadre de SESAM – VITALE (hors déploiement de masse, aujourd'hui achevé) et des délais moyens de chaque étape

<sup>33</sup> délai apparent pour le Professionnel de Santé à partir de l'envoi de son formulaire de demande

## **Annexe 8 L'Infrastructure de Gestion de Clé ou la construction d'une chaîne de confiance pour les échanges électroniques**

### **I – Généralités**

L'établissement de la confiance constitue un point majeur pour les partenaires de la communication dans le monde de l'Internet, en particulier sur l'obtention de quelque assurance sur leurs identités réciproques ? C'est là qu'intervient ce qui est nommé « Infrastructure de Gestion de Clé – IGC »<sup>34</sup>. Cette dernière permet de mettre en œuvre des services de sécurité, tels que l'authentification, l'intégrité, la non-répudiation et la confidentialité.

Dans tous échanges électroniques, les gages de sécurité s'établissent avant, pendant et après l'échange.

- 1) *Avant l'échange* : Avant d'entrer en relation, les partenaires de la communication doivent obtenir la garantie que l'interlocuteur à l'autre bout est bien celui qu'il prétend être. ***C'est l'authentification*** ;
- 2) *Pendant l'échange* : Le récepteur d'un message veut être sûr que le contenu du message qu'il a reçu est bien celui que son correspondant lui a envoyé. ***C'est l'intégrité d'un message*** ;  
Dans certains cas, les partenaires souhaitent que leur échange reste confidentiel. ***C'est la confidentialité d'un message*** ;
- 3) *Après l'échange* : Le récepteur d'un message veut obtenir la garantie qu'il ne soit ou ne sera pas nié par l'autre partie. ***C'est la non répudiation***<sup>35</sup>.

Ces « services » sont obtenus par la mise en œuvre de services de sécurité réalisés à l'aide de mécanismes cryptographiques. Les experts et les normes internationaux considèrent que les mécanismes cryptographiques, s'appuyant sur des clés asymétriques<sup>36</sup> (comportant une clé publique connue par tous et une clé secrète) représentent la piste la plus sérieuse aujourd'hui, compte tenu de l'état de l'art, pour répondre aux besoins de sécurisation et de confiance dans les échanges électroniques, en particulier dans des approches « ouvertes », communes à des multiples applications et en conséquence concernant de multiples acteurs ; *Ce qui est le cas, du secteur de la Santé*.

Vu sous un angle opérationnel et pratique, les applications et les partenaires de la communication vont faire appel, suivant leurs besoins, à des services de sécurité afin d'apporter les gages de confiance à leur correspondant. Pour ce faire, les applications sollicitent, au moment utile, les ressources de sécurité par l'intermédiaire de commandes spécifiques ou API (Application Programme Interface). Ces ressources utilisent à leur tour des données très sensibles qui sont les clés cryptographiques

Les Infrastructures de Gestion de Clé<sup>37</sup> (IGC), ont été conçues pour résoudre les problèmes posés par la création, la gestion des clés et des certificats associés. Cette infrastructure commune à un ensemble d'applications, pouvant être indépendantes les unes des autres, et pourtant intégrées à chacune d'entre elles. Cette infrastructure, au cœur des systèmes d'information concernés, doit être protégée des

<sup>34</sup> En anglais, PKI – Public Key Infrastructure, qui a fait l'objet de nombreux travaux des industriels de l'Internet regroupés au sein de l'IETF.

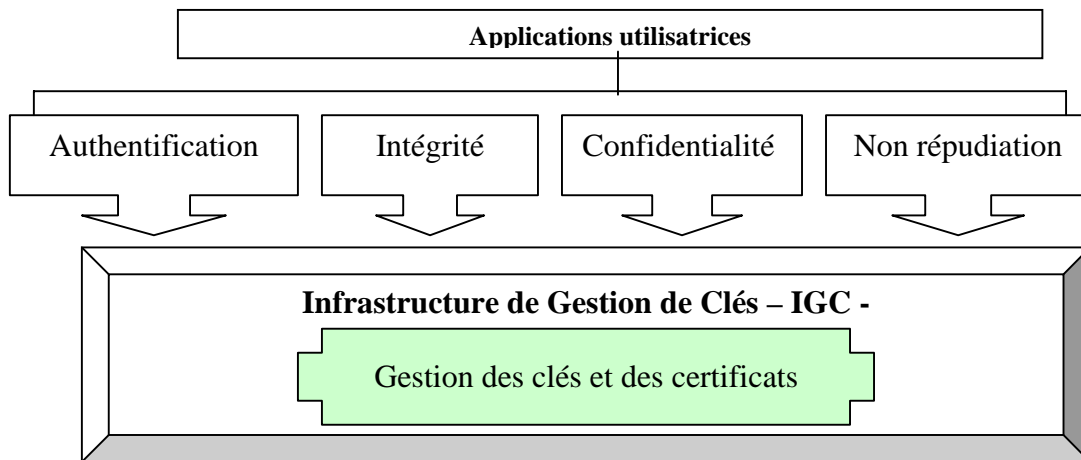
<sup>35</sup> La signature électronique est aujourd'hui une notion légale. Elles recouvrent deux garanties : la non répudiation et l'intégrité d'un message. Même si les textes de loi se veulent indépendants de toute technologie, ils sous-entendent néanmoins la garantie de l'auteur d'un message à travers l'usage de certificats de clés publiques, en introduisant en plus la notion de « certificat qualifié » qui démontre une garantie de qualité et de sécurité dans l'exploitation de l'IGC qui l'émet. De plus, la signature électronique pour laquelle soit reconnue juridiquement dans le temps, il est nécessaire de faire appel à un service d'horodatage, voir d'archivage et de vérifier dès la réception que le certificat utilisé est bien valide (accès à une liste positive voir négative géré par un tiers de confiance).

<sup>36</sup> A comparer, aux mécanismes de cryptologie s'appuyant sur des algorithmes symétriques, comportant une clé secrète partagée par l'ensemble des acteurs. Cette technique, est notamment utilisée, pour sécuriser les échanges au sein d'une même entreprise. La divulgation de la clé secrète étant par définition fortement limitée.

<sup>37</sup> Les travaux des chercheurs mathématiciens Whitfield DIFFIE et Martin HELLMANN, ont ouvert en 1976, la voie au développement des techniques cryptographique asymétrique. Cette technique permet de créer, notamment pour un individu, une relation mathématique entre une caractéristique privée (appelé clé privée) dont seul l'individu concerné en est le dépositaire, et une caractéristique publique (appelée clé publique) dont tout le monde peut avoir connaissance. Le lien « sûr » entre la personne physique et ses clés est assuré par un mécanisme de certification.



agressions extérieures et être parfaitement cohérente avec les bases de données internes, notamment concernant les identifications des populations qu'elle couvre (par exemple : pour une entreprise, cela peut être ses employés et/ou ses clients, pour le secteur de la santé, les professionnels, les établissements de santé,...), et être disponible à tout moment pour ne pas bloquer les applications utilisatrices.



**Une IGC permet, pour une communauté d'utilisateurs, de créer, gérer, conserver, distribuer et révoquer des certificats de clés publiques basés sur de la cryptologie asymétrique . Cela concerne l'ensemble des procédures, matériels, logiciels, personnel et politiques nécessaires pour garantir le plus haut niveau de confiance aux applications, utilisateurs et porteurs de certificats qui basent leurs échanges sur ces certificats.**

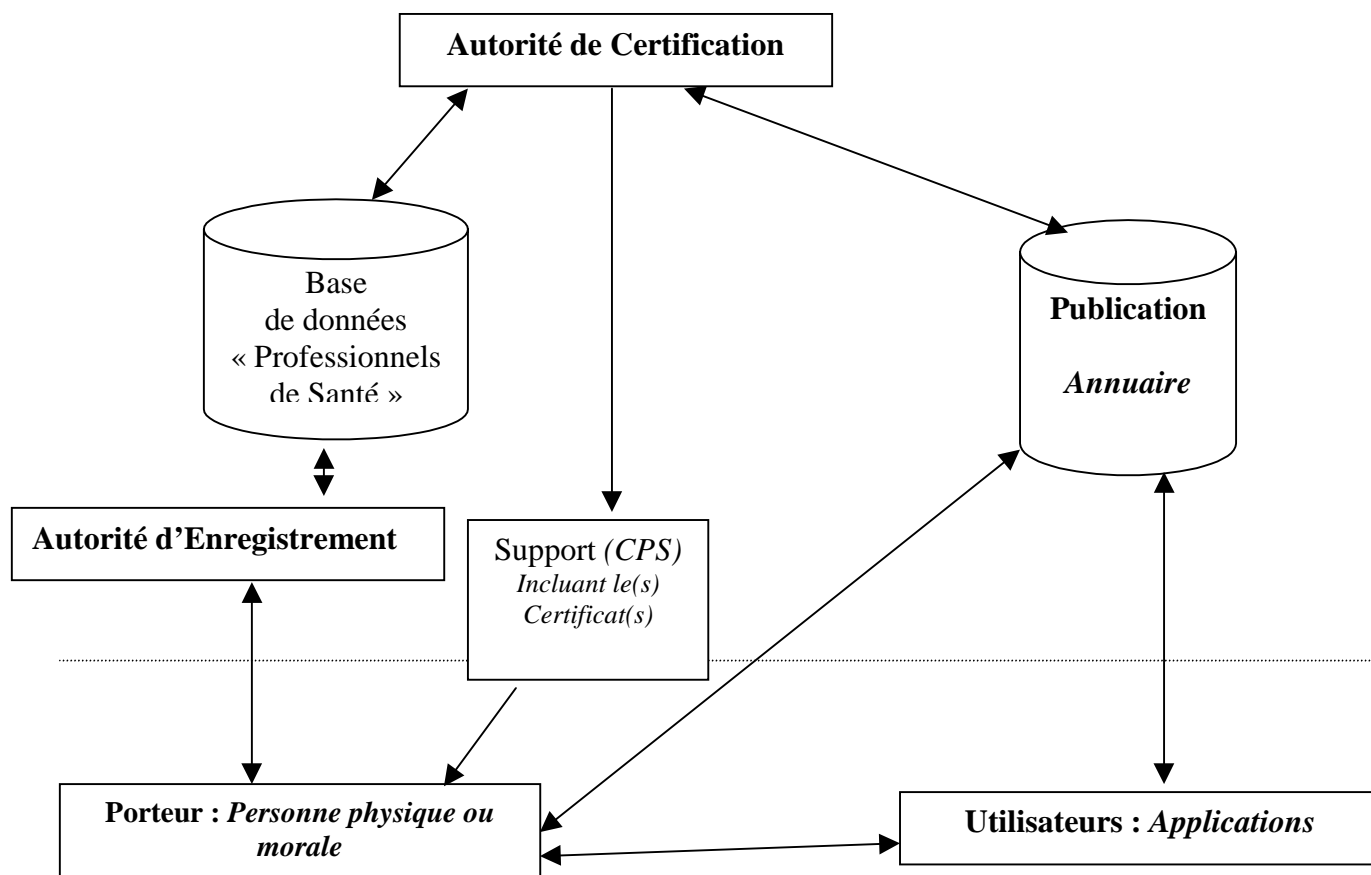
## **II - Les différents acteurs intervenant dans une IGC :**

Dans la littérature internationale et normative, une Infrastructure de Gestion de Clés est constituée d'un ensemble de cinq catégories d'acteurs :

- les autorités de certification;
- les autorités d'enregistrement ;
- les porteurs de certificats ;
- les utilisateurs ;
- le service ou l'autorité de publication.

Afin de donner une plus grande clarté au lecteur, nous allons présenter ces différents acteurs en prenant comme exemple les intervenants dans le secteur de la santé, et dans un découpage construits selon les trois domaines de responsabilité (voir figure ci – dessous) :

- le porteur de certificat, professionnel de santé ou établissement de soins, dont l'identité figure dans le certificat ;
- l'utilisateur du certificat, c'est la partie tierce (application ou professionnel de santé) qui va utiliser le certificat selon l'usage qu'il souhaite mettre en œuvre ;
- l'infrastructure de confiance : c'est un ensemble d'acteurs (autorité de certification, les autorités d'enregistrement, répertoires,...) qui contribuent à établir le niveau de confiance attendu par les deux autres domaines.



## II- 1 Le Porteur :

C'est une personne physique ou une personne morale dont l'identité, incluant sa qualité dans le cas du secteur de la santé, est référencée dans un certificat. C'est à dire celle à qui est attribuée une clé publique et la clé privée correspondante, protégées, dans le cas d'un professionnel de santé, dans sa carte CPS.

Le certificat est le résultat de l'opération réalisée par l'Autorité de Certification afin de garantir le lien entre identité, qualité et clés associées.

Dans le processus d'un échange, les applications communiquent, avec l'accord préalable du porteur du certificat, sa clé publique à ses partenaires qui eux vont l'utiliser pour vérifier sa signature ou encore chiffrer des messages à son attention. En revanche, sa clé privée sera utilisée pour l'authentifier (assurer de son identité) ou pour déchiffrer les messages qu'ils lui sont destinés.

## II - 2 L'utilisateur (appelé aussi l'accepteur) du certificat :

C'est une personne physique ou une personne morale (organisme ou serveur) qui va vérifier l'authenticité et la validité d'un certificat. C'est à dire celle qui doit vérifier, soit lors d'une demande d'accès à des informations qu'il détient, ou soit lors de la réception d'un message, que son correspondant dispose bien d'un certificat authentique et valide l'autorisant à cette transaction.

L'utilisateur d'un certificat doit se fier au certificat dont il va se servir pour établir le niveau de confiance nécessaire à la réalisation de la transaction ou de la communication avec le porteur<sup>38</sup>. Ce niveau de confiance repose largement sur les conditions (organisationnelles et techniques) dans lesquelles le certificat a été émis, mais également géré.

Pour ce faire, l'Autorité de Certification rend publique sa Politique de Certification précisant les conditions d'usages des certificats qu'elle émet et gère.

Dans un souci pédagogique, nous décrivons ici, les deux processus que suivra un utilisateur soit lors d'une demande de certification, soit lors de la réception d'un message signé.

- *Lors d'une vérification d'une authentification*<sup>39</sup> : par exemple lors d'une demande d'accès à un serveur (par exemple base d'information épidémiologique) ou à des informations spécifiques d'une base de données (par exemple dossier médical d'un patient) :
  - suite à une connexion d'accès à un serveur, ce dernier demande au porteur de s'authentifier via la présentation de sa carte ;
  - l'utilisateur (ou le serveur) vérifie que le certificat d'authentification est valide (contrôle date de validité notamment) et qu'il n'est pas révoqué (contrôle en relation avec le service de Publication) ;
  - éventuellement, il vérifie que le porteur de ce certificat est bien abonné ou autorisé (*par l'utilisateur*) à accéder à son serveur ou aux informations souhaitées (contrôle des habilitations accordées par l'utilisateur au porteur) ;
  - suite à ces opérations, la communication s'établira et l'utilisateur du certificat donnera accès ou communiquera les informations demandées, de manière chiffrée ou non (suivant le niveau de sécurité souhaité) ;
  - éventuellement, l'utilisateur mettra en œuvre une traçabilité « historique » des demandes et des accès dans le cas où sa responsabilité pourrait être engagée par un tiers.
- *Lors de la réception d'un message signé* : il s'agit, en fait, de l'utilisation des logiciels de messageries. Toutefois, il se peut dans le cas d'utilisation de formulaires électroniques (cas par exemple des télé – déclarations) que le processus de vérification de signature intervienne après une vérification d'authentification :
  - suite à la réception d'un message signé, l'utilisateur vérifie que le certificat de signature est bien valide et n'est pas révoqué (mise en opposition) ;
  - il vérifie que les données signées ne sont pas supposées être soumises à des conditions que le signataire ne remplit pas (par exemple qualité pour la signature d'une feuille de soins électronique) ;
  - il vérifie que les données n'ont pas été altérées depuis leur signature en utilisant la clé publique contenue dans le certificat (*vérification d'intégrité*), et par la même occasion que c'est bien le signataire indiqué dans le certificat qui a signé ;
  - éventuellement, il déchiffrera ensuite le message avec sa clé privée de chiffrement (*clé privée de l'utilisateur*<sup>40</sup>) ;
  - si tous ces contrôles sont corrects, il considère que la signature est valide et qu'il peut utiliser les données signées pour ce que de droit ;
  - il reviendra à l'utilisateur, suivant la nature de la « pièce » signée, de mettre en œuvre un service d'archivage « horodaté » de ces documents électroniques (par exemple le cas de formulaires de commandes ou de télé – déclarations).

<sup>38</sup> Dans le cas d'échange de messages, un porteur peut être un utilisateur lors qu'il est destinataire d'un message.

<sup>39</sup> Un utilisateur de certificat détient un certificat propre que si le niveau de sécurité et de confiance souhaité rend nécessaire l'authentification (par exemple authentification réciproque entre un porteur et une base de données sensibles).

<sup>40</sup> De même que pour l'authentification, l'utilisateur disposera d'un certificat de signature ou de chiffrement que si il en a besoin. C'est à dire, qu'il doit signer des messages (chiffrés ou non) vers des porteurs ( par exemple dans le cas d'alerte sanitaire).

Si nous excluons maintenant le porteur et l'utilisateur (accepteur), il reste à décrire l'infrastructure qui rend possible une relation de confiance entre ces deux partenaires.

## II - 3 L'Autorité de certification :

L'Autorité de Certification est l'organisme qui a la confiance des porteurs et de l'ensemble des utilisateurs (accepteurs applicatifs) pour créer, gérer et attribuer les certificats. Dans le secteur français de la Santé, le GIP « CPS » est une Autorité de Certification légale qui émet et gère les certificats pour l'ensemble de la communauté. A ce titre, il assure les trois rôles suivants :

- a) *Emission des certificats* : Son rôle consiste à gérer les aspects organisationnels d'émission et de gestion des certificats dont la révocation. L'ensemble des processus mis en œuvre est décrite dans les documents « Politique de Certification », qui relève du domaine publique ;
- b) *Relation avec les Autorités Compétentes* dont nous décrirons le rôle ci-après ;
- c) *Gestion et publication du répertoire* (ou service de publication) qui conserve et publie les certificats émis ainsi que la liste des certificats révoqués.

L'Autorité de Certification a l'entière responsabilité de la fourniture des services de certification. Tous les certificats émis ou révoqués sont toujours signés par le certificat de signature de l'Autorité de Confiance, ainsi dans le secteur de la santé français, c'est le GIP « CPS » qui figure dans les certificats « porteurs » comme dans l'organisme d'émission des certificats et de son support « la Carte de Professionnel de Santé ».

## II - 4 L'Autorité d'Enregistrement :

Le rôle de l'Autorité d'Enregistrement est primordial. En effet, une fois qu'est généré un certificat, il devient infalsifiable en termes cryptologiques puisqu'il est lui-même signé par le certificat de signature l'Autorité de Certification.

Or, comme nous l'avons vu précédemment, un certificat garantit le lien entre identité, qualité et clés associés. Le plus grand risque de fraude peut se passer dans les processus de contrôle et d'instruction en amont d'une demande d'obtention du certificat, une personne pouvant tenter de se faire passer pour une autre, ou également tenter de disposer d'un certificat pour une qualité dont elle ne dispose pas.

Pour le secteur français de la santé, l'Autorité d'Enregistrement regroupe, dans les faits, les organismes et les institutions disposant d'une mission légale de contrôle de l'exercice professionnel. Il s'agit de l'Etat, des Ordres professionnels et de la CNAMTS pour les informations relatives à la liquidation des Feuilles de Soins. Ils sont appelées : Les Autorités Compétentes.

Leurs rôles est de :

- de soumettre les demandes de génération des certificats et d'obtention du support (la carte CPS) à l'Autorité de Certification, en lui communiquant l'ensemble des informations concernant le porteur après avoir vérifié et validé l'identité du demandeur et sa qualité qui seront mentionnés dans le certificat ;
- d'informer et de demander à l'Autorité de Certification les révocations des certificats pour les professionnels de santé ne pouvant plus exercer.

## II - 5 Le Service de Publication :

Le Service de Publication est une composante de l'Infrastructure de Gestion de Clés qui rend disponible les certificats de clés publiques émis par l'Autorité de Certification à l'ensemble des utilisateurs (dans le sens applications). Il publie une liste de certificats reconnus comme valides et une Liste de Certificats Révoqués (LCR). Ce service peut être rendu par un annuaire (par exemple de type X500), un serveur d'information,....

Ce Service est soumis à des exigences de disponibilité suivant les besoins des utilisateurs et des porteurs, mais également de son degré d'ouverture (ou plus précisément du nombre et de la nature des applications acceptant Ordres, les certificats émis et gérés par l'IGC), et de délai de mise à jour des listes de révocation.

## **Annexe 9      Le système CPS et les systèmes d'Information de Santé**

### **Préambule :**

Dans son discours du 12 novembre 2002, présentant le plan RE/SO 2007 du Gouvernement devant l'Electronic Business Group, le Premier Ministre a exprimé la volonté politique du Gouvernement de favoriser le développement de ces nouvelles technologies dans tous les domaines de la société française et, d'en banaliser leur usage pour tous les français.

Après avoir rappelé que la vertu des « Technologies de l'Information et de la Communication dans tous les domaines est de mettre de la rapidité dans ce qui est lent, de la fluidité dans ce qui est lourd, de l'ouverture dans ce qui est fermé. », il a indiqué les trois objectifs de la politique qui sera suivie en la matière :

- Agir sur l'offre ;
- Agir sur la demande ;
- Intervenir directement en tant qu'acteur de la société d'information : à ce titre, l'Etat donnera l'exemple d'un usage large et innovant des Technologies de l'Information et de la Communication au service de ses missions.

En ce qui concerne plus particulièrement le secteur de la santé, il a notamment précisé :

*« Les Technologies de l'Information et de la Communication promettent d'extraordinaires applications dans le domaine de la santé : consultation à distance, transmission de données médicales, formation des futurs médecins... »*

*Je souhaite donc que notre politique de santé intègre les Technologies de l'Information et de la Communication, dans toutes les dimensions où elles peuvent apporter un véritable plus à l'administration, aux praticiens et aux patients.*

*Jusqu'à présent, le développement de l'informatique dans le domaine de la santé a surtout concerné la gestion administrative de l'Assurance Maladie avec le projet SESAM – VITALE et la transmission des feuilles de soin électroniques.*

*Ce développement doit désormais s'orienter vers l'amélioration des pratiques médicales, de la prise en charge et le suivi du patient.*

*C'est pourquoi le Gouvernement souhaite favoriser le haut débit pour les réseaux d'expertise et impulser le dossier médical partagé.*

*Cela permettra aux équipes médicales de mieux coordonner les soins prodigués pour le patient et à la recherche d'améliorer les traitements. Le Gouvernement entend développer ce projet en garantissant la confidentialité et l'anonymat des informations ainsi recueillies. ».*

Les Professionnels de Santé, les organismes et institutions mettant en œuvre des systèmes d'information (du secteur public : assurance maladie, agences sanitaires, administrations, établissements de santé,... ou du secteur privé : industriels du médicament, réseaux de soins, associations professionnels,...), ainsi que les industriels (éditeurs, hébergeurs, fournisseurs d'accès à l'Internet) appréhendent l'intérêt de l'IGC « CPS », et par conséquent de la carte CPS, qu'au regard de ses apports pour chacun d'entre eux.

*Pour les professionnels de santé* : la CPS se doit d'abord être un média apportant la preuve de leur appartenance à la communauté de la santé, et à leur droit d'exercice. L'appropriation du système par les Professionnels de Santé sera d'autant plus aisée si les procédures d'attribution répondent à leurs attentes, que soient pris en compte rapidement les événements qui peuvent survenir dans leur exercice, que l'usage soit simple et largement répandu. Enfin, que le système CPS soit ouvert et ne les conduise pas à être « enfermer » dans tel ou tel système ;

*Pour les organismes et institutions* mettant en œuvre un système d'information : le système CPS doit leur apporter des garanties en matière d'exhaustivité, d'intégration, mais également de pérennité et ce, aussi bien sur le plan économique que technique. Ils souhaitent que son intégration puisse s'opérer

dans le cadre de leur architecture technique, en restant « maître » de leur organisation. A ce titre, le système CPS doit apporter une forte garantie sur la qualité et la fiabilité des authentications, mais être neutre sur les questions qui relèvent de la responsabilité des différents organismes, gestionnaires de leur application. Ils souhaitent disposer d'un annuaire de l'ensemble de la communauté à jour et disponible ;

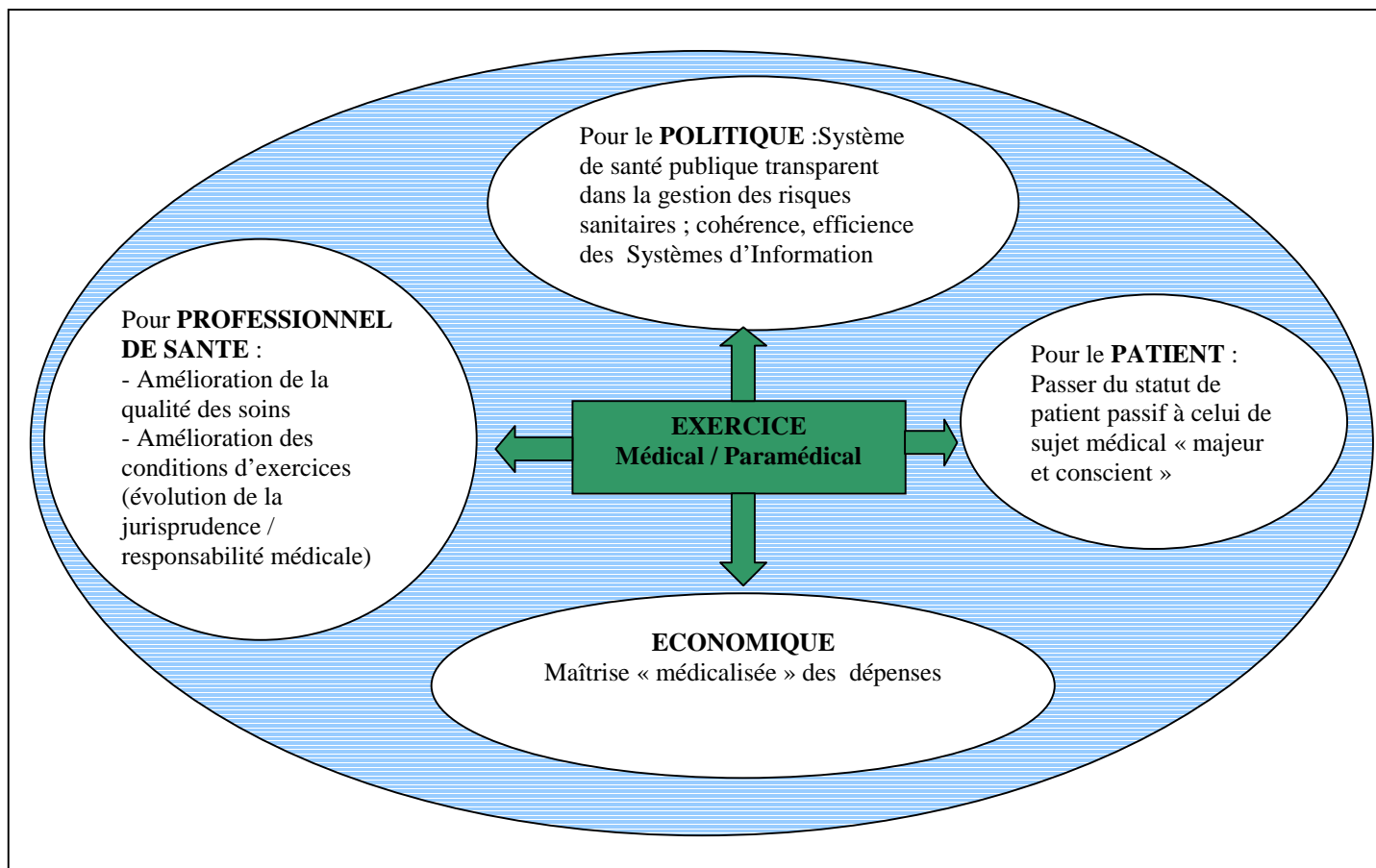
*Pour les industriels* : ils souhaitent d'abord que le système CPS puisse constituer un environnement favorable et pérenne au développement de leurs offres. Condition indispensable pour engager les investissements nécessaires et garantir leurs amortissements. Ceci passe par une multiplication des applications utilisant la CPS, mais également une garantie sur la pérennité et la stabilité de gestion de l'infrastructure de confiance, ainsi que sur la compatibilité ascendante tenant des évolutions de l'état de l'art.

Le Groupement d'Intérêt Public se trouve au centre de l'ensemble de ces problématiques, et se doit d'apporter des réponses cohérentes à l'ensemble des acteurs.

### I) Un ou des Système(s) d'Information de Santé ?

Aujourd'hui, la confusion persiste sur la définition du Système d'Information de Santé. Le développement réellement organisé de l'informatisation se limitant à la seule application SESAM – VITALE. Les Professionnels de Santé voient, et imaginent, se profiler la mise en œuvre d'un unique système centralisé, sous le contrôle des organismes d'assurance maladie. Cette crainte renforce le sentiment de méfiance vis à vis de toutes initiatives prises par les pouvoirs publics.

Or, la réalité est toute autre, et il s'agit de clarifier, dans la concertation, les choix opérés, ainsi que le rôle des différents acteurs, en précisant qui fait quoi.

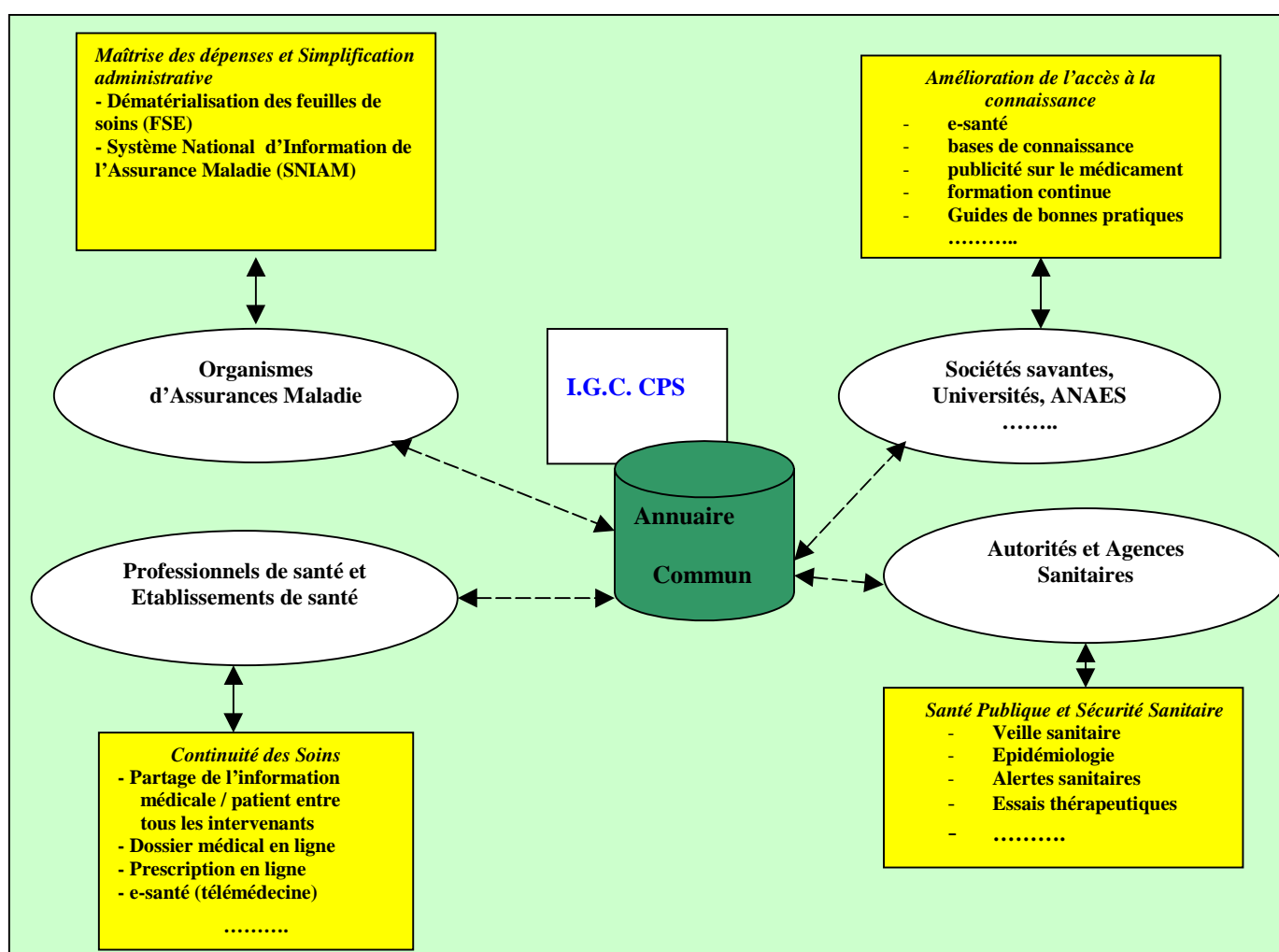


Dans le cadre de la mission d'appui portant sur la convergence de la carte Ordinale et de la carte CPS, il ne revient pas au responsable de cette mission d'étudier et d'analyser la mise en œuvre des différentes applications constituant le Système d'Information de Santé. A ce titre, il est conseillé au lecteur de se reporter au rapport du Conseil Economique et Social présenté par Mme Jeannette GROS<sup>41</sup> (20 mars 2002), ainsi qu'au dernier rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales<sup>42</sup> (décembre 2002).

*Ces rapports montrent clairement qu'il n'y a pas un seul Système d'Information de Santé, mais des Systèmes d'Information de Santé, visant tous un seul objectif : **Améliorer la qualité des soins au patient**.*

### Un objectif des Systèmes d'Information : Améliorer la qualité des soins au patient

#### Les Systèmes d'Information, leurs mises en œuvre, le positionnement de l'I.G.C. « CPS »



<sup>41</sup> Membre de la section des Affaires Sociales du CES, Présidente du Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole.

<sup>42</sup> Rapport « Evaluation du système d'information des professionnels de santé » de M. Michel LAROQUE, Roland CECCI-TENERINI et Philippe LAFFON.



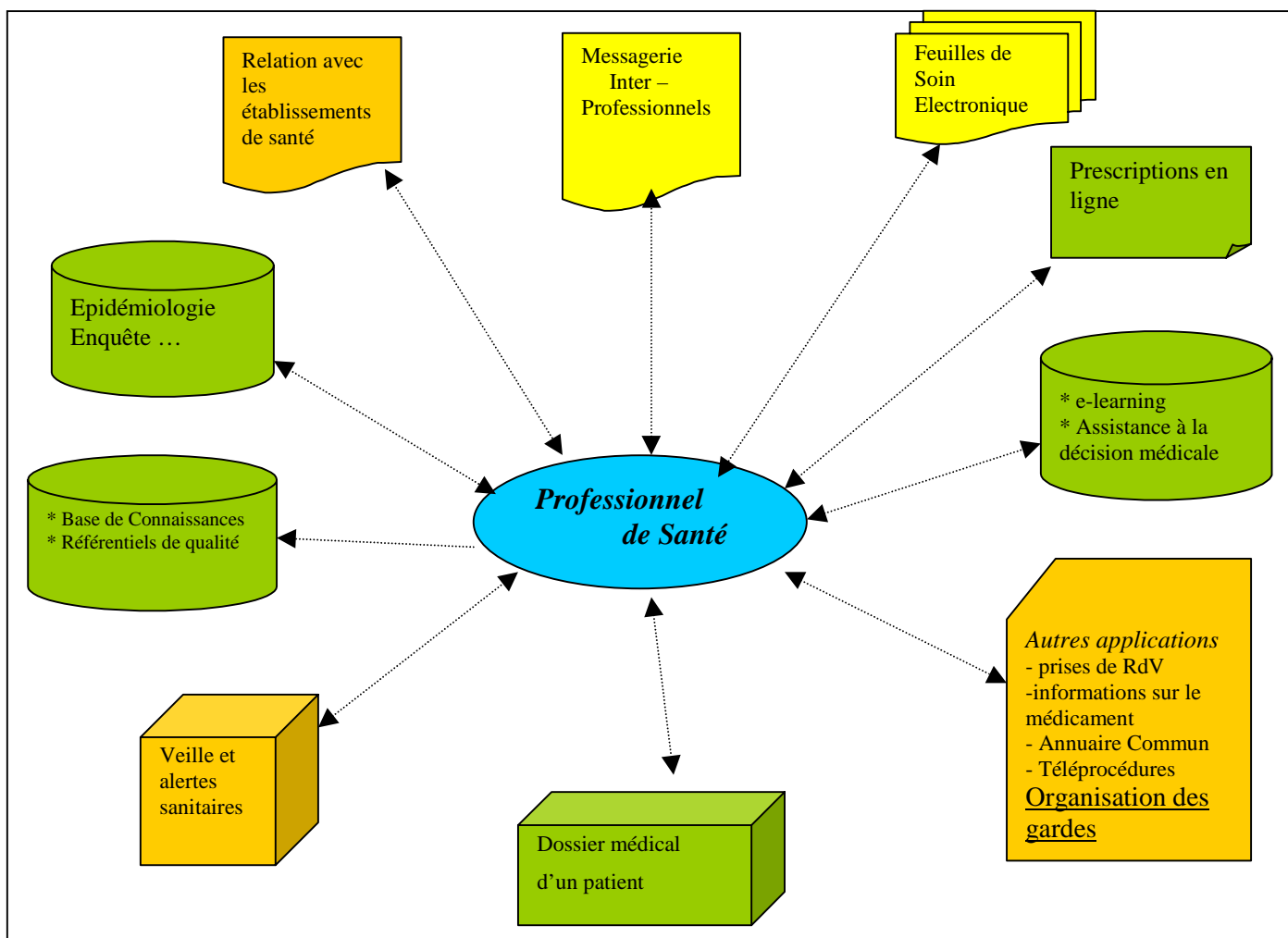
Dans son rapport d'activité 1998, le Conseil Supérieur des Systèmes d'Information de Santé classifiait les Systèmes d'Information de Santé en quatre domaines :

- Simplification administrative et maîtrise médicalisée des dépenses ;
- Continuité des soins, incluant le partage des données médicales personnelles du patient entre les différents intervenant ;
- Amélioration de l'accès à la connaissance ;
- Santé Publique et Sécurité Sanitaire.

Pour ces différents systèmes d'information, deux besoins primordiaux apparaissent pour assurer la cohérence d'ensemble : un annuaire commun et une authentification commune des différents acteurs de la communauté de la santé. Ainsi, la position de l'IGC « CPS » est centrale dans l'architecture des Systèmes d'Information de Santé.

## II - Le professionnel de santé toujours au deux bouts des systèmes d'information

Sans pour autant être exhaustif sur les nombreuses applications constituant les différents systèmes d'information, le schéma suivant montre qu'un professionnel de santé peut être à la fois « émetteur d'information vis à vis d'un tiers », mais également « destinataire d'information et de données ».



### **III – Pour tous les systèmes d’information, un besoin commun de confiance dans les échanges, mais des niveaux de sécurité différenciés pour chacun d’entre eux.**

Dans un souci de cohérence, d’interopérabilité, de simplicité et d’économie d’échelle, l’ensemble des applications, constituant les différents systèmes d’information, a besoin de ressources techniques, d’organisation et de règles communes, ne remettant pas en cause les responsabilités dévolues à chaque professionnel de santé et chaque gestionnaire responsable d’une application. Or, l’ensemble des échanges s’organise suivant deux modes relationnels : soit via une messagerie, soit en ligne en relation avec un serveur :

<b>Mode relationnel</b>	<b>Configuration du poste du Professionnel de Santé</b>	<b>Exemples d’applications</b>	<b>Fonctions de de l’IGC « CPS »</b>
<b>Echanges via une Messagerie</b>	Protocoles et outils en natifs (Internet Explorer ou Netscape) dans le poste de travail du professionnel de santé + Couches sécuritaires qui sont en faits des interfaces permettant de rendre accessible les services cryptographiques aux messageries natives + <i>Eventuellement associée avec un logiciel applicatif</i> + sur le plan matériel, un lecteur de carte simple (intégré ou non)	- Messagerie Inter – professionnels - Alertes sanitaires - Feuilles de soin électronique - .....	- <b>Signature (++)</b> - <b>Intégrité (+++)</b> - <b>Chiffrement (+)</b> - <b>Accès à l’Annuaire (+++)</b>
<b>Echanges « interactive » avec un serveur, ( mode connecté via les différents réseaux de télécommunication)</b>	Protocoles et outils en natifs dans le poste de travail du professionnel de santé + Couche sécuritaire qui sont en faits des interfaces permettant de rendre accessible les services cryptographique aux applications + <i>éventuellement des logiciels applicatifs</i> + sur le plan matériel, un lecteur de carte simple (intégré ou non)	- Télé –procédures ; - Sesam Vitale en ligne <sup>43</sup> - Dossiers d’informations médicales partagés - télémedecine - Prescriptions et suivis thérapeutiques - Veille sanitaire - Epidémiologie - Assistance à la décision médicale - Enquête auprès des professionnels - Suivi de cohortes de patients - .....	- <b>Authentification (+++)</b> - <b>Signature (+++)</b> - <b>Intégrité (+++)</b> - <b>Chiffrement (++)</b> - <b>Accès à l’annuaire (+++)</b>
<b>Consultation à distance</b>	Protocoles et outils offerts de façon native + Couche sécuritaire permettant une authentification à partir du certificat en carte + sur le plan matériel, un lecteur de carte simple (intégré ou non)	- Bases de connaissances - Informations sur le médicament - Référentiels de qualité - .....	- <b>Authentification (+++)</b>

**Note :** les signes + signifie l’importance des fonctions considérées dans le mode d’échange.

<sup>43</sup> SESAM – VITALE en ligne est le projet d’évolution engagé par l’Assurance Maladie à l’horizon 2007 / 2010.

## **Annexe 10 Un dispositif de confiance et structurant au service des Systèmes d'Information de Santé : l'IGC « CPS »**

Mesurer le caractère structurant du système « CPS » revient à répondre aux questions relatives d'une part à « l'acceptation du système » par l'ensemble des acteurs du secteur et d'autre part aux garanties apportées de non-discrimination, d'interopérabilité technique et de gestion des migrations dues aux évolutions de l'état de l'art.

Cet objectif a été celui suivi par les fondateurs du Groupement et par ce dernier depuis sa création. Toutefois, les réalités et les contraintes induites par les évolutions technologiques et réglementaires, voire imposées par son environnement, l'ont conduit à aménager ses actions tout en poursuivant l'objectif initialement assigné, à savoir être : « La clef de voûte de la sécurité et de la confiance des échanges électroniques du secteur de la santé : au service des professionnels de santé ».

Dans cette perspective le système CPS peut être considéré comme le socle sécurisé, construit par l'ensemble des partenaires de la santé, à partir duquel va pouvoir se déployer une série d'application utile dans l'exercice quotidien des professionnels de santé (simplifications administratives, accès aux informations médicales personnelles de leurs patients, accès à des bases de connaissances, échanges sécurisés et de confiance entre professionnels,..... ).

Qu'en est il aujourd'hui ? Pour ce faire, nous analyserons le système actuel CPS, sur la base de quatre critères majeurs indissociables :

- Politique ;
- Législatifs et réglementaires ;
- Opérationnels ;
- Technique.

### **I – La dimension politique**

Le Groupement d'Intérêt Public « Carte de Professionnel de Santé » existe, et a fait l'objet d'une convention constitutive approuvée par l'ensemble de ses membres qui les obligent. Ce groupement rassemble, en sein de son Assemblée Générale, la quasi totalité des acteurs du secteur de la santé (Etat, Assurance Maladie Obligatoires et complémentaires, Ordres professionnels de santé, utilisateurs<sup>44</sup>). Par son statut, ce groupement est doté d'une personnalité morale indépendante de droit public. Ses règles de fonctionnement décrits dans son statut, ses modalités de séparation des droits et obligations ainsi que la répartition des droits de ses membres privilégie une approche et des prises de décision consensuelles, respectant les compétences dévolues à chacun de ses membres.

A ce tableau, que certains pourraient considérer comme idyllique, il faut toutefois noter une ombre concernant les modalités de prise en charge financière du système CPS suite aux ordonnances de 1996 (Cf. annexe 5). Ce qui a conduit, comme le constate le rapport de la Cour des Comptes à une position dominante de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Situation contraire à l'esprit des accords pris par l'ensemble des membres du Groupement lors de sa création qui prévoyaient, en période de routine, une prise en charge financière des charges d'exploitation (hors chapitre recherche et développement) par les professionnels de santé et les applications utilisant le système CPS.

### **II – Les dimensions législatives et réglementaires :**

<sup>44</sup> Hormis MG France, il n'y a pas de représentation directe des syndicats professionnels de santé. Toutefois, la présence d'OPHIS (Association issue du CNPS) permet une représentation de l'ensemble des organisations professionnelles, autres que celles des Ordres.

La Convention Constitutive du GIP « CPS » a été approuvée par un arrêté ministériel en date du 3 février 1993.

Depuis cette date, l'utilisation de la Carte de Professionnel de Santé a été inscrite dans les ordonnances du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et d'un décret d'application n°98-271 en date du 9 avril 1998.

Par ailleurs, l'article L.1110-4 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise : « afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la Carte de Professionnel de Santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L.161-33 du code de la Sécurité Sociale est obligatoire ».

A la date de rédaction de ce rapport, le décret cité ci-dessus, était encore au stade d'élaboration préalable et n'avait pas encore fait l'objet ni de transmission à la CNIL, ni au Conseil d'Etat.

Ainsi, le législateur a souhaité, en prenant appui sur le système CPS, donner un cadre technique et organisationnel fortement structurant afin que soient garanties la confidentialité et la sécurité des échanges dans le monde de la santé.

Cette obligation d'utilisation, d'une part pour les feuilles de soins électroniques et d'autre part pour les échanges d'information médicale (dont les cas précis devront être définis dans un décret), n'interdit pas son utilisation dans les autres types d'applications.

Cette situation confère ainsi, à la carte CPS une forte capacité de structuration et d'interopérabilité des systèmes d'information de santé. Encore faut-il que l'ensemble des garanties puisse être apporté aux utilisateurs et aux promoteurs et gestionnaires d'applications.

A cette question les politiques de certification, publiées par le GIP « CPS » peuvent être considérées, dans le cas d'un contentieux éventuel, comme des documents contractuels précisant les engagements pris par le Groupement, et qui en conséquence peuvent lui être opposés.

En effet, depuis sa première version (1994), le système CPS a subi progressivement des évolutions techniques et organisationnelles liées à l'état de l'art, ce qui lui permet aujourd'hui d'être conforme à la Loi du 13 mars 2000 relative à la reconnaissance de la signature électronique.

### **III – La dimension opérationnelle :**

La dimension opérationnelle est essentielle. Les professionnels de santé émettront un satisfecit ou des critiques suivant les services et les réponses qui leurs sont apportés.

Leur perception englobe indifféremment la qualité des services d'obtention et de gestion de leur carte, des relations avec les Autorités Compétentes qui interviennent dans le processus, des différentes composantes techniques qui leurs sont fournies aussi bien par les industriels (éditeurs, hébergeurs, fournisseurs d'accès à l'internet) que par les gestionnaires des applications avec qui ils établissent leurs relations.

L'annexe 11 apportera des éléments de clarification du qui fait quoi dans la chaîne des intervenants d'un Système d'Information de Santé.

En ce qui concerne l'IGC « CPS », la dimension opérationnelle est constituée de six processus principaux :

- autorité d'approbation des politiques de certification ;
- conditions d'obtention des certificats et de leur support « carte » garantissant l'appartenance à la catégorie professionnelle à laquelle l'utilisateur appartient et la prise en compte des informations liées à l'évolution professionnelle ;
- conditions et modalités de révocation ;
- conditions de renouvellement ;
- disponibilité et qualité de l'annuaire ;
- gestion et maîtrise des migrations du système garantissant la totale transparence pour les utilisateurs et la pérennité des investissements pour les applications.

### III – 1 Autorité d'approbation des politiques de certification :

En tant qu'Autorité de Certification, il revient à l'Assemblée Générale du GIP « CPS » d'être l'autorité d'approbation de ces politiques. Ainsi, l'Assemblée Générale a été amenée à examiner et à approuver les trois politiques de certification de l'IGC "CPS", et ce, après avis de la Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information.

### III – 2 Conditions d'obtention des certificats et de son support (la carte CPS) :

Pour l'utilisateur ce point représente le premier contact qu'il a, et par voie de conséquence le premier jugement qu'il portera sur la qualité du service rendu.

Cette carte, qui lui est personnelle, porte en elle une image forte d'appartenance à la communauté du secteur sanitaire et à la reconnaissance d'exercer. Il serait, de ce point de vue, naturel qu'il puisse en disposer dès son inscription au tableau<sup>45</sup>, et qu'il puisse informer les différents organismes publics concernés, via les moyens offerts par les Technologies de l'Information et de la Communication des changements pouvant intervenir dans ces situations professionnelles.

Les procédures d'obtention de la carte doivent prendre en considération des exigences de sécurité et de fiabilité souhaitées par le législateur et inscrites dans le Code de la Santé. Une remise immédiate de la carte, ou la prise en compte directement d'une déclaration d'activité, nécessite la mise en œuvre de procédures de contrôle et de validation par les organismes qui ont la responsabilité du contrôle de l'exercice.

A ce titre, la convergence carte CPS et Carte Ordinale représente un formidable levier pour répondre aux attentes des professionnels, et œuvrer à l'amélioration des procédures administratives.

Or, comme le montre, l'annexe 7. 5 « procédures de distribution dans le cadre de SESAM – Vitale », le délai moyen est actuellement de 101 jours. Ce délai moyen<sup>46</sup> est d'autant plus inacceptable si la volonté politique est de conférer au système CPS d'être la clé de voûte de la sécurité et de la confiance des échanges du secteur de la santé.

Le rapport de la Cour des Comptes a largement analysé les causes de ces délais dans les procédures actuelles. Toutefois, nous ne pouvons analyser ces délais sans nous resituer dans le contexte des années 1996 et 1997 qui a conduit le Groupement à mettre en place ces procédures.

Suite aux ordonnances du 24 avril 1996, le déploiement de la CPS ne devait, en aucun cas, être un frein au déploiement de SESAM – VITALE . A cette fin, le système CPS devait s'intégrer dans le système SESAM – VITALE de manière quasi immédiate et ce, sans remise en cause des systèmes d'information relatifs à l'identification des Professionnels de Santé de l'Assurance Maladie.

<sup>45</sup> Il faut toutefois souligner que le Code de la Santé Publique prévoit un délai de trois mois après la date de dépôt des diplômes pour l'inscription au tableau. Ce délai vise à permettre aux Ordres professionnels d'effectuer les contrôles nécessaires.

<sup>46</sup> Il est par ailleurs établi pour un certain nombre de professionnels de santé, il peut dépasser les 5/6 mois.

Les procédures arrêtées à cette époque ont permis, tout en respectant les compétences dévolues aux Ordres professionnels, de répondre à ces objectifs. Par contre, elles ont créé une certaine confusion sur le rôle et les responsabilités des différents acteurs, mais également sur les objectifs majeurs recherchés avec la mise en place du système CPS.

Si les procédures actuelles avaient leur justification dans les premières années de déploiement de SESAM – VITALE, elles n'ont aujourd'hui aucune raison d'être. Il est indispensable d'apporter des mesures correctives afin de réduire les délais d'obtention et de mise à jour. Ceci passe par une clarification des rôles et responsabilités des différents acteurs dans un souci de simplification et d'efficacité.

Dans le cadre des nouveaux objectifs qui lui sont fixés, le GIP « CPS » doit être conforté dans ses missions de prestataire de service vis à vis des Professionnels de Santé, des différents promoteurs d'applications, mais également des autorités compétentes.

Afin d'apporter des réponses concrètes à ses différents partenaires, le GIP « CPS » ne peut attendre la mise en œuvre du projet « MARINE », engagé actuellement par le Ministère de la Santé et placé auprès de la DHOS. Même, si les réflexions engagées au sein du GIP « CPS » et dans le projet MARINE trouvent une complémentarité utile et efficace<sup>47</sup>, ces projets apparaissent redondant pour beaucoup d'acteurs.

**Une clarification des objectifs de chacun des projets s'avère nécessaire.**

### III – 3 Les conditions et modalités de révocation

Hormis le cas, heureusement rare, de risque d'attaque des clés et de défaillances techniques, qui mettrait en péril l'ensemble de l'IGC et, conduirait à une révocation de tous les certificats émis, il existe deux types d'événements pouvant conduire à la révocation d'un certificat et à la mise en opposition d'une carte :

- Cas de perte ou vol de la carte. La déclaration est effectuée par le porteur soit par écrit, soit par téléphone à un Centre d'Appel mis en œuvre par l'Autorité de Certification.

A cette fin, le GIP « CPS » a mis en place un Centre d'Appel ouvert 7jours/7 et 24h/24. Dès, la réception de l'appel les oppositions sont enregistrées et l'information est portée dans l'annuaire dans les 24h ouvrés. Parallèlement à cette procédure de mise en opposition, un renouvellement de carte (et donc de certificats) est automatiquement lancé, qui permet au porteur de disposer de sa nouvelle carte dans les 72 heures suivant son appel.

**Dans l'avenir et avec une utilisation plus fréquente de la carte, il sera indispensable que le GIP « CPS » intègre dans son système d'information une mise à jour de son service de publication dès la déclaration du porteur et les vérifications d'usage.**

- Cas d'une interdiction, ou fin d'exercice. La carte et les certificats doivent être mis en opposition, sans que soit engagé un renouvellement de carte.

Le GIP « CPS » doit disposer de l'information (c'est d'ailleurs ce qui est prévu dans la réglementation relative à la CPS et dans l'avis rendu de la CNIL). Cette information doit lui être transmise par les autorités compétente. Or, aujourd'hui, compte tenu de la complexité des procédures, le GIP « CPS » n'est pas destinataire de ces décisions d'interdiction, ou de fin d'exercice. Cette situation est fortement préjudiciable pour la

<sup>47</sup> Notamment, pour l'harmonisation des identifiants et leurs pérennités, analogue à la mise en œuvre du numéro SIREN pour les entreprises.

crédibilité de l'IGC CPS et par voie de conséquences sur l'extension de ces usages dans les applications.

**Cette transmission d'information ne présente pas de difficultés majeures, sauf la décision de transmettre au GIP les interdictions, ou fin d'exercices<sup>48</sup>.**

### III – 4 Les conditions et les modalités du renouvellement ;

Dans le paragraphe précédent nous avons décrit le cas des renouvellements « dits anticipés », nous allons maintenant examiner le cas des renouvellement « dits à échéance ».

Dans toute infrastructure de confiance, un certificat et son support a une durée de vie limitée.

En effet, l'autorité de certification doit organiser et anticiper l'évolution de son système autour de trois préoccupations :

- les risques d'attaque ou de fragilité dans le temps ;
- les évolutions fonctionnelles souhaitées par les porteurs et/ou les utilisateurs ;
- les évolutions normatives.

Dès les premières distributions des cartes Le GIP « CPS » s'est organisé en conséquence. Actuellement, la durée de vie des certificats et du support carte est fixée à trois ans.

La procédure mise en place permet à un porteur de disposer, automatiquement, de sa nouvelle carte et des certificats associées un mois avant la date de péremption de sa carte actuelle, accompagnée d'une notice explicative.

**Cette durée de vie et la procédure mise en oeuvre apparaissent satisfaisantes.**

### III – 5 La qualité et la disponibilité d'un annuaire:

Comme nous l'avons déjà vu à l'annexe 9, l'annuaire, ou service de publication, est un composant central d'une infrastructure de confiance.

L'annuaire du GIP « CPS » est de type x500, accessible par l'Internet suivant des modalités conformes à l'avis rendu par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

L'objectif premier de l'annuaire CPS, est de permettre a toute personne (appartenant ou non a la communauté) :

- de pouvoir vérifier la validité et la véracité des certificats d'authentification et de signature de son ou ses interlocuteurs (liste positive quand il s'agit de certificat valide, liste négative quand il s'agit de certificat non valide<sup>49</sup>) ;
- de pouvoir récupérer l'adresse e-mail et le certificat de confidentialité de son correspondant, qu'il s'agisse d'une personne physique ou morale, et ce indépendamment du fournisseur d'accès à l'Internet.

#### a) *Les porteurs et les utilisateurs :*

Ils souhaitent faire confiance à la véracité des informations que contient l'annuaire. Ceci suppose une mise a jour des informations de l'annuaire dans un délai le plus court possible à compter de la réception des informations communiquées au GIP « CPS ».

<sup>48</sup> Il faut souligner que le GIP « CPS » n'a pas à connaître les motifs de fin ou d'interdiction d'exercices. Ceci est conforme à l'avis rendu par la CNIL.

<sup>49</sup> Cette notion regroupe aussi bien les mises en opposition suite à perte, vol, incident technique que celles relatives à une décision d'interdiction d'exercice.

C'est également une disponibilité d'accès 24h/24 et 7jrs/7 à cet annuaire, et ce indépendamment du fournisseur d'accès retenu par l'utilisateur (équivalent de l'annuaire 3611 téléphonique).

Enfin, c'est la possibilité de pouvoir renseigner dans le cadre d'une procédure simple ses adresses e-mail sécurisées et ce à toute heure du jour et de la nuit.

b) *Les personnes morales responsables d'établissement :*

Elles souhaitent que cet annuaire assure une fonction méta - annuaire afin de permettre la synchronisation avec leurs propres annuaires concernant leurs personnels.

c) *Pour les personnes morales responsables d'une application (utilisateurs) :*

Elles souhaitent une procédure d'accès ou de récupération automatique des listes négatives (cartes / certificats mis en opposition).

L'annuaire CPS actuel répond à l'ensemble des exigences fonctionnelles. Sa disponibilité, sauf cas de panne, est actuellement garantie 24h/24 et 7 jours/7. Cette faiblesse apparente est à relativiser au regard des usages applicatifs actuels et à l'absence d'une large diffusion des logiciels de messagerie sécurisée, qui sont en cours de labellisation.

***Deux mesures correctives sont indispensables : d'une part la consolidation de l'organisation de l'exploitation, d'autre part l'amélioration des procédures de prise en compte des informations, et tout particulièrement celles relatives aux mises à jour et à l'inscription des adresses e-mail.***

III – 6 Une gestion et une maîtrise des migrations du système doit garantir la non rupture de service pour les utilisateurs et la pérennité des investissements pour les applications :

Les porteurs de certificats et les utilisateurs de l'IGC CPS souhaitent disposer d'une forte garantie de transparence des évolutions techniques.

Ces évolutions doivent être complètement transparentes vis à vis de leur usage quotidien.

Dans le passé, le GIP « CPS » a été confronté à la gestion de ces migrations. L'organisation mise en œuvre basée sur la durée de vie de la carte (2 ans d'abord puis 3 ans aujourd'hui) et le principe d'une cohabitation de deux versions pendant une période limitée (disparition complète des cartes d'une ancienne version) ont donné des résultats satisfaisants aussi bien auprès des Professionnels de Santé qu'auprès des différentes applications l'utilisant.

L'élargissement de l'utilisation de la CPS à d'autres applications que SESAM – VITALE rend nécessaire d'apporter des améliorations aux procédures de distribution des outils logiciels.

Deux scénarios doivent être approfondis :

- Constitution d'un package avec les Fournisseurs d'Accès à l'Internet ;
- Mise en œuvre d'un serveur d'actualisation / téléchargement des logiciels.

***Au vu des expériences passées, il serait préférable de privilégier la première solution pour renforcer le caractère structurant et pérenne du système CPS et de rendre un service cohérent et global aux Professionnels de Santé, donc également plus simple.***

#### **IV – La dimension technique :**

Les choix techniques sont essentiels pour créer les conditions de l'appropriation. En effet, pour le porteur, l'utilité et l'intérêt du système CPS repose sur le nombre d'applications (utilisateurs) qui



reconnaissent et acceptent l'IGC CPS. Mais, également les potentialités d'usage du système dans des logiciels « natifs » du marché (Internet Explorer, NETSCAPE, .....).

Pour les utilisateurs «gestionnaires d'applications», l'appropriation repose sur l'exhaustivité de diffusion de la carte et par voie de conséquence les « économies d'investissement et de gestion » que ce système peut lui procurer.

Dans ses premières versions de cartes CPS, le GIP avait été conduit à faire des choix d'algorithmes privés. En effet, le système CPS fut un précurseur en tant qu'IGC de taille nationale à une époque où les normes n'étaient pas stabilisées. Les premières applications du système CPS se déroulaient dans « un monde » fermé (feuilles de soins électroniques ou limité à des systèmes d'information hospitalier spécifiques à chaque établissement).

Avec le temps, la stabilisation des normes et standards, l'affinement des besoins des Professionnels de Santé ont conduit le GIP « CPS » à faire évoluer son système afin de lui permettre de s'ouvrir vers d'autres applications comme par exemple la messagerie sécurisée ou des téléprocédures sécurisées.

Ainsi, d'un système privé, le système CPS a évolué vers la mise en œuvre d'une IGC « communautaire » ouverte sur le monde extérieur de la santé sous certaines conditions juridiques et contractuelles.

Nous allons maintenant analyser l'IGC CPS autour de cinq caractéristiques techniques :

- les certificats et leur support ;
- les protocoles retenus pour que les applications puissent utiliser les certificats ;
- l'annuaire ;
- l'intégration dans les applications ;
- les services non couverts actuellement.

#### VI – 1 Les certificats et leur support :

Le GIP « CPS » émet et gère trois types de certificats, chacun d'entre eux faisant l'objet d'une Politique de Certification, approuvée par son Assemblée Générale :

- Certificats d'authentification et de signature ;
- Certificats de confidentialité ;
- Certificats « Serveurs applicatifs ».

Depuis fin 2001, tous les certificats émis par le GIP « CPS » sont au format standards X509<sup>50</sup> et mettent en œuvre des algorithmes cryptologiques RSA standard, qui permettent la reconnaissance de l'authentification, de la signature électronique, le chiffrement et déchiffrement des messages à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté santé (interopérabilité).

Tous les certificats émis par le GIP « CPS » sont garantis intègres et signés par lui. Le GIP « CPS » assure son propre service d'horodatage et d'archivage des certificats émis.

Les certificats de signature et d'authentification sont introduits directement dans la puce de la carte. Cette carte est conforme à la norme ISO – 7816 et fait l'objet d'une évaluation sécuritaire déposée auprès de la Direction Centrale de la Sécurité des Systèmes d'Information.

Les certificats de confidentialité sont attribués suite à une demande (formulaire électronique) signée par le porteur avec sa carte CPS, le support est le poste de travail du porteur ou le serveur de l'utilisateur (application).

<sup>50</sup> Avec les cartes CPS2bis, les certificats sont recalculés par logiciel, avec la prochaine génération de cartes appelées CPS2ter les certificats seront directement implémentés dans le composant électronique de la carte.

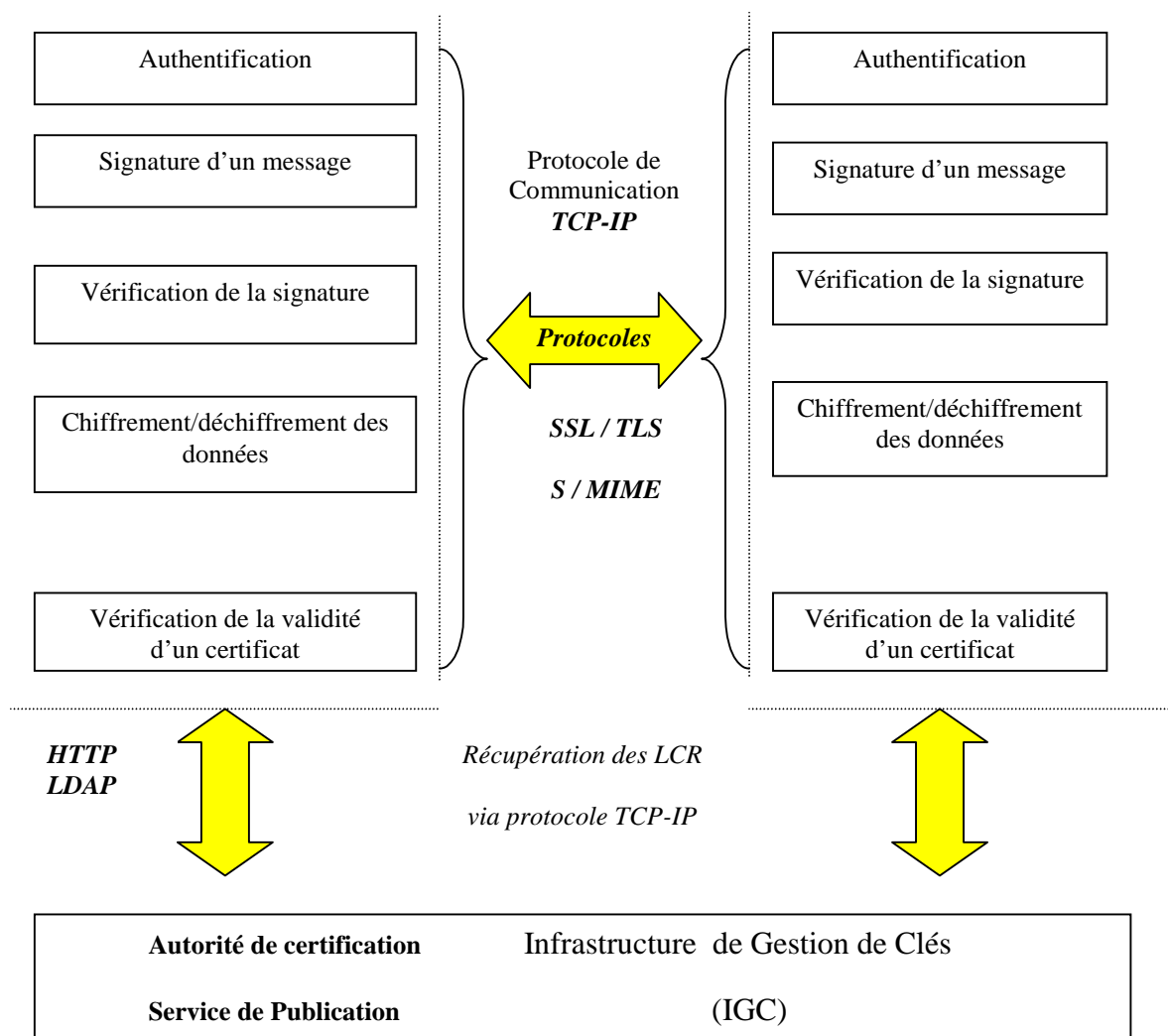
Le certificat serveur est attribué à l'organisme demandeur suite à la transmission d'un formulaire papier signé par le représentant légal et accompagné des pièces justificatives. Le support est le serveur de l'application concernée.

#### VI – 2 Les protocoles retenus afin que les applications puissent utiliser les certificats :

Afin de faciliter les usages et l'intégration, le GIP « CPS » a retenu cinq mécanismes de sécurité, s'appuyant sur des protocoles standards (cf. schéma ci-dessous), qui permettent d'assurer les fonctions de confidentialité, intégrité, authenticité et non répudiation :

- Authentification
- Signature d'un message
- Chiffrement / déchiffrement des données
- Vérification de la signature
- Vérification de la validité d'un certificat

Les quatre premiers mécanismes peuvent être mis en œuvre via un protocole d'échange sécurisé entre le porteur et l'utilisateur. Le dernier mécanisme fait intervenir d'une part l'un des acteurs de l'échange, et d'autre part l'infrastructure de gestion de clés.



#### IV – 4 L'annuaire

L'annuaire est au standard x500. Son exploitation est sous la responsabilité du GIP « CPS ». Il est accessible par des requêtes standards « LDAP » ou « HTTP » dans le cadre du protocole standard Internet « TCP-IP ».

#### IV – 5 L'intégration dans les applications

La mise en œuvre de la sécurisation des applications à l'aide des mécanismes cryptographiques, offerte par l'IGC CPS, peut être menée selon deux approches :

- La première consiste à ajouter une couche commune aux applications permettant sans modifier le code de ou des applications, d'utiliser les fonctions cryptographiques et les services de l'IGC CPS. C'est l'approche qu'a privilégié le GIP « CPS ». La distribution de cette couche commune est réalisée par le Réseau Santé Social ou les éditeurs ;
- La deuxième consiste à intégrer les fonctions cryptographiques au sein même de l'application lors de son développement. C'est cette approche qui a été privilégiée dans l'application SESAM – VITALE jusqu'à ce jour.

D'après les experts et industriels interrogés il ressort qu'il faut aujourd'hui privilégier la première approche. En effet, malgré les grandes avancées qui se sont réalisées depuis quelques années sur les standards de l'Internet, les outils et protocoles actuellement sous forme natifs (messagerie, navigateur, ....), ils permettent pas une banalisation de ce mode de communication, sans une prise en compte spécifique des besoins sécuritaires.

#### IV – 6 Les services non couverts actuellement

Ils sont au nombre de deux :

- horodatage ;
- archivage ou notarisation.

*L'horodatage* permet d'associer une date/heure réputée fiable à un document ou à une transaction électronique. Il est utilisé pour prouver l'antériorité d'un message par rapport à un événement, par exemple la révocation d'un certificat.

Il peut être également utilisé pour la création d'un journal (traçabilité) des demandes d'accès à des informations sensibles ou encore en cas de répudiation d'un document signé par son auteur.

L'horodatage doit satisfaire à deux impératifs :

- s'appuyer sur une source de temps reconnue par tous les acteurs impliqués dans la transaction ;
- s'associer de façon irrévocable au document ou à la transaction.

Les travaux de normalisation, réalisés au sein de l'IETF, ont abouti en août 2000 à la publication d'un format d'échange avec une autorité d'horodatage. A l'automne 2001, une version provisoire pour une politique d'horodatage a été publiée par l'ETSI.<sup>51</sup>

*La notarisation* consiste à archiver des informations, après les avoir horodatées et signées, afin de pouvoir retrouver le séquençement des échanges, et d'apporter ainsi les preuves de la réalité et/ou du contenu de l'échange. La notarisation permet d'offrir une fonction de non-répudiation complète.

L'archivage consiste à stocker des informations dans un lieu et sur des supports sécurisés afin de pouvoir y accéder ultérieurement. La notarisation peut être réalisée soit au niveau de chacune des applications, soit au niveau d'un service spécialisé d'horodatage et d'archivage.

<sup>51</sup> ETSI : European Telecommunications Standards Institute

Si pour la gestion des certificats et leur révocation, le GIP « CPS » assure pour son compte ces deux services, il ne relève pas de ses missions d'assurer ces services pour le compte des applications. D'ailleurs, il est souhaitable que chaque application définisse précisément ses besoins et puisse s'appuyer sur des sociétés spécialisées. Sociétés, qui par ailleurs, pourront s'appuyer sur l'IGC « CPS » en tant que de besoin.

***En conclusion : Comme nous pouvons le constater la mise en place d'une IGC est complexe et nécessite une complémentarité d'actions et de compétences (juridiques, organisationnelles, informatiques, télécommunications et sécurité).***

***Le GIP « CPS » a su faire évoluer son système « privatif » à ses débuts vers les standards émergents s'appuyant sur l'Internet et ce de façon progressive. Précurseur en la matière, le GIP « CPS » a su entreprendre et organiser ces évolutions afin de ne pas créer de situation de rupture qui aurait été dommageable pour les Professionnels de Santé et les applications, et notamment à la première d'entre elles, SESAM – VITALE.***

***Ces évolutions ne sont pas, aujourd'hui achevées.***

***Mais cette réussite technologique et les potentialités qu'offrent l'IGC CPS à la structuration des systèmes information de santé, ne doit pas « cacher » les difficultés rencontrées dans les procédures amont (enregistrement), qui pénalisent le GIP, mais également les Professionnels de Santé et les différentes applications qui souhaiteraient utiliser la CPS.***

***Par ailleurs, compte tenu de son savoir faire et de son avance en la matière, le GIP « CPS » doit aider, accompagner et assister les applications à l'intégration des mécanismes de sécurité que l'IGC CPS offre. A ce titre deux actions devraient être privilégiées :***

- ***élaboration de guides méthodologiques à l'usage des responsables des applications afin qu'ils puissent déterminer les niveaux de sécurité qui leur sont nécessaires ;***
- ***élaboration de chartes ou spécifications d'intégration et d'usage du système en collaboration avec les différents industriels concernés : éditeurs de logiciels, offreurs de services d'hébergement, fournisseurs d'accès à l'Internet.***

## **Annexe 11    Rôle et responsabilités des différents acteurs au regard de la réglementation actuelle**

Cette annexe décrit le rôle de chacun des acteurs intervenant dans la chaîne d'un système d'information.

Les textes et documents juridiques applicables aux systèmes d'information de santé sont nombreux, une liste de référence est insérée à la fin de cette annexe, en précisant les catégories des intervenants concernés.

Ces textes portent sur quatre thèmes :

- ceux relatifs à la société de l'information, aux droits du citoyen ;
- ceux relatifs à l'utilisation des moyens cryptographiques ;
- ceux relatifs à la reconnaissance de la signature électronique ;
- ceux relatifs, plus spécifiquement, à la CPS et ses utilisations dans le monde de la santé.

En l'absence de jurisprudence en matière d'infrastructure de gestion de clés et de signature électronique, nous tenterions d'analyser les responsabilités des différents acteurs de l'IGC « CPS » en précisant les obligations qui les caractérisent et en identifiant les principales sources réglementaires et/ou contractuelles existantes.

### **I/ L'autorité de certification : le GIP « CPS » :**

L'autorité de certification a la responsabilité de la définition de la politique de certification. elle est entité qui est porteuse de la confiance des porteurs et des utilisateurs. Les politiques de certification de l'IGC CPS ont fait l'objet de délibération formelle de l'Assemblée Générale du GIP « CPS ».

L'autorité de certification, appelée également autorité de confiance, constitue le point central d'une IGC. A ce titre, elle assure le lien avec les autres entités. Elle va choisir les moyens cryptographiques qui seront mis en œuvre et ce conformément à la réglementation en vigueur.

Mais, il lui revient également de définir et organiser la délivrance<sup>52</sup>, la révocation, la suspension, le renouvellement, ..., des certificats électroniques et de leurs supports la Carte à puce « CPS ».

En ce qui concerne l'IGC « CPS », les politiques de certification, publiées par le GIP « CPS », assurent les mêmes fonctions minimales que celles décrites dans la politique de certification « type » émise par le Ministère de l'Economie et des Finances dans le cadre de la mise en œuvre des télé-procédures administratives en application de la loi et de réglementation portant sur la reconnaissance de la signature électronique. à savoir :

- mise en application des Politiques de Certification ;
- gestion des certificats ;
- gestion des supports et de leurs données d'activation si les bi-clés et les certificats sont fournis aux abonnés sur des supports matériels ;
- publication des certificats valides et des listes de certificats révoqués ;
- journalisation et archivage des événements et informations relatifs au fonctionnement de l'IGC ;

A l'examen des textes, la responsabilité du GIP « CPS », en tant qu'autorité de certification, est fortement engagée sur l'ensemble du processus de certification, notamment concernant la disponibilité de son service de publication, de la validité des certificats et de la fiabilité des informations qu'elle détient et qu'elle rend publique.

<sup>52</sup> Nous reviendrons particulièrement sur ce point, qui fait aujourd'hui débat, dans le chapitre concernant les autorités d'enregistrement.

Dans le cadre de la procédure d'enregistrement actuelle et de sa complexité pour lequel 3 entités différentes sont concernées. le GIP « CPS » vérifie la complétude et la cohérence des informations fournies avant de lancer la génération des certificats demandes.

La confiance instaurée avec les porteurs et les utilisateurs (applications) est fortement liée à la qualité des services que l'autorité de certification sera en mesure d'apporter. Pour le porteur, il ressort de l'autorité de certification de mettre en œuvre des procédures fiables, rapides et de qualité. D'ailleurs, le législateur est allé dans le même sens, en confiant la responsabilité de définition de la politique de certification à l'autorité de certification.

Toutefois, cette responsabilité sera limitée, si il est démontré que la faute relève de manquement d'une autorité d'enregistrement dans la communication des informations qu'elle valide, ou encore du porteur ou de l'utilisateur si ces derniers n'ont pas informé l'autorité de certification des modifications intervenues dans leurs situations.

A ce titre, l'autorité de certification doit mettre en œuvre une communication et une information claire et précise vis à vis de tous ses interlocuteurs. mais, également apporter une vigilance particulière aux clauses de garanties, d'assurances, d'audit, etc.. qui doivent être introduites dans les contrats avec les industriels sous – traitants.

## **II / L'autorité d'enregistrement : les autorités compétentes**

Dans la législation et la réglementation relative à la reconnaissance de la signature électronique, l'autorité d'enregistrement vérifie que le demandeur (futur porteur) a bien l'identité, les droits et la qualité qui seront indiqués dans le certificat.

Elle applique les procédures définies dans les politiques de certification.

Ces opérations d'enregistrement sont déterminantes. En effet, il s'agit du tout premier maillon du processus qui permet de passer d'une situation concrète concernant une personne à une situation virtuelle d'identification et d'octroi de droits.

L'autorité d'enregistrement se situe en tête du processus de certification. elle est en charge d'identifier le demandeur, de vérifier les informations associées, avant la délivrance des certificats et de leur support par l'autorité de certification.

***Toute erreur au niveau de cette opération préalable serait préjudiciable à la confiance de l'ensemble des systèmes d'information concernés par cette IGC.***

En ce qui concerne l'IGC CPS, nous sommes en présence de trois entités qui interviennent dans le processus d'enregistrement :

### **II – 1 Les Ordres professionnels :**

Leurs missions sont décrites dans le Code de la Santé Publique. Leurs rôles vis à vis de l'IGC « CPS » est de vérifier la présence au Tableau des professionnels demandeurs et de valider les informations nécessaires à l'élaboration du certificat (identité, qualité), ainsi que les informations nécessaires à la gestion (coordonnée par exemple). Par ailleurs, ils doivent informer l'Autorité de Certification (GIP « CPS ») des interdictions d'exercice éventuelles.

### **II – 2 Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales :**

Services extérieurs du Ministère de la Santé, elles assurent, dans le cadre de l'IGC « CPS » :

- l'attribution du numéro d'identification nationale de tous les professionnels de santé, et ce, indépendamment de leurs exercices et de leurs activités(ADELI)<sup>53</sup> ;
- l'attribution de l'identification des établissements de santé (FINESS) ;
- la validation des informations nécessaires à l'élaboration du certificat (identité, qualité), ainsi que les informations nécessaires à la gestion (coordonnée par exemple), pour les professions non dotées d'un Ordre ;
- elles informent l'Autorité de Certification (GIP « CPS ») des interdictions d'exercice éventuelles.

## II – 3 La CNAMTS :

Elle transmet à l'Autorité de Certification les informations nécessaires à la liquidation des feuilles de soins électroniques. Ces informations sont appelées « Domaine Assurance Maladie », et constituent dans la littérature des Infrastructure de Gestion de Clés des attributs au certificat du porteur. Elles concernent, notamment, des informations relatives au conventionnement.

Les procédures d'enregistrement mises en œuvre suite à l'ordonnance du 24 avril 1996 (décrites dans l'annexe 7.5) apparaissent complexes et conduisent à des délais extrêmement longs pour l'obtention de la carte pour le professionnel de santé.

Si l'approche pragmatique retenue à cette époque s'est révélée efficace dans la montée en charge de SESAM – Vitale (plus de 60% des professionnels en activité libérale disposent aujourd'hui de leurs carte CPS, pour plus de 60% de feuilles de soins transmises sous forme électronique), ces procédures ont montré leurs limites dans un fonctionnement de routine (par exemple nouveaux installes, gestion des remplacements, gestion de plusieurs activités pour un professionnel de santé,...).

A un moment, où l'application SESAM – Vitale rentre dans une phase de routine. L'élargissement de la CPS aux autres applications nécessite que le GIP «CPS» élabore des nouvelles procédures<sup>54</sup> en privilégiant l'obtention de la carte dès l'inscription au tableau, et de mettre en œuvre parallèlement les moyens et outils nécessaires à la prise en compte des informations complémentaires afin de ne pas créer de rupture aux services offerts actuellement.

Bien qu'indépendante, une telle évolution s'inscrit pleinement dans la démarche de convergence entre carte ordinale et carte CPS. Elle favorisera également la banalisation des usages et contribuera à apporter aux utilisateurs (applications) les garanties attendues en terme de pérennité du système et par voie de conséquence de leurs investissements.

## III / Les prestataires techniques

Ce sont des industriels qui assurent des prestations techniques nécessaires au processus de certification et à son exploitation. celles – ci peuvent être variées et porter sur la fourniture et/ou l'exploitation de plate – forme technique hautement sécurisée et de services associés. ces prestations mettent souvent en jeu des mécanismes et moyens cryptographiques. à ce titre, la réglementation sur les outils et les moyens cryptographique doit être respectée.

<sup>53</sup> Il faut souligner une faiblesse de cet identifiant qui n'est pas pérenne. En effet, cet identifiant est construit à partir du numéro de département de l'exercice principal d'un professionnel. Ainsi, lorsque l'exercice principal d'un professionnel s'effectue dans un département différent celui indiqué dans l'identifiant ADELI, il doit lui être attribué un nouvel identifiant. Cette situation est extrêmement préjudiciable dans une gestion de qualité de l'IGC. Le projet MARINE engagé récemment par le Ministère de la Santé devrait, à terme, résoudre cette difficulté. Toutefois, le planning envisagé est trop long et des priorités devraient être données pour que la construction d'un nouvel identifiant « pérenne » puisse être mise en œuvre dans des délais rapides.

<sup>54</sup> Par la Loi du 13 mars 2001, le GIP « CPS », en tant qu'Autorité de Certification, a l'entière responsabilité de la définition des procédures d'enregistrement. Il est probable qu'en cas de recours en justice d'un professionnel de santé pour non obtention de sa carte, le GIP « CPS » puisse être condamné à verser des dommages et intérêt.

Ces prestataires sont choisis par le GIP « CPS », suite à des procédures d'appel d'offres et font l'objet d'une relation contractuelle qui définit notamment les prestations attendues, la disponibilité des plates – formes, la nature des dispositions de sécurité qui doivent être mises en œuvre, les responsabilités.

Concernant ce dernier point les responsabilités des prestataires de IGC CPS sont calquées sur la responsabilité des prestataires informatiques. toutefois, une attention particulière a été apportée dans les contrats concernant :

- le niveau des moyens humains et matériels de sécurité mis en place ;
- l'organisation interne, et notamment sur la description du qui fait quoi ;
- la possibilité de contrôle et d'audit par un expert externe et ce à la demande du GIP « CPS » ;
- les procédures d'information et d'intervention lors de la survenance d'une défaillance technique.

Dans un souci d'apporter au lecteur une vision d'ensemble du qui fait quoi dans le cadre d'une infrastructure de gestion des clés, il nous est apparu nécessaire de développer pour information le rôle et les responsabilités des prestataires d'horodatage et d'archivage.

En effet, le GIP « CPS » ne fait pas appel, aujourd'hui pour ses besoins propres, à des prestataires particuliers et spécialisés pour ces deux fonctions. par contre, il peut être nécessaire dans le cadre d'une application donnée, que l'utilisateur (personne morale responsable de cette application) est le besoin de faire appel à ces catégories de prestataires.

### III – 1 Prestataires d'Horodatage :

Dans la littérature, l'horodatage est généralement défini comme un moyen de confiance qui marque le temps afin de montrer qu'une donnée existait à un moment donné.

Une erreur dans l'horodatage, ou un défaut d'horodatage, peut avoir des conséquences juridiques catastrophiques dans le cas notamment des actes sous seing privé<sup>55</sup>.

En droit, la date reste toujours un élément central (validité, preuve, opposabilité aux tiers,...). Des exemples concrets pourraient être l'envoi de document administratif, de transmission de résultats d'examen, de prescriptions ou encore de traçabilité d'un produit.

Soulignons que le Décret du 30 mars 2001 sur la signature électronique ne régit pas l'horodatage. La question est toutefois évoquée s'agissant de la délivrance et de la révocation d'un certificat. L'Autorité de Certification doit veiller que la date et l'heure de délivrance et de révocation d'un certificat puissent être déterminées avec précision.

En conséquence, dans la réglementation actuellement en vigueur, il revient bien à la personne morale responsable d'une application d'élaborer et de mettre en œuvre une procédure d'horodatage, faisant appel ou non à un prestataire spécialisé, suivant ces besoins et la nature des informations qu'il traite.

### III – 2 Prestataires d'archivage :

Le prestataire d'archivage, ou encore appelé tiers archiveur, est communément défini comme une entité chargée pour le compte d'un tiers d'assurer la conservation de documents ou autres données.

L'archivage représente une fonction majeure dans le processus de certification. Il s'agit du dernier maillon de l'IGC qui permet de garder trace et donc d'apporter la preuve.

<sup>55</sup> L'article 1328 du Code Civil dispose que « les actes sous seing privé n'ont de date contre les tiers que du jour où ils ont été enregistrés, du jour de la mort de celui ou de l'un de ceux qui les ont souscrits, ou du jour où leur substance est constatée dans les actes dressés par des officiers publics, tels que procès verbaux, de scellé ou d'inventaire ».



En ce qui concerne l'IGC « CPS », le GIP « CPS » conserve la trace de tous les événements. Toutefois, nous devons également nous interroger pour la conservation des données ou des documents signés par la carte CPS. Sujet qui relève d'une autre problématique.

Cette question est d'importance dans le domaine de la santé, notamment dans la perspective de mise en œuvre dans le cadre de la politique de continuité des soins, de dossier médicaux partagé.

L'abandon du papier au profit d'un support numérique, donc intangible et incontrôlable par l'homme sans le relais d'un outil informatique, est en effet l'un des bouleversements les plus importants auquel l'ensemble de la société, et en particulier le secteur de la santé, sera confronté dans les années à venir.

Il correspond, en pratique, à un enjeu de taille, car tous ceux qui ont approché l'informatique depuis suffisamment longtemps savent que l'un des caractères endémiques est son évolution rapide, et l'incompatibilité des matériels entre eux au fur et à mesure de l'apparition de générations successives. En d'autres termes, et sauf de l'avoir prévu à l'avance, il est quasi impossible de relire des fichiers qui ont été enregistrés sur certains types de supports il y a seulement une dizaine d'années.

L'émergence de la signature électronique, nécessite, compte tenu de l'allongement des clés rendu nécessaire pour des raisons d'évolution de l'état de l'art et des attaques possibles, que l'Autorité de Certification puisse apporter dans le temps que le certificat était valide au moment de la signature du document et/ou de la donnée. C'est que le GIP « CPS » a prévu et anticipé en sur – signant, notamment, régulièrement ses archives.

Par contre, reste la question de la conservation des documents signés, et cette question dépasse le seul domaine de la santé, et touche la quasi totalité des secteurs économiques. Or, l'archivage de documents met en œuvre des techniques coûteuses, qui ne sont pas à la portée de tous. Cette situation signifie que seules les très grandes entreprises ou des professionnels spécialisés seront à même de garantir à long terme des documents numériques. Les particuliers, ou les professions libérales, devront se reposer sur ces prestataires pour garder la preuve des actes importants les concernant.

#### **IV / Les porteurs**

Dans le cadre de l'IGC« CPS», le porteur est un professionnel de santé remplissant les conditions d'exercice prévus dans le code de la santé publique. a savoir, inscription au tableau de son ordre pour les professionnels de santé qui en sont dotes, inscription a la DDASS pour les professions para – médicales<sup>56</sup>.

Pour les personnes physiques non professionnel de santé, le décret du 9 avril 1998 ainsi que les politiques de certification précise les conditions à remplir pour l'obtention d'une carte (soit appelée carte de personnel autorise pour ceux exerçant dans des organismes de santé n'étant un établissement ou une structure de soins, soit carte de personnel d'établissement pour ceux exerçant dans des établissements de santé<sup>57</sup> ou des structures de soins).

Les porteurs de cartes n'ont pas d'obligations particulières autres que celles décrites dans le décret du 9 avril 1998 et la notice « conditions d'usages de la carte de professionnel de santé » se trouvant sur le formulaire de demande. le professionnel déclarant avoir pris connaissance de ces consignes lors de la signature « manuscrite » du formulaire de demande.<sup>58</sup>

Il faut toutefois rappeler que le décret du 9 avril 1998 et les conditions d'usages se trouvant au dos du formulaire sont bien antérieur à la directive européenne 1999/93/CE du Parlement Européen et du

<sup>56</sup> la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé a prévu à la création d'office pour ces professions.

<sup>57</sup> Un cas particulier concerne les Directeurs d'établissement de santé, qui représente la personne morale « établissement », ils disposent d'une carte appelée Carte de Directeur d'Etablissement.

<sup>58</sup> Ces formulaires s'appliquent pour les CPS et les CDE. En ce qui concerne les autres types de cartes, notamment CPE, les conditions d'usages et les obligations des porteurs doivent être inscrites soit dans le règlement intérieur de l'établissement, soit dans le contrat de travail.

Conseil du 13 décembre 1999 sur un cadre communautaire pour les signatures électroniques, et à sa transposition dans le droit national (loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information relative à la signature électronique).

Un examen de ces différents textes et documents montre qu'il n'y a pas de contradiction entre eux, et que le dispositif envisagé lors de l'élaboration du Décret du 9 avril 1998 avait anticipé sur ceux qui ont été mis en œuvre au début des années 2000 relatifs à la signature électronique.

Dans notre législation<sup>59</sup>, le signataire est « une personne physique, agissant pour son propre compte ou pour celui de la personne physique ou morale qu'elle représente, met en œuvre un dispositif de création de signature électronique ». Cette disposition s'inscrivant dans le Droit français s'applique pleinement aux professionnels de santé disposant de la CPS à condition que l'ensemble des conditions prévues par la législation soient naturellement remplies.

Ainsi, un message, signé de manière électronique avec une Carte de Professionnel de Santé est opposable au professionnel de santé.

La directive européenne et sa transposition dans le droit français ne prévoient pas d'obligations à la charge du signataire. Toutefois, le décret du 9 avril 1998, les politiques de certification publiées par le GIP « CPS » et les conditions d'usages relatifs à la Carte de Professionnel de Santé précisent que la principale obligation d'un porteur de carte, outre celle liée à la fourniture d'informations exactes lors de la phase de demande est de garder secret son code confidentiel et de prévenir le GIP « CPS » (en tant qu'Autorité de Certification) en cas de perte, de vol,.....

En la matière, il est fort probable que la jurisprudence en matière de carte de paiement associée à l'utilisation d'un code confidentiel devrait pouvoir s'appliquer.

## **V / Les utilisateurs / accepteurs**

Les utilisateurs sont, au sens de la directive européenne relative à la signature électronique, les parties qui se fient au certificat des porteurs ou à la signature d'un message ou de données générée par un certificat d'un porteur émis par une autorité de certification.

Dans les faits, si nous appliquons la définition « des utilisateurs » au monde de la santé, il s'agit des responsables des applications, qui font se fier au certificat émis par le GIP « CPS »<sup>60</sup>, pour garantir la sécurité et la confidentialité des données qu'ils traitent et des échanges associés.

***Dans les échanges des systèmes d'information de santé, un utilisateur peut être également, par ailleurs, un porteur, et réciproquement.***

Prenons, par exemple, le cas d'échanges de données via des outils de messagerie électronique, entre deux professionnels de santé disposant chacun de sa carte CPS: l'un d'entre eux sera l'émetteur de ce message, le signera et le chiffrera éventuellement, le second, par contre, en tant que destinataire (dans le sens utilisateur) devra vérifier son authenticité, son intégrité, .....

Il en est de même, si nous considérons les relations entre une personne morale, gestionnaire des données, avec des personnes physiques ou morales.

Enfin, si nous prenons l'exemple d'un système d'information de santé publique. Les Agences de Vigilance Sanitaire concernées, recevront des signalements de ces interlocuteurs via un e-mail signé et

<sup>59</sup> Article 1<sup>er</sup>, troisièmement du décret du 30 mars 2002 portant application de la loi sur la signature électronique

<sup>60</sup> Pour les responsables d'application qui n'ont pas d'obligation légale d'utiliser l'IGC CPS et qu'ils opèrent un autre choix, ils doivent ou devront s'assurer que l'Autorité de Certification qu'ils ont retenu leurs apportes, au moins un même niveau de garantie. Dans tous les cas, en cas de recours devant la justice leur responsabilité est totalement engagée.

chiffré Elles seront à ce titre utilisateurs. Par contre, quand elles émettront des messages, elles seront « porteur d'un certificat », et leurs interlocuteurs seront, à ce moment là « utilisateurs ».

Par ailleurs, un gestionnaire responsables de données médicales doit également veiller à la protection des données qu'il a en dépôt ou qu'il traite, notamment :

- à ne pas commettre un détournement de finalités du traitement sanctionné pénalement par l'article 226-21 du Code Pénal de cinq ans d'emprisonnement et de deux millions de francs d'amende (304.896,64 €) ;
- à ne pas collecter les données par un moyen frauduleux, déloyal ou illicite malgré l'opposition de la personne concernée, sanctionné par l'article 226-18 du Code Pénal de la même peine ;
- à ne pas collecter des données relatives à la vie privée, aux origines raciales, aux opinions politiques, philosophiques ou religieuses, aux appartenances syndicales ; à la santé, aux mœurs sans le consentement exprès de la personne, sanctionné par l'article 226-19 ;
- au respect du secret des correspondances (article 226-15), du secret professionnel (article 226-13) ;
- à l'obligation d'information des patients qui doivent connaître les finalités du système d'information et le choix des informations à recueillir qu'il en résulte, quels sont les professionnels de santé qui prendront connaissance des informations les concernant, et l'existence des dispositifs de sécurité utilisés pour protéger ces informations et assurer notamment leur confidentialité. Sur ce point, le législateur a prévu dans la Loi du 4 mars 2002 que la Carte de Professionnel de Santé sera obligatoire dans des conditions et des règles qui seront définies dans un Décret en Conseil d'Etat (article L.1110- 4) <sup>61</sup>;
- à l'obligation de permettre un accès direct par le patient (article L1111-7 de la Loi du 4 mars 2002).

En conséquence, il revient à chaque gestionnaire responsable de données médicales<sup>62</sup> de définir le niveau et les fonctions de sécurité, notamment celles concernant l'authentification sûre des porteurs et de leurs niveaux d'habilitations (droit d'accès), qui leurs sont nécessaires au regard de leurs besoins, de la nature des données traitées et de la législation en vigueur en matière de santé et/ou des droits des personnes. Si nous nous plaçons sous l'angle de la signature électronique, les utilisateurs sont sujets au respect de certaines obligations non négligeables en pratique.

En effet, le respect de l'usage du certificat peut constituer sur le plan juridique une question sensible. le respect de la date de validité du certificat ne doit pas soulever, à priori sur le plan technique et opérationnel, de difficulté majeure à l'utilisateur. Il en est de même en ce qui concerne la vérification de la signature de l'autorité de certification émettrice.

Par contre en ce qui concerne la vérification de non révocation d'un certificat, il appartient à l'utilisateur de vérifier que ce dernier est valide. Pour ce faire, il consultera l'annuaire, et en particulier la liste de révocation<sup>63</sup>.

La question juridique qui peut se poser en cas de contentieux repose sur une question liée à la preuve<sup>64</sup>. En effet, la directive européenne prévoit qu'il revient à l'autorité de certification, si il est

<sup>61</sup> En ce qui concerne les établissements de soins publics et privés, le décret n°2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, précise à l'article R.710-2-7 « Dans tous les cas, le Directeur de l'établissement veille à ce que les dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des informations de santé conservées dans l'établissement. Lorsque, pour assurer la confidentialité des échanges électroniques des informations contenues dans le dossier visé à l'article R.710-2-2, sont utilisées des cartes électroniques, ces cartes sont conformes aux dispositions des article R.161-52 à R.161-54 du ode de la sécurité sociale ».

<sup>62</sup> Nous traiterons les cas particuliers des sociétés d'offre d'hébergements des dossiers et des Fournisseurs d'Accès à l'Internet à la fin de ce chapitre.

<sup>63</sup> Rappelons que l'Autorité de Certification est tenue par le réglementation de publier une liste de révocation des certificats (LCR), qui doit en outre, répondre à certains critères, notamment en termes de disponibilité.

<sup>64</sup> Supposons qu'il existe un différend sur le certificat à un temps donné, l'utilisateur invoquant qu'au moment où il a consulté la Liste de Révocation celui – ci n'était pas révoqué. L'Autorité de Certification affirmant, de son côté, le contraire. L'un tentera de prouver que la Liste de Révocation n'était pas à jour, l'autre que celle-ci était bien à jour mais que l'utilisateur n'a pas rempli ses obligations de consultation. La preuve pour chacun des faits allégués peut être délicate à établir.

invoqué un manquement de sa part, de prouver qu'elle n'a commis aucune négligence dans l'enregistrement de la révocation d'un certificat.

Nous percevons mieux la responsabilité qui incombe à l'autorité de certification, mais également aux autorités d'enregistrement notamment quand il s'agit, comme dans le cas de la santé, de pouvoir révoquer un certificat en cas d'interdiction d'exercice.

La publication, par l'autorité de certification, et l'intégration éventuelle dans les contrats définissant sa relation avec ces différents partenaires, d'informations précises et claires sur les conditions d'usages des certificats s'avère, de ce point de vue, particulièrement importante.

A la lecture de cette analyse, nous percevons l'importance que représente, pour les différents gestionnaires responsables de données médicales, la mise en œuvre d'une Infrastructure de Gestion de Clés garantie par la puissance publique et son apport dans le développement cohérent des systèmes d'information de santé.

Dans sa déclaration, le 12 novembre 2002 devant l'Electronic Business Group, le Premier Ministre a exprimé sa volonté que les technologies de l'information et de la communication s'intègrent dans la politique de santé afin « d'apporter un véritable plus à l'administration, aux praticiens ou aux patients », tout en garantissant la confidentialité et l'anonymat des informations recueillies.

De son côté, le législateur a souhaité donner un cadre strict aux droits du patient et à la sécurité nécessaire aux informations traitées.

Or, dans la réalité, nous ne pouvons que constater, faute d'orientation et de définition de règles précises<sup>65</sup> par l'administration, l'importance des ambiguïtés qui existent aujourd'hui, notamment dans l'utilisation de la CPS au sein des établissements de Santé, dans les systèmes d'information de santé publique ou encore dans les réseaux de soins émergents.

***La convergence entre cartes ordinales et carte de professionnel de santé représente, de ce point de vu une nouvelle étape et une opportunité d'associer les ordres professionnels à la promotion et à la pérennité d'un véritable système de confiance, sous le contrôle de la puissance publique.***

## **VI / Les cas particuliers des sociétés offrant des services d'hébergement et les fournisseurs d'accès à l'Internet :**

VI – 1 Les sociétés offrant des services d'hébergement de données médicales, appelés Hébergeurs :

Les hébergeurs sont des prestataires offrant des services d'hébergement à des tiers. Ils peuvent être des personnes morales de droit public ou privé.

L'hébergement de données consiste en la mise à disposition d'un centre serveur afin de permettre la mise en ligne d'un système d'information (site web, Internet, Extranet,...) et les prestations qui y sont associées (maintenance, exploitation,...). Les prestations d'hébergement doivent, notamment, inclure les prestations de conservation informatique.

L'article L.1111-8 de la Loi du 4 mars 2002 prévoit la mise en place d'un agrément préalable des hébergeurs de données personnels de santé. Les conditions de l'octroi et du retrait de l'agrément seront définies par décret pris en Conseil d'Etat, après avis de la CNIL, des Conseils Nationaux des Ordres professionnels de santé, ainsi que du Conseil des professions paramédicales.

Ce décret devra préciser les modèles de contrat et les informations à communiquer lors de la demande d'agrément, qui porteront notamment :

<sup>65</sup> Pour exemple, le décret d'application de la Loi du 4 mars 2002 précisant les applications où l'usage de la Carte de Professionnel de Santé n'est pas paru, à ce jour.

- sur les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique, ainsi que les procédures de contrôle interne ;
- sur les modalités d'accès et les conditions d'utilisation des données, dont l'hébergement est confié au prestataire ;
- sur les engagements de l'hébergeur à ne pas utiliser les données ainsi hébergées à d'autres fins ;
- sur le respect du secret professionnel, défini à l'article 226-13 du Code Pénal, par l'hébergeur ;
- sur les conditions de restitution des données, lorsqu'il est mis fin à la prestation ;
- aux conditions de contrôle des hébergeurs par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et des agents de l'Etat.

En ce qui concerne les modalités d'accès aux informations relatives à une personne, le législateur n'a pas arrêté les conditions techniques, mais elles doivent faire l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé et homologuées par le Ministre de la Santé.

**A cette fin l'association du GIP « CPS » à l'établissement de ces recommandations, serait un gage de garantie de la cohérence des choix techniques qui seront mis en œuvre et de l'interopérabilité des solutions d'hébergements.**

#### VI – 2 Les Fournisseurs d'Accès à l'Internet :

Il s'agit généralement d'opérateurs de communication offrant des services d'accès à l'Internet.

Dans le cadre du projet de Loi visant à créer la confiance et la sécurité dans l'économie numérique, annoncé par le Premier Ministre le 12 novembre 2002, il est envisagé de poser le principe que les opérateurs de télécommunications, qui se bornent à assurer la transmission d'une communication sans aucune intervention sur le contenu, ne voient pas leur responsabilité engagée à raison des contenus qu'ils transmettent.

De même, les prestataires techniques de l'Internet n'auront aucune obligation générale de surveiller le contenu des informations qu'ils transmettent ou qu'ils stockent.

Cette clarification de responsabilités entre Fournisseurs d'Accès à l'Internet et Infrastructure de Confiance va renforcer l'interopérabilité et l'ouverture des systèmes d'information dans le monde de la santé. En effet, les responsabilités de la sécurité du contenu des données, de leurs accès relèvent bien des rôles respectifs de l'Autorité de Certification, des gestionnaires responsables des données et des professionnels de santé porteurs de leur Carte CPS. Le transport étant assuré par des industriels spécialisés, non dédiés à la santé.

Cette évolution marque un véritable tournant dans l'architecture globale de l'organisation des échanges et de la communication des informations de santé, et redonne au système CPS la dimension souhaitée par les membres fondateurs du GIP « CPS ».

En effet, suite à l'ordonnance du 24 avril 1996, les pouvoirs publics avaient, compte tenu de l'état de l'art à cette époque, confié une concession de service public au Réseau Santé Social (filiale de CEGETEL) pour assurer le transport sécurisé, en s'appuyant sur le système CPS, des informations du secteur de la santé.

L'annonce de la fin de cette concession le 31 octobre 2003, faite par le Ministre de la Santé à l'Assemblée Nationale marque l'évolution souhaitée par le Gouvernement. Toutefois, une attention particulière devra être portée sur la période transitoire afin de ne pas créer une rupture de service pour la transmission et la réception des feuilles de soins par l'Assurance Maladie.

**A ce titre, l'absence d'un ordonnancement précis de gestion de cette période de transition peut être extrêmement préjudiciable, et ce d'autant plus que les services « banalisés » d'accès à l'Internet offerts aujourd'hui ne sont pas stabilisés (qualité, disponibilité, traçabilité,...) à l'instar, par exemple, des services rendus pour la téléphonie. Il serait souhaitable que, sous l'égide de la CNAMTS<sup>66</sup> et des groupements constitués, l'ensemble des acteurs de la santé puisse**

<sup>66</sup> En effet, la CNAMTS et l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie sont au premier chef concernés par ces évolutions, d'une part afin d'éviter toutes ruptures dans le service SESAM – VITALE, d'autre part dans la perspective d'évolution émis par le Conseil d'Administration de la CNAMTS et le Comité de Surveillance SESAM – VITALE, du projet SESAM – VITALE en ligne.

**rapidement disposer d'une vision de l'architecture globale de l'informatisation visée et disposer d'un calendrier des différentes étapes de transition.**

## Documents juridiques de références, classes par ordre chronologique

Titre du document et référence	Acteurs concernés			
	AC	AE	Porteur	Utilisateur
Code de la Santé Publique, Code de Déontologie	*	*	*	*
Articles 226-13, 226-15, 226-22 et 432-9 du Code Pénal			*	*
Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée et complétée par la loi n° 94-548 du 1 <sup>er</sup> juillet 1994 relative au traitement des données nominatives ayant pour fin la recherche dans le domaine de la santé et la Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture d'assurance maladie universelle	*	*		*
Loi n° 79-18 du 3 janvier 1979 portant sur les archives	*			*
Article 28 de la Loi n° 90-1170 du 29 décembre 1990, modifié par l'article 17 de la Loi de réglementation des télécommunications n° 96-659 du 26 juillet 1996	*			
Loi n° 91-646 du 10 juillet 1991 relative au secret des correspondances émises par télécommunications			*	*
Arrêté du 28 janvier 1993 (JO du 5 février 1993), modifié par l'Assemblée Générale du 17 décembre 1998, définissant la Convention Constitutive du GIP « CPS »	*	*		
Directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.			*	*
Ordonnance 96 - 345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins	*	*	*	* <sup>67</sup>
Délibération n°97-008 de la CNIL portant adoption d'une recommandation sur le traitement des données de santé à caractère personnel			*	*
Décret 98-102 du 24 février 1998 définissant les conditions dans lesquelles sont agréés les organismes gérant, pour le compte d'autrui, des conventions secrètes de cryptologie en application de l'article 28 de la loi n°90-1170 du 29 décembre 1990 modifiée	*			
Décret du 9 avril 1998 relatif à la carte de professionnel de santé et modifiant le code de la sécurité sociale	*	*	*	* <sup>68</sup>
Arrêté du 9 avril 1998 relatif aux spécifications physiques et logiques de la Carte de Professionnel de Santé	*			
Décret 99 – 200 du 17 mars 1999 définissant les catégories de moyens et de prestations de cryptologie dispensées de toute formalité préalable	*			
Décret 99- 199 du 17 mars 1999 définissant les catégories de moyens et de prestations de cryptologie pour lesquelles la procédure de déclaration préalable est substituée à celle d'autorisation	*			
Arrêté du 17 mars 1999 définissant la forme et le contenu du dossier concernant les déclarations ou demandes d'autorisation relatives aux moyens et prestations de cryptologie	*			
Directive 1999/93/CE du Parlement Européen et du Conseil du 13 décembre 1999 sur un cadre communautaire pour les signatures électroniques	*	*	*	*
Loi n° 2000-230 du 13 mars 2000 portant adaptation du droit de la preuve aux technologies de l'information relative à la signature électronique	*	*	*	*
Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations	*		*	*
Décret n°2001-272 du 30 mars 2001 pris pour l'application de l'article 1316-4 du Code civil relatif à la signature électronique	*	*	*	*
Loi du 15 novembre 2001 relative à la sécurité quotidienne	*		*	*
Loi n°2002 – 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé			*	*
Décret n°2002 – 637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L.1111-7 et L.1112-1 du Code de la Santé Publique			*	*

<sup>67</sup> Il s'agit ici uniquement des organismes d'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des feuilles de soins (application SESAM – VITALE)

<sup>68</sup> Il s'agit ici uniquement des organismes d'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des feuilles de soins (application SESAM – VITALE)