

I

SESAM-VITALE

Au-delà de l'informatique,

un projet au service de la santé de la population

1. Un outil pour l'informatisation de l'assurance maladie

Conçu au début des années 80 comme un outil devant permettre aux caisses primaires du régime général d'assurance maladie de faire face au flux croissant de demandes de remboursement pour les actes et prescriptions délivrés hors hospitalisation, le projet SESAM-VITALE a vu ses objectifs confortés avec l'apparition d'une démarche de « maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé ».

En ce sens, la loi du 4 janvier 1993, en prescrivant le codage des actes, des prestations et des pathologies, a renforcé l'intérêt pour le projet : seules, la saisie à la source par les professionnels de santé eux-mêmes et la transmission électronique des données aux services des caisses habilités à les recevoir peuvent garantir la fiabilité, la sécurité et la confidentialité nécessaires.

2. Un outil de transparence des données médicales

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé va plus loin.

Elle donne une base légale à la mise en place de SESAM-VITALE dans l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Elle impose un calendrier précis pour son utilisation comme instrument de la liquidation et du remboursement des prestations, soit au 1er janvier 2000.

Elle pose le principe, sans en fixer le calendrier, de son utilisation pour l'aide à la gestion du risque, grâce à deux potentialités de la carte VITALE 2 :

- * télétransmission entre professionnels et caisses du codage des actes et prestations délivrés et des pathologies diagnostiquées ;

- * support du carnet individuel de santé dont une configuration papier commence à être distribuée.

Les informations ainsi rendues disponibles doivent permettre :

- * d'une part, de mieux connaître la situation sanitaire de la population, ce qui peut contribuer à améliorer la définition des politiques de santé publique ;
- * d'autre part, de faciliter la prise en charge par les professionnels des problèmes de santé que subissent leurs patients, au bénéfice de la qualité de leur travail et de l'efficacité des soins.

3. L'affaire de tous

Dans ces conditions, il apparaît que SESAM-VITALE s'inscrit dans le contexte plus large d'une redéfinition des relations entre les partenaires du système de santé que sont : les patients - c'est-à-dire potentiellement toute la population -, les professionnels de santé, les agents des organismes d'assurance.

Il s'agit d'un projet majeur, non seulement pour la gestion des organismes d'assurance - ce qui n'est probablement pas son aspect essentiel - mais pour le bon fonctionnement du système de santé.

Aussi, sa mise en place ne saurait être l'objet d'appropriation par un groupe mais elle suppose l'adhésion de tous les intéressés.

II

LA MISSION DU COMITÉ D'ENQUÊTE : FACILITER LES DÉCISIONS DES POUVOIRS PUBLICS

1. Janvier 1995 : préciser le projet pour le généraliser.

En août 1993, le ministre des affaires sociales avait demandé une évaluation du projet permettant d'établir si les conditions d'une généralisation seraient réunies à la fin de 1994.

Dans ses conclusions du 28 mars 1995, le Comité a dû constater que, les expérimentations dites « de masse » qui devaient être évaluées n'ayant pas encore commencé, une réponse définitive ne pouvait être donnée.

Cependant, sans attendre les observations qui pourraient être tirées de ces expérimentations et de l'analyse de programmes comparables conduits dans d'autres pays, il lui paraissait souhaitable de progresser dans l'étude de cet intéressant projet afin de lever certaines incertitudes ; par ailleurs, la mise en place d'une structure de pilotage administratif lui semblait nécessaire.

2. Avril 1996: la généralisation est décidée mais des problèmes demeurent à résoudre

Nombre d'incertitudes signalées ont été levées, grâce notamment à l'ordonnance du 24 avril.

Aussi, la nouvelle lettre du ministre des affaires sociales, en date du 11 juillet 1996, souhaite-t-elle que le Comité mène à bien la mission engagée, en concentrant tout particulièrement ses travaux sur l'évaluation de l'existant et dans un temps suffisamment rapproché pour que ses observations puissent éclairer les décisions à prendre quant à la montée en charge du système.

3. Décembre 1996: éclairer les décisions à prendre

Force est de constater que les expérimentations menées dans quelques caisses n'ont pas connu l'ampleur qui aurait permis d'en tirer des conclusions significatives.

Quant aux expériences conduites en Allemagne et au Québec, dans un environnement très différent de celui qui prévaut en France, elles montrent à la fois les possibilités qui s'ouvrent et les limites qui risquent d'être rencontrées. Il faut, toutefois, souligner l'intérêt d'une collaboration avec l'Allemagne pour définir et mettre en pratique le codage des actes et des pathologies.

Plus positivement, les analyses contenues dans le rapport joint en annexe⁽¹⁾ donnent une vue d'ensemble des questions qui restent à résoudre.

Le Comité fait siennes les recommandations formulées dans ce document. Elles sont, en effet, de nature à éclairer et enrichir les décisions que vont devoir prendre prochainement le Gouvernement et les organismes sociaux afin de mettre en oeuvre le système SESAM-VITALE.

III DES LIGNES D'ACTION PRIORITAIRES

Cette mise en oeuvre se réalisera d'autant mieux que les incertitudes d'ordre technologique qui subsistent seront levées et que l'on saura susciter l'intérêt et l'adhésion de ceux - professionnels de santé, assurés, agents des caisses - qui seront directement concernés par l'innovation que constitue SESAM-VITALE.

A cet égard, le Comité souhaite appeler particulièrement l'attention sur les points suivants :

1. Résoudre les problèmes techniques

Il n'appartenait pas au Comité de se prononcer sur ces problèmes, une mission d'expertise ayant parallèlement été confiée à M. ROZMARYN, directeur général de France Télécom.

Mais force est de constater que des inconnues planent sur :

- * la fiabilité à l'usage de la carte VITALE 2, dont il n'existe même pas un prototype et qui doit porter les informations médicales ;
- * l'existence de logiciels répondant aux normes de SESAM-VITALE et aux exigences de contrôle de l'assurance maladie, d'une part, et à la diversité des matériels, des professions et des besoins d'ergonomie des professionnels de santé, d'autre part ;

¹ - Ce rapport, rédigé sous la direction de M. Pierre GIRAUD, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, par M. Christian BÉCHON, conseiller référendaire à la Cour des comptes, Mme Béatrice BUGUET, inspecteur à l'I.G.A.S. et M. Francis PAVÉ, chercheur au C.N.R.S. prend en compte les observations présentées par les administrations concernées lors de l'audition du 12 novembre 1996.

- * la capacité pour le maître d'oeuvre - le G.I.E/SESAM-VITALE- de concevoir et de diffuser un lecteur bicarte et sa couche originelle propriété de l'assurance maladie ;
- * l'organisation et le fonctionnement du/des réseaux de télétransmission : définition du/des opérateurs, place des régimes complémentaires, conditions d'accès des différents utilisateurs.

Il convient d'observer que certaines de ces questions - notamment celles concernant les logiciels et les réseaux - ne sont pas réservées aux seuls techniciens car leur solution requiert l'adhésion des utilisateurs : personnels de santé, divers régimes d'assurances obligatoires et complémentaires. Une telle adhésion sera sans doute d'autant plus facile que les solutions techniques qui pourront être arrêtées seront simples.

2. Accélérer le codage des actes et des pathologies

Ce codage est à la base de la médicalisation du système d'information de l'assurance maladie et du suivi des actions de santé que celui-ci permettra.

Il doit être défini et mis en pratique rapidement avec l'aide d'un groupe de travail associant des représentants des professions intéressées et en étroite coopération avec l'Allemagne, plus avancée que la France en ce domaine. Ce groupe doit être créé sans délai et un calendrier précis, compatible avec celui du projet SESAM/VITALE doit être fixé.

3. Susciter l'adhésion des assurés en organisant la télétransmission des ordonnances

Ceux-ci seront convaincus et utiliseront leur carte VITALE dans la mesure où ils percevront les avantages qu'elle leur procure.

A cet égard, au-delà de tout programme d'information, la télétransmission de l'ordonnance médicale en même temps que celle de la feuille de soins apparaît fondamentale.

L'assuré ne supporterait plus en effet de frais d'envoi postal d'un formulaire ou d'une ordonnance : il n'aurait plus de papier à fournir à sa caisse, sauf circonstance particulière : il serait remboursé plus rapidement des prescriptions. De leur côté les agents des caisses verraient leur travail facilité puisqu'ils n'auraient plus à rapprocher deux circuits - électronique et papier - pour s'assurer de l'enchaînement délivrance-exécution de la prescription. En contrepartie, la tâche imposée au prescripteur serait faible puisqu'il s'agirait de télétransmettre, en même temps que la feuille de soins, une information enregistrée simultanément sur leur matériel informatique.

Cette télétransmission de l'ordonnance devrait être clairement annoncée.

4. Convaincre les professionnels de santé

Parmi ces professionnels, certains comme les pharmaciens ou les biologistes sont déjà familiarisés avec les techniques de saisie et de transmission électronique des informations. D'autres, et notamment les médecins et certains auxiliaires médicaux en exercice libéral individuel, le sont moins et peuvent éprouver des difficultés pour adapter leur mode de travail à l'utilisation de nouveaux outils.

C'est à l'intention de ces derniers qu'il convient de cibler principalement les aides financières et l'assistance technique pour les convaincre des améliorations que l'utilisation des nouvelles technologies peut apporter à leur pratique quotidienne dans les domaines de l'information médicale, de la connaissance de leurs patients et de la gestion de leur cabinet.

Il conviendrait donc :

- * de moduler les aides prévues, en prenant en compte les contraintes nouvelles qui seront demandées aux médecins et, éventuellement à certains autres professionnels de santé, et en donnant une marge de manœuvre aux caisses ;
- * d'utiliser pleinement les possibilités du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, au besoin en faisant transiter l'aide en espèce des régimes d'assurance maladie par ce fonds, et en repoussant sa date de fin d'effet d'un an (mesure législative) ;
- * de privilégier un concept d'aide à l'accès au réseau de télétransmission plutôt que l'indemnisation de la modification de la pratique professionnelle par le système SESAM-VITALE ;
- * d'informer largement les professionnels sur les retombées positives de l'informatisation pour l'exercice de leur pratique.

5. Sensibiliser les agents des caisses et adapter les effectifs

Chaque régime doit pouvoir adapter ses effectifs et organiser, compte tenu des modalités actuelles de travail dans les caisses et des perspectives de départs « naturels », la réorientation des personnels vers les tâches qui vont apparaître du fait des nouvelles relations avec les assurés et les professionnels de santé.

6. Réduire les coûts de mise en place

Le coût élevé de la mise en place de ce projet, qui n'est du reste pas complètement évalué, pourrait être réduit si diverses suggestions détaillées dans le rapport annexé pouvaient être retenues.

Il en est ainsi notamment du coût et de la durée de vie des cartes, de leur personnalisation- avec photographie d'identité, du nombre de bornes de mise à jour, de la structure et des investissements du réseau .

En toute hypothèse, les régimes d'assurance maladie ne doivent pas perdre de vue que l'avancée technologique que constitue SESAM-VITALE doit se concrétiser par des gains de productivité que doit permettre d'évaluer un dispositif de suivi financier du projet,

7. Mettre en place une véritable instance de pilotage

A l'occasion de ses premières conclusions, en mars 1995, le Comité avait suggéré que l'État mette en place une instance de pilotage qui prépare les décisions et veille à l'exécution de celles-ci.

A cet égard, le ministère des Affaires sociales, qui est en charge de la santé et de l'assurance maladie, a créé un « comité stratégique » et une division des techniques nouvelles à la direction de la sécurité sociale. Ceci est une réponse mais encore partielle, qui doit être complétée.

Le fait que SESAM-VITALE ne soit pas un simple outil de gestion des organismes sociaux, même si ses aspects techniques et organisationnels sont réels, mais qu'il s'insère dans une perspective de nouvelles relations des partenaires du système de santé et requiert, par conséquent, l'adhésion de toutes les parties intéressées, milite donc en faveur de la reprise de la proposition déjà évoquée, de la création d'une instance de pilotage.

Composée de personnalités indépendantes, au fait des problèmes techniques mais aussi des aspects sociaux concernant chaque catégorie de partenaires, cette instance devrait être dotée d'une autorité suffisante pour préparer les grandes décisions et veiller à leur exécution.

RESUME DES PROPOSITIONS

- 1 -** (Pour mémoire), résoudre les problèmes techniques en suspens.
- 2 -** Accélérer le codage des actes et des pathologies dans le cadre d'une coopération avec l'Allemagne, assortie d'un mandat et d'un calendrier précis.
- 3 -** Pour favoriser l'adhésion des assurés, annoncer que sera organisée la télétransmission des ordonnances.
- 4 -** Convaincre les professionnels de santé et pour ce faire :
 - moduler les aides prévues, en donnant une marge de manœuvre aux caisses ;
 - utiliser les possibilités du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, en repoussant sa date de fin d'effet d'un an ;
 - privilégier un concept d'aide à l'accès au réseau ;
 - informer les professionnels des retombées positives de l'informatisation pour l'exercice de leur pratique.
- 5 -** Sensibiliser les agents des caisses et adapter les effectifs :
 - chaque régime doit pouvoir organiser la réorientation des personnels vers les tâches nouvelles qui vont apparaître en dégageant les économies attendues.
- 6 -** Réduire les coûts de mise en place
 - en étendant la durée de vie des cartes ;
 - en étalant, voire en renonçant, à la mise en place de la photographie sur les cartes ;
 - en réduisant le nombre de bornes de mise à jour ;
 - en mettant en place un suivi analytique du coût et des gains liés au projet ;
 - en recherchant une structure de réseau simple et économique.
- 7 -** Mettre en place une véritable instance de pilotage
 - composée de personnalités indépendantes et dotée des moyens et d'une autorité suffisants.