



Inspection générale
des affaires sociales

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

TOME 2 : ANNEXES ET PIÈCES-JOINTES

Établi par

Charles de BATZ

Christian DUBOSQ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Juin 2018 -

- 2017-154R -

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
ANNEXE 1 : LA NOTION DE CHARGE ADMINISTRATIVE N'EST PAS CERNÉE AVEC PRÉCISION	5
1 LA NOTION DE CHARGE ADMINISTRATIVE N'EST PAS CERNÉE AVEC PRÉCISION	5
1.1 La vision du Conseil national de l'ordre des médecins de la simplification est extensive, mais peu précise concernant la question des charges administratives	5
1.2 Des écarts importants ont été mis en évidence par la DREES dans son étude sur l'emploi du temps des médecins libéraux en 2010 et actualisée en 2012	6
1.3 L'étude relative à l'organisation du travail des infirmières libérales conduite par l'URPS PACA en 2017	8
ANNEXE 2 : LES CERTIFICATS MEDICAUX POUR LA PRATIQUE DU SPORT	11
2 INTRODUCTION	11
2.1 L'assurance maladie informe les assurés des nouvelles règles	11
2.2 Le site du ministère des sports détaille les dispositions relatives à ces certificats	12
ANNEXE 3 : HITEC ACT ET SES CONSÉQUENCES SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'E-SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS.....	15
3 LE HITECH ACT DE 2009 AUX ÉTATS-UNIS.....	15
3.1 Principales dispositions du HITECH Act.....	15
3.2 La loi HITECH a eu un impact significatif	16
3.2.1 L'importance du HITECH Act sur l'évolution de l'usage des technologies de l'information en santé	16
3.2.2 Un bilan de la loi vu du côté des acteurs	17
3.3 Au-delà de la transformation induite par le HITECH Act.....	19
PIÈCES JOINTES 1 : AUTOBILAN CNAMTS FICHE 8 COG 2014-2017 DONNÉES ACTUALISÉES NOVEMBRE 2017	21
PIÈCES JOINTES 2 : CONTRIBUTIONS DES CONSEILLERS SOCIAUX	33
ALLEMAGNE.....	33
ESPAGNE	37
ITALIE	41
ROYAUME UNI.....	45
PIÈCES JOINTES 3 : SANTÉ LANDES PRÉSENTATION ET BILAN D'ÉTAPE.....	51

ANNEXE 1 : LA NOTION DE CHARGE ADMINISTRATIVE N'EST PAS CERNÉE AVEC PRECISION

1 LA NOTION DE CHARGE ADMINISTRATIVE N'EST PAS CERNÉE AVEC PRECISION

1.1 La vision du Conseil national de l'ordre des médecins de la simplification est extensive, mais peu précise concernant la question des charges administratives

[1] Dans le fascicule remis aux candidats à l'élection présidentielle « Construire l'avenir à partir des territoires, la réforme voulue par les médecins », daté de janvier 2017, l'ordre manifeste à plusieurs reprises la volonté de simplifier : l'organisation territoriale des soins (priorité 1), les relations avec les organismes gestionnaires (proposition 7), et d'alléger et décloisonner l'exercice professionnel des médecins. Si le document précise que « les médecins restent surchargés de tâches administratives et comptables qui obèrent leur temps médical » (page 13), il ne définit pas précisément le contenu de ces tâches ni leur proportion dans le travail des médecins.

[2] Les trois priorités assorties de 10 propositions proviennent des réflexions conduites à l'issue de la consultation lancée en 2015. Cette consultation à laquelle plus de 30 000 médecins ont répondu a fait l'objet d'un document de présentation et de synthèse « Pour l'avenir de la santé, de la grande consultation aux propositions ».

[3] La consultation a mis en évidence le sentiment de surcharge de tâches à caractère administratif, 97 % des médecins interrogés estiment subir trop de contraintes réglementaires économiques et administratives : « Il faut faire évoluer le métier, qui est embolisé par des tâches administratives de toutes sortes et qui ne laisse plus assez de place aux soins » ; « la décharge des tâches administratives a été un puissant facteur de réussite dans certaines expérimentations de coordination voire de regroupements des professionnels de santé » (page 16). Cela conduit à des propositions visant à redonner du temps médical aux médecins : « le changement passe d'abord et surtout par des actions permettant d'augmenter le temps de soins » (page 25).

[4] Quelques éléments sont explicités : « Ce qui nous pèse beaucoup depuis vingt ans, c'est le temps administratif qui a doublé, avec notamment **le renouvellement des certifications de tutelle, les bons de transport, les formulaires divers...** ». Un médecin cite : « un harcèlement des caisses, qui nous demandent **des protocoles, des renouvellements de documents qu'il faut refaire en permanence**. Ce n'est pas du temps médical. Nous devons aussi prendre en charge plus d'enfants, car il y a moins de médecins scolaires. » Il est suggéré qu'une aide administrative prenne en charge certaines tâches comme : l'accueil, la gestion des rendez-vous, la gestion de l'accès au 2^{ème} recours, la gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, les relations avec le secteur médico-social, l'assurance maladie, les juges des tutelles et les mandataires (page 44). Il est suggéré que cette aide administrative puisse prendre diverses formes : plateformes d'assistance, télésecrétariat, secrétariat mutualisé...

1.2 Des écarts importants ont été mis en évidence par la DREES dans son étude sur l'emploi du temps des médecins libéraux en 2010 et actualisée en 2012

[5] L'étude a donné lieu à la publication d'un document de travail de la série « Études et recherche » et d'un dossier « solidarité et santé »¹. À partir d'entretiens avec une cinquantaine de praticiens généralistes ou spécialistes, les deux documents décrivent la diversité des formes d'emploi du temps des médecins libéraux.

[6] Les auteurs ont établi que la charge administrative est fonction de l'organisation du travail et sa perception reflète la satisfaction au travail. Sous le vocable « travail administratif » ils ont mis en évidence trois composantes :

- Un volet médical (lecture des résultats d'examen, mise à jour des dossiers patients, courriers aux confrères...) ;
- Un volet administratif (*la paperasse*) relatif à la sécurité sociale et aux dossiers administratifs des patients (prise en charge ALD, bons de transport, dossier CDAPH, télétransmissions...) ;
- Un volet de gestion du cabinet et de l'activité libérale (notamment la comptabilité).

[7] Il est observé que le mode de traitement — en anticipation, au fil de l'eau ou en rattrapage, influe beaucoup sur la perception qu'ont les médecins de cette charge administrative. En revanche, il ressort de l'étude que les praticiens sont unanimes pour indiquer que c'est un volet inintéressant qui ne devrait pas leur incomber ou est inutile (demandes d'entente préalables).

[8] Globalement, on peut considérer que plusieurs tâches administratives incombent aux praticiens et que chacun les traite selon son organisation et la perception qu'il a de la gestion du temps.

[9] Actuellement, trois voies de simplification apparaissent et sont déjà largement utilisées ou envisagées : la mutualisation, la délégation de tâches ou bien encore la suppression de charges jugées redondantes ou inutiles. La numérisation est un axe de progrès transversal pour l'ensemble des charges des médecins.

[10] L'étude relève que dans le cas où le médecin a une ou des secrétaires partagées ou non avec des confrères, et selon les compétences de la personne et la charge de travail, la secrétaire pourra faire :

- *a minima* l'accueil,
- la gestion administrative de la consultation (préparation du dossier papier ou informatique, saisie des données administratives de la consultation, encaissement, télétransmission),
- la prise de rendez-vous,
- le filtrage des appels,
- quelques actes,

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

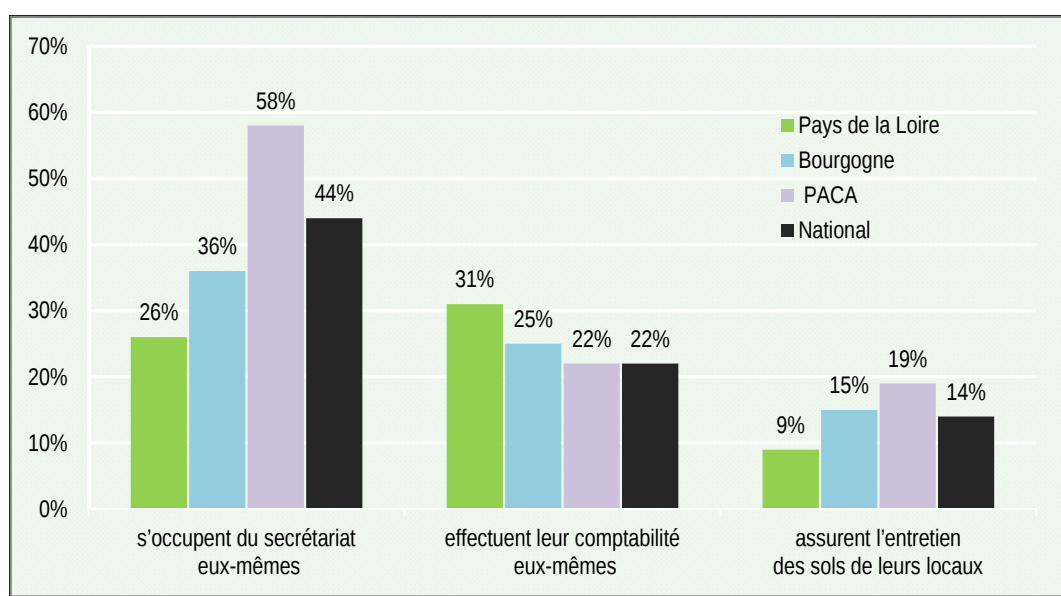
Micheau Julie, Molière Éric, Institut Plein Sens, *L'emploi du temps des médecins libéraux*, Dossiers solidarité et santé, DREES, N° 15, 2010.

- la comptabilité des recettes,
- les achats.

[11] Dans ces conditions, les médecins ont peu de tâches « non médicales à accomplir ».

[12] En mars 2012, la DREES a publié une nouvelle étude relative à l'emploi du temps des médecins généralistes². Cette étude relevait que la semaine de travail était en moyenne de 57 heures, mais présentait des disparités importantes selon les praticiens. Ces derniers consultent en moyenne 9 demi-journées par semaine. Près de 44 % assurent eux-mêmes leur secrétariat, mais cette proportion est variable selon les régions (cf. schéma ci-dessous). Les tâches de gestion représentent en moyenne 4 heures³.

Graphique 1 : Part des médecins généralistes effectuant eux-mêmes les tâches de gestion



Source : DREES, *Études et résultats* N° 797, mars 2012.

[13] Ceux qui ont recours à un secrétariat lui confient des tâches diversifiées en plus de l'accueil des patients et des prises de rendez-vous.

² Serge Jakoubovitch, Marie-Christine Bournot, Élodie Cercier, François Tuffreau, *Les emplois du temps des médecins généralistes*, études et résultats, DREES, N° 797, mars 2012.

³ En 2017, un travail de synthèse réalisé par l'URPS Auvergne – Rhône-Alpes à partir d'études conduites par la FMF (2016) et MG-France (2015) fait état d'un temps de travail moyen des médecins de 62 heures par semaine. 46 heures sont consacrées en moyenne aux « activités médicales » et 16 heures aux « activités administratives » au sens large : coordination transversale et interprofessionnelle, réglages anticoagulants et autres traitements, prévention, dossiers ALD, dossiers d'assurances, APA, déclarations obligatoires, relations avec les médecins conseils, médecins du travail, DAM, gestion du quotidien et administrative...

Tableau 1 : Tâches assurées par le secrétariat

Proportion de médecins, disposant d'un secrétariat, déclarant que celui-ci...	
Assure la prise de rendez-vous d'examens pour les patients	75 %
Joint des professionnels ou organismes, à la demande d'un médecin du cabinet	72 %
Délivre des conseils aux patients	40 %
Frappe de courriers	36 %
Assure la comptabilité de recettes et les écritures comptables	33 %
Proportion de médecins, disposant d'un secrétariat au sein du cabinet, déclarant que celui-ci assure...	
L'archivage des éléments de dossiers	92 %
Le suivi des quantités de consommables et passage des commandes	81 %
L'encaissement des règlements des consultations	14 %
Le pesage, toisage des patients	4 %

Source : DREES, *Études et résultats* N° 797, mars 2012.

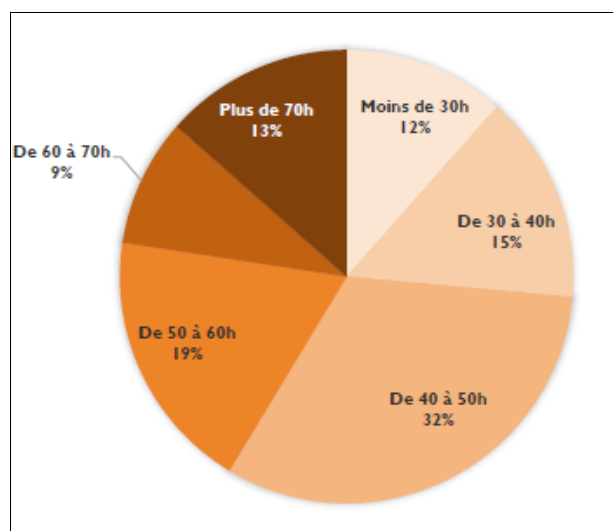
[14] Ces éléments sont cohérents avec les informations recueillies par la mission lors des entretiens conduits avec les médecins rencontrés. Le regroupement permet de mutualiser des ressources qui accomplissent des tâches non médicales et libèrent du temps pour le médecin.

1.3 L'étude relative à l'organisation du travail des infirmières libérales conduite par l'URPS PACA en 2017

[15] Cette étude a été réalisée entre février et septembre 2017 par l'URPS infirmière PACA auprès de 286 infirmières libérales exerçant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

[16] Cette étude révèle une grande disparité des modes de travail. Le temps de travail déclaré est en moyenne de 50 heures, mais varie de moins de 30 heures pour 12 % des répondants à plus de 70 heures pour 13 % des répondants.

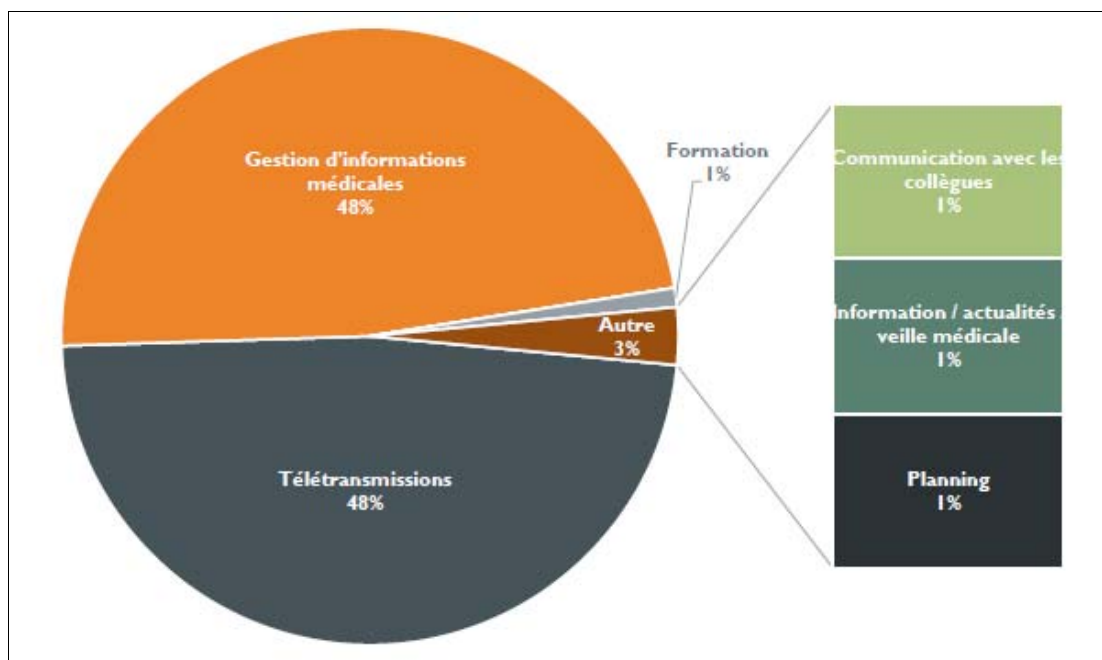
Graphique 2 : Temps de travail hebdomadaire moyen déclaré par les infirmières libérales



Source : Étude URPS infirmière PACA 2017.

[17] La plupart des infirmières libérales exercent en groupe. Le temps de travail est consacré à plus de 80 % aux soins, dont un peu moins de 10 % est un temps de coordination. En dehors du temps de travail déclaré, les infirmières libérales déclarent consacrer en moyenne 6 h 30 par semaine aux tâches administratives qui comprennent entre autres le secrétariat et les télétransmissions. Très peu d'entre elles disposent d'un secrétariat (environ 7 %). En revanche la très grande majorité dispose d'un ordinateur pour la gestion de leur activité (98 %).

Graphique 3 : Utilisation d'un ordinateur par les infirmières libérales



Source : Étude URPS infirmière PACA 2017.

ANNEXE 2 : LES CERTIFICATS MEDICAUX POUR LA PRATIQUE DU SPORT

2 INTRODUCTION

[18] Les certificats médicaux pour la pratique du sport nécessitent une visite de prévention dont le coût n'est pas pris en charge par la sécurité sociale. (cf. art.L.160-8 et L.160-9 du CSS)

La consultation chez le médecin pour délivrance d'un certificat *médical*, ainsi que les actes et examens complémentaires pouvant être demandés par le club *sportif* ne sont pas *pris en charge* par l'Assurance Maladie.

Source : *Ameli.Yvelines.fr*.

[19] Le site Ameli.fr ne donne pas d'indication précise sur le sujet des certificats médicaux relatif à une non-contre-indication à la pratique du sport. Il n'y a pas de rubrique identifiée mais plutôt des questions-réponses sur le [forum](#).

[20] S'agissant de la question des certificats médicaux, les réponses d'un « Expert Ameli » renvoient le plus souvent à la [Liste de certificats médicaux](#) sur le site du ministère de la santé qui est en fait l'annexe à la circulaire de la DSS de 2011. Cette annexe n'est pas à jour des modifications réglementaires intervenues depuis sa parution⁴. La direction de la sécurité sociale a indiqué à la mission qu'elle allait relayer une demande de changement de lien pour la CNAMTS et que par ailleurs une mise à jour de la circulaire est à l'étude.

2.1 L'assurance maladie informe les assurés des nouvelles règles

[21] Le site « webzine » de la CPAM de Paris « santé pratique paris » informe les assurés des nouvelles règles relatives à la délivrance des certificats médicaux pour la pratique sportive⁵.

La visite médicale qui précède la délivrance du certificat est un acte de médecine préventive dont le coût n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale (article [L321-1](#) du code de la Sécurité sociale). La consultation d'un médecin généraliste est entièrement à la charge de l'assuré. Pour éviter d'avoir à supporter le coût de cette visite pour l'établissement du certificat médical, profitez d'une visite habituelle à votre médecin traitant (par exemple un renouvellement d'ordonnance, une visite pour un vaccin...) pour faire établir ce certificat.

Source : [Sante-pratique-paris.fr](#), site de l'assurance maladie à Paris.

⁴ [Circulaire N° DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux](#)
Cette circulaire n'a pas intégré les modifications du code du sport par l'article 219 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

⁵ <https://sante-pratique-paris.fr/a-savoir/sport-nouvelles-regles-certificat-medical/>

2.2 Le site du ministère des sports détaille les dispositions relatives à ces certificats

[22] Si le site renvoie vers les dispositions législatives et réglementaires du code du sport, articles [L.231-2 et suivants](#) et articles [D.231-1 et suivants](#), il fournit des explications détaillées concernant la fourniture d'un certificat médical pour l'obtention d'une licence.

[23] La principale innovation de la loi de 2016, réside dans la validité triennale du certificat médical de non-contre-indication pour la pratique d'un sport sans contrainte particulière. Un questionnaire médical permet de se passer du certificat médical les années N+1 et N+2 pour le renouvellement de la licence obtenue l'année N en cas de réponses négatives. Toutefois, si l'une des réponses au questionnaire est positive, l'intéressé doit fournir un nouveau certificat médical.

[24] Pour les disciplines à contraintes particulières mentionnées à la partie réglementaire du code du sport, la délivrance ou le renouvellement de la licence sont soumis à la présentation d'un certificat médical de moins d'un an. Le certificat médical est établi selon la discipline à l'issue d'un examen médical particulier.

Encadré 1 : Fiche sur le certificat médical pour le sport



LE CERTIFICAT MÉDICAL POUR LE SPORT, ÇA BOUGE !

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence « compétition » d'une fédération sportive

Vous devez présenter un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée **en compétition**, datant de moins d'un an, lors de votre demande de première licence.

Un nouveau certificat vous sera demandé tous les 3 ans pour le renouvellement de votre licence.

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence « loisir » (hors compétition) d'une fédération sportive

Vous devez présenter un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée, datant de moins d'un an, lors de votre première demande de licence.

La fréquence de présentation d'un nouveau certificat pour le renouvellement de votre licence est déterminée par la fédération concernée.

Vous souhaitez participer à une compétition sportive autorisée par une fédération sportive reconnue par le ministère des Sports

Si vous êtes licencié, vous présentez votre **licence « compétition »**, en cours de validité, dans la discipline concernée.
Ex : Je suis licencié de la FFA et je participe à un semi-marathon.

Si vous n'êtes pas licencié, vous présentez un **certificat médical** de non contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée en compétition, datant de moins d'un an.
Ex : Je ne suis pas licencié et je participe à un semi-marathon.

QUE VOULEZ-VOUS FAIRE ?

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence d'une fédération sportive scolaire (UNSS, UGSEL, USEP)

Vous ne présentez **pas de certificat médical** sauf si vous souhaitez pratiquer une discipline sportive à contraintes particulières. (cf. 🌀)

Vous souhaitez obtenir ou renouveler une licence pour pratiquer une discipline sportive à contraintes particulières (cf. 🌀)

Vous devez présenter un **certificat médical** attestant l'absence de contre-indication à la pratique **de la discipline concernée**, datant de moins d'un an, lors de l'obtention de la première licence puis lors de son renouvellement.

LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ – À COMPTER DU 1^{ER} JUILLET 2017

Le renseignement du questionnaire de santé est obligatoire lorsque la présentation d'un certificat médical n'est pas exigée lors du renouvellement de la licence (à l'exception des fédérations sportives scolaires).

Pour renouveler sa licence, le sportif atteste qu'il a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du questionnaire. Une réponse positive à une des rubriques entraîne la nécessité de présenter un certificat médical.



ZOOM

LES DISCIPLINES SPORTIVES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

- L'alpinisme ;
- La plongée subaquatique ;
- La spéléologie ;
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par K-O (ex : boxe anglaise, muay-thaï, kick boxing, savate, sambo combat...) ;
- Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé (tir, ball-trap, biathlon) ;
- Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé (sport-auto, karting et motocyclisme) ;
- Les disciplines sportives aéronautiques pratiquées en compétition à l'exception de l'aéromodélisme (voltige aérienne, giravation, aérostation, vol à voile, vol libre...) ;
- Le parachutisme ;
- Le rugby (XV, XIII, VII).

Source : [Ministère des sports](http://www.ministère-des-sports.gouv.fr)

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

3 LE HITECH ACT DE 2009 AUX ÉTATS-UNIS

[25] La loi HITECH (*Health Information Technology for Economic and Clinical Health*) de 2009 a été adoptée pour stimuler l'adoption du dossier de santé électronique (EHR – *electronic health records* ou dossier de soins électronique – DSE) et de la technologie associée. Le président Barack Obama a signé la loi HITECH le 17 février 2009, en tant que titre XIII du projet de loi de relance économique (ARRA – *American recovery and reinvestment Act*).

[26] Le Bureau du Coordonnateur national (ONC – *office of national coordinator*) pour les technologies de l'information (TI) sur la santé a été créé en 2004 au sein du Département de la santé et des services sociaux (HHS – *Health and human services*). La loi HITECH confère à l'ONC le pouvoir de gérer et d'établir des normes pour le programme de relance économique. Elle prévoit aussi la mise en place des aides à la formation du personnel nécessaire au déploiement et au soutien des nouvelles technologies de l'information dans les organisations de soins.

[27] La loi HITECH a également mis en place un comité directeur des technologies de l'information dans le domaine de la santé, chargé de faire des recommandations au chef de l'ONC concernant la mise en place d'une infrastructure informatique nationale pour la santé.

[28] En plus de promouvoir le déploiement et l'utilisation du dossier de soins électronique, la loi HITECH a été adoptée pour améliorer le dispositif de protection des données confidentielles de santé et mieux réprimer les infractions de la protection de ces données.

[29] HITECH a également augmenté le nombre de pénalités pour les infractions à la loi de protection des données individuelles des patients — HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*)⁶.

3.1 Principales dispositions du HITECH Act

[30] La loi HITECH est composée de quatre titres :

- Le titre A traite de la promotion des technologies de l'information en santé. Il comprend deux parties :
 - Partie 1 : Améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins de santé ;
 - Partie 2 : Application et utilisation des normes relatives aux technologies de l'information en santé ;
- Titre B : Expérimentation des technologies de l'information en santé ;

⁶ *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) est une loi de 1996 qui impose à tous les intervenants du secteur des soins de santé aux États-Unis de protéger les informations détenues sur les patients.

- Titre C : Financement par des subventions ou des emprunts ;
- Titre D : Confidentialité, protection des données.
 - Partie 1 : Amélioration des dispositions relatives à la confidentialité et des dispositions relatives à la sécurité des données ;
 - Partie 2 : coordination avec d'autres dispositions législatives ; références réglementaires, dispositions d'application ; évaluation.

[31] La loi HITECH confie au chef de l'ONC la responsabilité d'évaluer et de déployer les ressources nécessaires pour atteindre l'objectif de généralisation de l'utilisation du dossier de soins électronique (DSE). La loi a également autorisé l'ONC – si l'ONC met à disposition une technologie de DSE certifiée, comme par le biais du codage open source — à percevoir une redevance des fournisseurs de soins de santé qui adoptent cette technologie certifiée.

3.2 La loi HITECH a eu un impact significatif

[32] Dans sa version initiale, HITECH disposait qu'à compter de 2011, les offreurs de soins de santé se verraient accorder des incitations financières pour une utilisation significative des DSE jusqu'en 2015. Après cette date, des pénalités seraient imposées pour ne pas avoir apporté la preuve de l'utilisation effective du DSE (preuve d'usage).

[33] Les offreurs de soins qui ont commencé à utiliser les DSE en 2014 ont évité les pénalités, mais les incitations financières qu'ils ont pu recevoir étaient inférieures à celles accordées aux offreurs ayant commencé à utiliser le DSE antérieurement.

[34] La preuve du déploiement d'une utilisation significative se déroule en trois étapes. Les offreurs de soins doivent faire la preuve de l'usage deux années de suite dans une étape avant de passer à la suivante.

[35] La généralisation en phase 2 a été lente. Les *Centers for Medicare et Medicaid Services (CMS)* ont annoncé à la mi-2014 un report de l'échéance de la phase 3 à 2017. Cette phase était optionnelle pour les prestataires cette année-là. Elle est désormais obligatoire pour tous les participants en 2018. Toutefois des reports ont été demandés jusqu'en 2019 en raison l'insuffisance de l'état de préparation de certains offreurs de soins.

3.2.1 L'importance du HITEC'Act sur l'évolution de l'usage des technologies de l'information en santé

[36] Avant la loi HITECH, le taux d'utilisation était faible — seulement 10 % des hôpitaux et 17 % des médecins avaient adopté la technologie, selon un rapport publié dans la revue *Health Affairs*.

[37] La loi HITECH a également étendu les dispositions relatives à la confidentialité et à la sécurité qui sont incluses dans la loi de protection des données individuelles des patients — HIPAA, en tenant non seulement les organisations de santé responsables de la divulgation des violations, mais aussi leurs associés et leurs fournisseurs de services.

[38] HITECH et HIPAA, également connues sous le nom de Loi sur la transférabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie, sont des lois distinctes et non liées, mais elles se renforcent mutuellement. Par exemple, HITECH stipule que les technologies et les normes

technologiques créées dans le cadre de HITECH ne compromettent pas les lois sur la confidentialité et la sécurité contenues dans HIPAA.

[39] HITECH exige également que tout médecin ou hôpital qui atteste de l'utilisation effective du DSE ait effectué une évaluation des risques de sécurité HIPAA comme indiqué dans la mise à jour de 2013.

3.2.2 Un bilan de la loi vu du côté des acteurs

[40] La plupart des membres de la communauté médicale associent probablement la loi HITECH aux sanctions plus sévères imposées aux hôpitaux pour avoir violé les règles de confidentialité et de sécurité de HIPAA (informations de santé électroniques des patients). Ils peuvent également prendre en compte l'impact qu'HITECH a eu sur la sûreté et la sécurité des hôpitaux, car les établissements peuvent maintenant accéder à l'information sur l'historique d'un patient pour évaluer avec plus de précision la probabilité que des problèmes surviennent pendant les soins.

[41] Si ces résultats sont des conséquences majeures de la loi HITECH, ils ne constituent qu'une partie d'un objectif plus large pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (HHS).

[42] HHS cherche principalement à faire progresser les technologies de l'information (TI), en particulier la connectivité des informations et l'interopérabilité des systèmes.

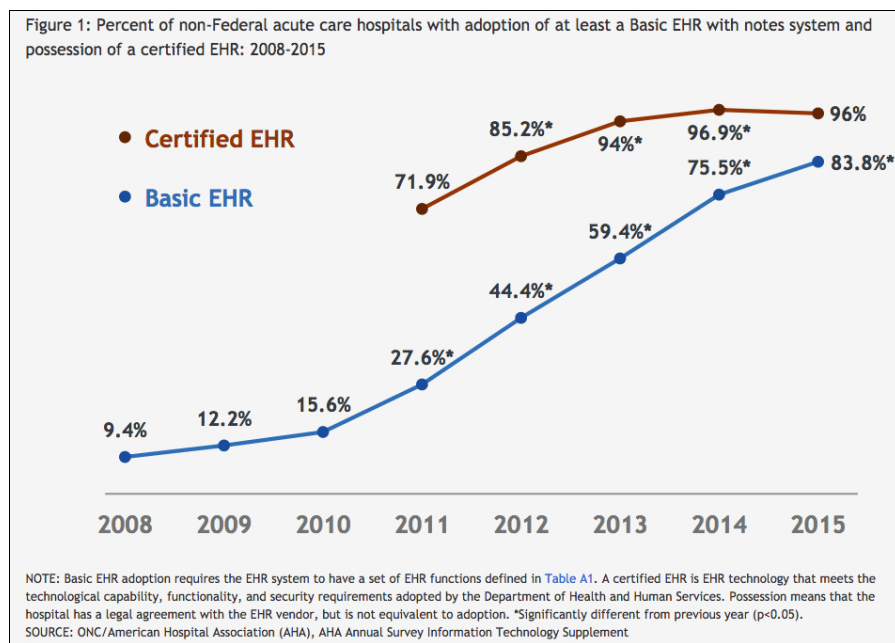
[43] Dans le rapport du ministère « *Connecting Health and Care for the Nation* : une feuille de route d'interopérabilité nationale partagée », HHS indique que l'amélioration de la connectivité et de l'interopérabilité « soutiendra des systèmes plus efficaces et efficaces, le progrès scientifique, et mènera à un système de santé en amélioration continue qui adapte le traitement et accélère la guérison de la maladie. »

[44] « Atteindre cet objectif ne sera possible qu'avec un écosystème de systèmes d'information en santé solide et flexible capable de soutenir la transparence et la prise de décision, de réduire les redondances et de transformer les soins en un modèle qui améliore l'accès et repousse les limites du système de soins de santé », poursuit le rapport.

[45] Parce que la loi HITECH a été promulguée avec des objectifs clairs, et parce qu'elle a également mis en place l'eHealth Exchange pour suivre les progrès de la migration du secteur de la santé vers les dossiers de santé électroniques, l'évaluation de l'efficacité de la loi est relativement simple.

[46] Par exemple, en utilisant les données de l'American Hospital Association, les responsables ont pu démontrer une augmentation significative du taux d'utilisation des dossiers de santé électroniques de base et certifiés entre les hôpitaux entre 2008 et 2015.

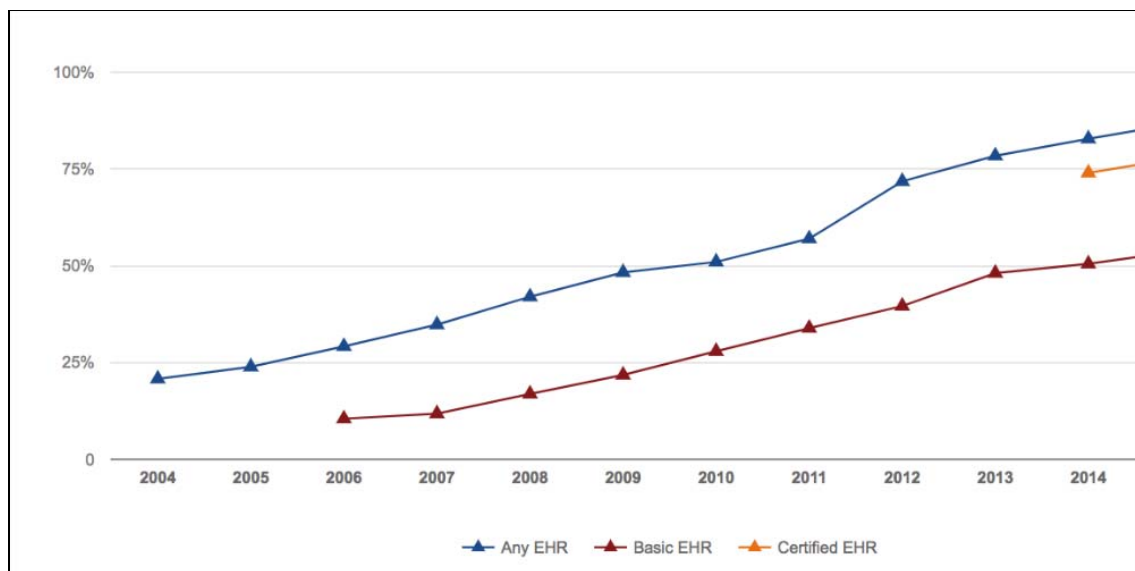
Graphique 4 : Évolution de l'utilisation du DSE dans les établissements de santé



Source : *ONC/American Hospital Association (AHA), AHA Annual Survey Information Technology Supplement.*
Lecture : seulement 9,4 % des hôpitaux de soins de courte durée non fédéraux utilisaient un système répondant à la définition d'un système de DSE de base en 2008 contre 83,8 % en 2015.

[47] Le taux d'utilisation du DSE chez les médecins en cabinet a également progressé de manière significative selon les résultats d'une Enquête nationale sur les dossiers de santé électroniques en 2015.

Graphique 5 : Évolution du taux d'utilisation du DSE par les médecins en cabinet

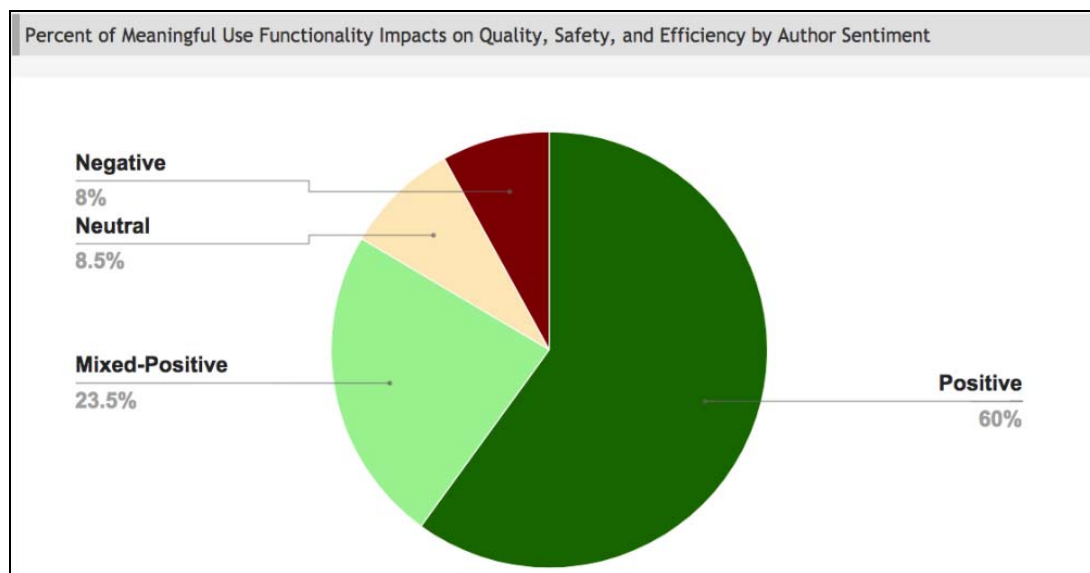


Source : *Enquête NCHS 2015. Un système de base (basic EHR) est un système qui possède toutes les fonctionnalités suivantes : antécédents et données démographiques du patient, liste des problèmes du patient, notes cliniques du médecin, liste complète des médicaments et des allergies des patients, commandes informatisées d'ordonnances et capacité de visionner électroniquement les résultats de laboratoire et d'imagerie. Un système certifié (certified EHR) a été défini par les médecins répondant « oui » à un système actuel qui « répond aux critères d'utilisation significatifs définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux ».*

[48] La Loi HITECH a radicalement changé la façon dont les hôpitaux et les médecins gèrent les dossiers de santé électroniques. En 2015, seulement six ans après son adoption, 96 % des hôpitaux et 78 % des médecins utilisaient une technologie de dossier de santé électronique certifiée.

[49] Un rapport de février 2015 de l'ONC a examiné plusieurs études récentes, l'auteur ayant conclu que l'informatique de santé améliorerait en fait la qualité et la sécurité des soins.

Graphique 6 : Part des impacts du Hitech'Act sur la santé selon l'analyse du HHS



Source : Bureau du coordinateur national pour les TI en santé (ONC), revue de la littérature informatique santé 2007-2013.

Lecture : Le sentiment positif est défini comme la constatation que l'informatique de santé a amélioré les aspects clés des soins ; Le terme « mixte positif » désigne le fait que les effets positifs des TI sur la santé l'emportent sur les effets négatifs ; Neutre est défini comme la TI en santé n'est pas associée à un changement de résultat ; Négatif est défini comme les effets négatifs TI en santé sur les résultats.

[50] Cela semble être une méta-analyse assez convaincante de l'impact des normes d'utilisation significative, au moins jusqu'en 2013.

[51] Pourtant, les responsables des soins de santé qui cherchent à démêler les raisons du succès de la mise en œuvre de l'informatique de la santé peuvent avoir des difficultés. Les auteurs de l'un des rapports utilisés dans les chiffres de l'ONC ont écrit dans leur résumé que « des rapports insuffisants sur la mise en œuvre et le contexte d'utilisation ne permettent pas de déterminer pourquoi certaines implémentations informatiques de santé réussissent et d'autres non. »

3.3 Au-delà de la transformation induite par le HITECH Act

[52] Le transfert de l'information sur la santé dans le monde numérique ouvre des possibilités qui n'étaient pas envisagées auparavant. Le partage d'information est encore loin d'être homogène parmi les entités de santé, mais les frictions liées à ce processus ont été considérablement réduites au cours de la dernière décennie.

[53] En tant que tel, le HHS a annoncé les trois priorités suivantes après la loi HITECH :

- **Promouvoir des normes communes** pour faciliter l'échange de données transparent et sécurisé ;

- **Promouvoir l'interopérabilité** en réformant les systèmes de prestation de la rémunération incitative de la CMS pour mieux récompenser les soins de qualité ;
- **Changer la culture entourant l'accès à l'information** pour éduquer davantage les patients et les fournisseurs sur leurs droits de transmettre et d'accéder aux dossiers médicaux électroniques et à d'autres informations sur la santé.

[54] Évidemment, le gouvernement a joué un rôle moteur dans ce virage massif vers le numérique, en offrant des primes et en menaçant les entités d'amendes pour non-conformité (la loi HITECH a augmenté la pénalité maximale de 100 \$ par violation à 1,5 million de la même disposition HIPAA).

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

BILAN COG 2014-2017

Axe 2 : assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers (fiche 8)/: indicateurs



page 1

AXE 2 Assurer un service performant et une relation de qualité avec les usagers: Fiche 8

PEM

2

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

Actions à conduire et indicateurs		Bilan 2014	Bilan 2015	Bilan 2016	Bilan fin 2017
Développer de nouveaux services dématérialisés pour les professionnels de santé Actions 8.1 à 8.14	IR : Tx de déploiement SCOR par profession	pharmaciens: 79,11% MK: 76,66% Infirmiers : 64,48%	pharmaciens: 93% MK: 88% Infirmiers :81% Orthophonistes :46% SF: 30% (Orthoptistes :55%	pharmaciens: 98,4% MK: 93% (Infirmiers :88,5% Orthophonistes :60,7% SF: 44,8% Orthoptistes :65,7%	pharmaciens : 99,22% MK: 95,14% Infirmiers : 92,61% Orthophonistes : 69,4% SF: 48,05% Orthoptistes : 70,47%
	IR: Tx dématérialisation	-AAT: % -PSE: % -DMT % Certificat AT MP: %	AAT: 19,2% PSE: 22,5%(DMT 61,6% Certificat AT MP: 3,7% (généralisation fin 2015)	AAT: 22,7% PSE: 34,8% DMT : 65% Certificat AT MP : 8,4%	AAT: 31% PSE: 57,9% DMT 80,6% Certificat AT MP : 13,7%
	IS: Tx de PS utilisateurs de SEFI	Fin 2014 : 1 TS utilisateur	Fin 2015 : une cinquantaine de Transporteurs sanitaires utilisateurs du SEFI dont le président de la FNTS en multi sociétés. 3 éditeurs autorisés, un 4ème en cours Plus de 100 000 factures reçues et payées	En 2016, 727 000 factures en ligne ont été réalisées par 850 TS, fin 2016 le taux nationale de transporteurs équipés de la facture en ligne est de 14,42%.	Cf slide suivante
	IS: Tx de PS équipés ADR	-	-	14%	Médecins: 47,85% AM: 40,75% SF: 42,46% CD: 35,66%
Développer une offre de service à destination des établissements de santé en lien avec le déploiement de FIDES Actions n° 8.15 à 8.16	IS: Nombre d'établissements équipés CDRi	(objectif expérimentation)	Lancement de l'expérimentation dans 2 établissements à l'automne 2015 (objectif: adaptation)	2 établissements déployés en 2016. Expérimentation démarrée en juin 2016 et terminée en décembre 2016. Phase de déploiement prévue en 2017 (40% des établissements FIDES ACE équipés CDRi).	69 établissements



Téléservices PS



3



Bilan et perspectives

- Bilan COG - Vue synthétique
 - Evolutions réalisées et prévues 2017 – 2018
 - Réingénierie du portail et Téléservices intégrés
 - Intégrant le point sur :
 - l'arrêt de travail
 - les échanges sécurisés entre médecins et service médical
 - le Bilan de Soins Infirmiers
- Prescription Electronique de Médicaments (présentation séparée)
- Prescription de transports en ville : chiffres dans les statistiques de montée en charge

Sujets demandés par l'IGAS



4



Augmentation de l'utilisation des services

- Plus de 80% de médecins ont un compte Espace Pro
- > 5,9 million de connexions / mois (~ 25 connexions mensuelle par PS)
- > 218 000 utilisateurs / mois
- Le taux de dématérialisation* des principales téléprocédures :
 - DMT : 79%, PSE : 55%, AAT : 30%, CM AT/MP : 14,5%

Adaptation du fonctionnement pour améliorer la conception et le déploiement des services

- Meilleure prise en compte les **besoins utilisateurs**
- Accélération de la mise à disposition des TLS en déployant la **méthode Agile**
- Changement des **méthodes de travail** en associant les utilisateurs
- Déploiement des **solutions innovantes**

Amélioration de l'offre avec le démarrage d'amelipro

Rénovation de plusieurs services :
Paielements, Ma Convention, Commandes et DSG en établissements

Mise en place des Téléservices

- **Prescription et facturation en ligne** Transports
- Dématérialisation de la majorité des **téléprocédures**
- **Simplification** du processus ALD et du **PSE**
- Exposition en **intégré logiciel** d'une grande partie des téléprocédures
- Accompagnement des **Conventions**
- Accompagnement des **Programmes** GDR (DAP médicaments, commandes de tensiomètre, spiromètre, ..)
- **Services novateurs** (Installation médecins)

Elargissement aux assurés des autres régimes

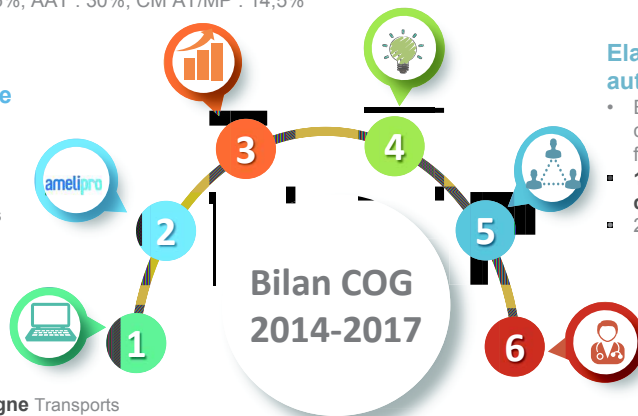
- En 2017, **18 services** aux patients concernent plus de **80% de la population** française (contre 3 en 2012)
- **1/3 des services** concernent plus de **98% des assurés**,
- 2/3 des services en concernent plus de 90%

Satisfaction des utilisateurs,

Malgré 2 années difficiles sur la stabilité du portail :

Sur 1200 réponses**:

- **74% d'utilisateurs satisfaits**
- **80% des utilisateurs le trouve facile ou très facile d'utilisation**



Espace pro et Téléservices intégrés dans les logiciels des PS

« La réingénierie du portail Espace pro qui prévoit une amélioration de l'ergonomie des services et un enrichissement afin de mieux répondre aux attentes des utilisateurs. »

- La **réingénierie du portail** se fait progressivement afin de ne pas générer de complexité pour les utilisateurs. Les travaux associent les Professionnels de Santé de terrain via le groupe test (8 CPAM qui constituent un vivier de PS qui sont consultés pour donner leur avis sur les services en cours d'élaboration ou d'évolution)
 - Tous les nouveaux services sont conçus dans une ergonomie renouvelée et pour ceux dont la connexion ne nécessite pas de cartes, ils peuvent être consultés sur des tablettes ou des smartphones avec une ergonomie adaptée
 - Les services existants seront renouvelés/améliorés progressivement
 - La connexion et la gestion de compte du portail actuel seront également renouvelés
- Parallèlement les **téléprocédures intégrées dans les logiciels des PS** sont enrichies

• Nouveaux services

- Ouverts en 2017 et début 2018
 - Généralisation de la **prescription électronique de transports** en ville et expérimentation en intégré dans les logiciels de plates-formes de régulation de transports des établissements de santé
 - Expérimentation **PRADO équipe de soins** (permet à l'équipe de soins en charge d'un patient en sortie d'hospitalisation de disposer des informations concernant l'équipe en charge et les dates d'hospitalisation)
 - Expérimentation de la **consultation des droits en mobilité** (smartphone et tablette)
 - Expérimentation de la **Demande d'accord Préalable Transports** en Corse
 - Expérimentation **Bilan de Soins Infirmiers**
 - Expérimentation de la **Prescription Electronique de Médicaments** intégrée dans les logiciels médecins et pharmaciens
- Prévus en 2018
 - Expérimentation de **l'espace d'échanges sécurisés** entre service médical et médecins avec possibilité pour l'ELSM d'initier l'échange
 - ▶ Ce service a été adapté afin de permettre les échanges à l'initiative du service médical.
 - ▶ L'expérimentation démarrera sur trois échelons locaux au deuxième trimestre 2018
 - **Certificat Médical Accident de Travail /Maladie Professionnelles** version intégrée dans les logiciels médecins
 - **Protocole de soins électronique** version intégrée dans les logiciels médecins
 - **Aide aux démarches d'installation** pour les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmières libérales (à l'instar de ce qui a été fait pour les médecins)
 - Outil de **gestion des réclamations** concernant les paiements
 - Expérimentation **facture en ligne biologie** intégrée dans les logiciels des Biologistes

• Services améliorés

- Rénovés en 2017
 - Généralisation du nouveau service **d'affichage des paiements**
 - Généralisation du service renoué de **commandes d'imprimés**
 - Généralisation du service de consultation et de saisie des **indicateurs de la convention médicale**
- Rénovation prévue en 2018
 - **Arrêt de Travail** amélioration de l'ergonomie de saisie des motifs et prise en compte des remontées terrain
 - ▶ Une première étape d'amélioration a consisté à alléger l'impression de l'exemplaire destiné à l'employeur (2017)
 - ▶ Une deuxième étape permettra d'améliorer l'outil de saisie des motifs médicaux et d'adapter l'ergonomie en fonction des remontées terrain (2018)
 - ▶ Une troisième étape, ultérieure, consistera à prendre en compte les mesures de simplification du processus qui sont en cours d'étude
 - Simplification du **Menu général d'accès aux services** pour en augmenter la lisibilité
 - Expérimentation de la **Déclaration de grossesse** en établissement de santé
 - Affichage de la **patientèle médecin traitant** Inter-Régimes
 - **Gestion du compte amelipro**

• Bilan de Soins Infirmiers (BSI)

- Une expérimentation s'est déroulée en 2017 qui a permis de vérifier auprès d'environ 600 Infirmières la pertinence de la formalisation du Bilan de Soins Infirmier.
- Cette expérimentation s'est déroulée sur la base d'un téléservice qui comprenait
 - Un questionnaire à renseigner par l'infirmière
 - La validation éventuelle du BSI par le médecin prescripteur
 - Les données sont enregistrées dans une base
- Une évaluation a été faite en associant les infirmières qui a confirmé le bien fondé de cette démarche
- La prochaine étape consistera à l'industrialisation du produit pour une généralisation en 2019

Statistiques d'usage- Montée en charge

Principaux services

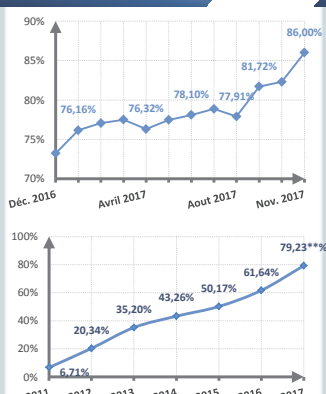
Usage des téléservices : arrêté à Novembre 2017

LA DÉCLARATION MÉDECIN TRAITANT

LE TRAFIC



LE TAUX DE DEMAT.*



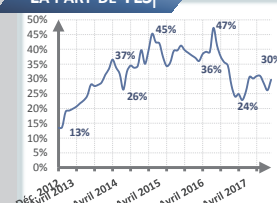
DESRIPTIF / APPORT

La Déclaration Médecin Traitant est la procédure la plus dématérialisée (82% au niveau national avec des pointes locales à plus de 90%). Elle permet à un médecin de transmettre la déclaration pour un de ses patients en utilisant sa carte CPS et la carte Vitale de son patient. Cette déclaration est injectée directement dans les référentiels de l'assurance maladie permettant l'application du taux de remboursement dans le parcours de soins. Ce service est offert Via Espace pro et en intégré dans les logiciels de gestion de cabinet

LES PS

Médecins spécialistes; 5%
Médecins généralistes; 95%

LA PART DE TLS_i

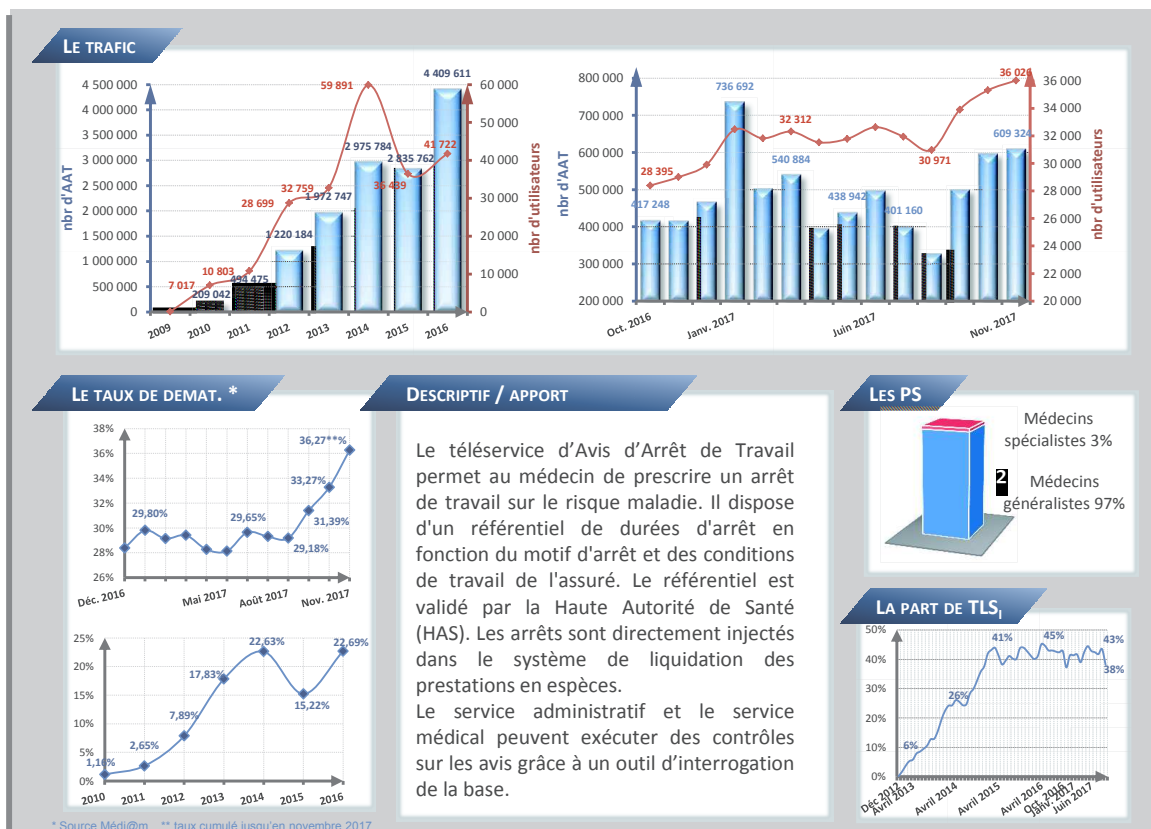


* Source Medi@m ** taux cumulé jusqu'en novembre 2017

L'INFORMATION MÉDECIN TRAITANT



L'AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL



* Source Médiam ** taux cumulé jusqu'en novembre 2017

LE CERTIFICAT MÉDICAL AT / MP

LE TRAFIC



LE TAUX DE DEMAT.*



* Source Médi@m

DESRIPTIF / APPORT

Le service permet aux médecins de dématérialiser le certificat médical en cas d'accident de travail, de prescrire un arrêt de travail lié à cet accident. Il permet également d'effectuer une déclaration de maladie professionnelle. Les informations sont directement injectées dans l'application ORPHEE permettant ainsi la dématérialisation complète jusqu'à la liquidation. Ce service est apprécié des médecins car il les aide sur des sujets complexes. Le téléservice sera proposé aux éditeurs en version intégrée dans les logiciels à partir de 2018.

LES PS

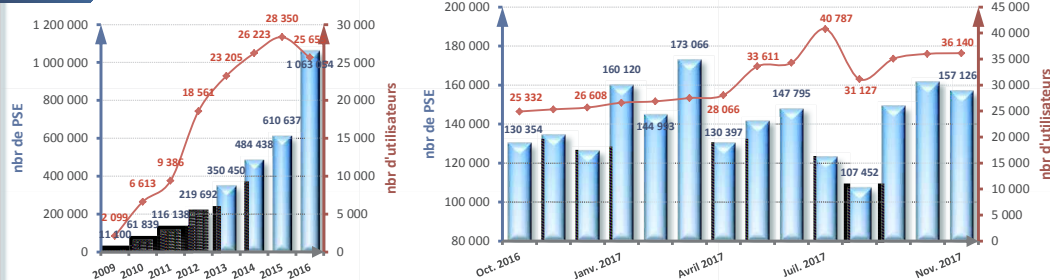


LA PART DE TLS_i

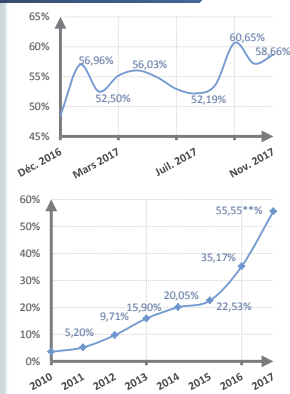
PAS DE TLS_i

LE PROTOCOLE DE SOINS ELECTRONIQUE

LE TRAFIC



LE TAUX DE DEMAT.*

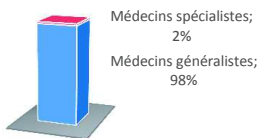


* Source Médi@m ** taux cumulé jusqu'en novembre 2017

DESRIPTIF / APPORT

Le Protocole de Soins Electronique a été adaptée lors de la réforme des Affections Longue Durée adoptée en 2016. Depuis son utilisation a connu une augmentation constante. Le PSE a permis de relayer efficacement la simplification en proposant un référentiel en ligne (et intégré au service) qui permet de fournir une réponse immédiate aux médecins dans 80% des cas. Ce référentiel défini au niveau de la pathologie CIM10, permet à l'Assurance Maladie d'ajuster le niveau de prise en charge au niveau de la pathologie. Le téléservice sera proposé aux éditeurs en version intégrée dans les logiciels à partir de 2018.

LES PS



LA PART DE TLS_i

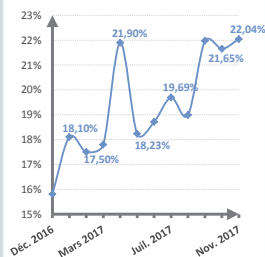
PAS DE TLS_i
FOURNITURE AUX
ÉDITEURS 2018

LA DÉCLARATION SIMPLIFIÉE DE GROSSESSE

LE TRAFIC



LE TAUX DE DEMAT.*

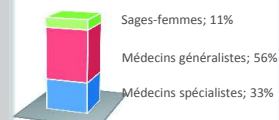


* Source Médi@m

DESSCRIPTIF / APPORT

Ce service permet la dématérialisation de la Déclaration de Grossesse par le médecin avec une transmission automatique des informations sont envoyées à la CPAM de la patiente et à sa Caisse d'Allocation Familiale

LES PS

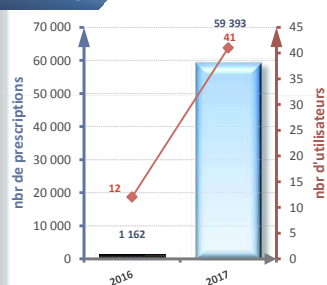


LA PART DE TLS_i

**PAS DE TLS_i
FOURNITURE AUX
ÉDITEURS 2018**

LA PRESCRIPTION DE TRANSPORTS SPE

LE TRAFIC



LE TAUX DE DEMAT.

**NON
APPLICABLE**

DESSCRIPTIF / APPORT

Ouvert France entière depuis mai 2017, il permet aux prescripteurs de ville depuis Espace pro de créer et de gérer leurs prescriptions de transport en ligne et de remettre au patient un exemplaire papier édité automatiquement.

SPE permet aux transporteurs sanitaires de consulter les prescriptions en ligne, et éventuellement de les utiliser pour alimenter la facturation en ligne pour ceux qui sont équipés du SEFI. Pour tous les transporteurs, il simplifie l'accès aux pièces justificatives et garantit la complétude et la fiabilité des données de prescription.

Pour l'assuré, il simplifie et clarifie la prise en charge de son transport.

Pour l'Assurance Maladie, il favorise la juste prescription, diminue les rejets et participe à la maîtrise des dépenses.

LES PS



LA PART DE TLS_i

**PAS DE TLS_i EN VILLE.
EXPÉRIMENTATION EN
ÉTABLISSEMENT AVEC
LES PLATES-FORMES DE
RÉGULATION DE
TRANSPORTS**

AFFICHAGE DES DROITS

DESSCRIPTIF / APPORT

Ce service fournit aux PS l'identification de leurs patients et leurs droits –au sens Assurance Maladie obligatoire. Ce service est accessible en login mot de passe sur le portail Espace pro.

Ces informations sont directement issues des bases assurés, leur utilisation garantit aux PS leur conformité à nos référentiels. Il est envisagé d'enrichir peu à peu ce service pour fournir aux PS une vue de son patient avec les différentes informations connues par l'Assurance Maladie.

On compte entre janvier et novembre 2017, 18 millions d'accès et 161.000 utilisateurs

AFFICHAGE ET SAISIE DES INFORMATIONS INDIVIDUELLES LIÉES À LA CONVENTION

DESSCRIPTIF / APPORT

Espace Pro propose 2 types de services : la consultation des indicateurs individuels et la saisie des indicateurs avec possibilité de joindre des pièces justificatives. Ces services sont disponibles pour les médecins et les pharmaciens. Ils évoluent en fonction des accords conventionnels. Il a été totalement rénové en 2017 à l'occasion de la nouvelle convention médicale. La démarche a associé les médecins. Lors de la saisie, quelques 35 000 médecins accèdent au service.

AFFICHAGE DES PAIEMENTS

DESSCRIPTIF / APPORT

Ce service permet aux PS, toutes catégories, de consulter les différents paiements en provenance de l'assurance maladie. C'est le service le plus utilisé avec 150.000 utilisateurs réguliers en 2017. Il a fait l'objet d'une rénovation ergonomique en 2017, ce qui offre notamment une navigation plus simple et un affichage consolidé en inter-régimes.

AIDE AUX DÉMARCHES D'INSTALLATION

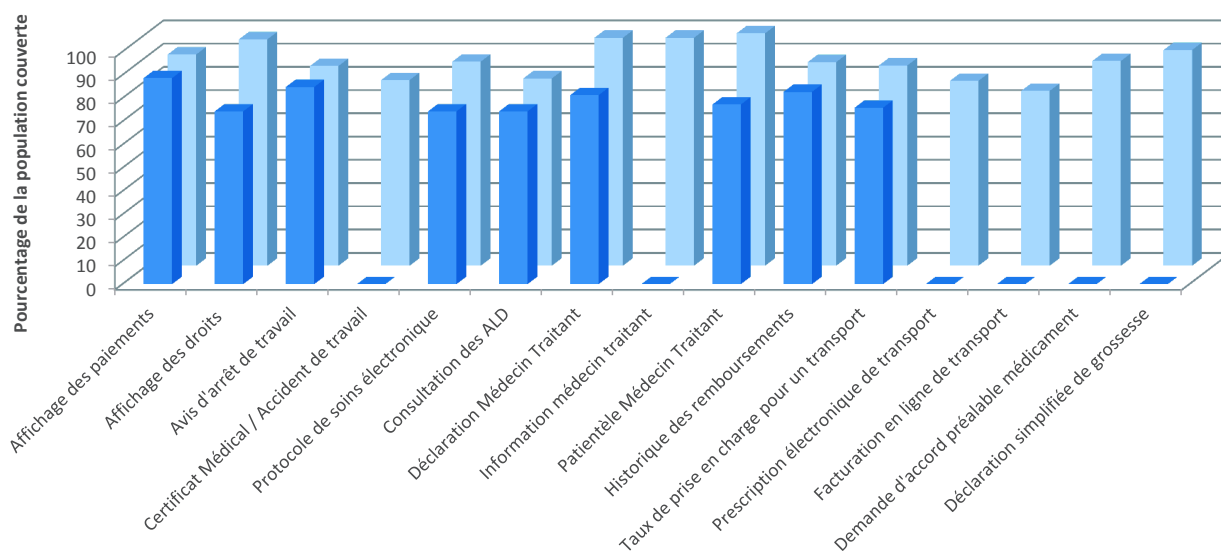
DESSCRIPTIF / APPORT

Service permettant à un médecin souhaitant s'installer en libéral de faire en ligne ses démarches administratives auprès de sa caisse : transmission des informations personnelles, téléchargement de ses pièces justificatives et prise de rendez-vous en ligne avec sa caisse. 2179 médecins ont utilisé ce service en 2017 au moment de leur installation. Le service sera étendu aux Masseurs Kinésithérapeutes et aux Infirmières en 2018.

Augmentation de la couverture Inter-Régimes

■ 2012 ■ 2017

Evolution de la population couverte par les téléservices aux PS



PIÈCES JOINTES 2 : CONTRIBUTIONS DES CONSEILLERS SOCIAUX

ALLEMAGNE



Ambassade de France

en

République Fédérale d'Allemagne

Le Conseiller pour les Affaires Sociales

Affaire suivie par Eléonore Smith

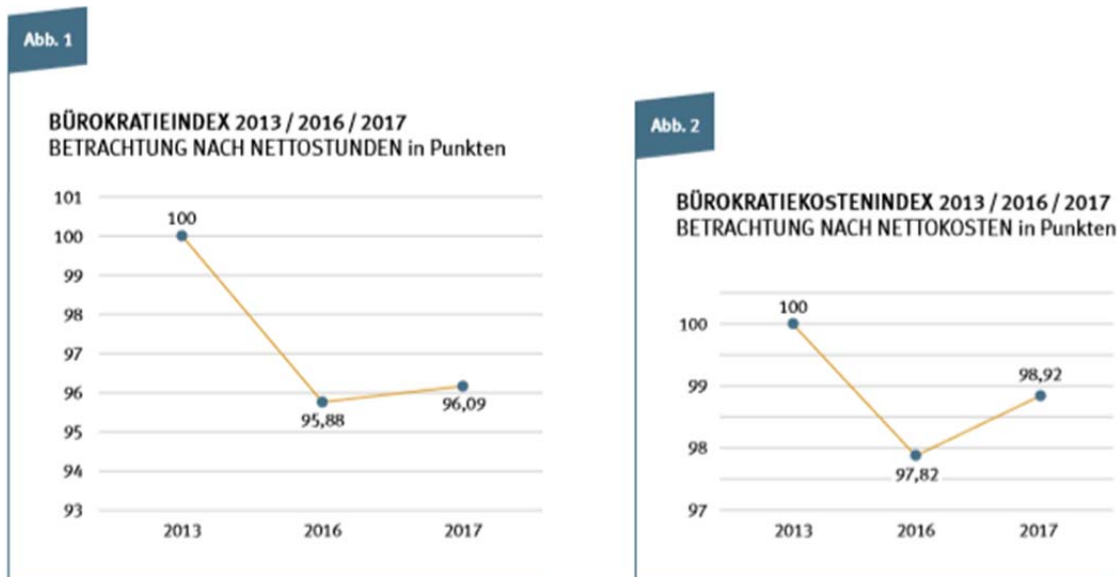
Berlin, le 23 mars 2018

Accès aux soins - diversification des tâches des médecins libéraux. Simplification des tâches administratives des médecins en Allemagne

Depuis 2010, l'Allemagne a engagé une réflexion au sujet de la réduction de la « charge bureaucratique » (*Bürokratieabbau*) dans l'exercice professionnel des médecins. Pour objectiver cette charge administrative des médecins, le KBV (l'association fédérale des médecins de caisse, qui est la représentante des intérêts des médecins conventionnés à échelle fédérale), emploie depuis 2010 un outil de mesure quantitatif venu des Pays-Bas, le **modèle des coûts standard** (*Standarkostenmodell*). Cet outil d'aide à la prise de décisions publiques permet à la fois d'estimer l'impact d'une décision politique en amont, afin d'aider la réflexion des décideurs politiques et de mesurer les effets de sa mise en œuvre « *ex post* ». Ce rapport quantifie le travail administratif des médecins en termes de coûts et d'heures. On peut citer le rapport annuel 2017 de la KBV sur le sujet, (*Bürokratieindex für die Vertragsärztliche Versorgung*), qui compare également les effets des mesures d'année en année. Celui-ci indique par exemple qu'en 2017 en Allemagne, la profession médicale a consacré 54 millions d'heures de travail à

des tâches administratives (Cf. pièce jointe) qui est un surplus de 0,2% par rapport à 2016. Cependant le nombre d'heures consacrées aux tâches administratives entre 2013 et 2016 avait baissé d'environ 5%.

Le tableau ci-dessus montre l'évolution de la charge « bureaucratique » en termes d'heures (doc.1) et de coûts (doc. 2) entre 2013 et 2017 (source : *Bürokratieindex für die Vertragsärztliche Versorgung* 2017).



Source : *Bürokratieindex für die Vertragsärztliche Versorgung* 2017

Le sujet de la réduction des charges « bureaucratiques » est porté en général dans toute l'action publique. La chancellerie s'est d'ailleurs dotée d'une équipe généraliste chargée d'examiner les conséquences en la matière pour toute décision publique, dans le champ santé comme dans les autres domaines. La KBV et le GBA (selon le rapport de la Cour des comptes intitulé *Etude comparative des systèmes d'assurance maladie entre la France et l'Allemagne*, le GBA est le Comité fédéral commun où siègent les acteurs du monde de la santé et chargé de publier des directives dans le domaine des prescriptions médicales, pharmaceutiques et dentaires...) se sont chacun dotés d'un ETP chargé de cette question pour le champ santé. Il existe de plus divers experts à échelle des *Länder*, qui suivent ce sujet. Ces acteurs essaient d'appréhender plus qualitativement la question du ressenti des charges administratives par les praticiens, souvent qualifiée de « **bureaucratie ressentie** » (*Gefühlte Bürokratie*). Pour ce faire, ils font des sondages ou échangent directement avec les médecins et constatent que parfois, ce ne sont pas tant les tâches les plus chronophages qui sont sources de plaintes, mais celles dont la rationalité n'apparaît pas clairement aux yeux des médecins, comme certains formulaires (*Formular*) jugés comme étant particulièrement absurdes.

La KBV estime que les processus d'endiguement, très difficile, de la charge administrative des médecins implique une mobilisation constante et qu'en tout état de cause, il n'est jamais qu'à la marge, la majorité des charges administratives n'étant jamais remises en cause. Le KBV constate aussi que les processus d'allègement des processus administratifs sont rarement univoques : à un moment où certaines tâches sont supprimées, d'autres sont créées par de nouvelles mesures administratives.

Pour y faire face, le KBV cite plusieurs bonnes pratiques. Elle a ainsi mis en place des « **Laboratoires des formulaires** » (*Formularlabore*), qui réunissent des représentants des médecins, des représentants des caisses d'assurance maladie et de la KBV. Ce temps d'échange permet d'explorer les modalités techniques des différentes tâches et d'exprimer le ressenti vis-à-vis d'elles pour les différents acteurs pour concevoir les formulaires les plus adaptés possibles.

Par ailleurs, le KBV organise deux fois par an des **forums d'experts dit *Bürokratieabbauforum***, entre des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants de la KBV, l'association fédérale des médecins de caisse et des ses unions régionales pour échanger sur la situation et les bonnes pratiques à cet égard.

Par ailleurs, les différents acteurs des caisses d'assurance maladie et de l'association fédérale des médecins de caisse se réunissent régulièrement pour **négoier** certaines mesures.

Enfin, le ministère de la santé a été dirigé de 2009 à 2013 par un ministre libéral du FDP et de 2013 à 2017 par un ministre CDU, tous deux sensibles à la question de la réduction des charges « bureaucratiques ». Mais, dans le récent contrat de coalition SPD-CDU/CSU de février 2018, la question de la simplification des charges administratives est mentionnée dans la partie relative à la « E-Santé », mais l'accent est mis sur la question de la numérisation. Ainsi le contrat se fixe comme objectif est d'abolir la bureaucratie dans la science du diagnostic et la documentation ». Les acteurs du monde de la santé allemands attendent de voir quelles incidences auront les mesures du contrat de coalition sur les charges administratives médicales. Le sujet reste très peu abordé dans cette feuille de route et c'est dans le détail des lois que s'observera la tendance réelle.

Le Conseiller pour les affaires sociales

Manuel Bougeard

ESPAGNE

*Le Conseiller pour les
Affaires Sociales*



AMBASSADE DE FRANCE
EN ESPAGNE

Madrid, le 11 avril 2018,

Questionnaire sur la simplification de l'exercice des professionnels de santé en ville dans leurs rapports avec les administrations

La Constitution de 1978 instaure un État à gestion décentralisée avec 17 Communautés autonomes (*comunidades autónomas*) disposant chacune d'un Parlement propre élu au suffrage universel, d'un gouvernement régional et d'un président. Chaque communauté dispose d'un statut autonome et de compétences propres définies par la Constitution et les pactes autonomiques de 1981 et 1992. Ces textes définissent également les compétences partagées ou exclusives du gouvernement central. Les compétences judiciaires restent dévolues au gouvernement central. Il ne s'agit donc pas d'un État fédéraliste.

Les Communautés autonomes gèrent les compétences en matière de santé, d'éducation, de langue et de culture, d'assistance, sociale, d'aménagement du territoire et d'urbanisme, de protection de l'environnement, de transports publics et d'agriculture. Elles jouissent de l'autonomie financière pour le développement et la mise en œuvre de leurs compétences. Certaines autonomies ont des compétences plus étendues que d'autres : le Pays Basque et la Navarre possèdent leur propre système fiscal.

Cette division territoriale fonctionne sur un principe de solidarité et d'équité. Les Communautés autonomes reversent une partie des impôts collectés à l'État qui à son tour redistribue cet argent en essayant de garantir un niveau similaire de financement pour les services publics des différentes communautés tout en prenant en compte les disparités économiques existantes.

Le système de santé espagnol

La loi générale de santé 14/1986 du 25 avril 1986 portant création du système national de santé (SNS) délimite la responsabilité du gouvernement central et celle des gouvernements autonomes. Elle réaffirme par ailleurs un certain nombre de principes : **l'universalité pour toutes les personnes vivant en Espagne, la gratuité des soins sans avance de frais (sauf dentaire, optique et médicament), et le financement par l'impôt.**

Cette loi de 1986 a été complétée et renforcée par la loi 16/2003 du 28 mai 2003, dite « loi de cohésion et de qualité du système national de santé ». Cette dernière pose les contours de la **décentralisation** actuelle et réaffirme les principes suivants :

- **Responsabilité au niveau central de la mise en œuvre d'un cadre général du système de coordination des financements ;**
- **Gestion à l'échelle centrale de la politique pharmaceutique, de la politique internationale en matière de santé, ainsi que de la formation médicale et paramédicale ;**
- **Responsabilité au niveau régional de la législation et des financements complémentaires de la santé publique, de l'organisation et de la mise en œuvre du système de soins, de la planification et de l'accréditation du système ainsi que de l'achat et de la fourniture des services** (les Communautés autonomes élaborent au côté de l'Institut national de gestion sanitaire (INGESA) leurs propres règles de suivi et de contrôle des prestations et assurent la gestion des centres de santé et des hôpitaux) ;
- **Renforcement de la coordination de la politique de santé entre gouvernement central et Communautés autonomes** par le biais du Conseil interterritorial du système national de santé regroupant le/la Ministre de la Santé ainsi que les 17 Conseillers Santé pour les Communautés autonomes (l'objectif étant de veiller au respect du cadre commun, à l'équité financière entre Communautés autonomes et à l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population).

Les points forts du système de santé espagnol :

- Une organisation territoriale des soins ;
- Un contrat obligatoire pour les centres concertés quelle que soit leur origine (privée, publique) et leur statut (hôpitaux, centres). Le contrat comprend objectifs, activités, montants financiers et évaluation. Il est pluriannuel mais révisé annuellement.
- Une affectation des patients vers des Centres d'Attention Primaire (CAP) s'ils veulent bénéficier du système de santé universel.
- Une relation directe entre les CAP et leur hôpital de référence.
- Les CAP sont de véritables centres de santé polyvalents.
- Une imbrication des services spécialisés et des urgences dans le CAP. Certains spécialistes font partie du centre, d'autres spécialistes se déplacent depuis les hôpitaux, comme les cardiologues, car les centres sont équipés des premiers matériels. De même, le centre peut traiter les premières urgences. L'objectif est de libérer les urgences des hôpitaux et de les réserver aux cas les plus difficiles.
- Un travail collectif, en équipe, autour du couple médecin/infirmier qui travaille toujours ensemble, des responsabilités assumées par tous : responsable des soins infirmiers, formation continue, recherche clinique, etc.
- Une utilisation des nouvelles technologies poussée au point fort (dossier personnel de santé électronique, ordonnance électronique, etc.).

Réforme des administrations publiques

En 2012, la **Commission pour la Réforme des Administrations Publiques (CORA)** a été créée par le Conseil des Ministres. Cette commission a pour objectif d'identifier les mesures à adopter pour rendre les administrations publiques plus efficaces et plus proches des citoyens. Quatre sous-commissions composent la CORA, dont une dédiée à la **simplification administrative**.

Encouragement de l'administration électronique :

- **Traitement électronique des naissances et des décès depuis les centres sanitaires.** Pour les naissances, la mesure consiste à unifier les processus de déclaration à l'office de registre civil au centre sanitaire. Concernant les décès, le projet permettra la communication du décès au registre civil par le biais de moyens électroniques.
- **Ordonnance électronique interopérable du Système National de Santé (SNS).** La mesure a pour but d'appuyer les initiatives des Communautés autonomes pour le développement et l'implantation de l'ordonnance électronique, en introduisant des mécanismes permettant que les systèmes d'ordonnance électronique de chaque Communauté autonome fonctionnent en interaction. Les mesures sont les suivantes :
 - o Garantir aux citoyens la possibilité de retirer les médicaments prescrits par leur médecin depuis n'importe quelle pharmacie du pays grâce à l'accès électronique à cette prescription ;
 - o Améliorer la qualité de la prise en charge en garantissant que les professionnels du SNS partagent les informations sur la prescription et la délivrance de médicaments pour un même patient ;
 - o Faciliter l'implantation de systèmes d'information qui permettront aux Communautés autonomes de connaître les transactions de prescription/dispensation d'ordonnances aux patients qui se déplacent d'une Communauté à une autre.
- **Création d'une base de données de la carte sanitaire du SNS.** Cette base de données permettra l'identification de tous les citoyens par l'intermédiaire d'un code unique national valable sur tout le territoire. Cela facilitera la consultation des données cliniques des patients, même ceux résidant dans une autre Communauté autonome que celle où ils consultent. De plus, la carte sanitaire du SNS permet aux Communauté autonome de réaliser des économies puisqu'elles n'auront plus à renouveler les cartes de leurs habitants.
- **Implantation de l'histoire clinique digitale interopérable (HCD).** La HCD intègre l'information clinique et de gestion pertinente pour le professionnel sanitaire, fruit de ses observations et ses décisions tout au long du processus de soin. La HCD ne doit pas être considérée seulement comme un mécanisme de stockage de données, mais également comme un élément de relation entre les différents professionnels et entre ces derniers et les patients. Les objectifs principaux de la HCD sont orientés de manière à répondre à plusieurs utilités :
 - o Lorsqu'ils se déplacent d'une Communauté autonome à une autre, les citoyens peuvent être pris en charge par le personnel médical ou infirmier disposant des données les plus importantes de son histoire clinique.
 - o Les professionnels de santé disposent d'informations importantes pour leur travail.
 - o Les personnes peuvent accéder par voie électronique aux données résumées les plus pertinentes de leur histoire clinique.
 - o L'HCD permet d'augmenter la sécurité du patient pour éviter des erreurs dues à la prise de décision en information incomplète ou difficilement intelligible.
 - o Les essais de diagnostics et de procédure sont réduits grâce à l'accès facilité des résultats de ceux ayant déjà été réalisés. Les personnels de santé économisent de leur temps.

Unification des critères d'accréditation des services de prévention de risques professionnels

Le service de prévention des risques professionnels des entreprises est accrédité par l'administration générale de l'État tandis que les services sanitaires de la médecine du travail doivent être autorisés par les Communautés autonomes. L'existence de différents critères et des normes autonomiques entraîne des dysfonctionnements dans l'accréditation des services de prévention, avec l'établissement de critères supérieurs à ceux de l'État. Pour cette raison, la CORA prévoit l'unification des critères pour l'accréditation des services de prévention des risques professionnels et pour l'autorisation des services de médecine du travail. Une réglementation sera établie en ce sens dans le projet de loi de garantie de l'unité du marché (*Ley de Garantía de la Unidad de Mercado*).

Cette note a été rédigée par Romane Gadé, relue et validée par Jean-François Renucci.



ITALIE



Ambassade de France en Italie

Service des affaires sociales

Rédacteur : Lea Fontaine

Rome, le 26 avril 2018

Note à l'attention de MM. de Batz et Dubosq, inspecteurs généraux de l'IGAS

A/S : Simplification de l'exercice des professionnels de santé dans leurs rapports avec les administrations en Italie

« Bonnes pratiques » entre professionnels de santé et acteurs de leur environnement administratif et « modalités, organisations, outils » déployés pour faciliter et simplifier ces relations.

1/ L'Italie a mené une réforme visant à la simplification et à la transparence de l'administration dans le cadre du décret-loi du 24 juin 2014, n. 90, articles 17 et 24 (*«Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari»*), converti en loi le 11 août 2014, et de la loi d'habilitation 124/2015, dite « loi Madia ». Les principales mesures portent sur la citoyenneté numérique, la transparence, l'organisation territoriale de l'Etat, l'emploi public, la performance et l'évaluation.

En matière de santé, des mesures de simplification ont été adoptées dès 2001 mais ces mesures s'insèrent pleinement dans le cadre de la réforme Madia, dont les objectifs portent sur l'amélioration de la pratique administrative, la réduction des formalités bureaucratiques et la rationalisation des structures administratives, ainsi que sur le renforcement des canaux de contact avec les citoyens, en utilisant davantage les nouvelles technologies de l'information et de la communication (dématérialisation des actes administratifs)⁷.

⁷ Le développement du numérique constitue une priorité pour l'Italie qui a élaboré un agenda numérique dans le cadre de l'agenda numérique européen et créé à cet effet une « agence pour l'Italie numérique » (*agenzia per l'Italia digitale* ou AgID, créée sous le gouvernement Monti). Celle-ci est notamment chargée de coordonner les activités des administrations publiques, de suivre l'évolution du système informatique public et de coordonner les initiatives stratégiques pour rendre plus efficace la fourniture des services en ligne.

2/ En matière de santé, la dématérialisation a, dans un premier temps, concerné le sujet des **certificats médicaux rédigés dans le cadre d'accidents du travail et/ou de maladies professionnelles**. Depuis le décret législatif 165/2001, toutes les attestations et certificats médicaux doivent être envoyés par voie télématique à l'institut national de prévoyance sociale (INPS) par le médecin traitant⁸. L'INPS se charge ensuite de rendre ces documents immédiatement disponibles pour l'employeur. L'envoi de certificat de la part des professionnels médicaux est obligatoire, sous peine de sanctions. L'INPS est également destinataire des diagnostics médicaux, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, et il peut les envoyer par mail au travailleur concerné, en cas de demande de ce-dernier.

Acteur essentiel dans les rapports entre professionnels de santé et administration, l'INPS centralise l'information et assure sa transmission aux acteurs pertinents. Il est, en outre, en charge des contrôles en cas d'arrêt maladie, suite à la délivrance de certificat de la part d'un médecin du service sanitaire national (SSN) ou d'une structure sanitaire publique.

Le décret du 26 mars 2008 a, par la suite, introduit la possibilité de **transmission télématique des ordonnances de la part des médecins du SSN**. La loi n° 122 du 30 juillet 2010 est venue acter le principe d'une **substitution progressive de l'ordonnance papier par l'ordonnance électronique** et le décret-loi n° 192 du 31 décembre 2014 a rendu applicables les ordonnances électroniques dans toutes les pharmacies publiques et privées conventionnées avec le SSN, sur tout le territoire. Aujourd'hui, l'ordonnance électronique est diffusée dans toutes les régions (à 90% en Campanie, en Sicile, à Trente, dans le Molise et en Vénétie ; à 80-85% en Vallée d'Aoste, Piémont, Basilicate, Ligurie et Latium ; à 75-80% en Ombrie, Pouilles, Emilie-Romagne et Lombardie ; à 70% en Sardaigne, Marches et Abruzzes ; à 65% en Calabre, Frioul et Toscane ; à 40% à Bolzano).

Dans les faits, l'ordonnance électronique s'accompagne d'un récapitulatif papier, mais l'objectif à terme est que celui-ci disparaisse. Ce récapitulatif permet au pharmacien d'identifier clairement une ordonnance, grâce à un code spécifique, le NRE (*numero di ricetta elettronica*), et au code fiscal de l'intéressé. Le NRE permet au pharmacien d'accéder à l'ordonnance sur le serveur informatique national et de délivrer les médicaments prescrits. Ce système a d'ailleurs permis de « renationaliser » le système de délivrance des médicaments : jusqu'à l'introduction des ordonnances électroniques sur l'ensemble du territoire italien (1^{er} mars 2016), une personne ne pouvait pas obtenir des médicaments prescrits par son médecin traitant en-dehors de sa région de résidence, dans la mesure où les pharmacies des autres régions n'étaient pas en mesure d'appliquer le « ticket » correspondant à la région d'origine du patient.

Les ordonnances électroniques contiennent, en outre, toutes les informations permettant le suivi et l'évaluation des dépenses. L'ordonnance est, en effet, stockée dans une base de données spécifique, auprès du ministère de l'économie et des finances (*Ragioneria dello Stato*). Cette base de données permet d'établir des statistiques mais aussi d'assurer un suivi des dépenses et de contrôler les ordonnances, les médicaments prescrits (notamment les obligations en termes de prescriptions de génériques).

3/ Le ministère de la santé est, en outre, engagé dans la réalisation de plusieurs projets numériques qui visent à faciliter les relations avec les professionnels de santé et entre professionnels de santé. On retiendra notamment le « **système d'interconnexion des systèmes informatiques du système sanitaire national** » (*sistema di interconnessione dei sistemi informativi del SSN*), dont

⁸ Le médecin « traitant » est un médecin généraliste qui a passé une convention avec le système sanitaire national.

l'objectif est d'interconnecter les bases de données des services sanitaires régionaux⁹. A terme, les informations sanitaires des patients, rendues anonymes afin de permettre des recherches et d'établir des statistiques sanitaires, seront conservées dans un seul système et seront accessibles par un code unique national. Ce projet devrait être achevé en juin 2018.

4/ On notera, par ailleurs, que l'Italie a également mis en place, par l'article 12 du décret-loi du 18 octobre 2012 n° 179, le « **dossier médical électronique** » (*fascicolo sanitario elettronico* ou FSE) qui permet la conservation au niveau régional de toutes les données relatives à la prise en charge médicale des patients ainsi que leur consultation, avec autorisation du patient, par tous les acteurs impliqués dans le parcours de soins (entreprises sanitaires régionales, hôpitaux, médecins de famille, pédiatres...).

En mars 2018, 11 régions avaient mis en œuvre le FSE (ne l'ont à ce jour pas encore mis en œuvre le Piémont, la Vénétie, le Frioul, les Marches, les Abruzzes, la Campanie, la Basilicate, la Calabre et la Sicile ; l'objectif est que toutes les régions l'aient activé en 2020) et 25 % des individus inscrits au service sanitaire national avaient choisi de l'activer (l'objectif est que 70% des patients choisissent d'en bénéficier d'ici 2020).

5/ Enfin, parmi les mesures prises dans le cadre de la modernisation de l'État qui ont un impact sur les relations entre le patient et les professionnels de santé, on retiendra également l'instauration d'une citoyenneté numérique : le décret législatif du 26 août 2016 prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2018 les citoyens peuvent accéder à tous les services publics à travers un « **système public d'identité numérique** » (*sistema pubblico di identità digitale* ou SPID). Cet accès, encore facultatif pour le moment, permet aux usagers de communiquer avec les administrations publiques grâce à un identifiant et un mot de passe uniques et à une adresse de courrier électronique certifiée, et d'envoyer et recevoir des documents et effectuer des paiements en ligne.

A ce jour, plus de 2,3 millions d'identités numériques ont été délivrées et près de 4 000 administrations publiques ont déjà ouvert leurs services en ligne -parmi celles-ci, l'institut national de prévoyance sociale (INPS). L'objectif pour 2020 est que 10 000 administrations publiques aient ouvert leur service en ligne.

De nombreuses entreprises sanitaires régionales permettent déjà de prendre rendez-vous en ligne pour des visites médicales et de consulter en ligne des rapports médicaux. En outre, grâce à un « système de paiement électronique » (*sistema dei pagamenti elettronici* ou PagoPA), toute somme due aux administrations publiques peut être réglée en ligne.

Catherine Bobko

⁹ Le service sanitaire italien est un système décentralisé, garantissant à tous un niveau uniforme d'assistance médicale, quelle que soit la prestation fournie et quel que soit le lieu où cette prestation est fournie, structuré autour de 3 niveaux :

- l'Etat (en particulier le ministère de la santé, qui exerce des fonctions de régulation, de direction, de programmation, de financement et de surveillance)
- les régions, qui sont en charge de la régulation, de la direction, de la programmation, de la gestion, du financement et du contrôle des services sanitaires régionaux (SSR). Les régions et les provinces autonomes de Trente et Bolzano réalisent les SSR par le biais des autorités sanitaires localement compétentes en matière de santé (*aziende sanitarie locali* et *aziende ospedaliere*). Ces structures sont organisées de manière entrepreneuriale et jouissent de la personnalité juridique et d'un statut autonome
- les collectivités locales (en particulier les municipalités), qui exercent des fonctions de consultation et de proposition sur la programmation régionale et locale, mais aussi des fonctions de contrôle et d'évaluation des ASL et AO.

ROYAUME UNI



Ambassade de France au Royaume-Uni Service des Affaires Sociales

Londres, le 12 avril 2018

Objet : panorama des mesures de simplification de l'exercice des professionnels de santé de la ville dans leur rapport avec les administrations

1. Contexte : la situation des médecins généralistes britanniques, traditionnels gardiens du système national de santé britannique, paradoxale, est de moins en moins attractive.

Depuis la création du NHS en 1948, le système national de santé britannique s'organise autour des *General Practitioners* (GPs – *médecins généralistes*), dont ils sont les gardiens et le point d'entrée pour les patients avec les Urgences (A & E). La décision de référer les patients à des spécialistes, le plus souvent à l'hôpital, leur appartient. L'Angleterre (la santé est une compétence dévolue) compte environ 35 000 de ces *General Practitioners*, qui suivent en moyenne 1 530 patients.

Ces médecins généralistes sont responsables de la coordination des soins, du suivi des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées (depuis 2014, les cabinets qui comportent plusieurs médecins doivent désigner un référent pour les personnes âgées de plus de 75 ans). Ils orientent les patients, le cas échéant vers les professionnels compétents au niveau local (diététiciens, *community nurses*, etc.) ou le spécialiste.

En majorité (66%), ils exercent comme contractant privé rémunéré par le NHS, essentiellement sur la base du nombre de patients inscrits sur leur liste (capitation), rémunération à laquelle s'ajoutent des paiements mensuels correspondant à certains actes spécifiques. **Les médecins généralistes britanniques figurent parmi les mieux payés en comparaison avec leurs confrères d'autres pays, mais la profession est pourtant de moins en moins attractive. Le pays pâtit d'une véritable pénurie de GP, qui génère une surcharge de travail pour ceux qui « restent ».**

Cette pénurie résulte à la fois :

- **du nombre insuffisant de médecins formés au RU, à l'origine d'une forte dépendance à l'égard de la main d'œuvre étrangère** (environ 10% des médecins généralistes exerçant au RU ont suivi leur formation initiale en dehors du RU)¹⁰, dont la présence est compromise par la perspective du Brexit (selon les chiffres officiels, 1 794 médecins auraient quitté le NHS entre juin 2016 et juin 2017, soit 22% de plus qu'en 2015 et 42% de plus qu'en 2014).

- **d'une détérioration des conditions de travail : la pression s'accroît sur ceux qui restent, d'autant que les besoins augmentent avec le vieillissement de la population et que l'organisation du système génère elle-même une charge administrative croissante.**

En particulier, les médecins généralistes britanniques souffrent d'un manque de communication avec et entre les différents spécialistes, qui exercent principalement dans les hôpitaux, et aussi les services de *care* (médico-social) de ville. Selon une étude intitulée « *Making Time in General Practice* »¹¹ publiée en 2015 dans le cadre de l'application du *Five Year Forward View* du NHS England, 4,5% de temps de travail des généralistes pourrait être dégagés si les intéressés ne devaient pas constamment réorganiser des rendez-vous à l'hôpital (avec les médecins spécialistes) ou partir en quête des résultats des analyses, le plus souvent effectuées à l'hôpital.

Toujours selon ce rapport, un patient sur six aurait pu être soigné par un autre professionnel de santé et 5,5% des patients auraient pu être redirigés vers une pharmacie¹².

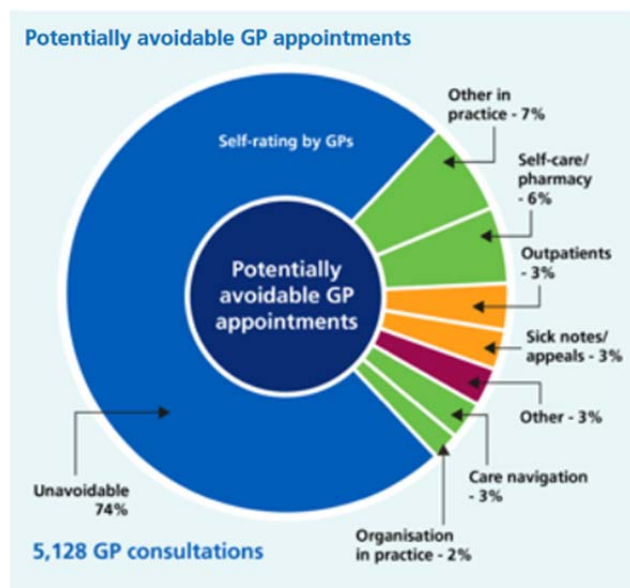


Figure 1 Source: General Practice Forward View

¹⁰ https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507493/CfWI_GP_in-depth_review.pdf

¹¹ http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/PCF_Press_Releases/Making-Time-in-General-Practice_FULL_REPORT_28_10_15.pdf

¹² https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf

L'impact de ces évolutions est d'autant plus dommageable, en termes d'attractivité de la profession, que les aspirations des intéressés (meilleur équilibre vie privée / vie professionnelle), évoluent. Les autorités de santé font donc face à des départs à l'étranger (vers l'Australie en particulier) ou encore des départs à la retraite anticipés.

2. Pour lutter contre la pénurie de médecins, les Britanniques se sont en particulier attachés à faire évoluer les fonctions des personnels et la répartition des tâches administratives.

Outre l'objectif d'autosuffisance nationale que s'est fixé le NHS (c'est-à-dire davantage de médecins, personnels infirmiers, sages-femmes formés en Angleterre), l'une des solutions trouvées consiste à modifier les fonctions des professionnels pour accompagner l'évolution des besoins des patients et alléger la charge de travail (y compris la charge administrative correspondante) des médecins généralistes.

En ce qui concerne les personnels administratifs, en 2016, le NHS a décidé d'investir 45 millions £ pour former les agents d'accueil et les employés non-médicaux à orienter les patients et à traiter les tâches administratives de manière autonome, sans recours au personnel médical.

A Brighton et Hove, dans le cadre d'un programme pilote (*vanguard*, Cf. ci-dessous) 48 cabinets médicaux ont ainsi développé des protocoles permettant aux personnels administratifs de lire et, dans tout la mesure du possible, de traiter la correspondance médicale. Cette pratique a permis de libérer chaque jour environ 40 minutes du temps de travail des médecins généralistes.

En ce qui concerne les autres personnels médicaux, plusieurs évolutions se traduisent (plus ou moins directement), par un allègement des formalités administratives qui pèsent sur les médecins :

- depuis 1998, la prescription de médicaments peut être déléguée à des infirmiers prescripteurs, autorisés à prescrire de façon plus ou moins indépendante et à suivre les patients atteints de maladies chroniques une fois le diagnostic établi par le médecin. Le nombre d'infirmiers ayant suivi la formation nécessaire a ainsi augmenté de 37% entre 2006 et 2009 (entre 1995 et 2008, la proportion de consultations effectuées par les infirmiers est passé de 21% à 35% des consultations totales). En 2014, plus de 54 000 infirmiers ou sages-femmes étaient prescripteurs.
- des *advanced nurses* (infirmiers au niveau avancé) peuvent aussi se substituer aux médecins pour évaluer les besoins de santé des patients, mettre en place des plans de prévention, etc.
- le *NHS England* a aussi débloqué, en 2015, 31 millions £ pour faciliter le recrutement de 470 pharmaciens dans les cabinets de médecins généralistes. Un nouvel investissement central de 112 millions £ devrait permettre aux cabinets médicaux d'embaucher 1 500 pharmaciens supplémentaires à l'horizon 2020¹³.

3. Les autorités de santé s'efforcent aussi de réorganiser les relations de soins entre hôpitaux et soins de ville.

¹³ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>

Dans le cadre du projet « *Releasing Time for Patients* » deux vagues de projets pilotes ont été développées entre 2014 et 2017 dans le but d'alléger la charge des *GP* et développer le travail en réseau (cabinets, pharmacies, établissements pour personnes âgées). Même si, en affichage, l'allègement de la charge administrative n'est pas spécifiquement mis en avant, les investissements annoncés pour favoriser le travail en réseau entre les différents acteurs du système de soins et étendre l'usage des nouvelles technologies (100 millions £ annoncés 2015/16), y concourent aussi. Le développement du travail pluridisciplinaire devrait ainsi permettre aux *GP* de développer de nouveaux modèles de consultations (consultation et suivi en ligne, plages horaires plus flexibles, etc.)¹⁴.

Dans son *Five Year Forward View*, le NHS se donne notamment pour ambition de mieux articuler l'échange d'information entre les médecins et les hôpitaux, entre les services de soins primaires et secondaires (Cf. les 50 projets pilotes – *vanguards* - lancés en 2015, dotés d'un budget de 346 millions £ entre 2015 et 2018 et dont 14 ont pour objectif de développer des modèles d'équipes pluridisciplinaires).

Dans le même sens, de nouveaux standards introduits en avril 2018 dans le *NHS Standard Contract for hospitals*, permettent de réduire la charge administrative liée aux relations hôpitaux / médecins généralistes. Les patients qui ne peuvent se rendre à un rendez-vous avec un spécialiste (à l'hôpital) peuvent prendre un nouveau rendez-vous sans devoir, comme c'était le cas auparavant, systématiquement repasser par leur médecin généraliste. De la même manière, sauf indication contraire des *Clinical Commissioning Groups* locaux, les spécialistes peuvent adresser leurs patients directement à un autre professionnel au sein du même hôpital, sans avoir à repasser par les *GP* (système de l'*onward referral*). Le renvoi vers le médecin généraliste n'est requis que dans les cas non-urgents pour les pathologies dépourvues de lien avec la première consultation.

Enfin, le NHS souhaite aussi accélérer l'interopérabilité des systèmes électroniques au sein du NHS pour faciliter les échanges d'information et développer les prescriptions électroniques. En théorie, d'ici 2020, toutes les correspondances entre les différents prestataires du NHS devront être électroniques et codées (les hôpitaux doivent, dans les 24 heures qui suivent une visite, envoyer des compte rendus électroniques aux médecins généralistes concernant leurs patients hospitalisés, reçus en soins ambulatoires ou par le service des urgences). Le système est, à ce stade, encore loin de fonctionner de manière satisfaisante compte tenu notamment de la multitude des systèmes informatiques ou encore la vétusté des systèmes utilisés par les hôpitaux.

4. D'autres mesures ont été prises pour limiter les tâches administratives incombant aux médecins généralistes.

Depuis 2010, les généralistes ne sont plus tenus de délivrer systématiquement des certificats médicaux en cas d'arrêt maladie (les patients peuvent s'auto-certifier les 7 premiers jours)¹⁵ et il existe également un système d'assistance téléphonique destiné à réduire le nombre de visites. Les médecins ne sont pas non plus tenus de fournir des certificats aux assurances, employeurs, aux écoles ou aux compagnies aériennes (en pratique, la plupart des *GP* offrent ces services, mais en les facturant).

¹⁴ <https://www.england.nhs.uk/gp/gpfpv/redesign/improving-access/gp-access-fund/>

¹⁵ <https://fitforwork.org/about/>

Par ailleurs, les contrôles opérés par la *Care Quality Commission* (CQC), qui veille à la qualité des soins, sont désormais davantage espacés dans le temps (au maximum une fois tous les 5 ans).

Enfin, la rémunération s'effectue à partir des données extraites automatiquement des fichiers électroniques des cabinets. Certaines saisies d'informations doivent toutefois encore être complétées manuellement (comme les actes concernant les personnes atteintes de démence).

5. La réflexion se poursuit au sein du NHS, tandis qu'en parallèle, les médecins modifient leur organisation afin de dégager du temps.

Dès 2015, les représentants du *Royal College of General Practitioners* et de la *British Medical Association*, le syndicat représentatif des médecins¹⁶, recommandaient de mettre en place des comités de réflexion (composés de médecins généralistes et d'autres décideurs au sein du cabinet) chargés de suivre la mise en place des *vanguards*, pour déterminer les marges d'améliorations et adapter les modalités d'organisation.

Le NHS, qui veut promouvoir l'échange des bonnes pratiques dans ce domaine, doit fournir un nouvel outil d'audit à tous les GP afin qu'ils puissent mesurer le temps consacré à chaque tâche, évaluer leur organisation et se comparer aux données nationales.

De manière spontanée, pour réduire la charge administrative et financière qui pèse sur elle, la médecine de ville s'est largement réorganisée autour de cabinets réunissant plusieurs médecins et d'autres professionnels de santé.

De nos jours, les GP exercent ainsi en grande majorité à plusieurs (en 2015, 3 589 cabinets sur 7 674 étaient composés d'au moins cinq médecins généralistes, moins d'un millier exerçant seuls), aux côtés d'infirmiers qui peuvent dispenser certains types de soins (soins de routine pour les personnes atteintes de maladies chroniques, vérification de la pression artérielle, prises de sang, vaccins, etc.), de pharmaciens ou d'aides-soignants.

Enfin, la proportion de *General Practitioners* salariés de cabinets ou exerçant comme remplaçant augmente progressivement et représente désormais 20% de la profession¹⁷.

¹⁶http://www.primarycarefoundation.co.uk/images/PrimaryCareFoundation/Downloading_Reports/PCF_Press_Releases/Making-Time-in_General_Practice_FULL_REPORT_28_10_15.pdf

¹⁷http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2017/may/mossialos_intl_profiles_v5.pdf?la=en

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



Rappel des ambitions et du déroulé du projet

Santé Landes : les résultats

Santé Landes : la pérennisation

La généralisation des PTA



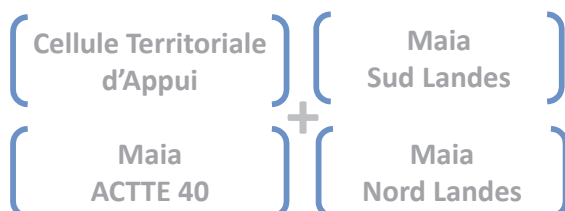
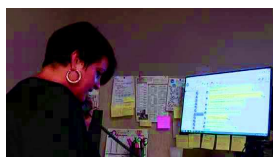
La PTA des Landes : une construction collective



Une Plateforme Territoriale d'Appui



Des outils de coordination de parcours



Centre de contact téléphonique



0809 109 109

1 numéro d'appel unique pour la Nouvelle-Aquitaine



05 33 130 130

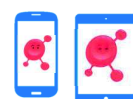
Outils de parcours

Navigateur Pro

Compagnon



En WEB



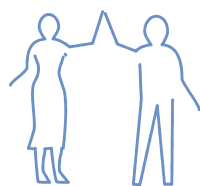
En mobilité



En mobilité



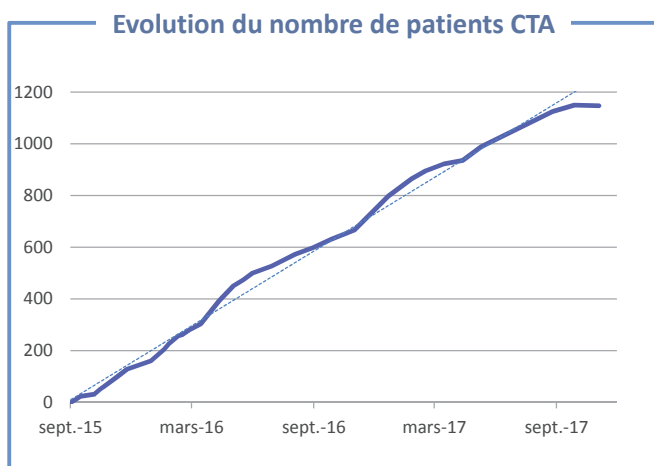
Résultats à deux ans d'existence



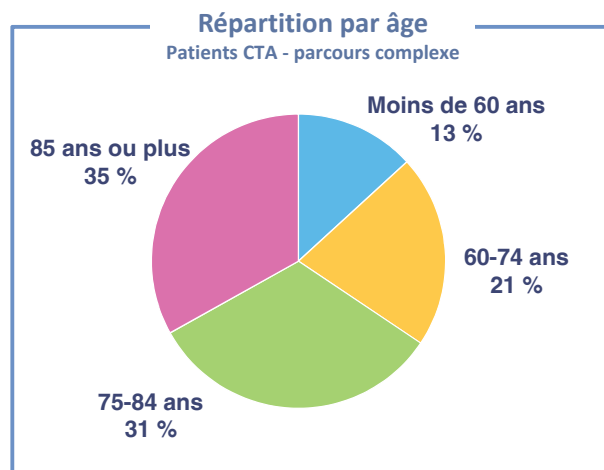
1 488 patients sont accompagnés par Santé Landes

- **1 257** dans le cadre de parcours de santé complexes (CTA et Maia)
- **231** après repérage précoce de maladies inflammatoires chroniques

2 522 patients accompagnés depuis septembre 2015



File active au 24 novembre 2017



Résultat à deux ans d'existence



Impact sur le CH de Mont-de-Marsan :

Evolution de l'activité PMSI MCO des patients TSN de janvier à octobre 2014, 2015, 2016 et 2017 :

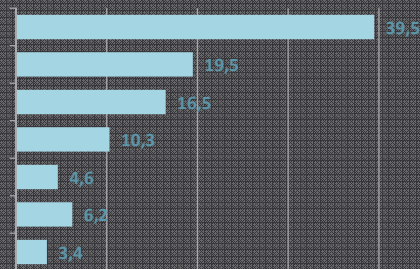
	Octobre 2014	Octobre 2015	Octobre 2016	Octobre 2017	Variation 2017/2016
Nombre de consultations externes	1084	1290	1530	1454	-5,0%
Nombre de séjours	371	644	1020	775	-24,0%

Evolution de la valorisation de l'activité PMSI MCO des patients TSN de janvier à octobre 2016 et 2017 :

	Octobre 2016	Octobre 2017	Variation 2017/2016
CA séjours (€)	2 386 711	1 926 773	-19,3%

Origine des demandes de prise en charge (en %)

Patients CTA - parcours complexe



File active au 24 novembre 2017

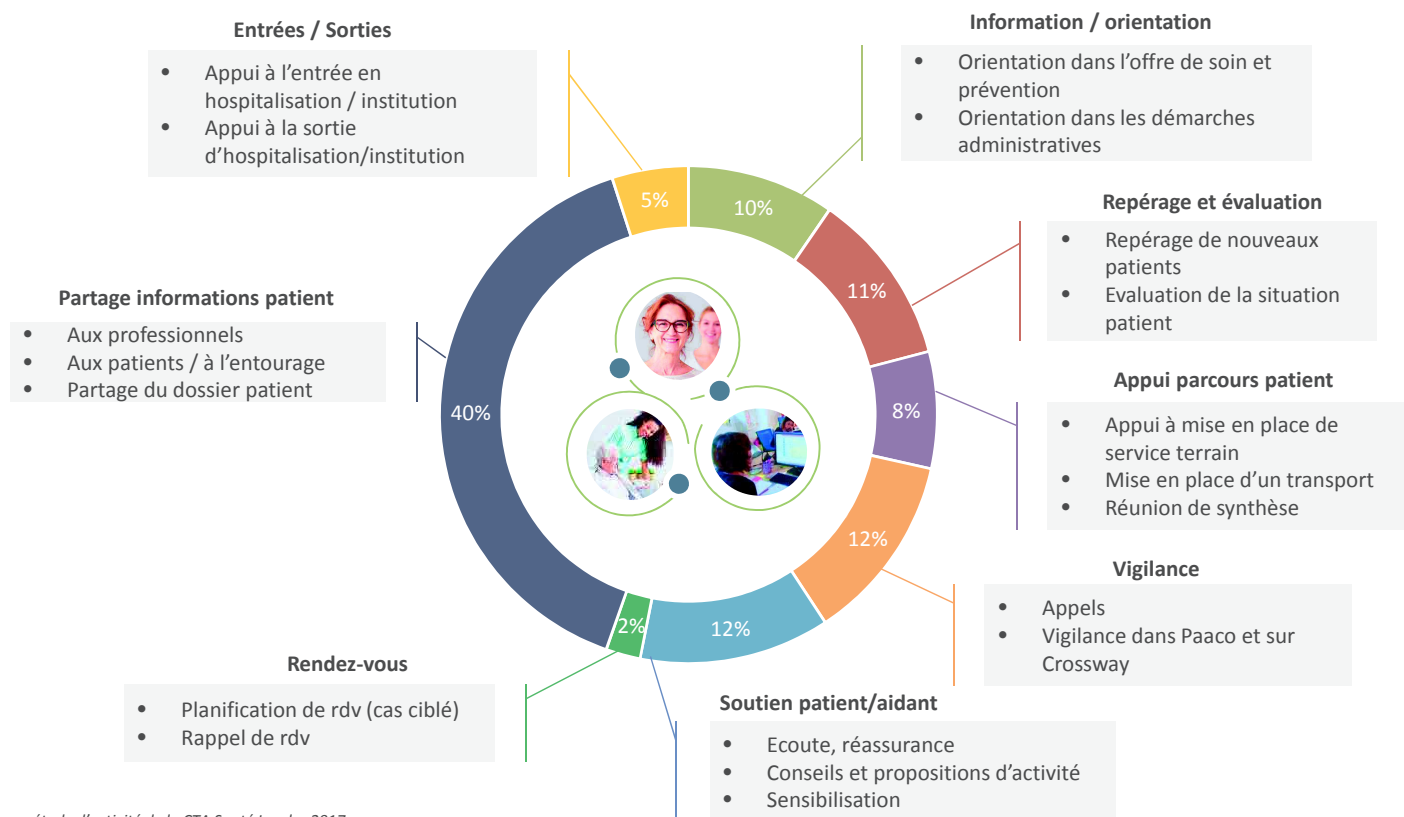
Dans les Landes :



sont équipés de Globule

151 partenaires ont été rencontrés depuis 2015

(CIAS/CCAS, cliniques/CH, associations, CLIC/CD, EPPAD, institutions...)



Les fonctionnalités majeures en place

	Evolutions mensuelles									Interopérabilité	
	Agenda	Journal	Annuaire	Dossier patient	PPS	Documents	Constantes	Partage	Traitements	Interfaces	
NAV PRO WEB	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	CH de Mont-de-Marsan	✓
NAV PRO Android	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	CH de DAX	En attente
NAV PRO iOS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	HAD de DAX	Travaux en cours
PATIENT Compagnon	✓	Notes perso	✓	Administratif	✓ (non ouvert)	✓ (non ouvert)	✓ (non ouvert)			HAD de Mont-de-Marsan	Réflexion en cours
										Médicosocial (APOLOGIC)	✓

Suivi financier de Santé Landes



	Montant projet initial	Montant dépensé cumul au 31/12/16	Prévisionnel des dépenses cumulées 31/12/2017
Pilotage stratégique et opérationnel	1 800 000 €	1 653 562 €	2 223 420 €
Construction et déploiement de la plateforme	4 500 000 € à 6 000 000 €	4 898 811 €	8 382 931 €
Fonctionnement (dont CTA sur 2 ans)	2 800 000 € à 3 400 000 €	710 775 €	1 436 218 €
AMOA, AMOA juridique, communication	750 000 €	325 813 €	345 813 €
TOTAL	10 000 000 € + 2 000 000 €	7 588 961 €	12 388 382 €

11



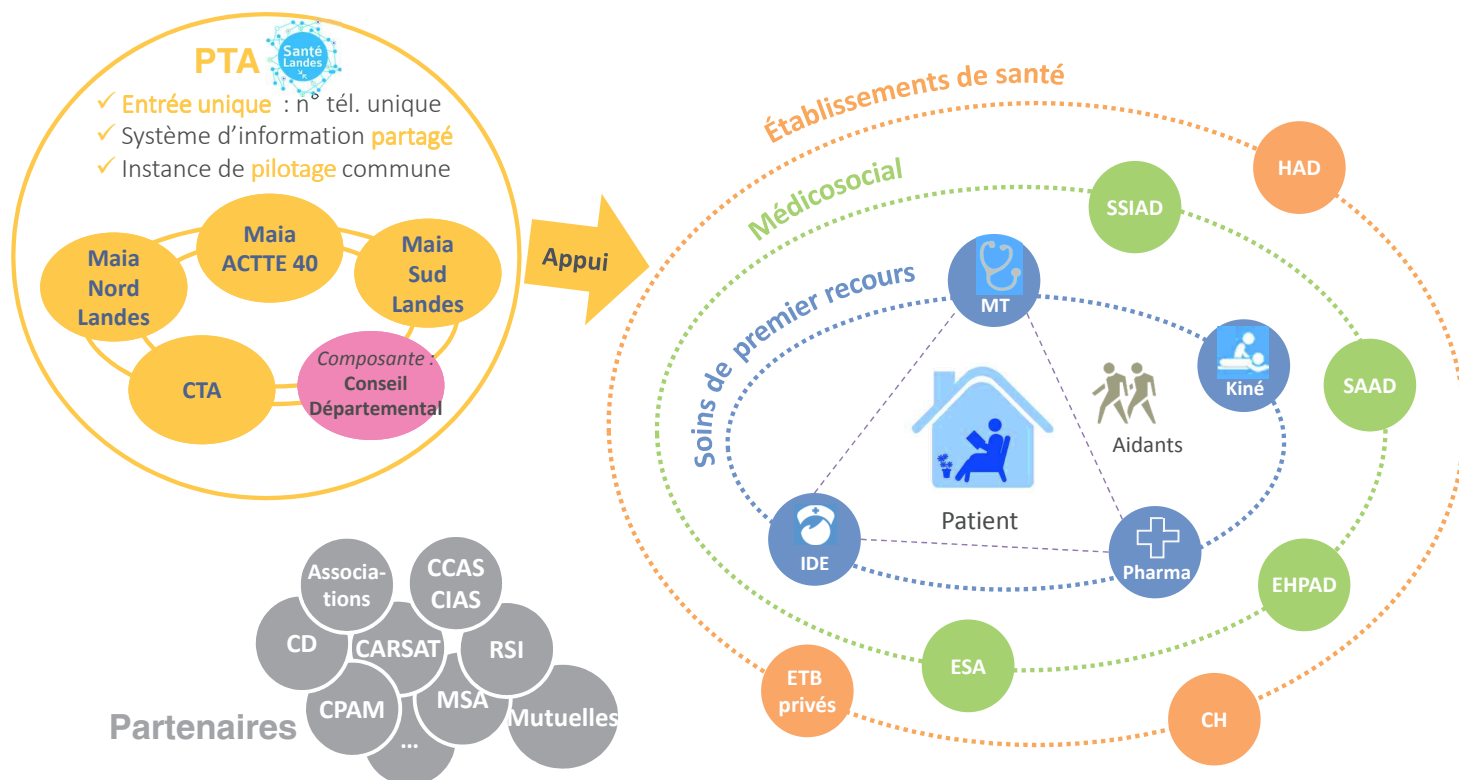
Rappel des ambitions et du déroulé du projet

Santé Landes : les résultats

Santé Landes : la pérennisation

La généralisation des PTA

L'écosystème du parcours coordonné PTA



L'Association Santé Landes

22 membres

- GCSMS Sud Landes
- GCSMS Nord Landes
- GCSMS ACTTE 40
- GCS en santé mentale
- CH de Mont-de-Marsan
- CH Dax
- CH de Saint-Sever
- CH Morcenx
- Représentation des HAD
- Union départementale des CCAS
- Représentation des Patients
- Fédération des Maisons de santé
- URPS Médecins
- Conseil de l'Ordre des Médecins
- URPS Pharmaciens
- Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
- URPS infirmiers
- Conseil de l'Ordre des Infirmiers
- URPS masseurs kinésithérapeutes
- Conseil de l'Ordre des kinésithérapeutes
- URPS dentistes
- Conseil de l'Ordre des Dentistes



1 composante

- Conseil Départemental
- Convention ESEA

Le fonctionnement de la PTA Santé Landes

2 instances sont très structurantes pour maintenir la dynamique

Le **comité d'orientation**

Le **comité d'animation territoriale**



La feuille de route Santé Landes 2018

1

Pérenniser le fonctionnement de la PTA

- Renforcer le lien Maia/CTA
- Ouvrir tout âge, toute pathologie

2

Développer l'usage du numérique

- Repenser les modalités d'Animation Territoriale
- Tester les nouvelles fonctionnalités d'inscription

LES ACTIONS FORTES

LES PROJETS CONNEXES



Suivi des traitements



Ange Gardien



Suivi des plaies



eDom Santé



Suivi des chimio orales



Intégration Prado



Compagnon de Santé

Budget de la PTA Santé Landes



CHARGES	Montant (€)	PRODUITS	Montant (€)
60 Achats	6 800	70 Rémunération des services	
61 Services externes	61 350		
62 Autres services externes	495 375		
64 Frais du personnel (2)		74 Subventions (ARS)	563 525
TOTAL DES CHARGES	563 525	TOTAL DES PRODUITS	563 525
86 Emplois des contributions volontaires en nature (12 COR- 25 personnes)	37 500	87 Contributions volontaires en nature	37 500
TOTAL	601 025	TOTAL	601 025