

**Simplifier et réduire les tâches  
administratives  
pour libérer du temps médical**

*Mission flash*

**M. Pierre ALBERTINI**, ancien directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie de  
Paris

**Dr. Jacques FRANZONI**, médecin généraliste, président de la CPTS Grand Valenciennes

**Février 2023**



## Sommaire

Introduction .....	4
Méthodologie .....	5
<b>Axe 1 – Réduire la demande de certificats médicaux et fluidifier leur condition de délivrance dans le respect de la réglementation.....</b>	<b>7</b>
1-1. Les certificats médicaux exigés pour les droits des personnes en situation de handicap ou de dépendance.....	9
1-2. Les certificats pour la pratique sportive.....	10
1-3. Les demandes de diverses natures concernant les enfants et les établissements scolaires....	14
1-3.1 Crèches (et assistantes maternelles).....	14
1-3.2 Obligations scolaires .....	15
1-4. Employeurs .....	16
1-5. Les certificats médicaux liés aux contrats d'assurance .....	18
1-6. Divers autres certificats.....	20
1-6.1 Les certificats pour aptitude ou inaptitude médicale à la conduite et dispense du port de la ceinture de sécurité .....	20
1-6.2 Décès .....	21
1-6.3 Autres certificats.....	21
<b>Axe 2 - Optimiser les processus de facturation de remboursement des frais de santé.....</b>	<b>24</b>
<b>Axe 3 - Poursuivre et accélérer les démarches de facilitation de la gestion des ALD .....</b>	<b>28</b>
<b>Axe 4 - Individualiser davantage les relations entre le réseau de l'Assurance Maladie et les médecins libéraux .....</b>	<b>31</b>
<b>Axe 5 - Renforcer l'offre de service sur AmeliPro .....</b>	<b>34</b>
<b>Axe 6 - Assurer la qualité et l'ergonomie des logiciels référencés Ségur, des aides à la prescription et à la facturation intégrées dans les logiciels métiers .....</b>	<b>42</b>
Annexe 1 : Lettre de mission .....	47
Annexe 2 : Synthèse des recommandations.....	50
Annexe 3 : Synthèse des réponses au questionnaire.....	56
Annexe 4 : Tableau Eléments de synthèse sur les certificats médicaux .....	70
Annexe 5 : Lettre aux médecins généralistes du maire de Petit-Quevilly.....	71
Annexe 6 : Liste des personnes consultées.....	72



## Introduction

Initiée en novembre 2022, la négociation de la prochaine convention médicale a confirmé dès les premières séances la nécessité de « *libérer du temps médical* » pour améliorer l'accès aux soins dans tous les territoires et recentrer le plus possible l'activité des médecins sur la prise en charge médicale de leurs patients.

En lien direct avec cet objectif, des discussions thématiques ont été engagées sur certains sujets spécifiques : le développement des assistants médicaux, la simplification et l'assouplissement des procédures et des règles de gestion de certains contrats (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), Option Pratique TARifaire Maîtrisée - OPTAM), la révision de la nomenclature avec un objectif de simplification et de réduction du nombre de codes.

Un levier majeur identifié pour « libérer du temps médical » doit conduire à donner une nouvelle impulsion à la démarche de simplification administrative engagée depuis plusieurs années, en particulier en proposant des mesures d'allègement des procédures existantes dans différents domaines, et l'évolution des outils mis à la disposition des médecins dans le but de favoriser une meilleure utilisation.

C'est sur ce périmètre précis qu'une « mission flash » nous a été confiée par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), M. Thomas Fatôme (cf. lettre de mission en annexe 1).

L'Assurance Maladie a engagé depuis plusieurs années un ensemble d'actions visant à simplifier l'exercice professionnel des médecins et les démarches des assurés : développement des télétransmissions pour la facturation des soins, allègement des procédures d'entrée et de renouvellement des Affections de Longue Durée (ALD), déploiement régulier de nouveaux téléservices, accompagnement personnalisé par les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), les Conseillers Informatiques Services (CIS)/délégués numérique en santé et les médecins-conseils.

Les échanges réalisés dans le cadre de cette mission ont permis de mieux identifier et caractériser des attentes et les aspirations exprimées par les médecins, et, également de confirmer, que cette dynamique doit être poursuivie et amplifiée.

Sur la base des constats, des analyses et des propositions qui ont résulté de ces échanges, la mission formulera dans le présent rapport :

- des actions de court terme, rapidement opérationnelles qu'il conviendra de mettre en œuvre et de rendre visibles par une information et un accompagnement adaptés ;
- des chantiers plus structurants qui devront être planifiés dans un calendrier pluriannuel, et qui ont notamment vocation à intégrer les perspectives tracées par la feuille de route du numérique en santé au service de cette ambition.

## Méthodologie

La méthode retenue a consisté, dans une première étape, à réaliser un diagnostic et un état des lieux fondés sur la base de l'écoute des médecins, qui ont pu exprimer les difficultés rencontrées dans leur exercice au quotidien.

La démarche a permis de recueillir leurs attentes et contribué à formuler les propositions et pistes de solutions.

Cette phase d'écoute et de diagnostic s'est appuyée sur les réponses à un questionnaire en ligne adressé aux médecins de trois régions (Ile-de-France (IdF), Bretagne, Hauts-de-France, également relayé à un panel de médecins d'autres régions : ce questionnaire a recueilli plus de 900 réponses (voir annexe 3 - synthèse des réponses au questionnaire).

Elle a été nourrie et enrichie par de nombreux entretiens (cf. annexe 6) avec :

- les représentants des syndicats médicaux parties prenantes à la négociation nationale ;
- des médecins représentatifs de la diversité des modes d'organisation de leur activité : activité individuelle / exercice coordonné, exercice en ville, semi-urbain, rural ;
- le bureau Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) IdF et des médecins membres d'autres URPS ;
- des présidents des conseils de l'Ordre des médecins ;
- des représentants des employeurs (Mouvement des Entreprises DE France (MEDEF) et Confédération des Petites et Moyennes Entreprises (CPME)) ;
- des représentants des directions des ministères de la Santé et de la Prévention, de l'Education et de la Jeunesse, des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, la Direction de la Sécurité Sociales (DSS), la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF) ;
- la Délégation ministérielle au Numérique en Santé (DNS) sur le déploiement de la feuille de route du numérique en santé et, en particulier, des « logiciels Ségur ».

Ce diagnostic a été également documenté par les travaux, réalisés ou en cours à la Cnam, sur les sujets en lien avec le thème de la mission.

Le « temps administratif » est difficile à estimer précisément, pour la simple raison qu'il est une variable d'un médecin à un autre et qu'il est également fortement dépendant de certains paramètres : lieu et mode d'exercice (regroupé ou non), recours ou non à des assistants médicaux, volume et caractéristique de la patientèle, spécialité médicale, etc.

Il est globalement perçu comme un ensemble de tâches chronophages, parfois inutiles ou « évitables », réduisant la disponibilité du temps médical. Il peut représenter de 10 à 20 % de l'activité hebdomadaire selon certains médecins.

Cette première phase de diagnostic a permis de centrer le périmètre de la mission autour de six thématiques et sujets principaux qui correspondent, pour l'essentiel, aux préoccupations et attentes exprimées par les médecins sur le thème des simplifications administratives et du gain de temps médical attendu :

1. La charge induite par la demande des patients pour la délivrance de certificats médicaux souvent ressentis et / ou qualifiés « d'inutiles » ;
2. La lourdeur administrative et les sujétions inhérentes au processus de facturation, en particulier celui des flux dits « dégradés », et les procédures administratives qui lui sont rattachées (pièces justificatives exigées, indus, courriers, traitement des rejets...) ;
3. Les procédures d'admission et de renouvellement des ALD, avec une évolution très positive perçue au cours de la période récente, mais qui recèlent encore des perspectives d'amélioration ;
4. La personnalisation des relations avec l'Assurance Maladie ;
5. Le renforcement de l'offre sur AmeliPro et la cohérence avec les chantiers de la feuille de route du numérique en santé ;
6. Les perspectives tracées par la feuille de route du numérique en santé.

## Axe 1 – Réduire la demande de certificats médicaux et fluidifier leur condition de délivrance dans le respect de la réglementation

Le 3 février 2011, le ministre en charge de la santé avait installé une instance de simplifications administratives dont les actions devaient conduire « à optimiser le temps consacré par les médecins aux multiples formalités, pour, d'une part, libérer du temps médical au service des besoins de santé des usagers et, d'autre part, améliorer la qualité de travail et de vie des médecins. La rationalisation des demandes de certificats médicaux, attestations et documents pour lesquels les médecins sont sollicités figure parmi les mesures portées par cette instance de simplifications administratives. »

Au cours de ces douze dernières années, de nombreux travaux ont été réalisés, et les informations, mises à jour régulièrement au niveau national par les ministères (Santé, Education nationale, Intérieur) ont été relayées par différents canaux et réseaux : Conseil National de l'Ordre des Médecins, CNAM, CNAF, AMF, ADF.

La circulaire DSS/MCGR/DGS no 2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux précisait que « beaucoup de certificats médicaux demandés aux médecins libéraux ne reposent sur aucun fondement juridique ou ne comportent aucun contenu médical. Afin de simplifier les tâches administratives de l'exercice libéral, la présente circulaire rappelle les cas où le certificat médical est nécessaire et les situations dans lesquelles il ne l'est pas ».

La même circulaire DSS rappelait également : « Il ne doit pas y avoir d'attestation ou de certificat sans examen médical (...) L'article R. 4127-76 du code de la santé publique précise que l'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires » ; « Le certificat n'est pas un simple document administratif. Il est la conclusion d'un examen médical et doit être délivré dans le respect du secret médical (...) la délivrance d'un certificat médical ne donne pas lieu à remboursement par l'Assurance Maladie » (art. L. 321-1 du code de la Sécurité sociale).

« ... lorsque les attestations et certificats médicaux sont exigés dans le cadre de situations reconnues par la loi, ils doivent être simplifiés et harmonisés, voire dématérialisés... »

➤ cf. en particulier les publications et les liens ci-dessous qui illustrent cette volonté d'agir et de mieux informer (voir les notes de bas de page <sup>1 2 3 4 5</sup>).

---

<sup>1</sup> [Ministère de la Santé et de la Prévention : Le point sur « Les certificats médicaux ».](#)

<sup>2</sup> [Circulaire DSS/MCGR/DGS no 2011-331 du 27 septembre 2011 relative à la rationalisation des certificats médicaux.](#)

<sup>3</sup> [Ministère de l'Intérieur : article « Un certificat médical est-il nécessaire pour faire du sport ? ».](#)

<sup>4</sup> [MG France – Rationalisation des certificats médicaux.](#)

<sup>5</sup> [Conseil national de l'Ordre des médecins – Assurances : questionnaires de santé et certificats.](#)

Au niveau local, ces informations ont été également relayées par les conseils départementaux de l'ordre des médecins, les établissements en charge de la petite enfance et les établissements d'enseignement scolaires, les collectivités territoriales et les centres communaux d'action sociale (CCAS) en particulier<sup>6</sup> (voir également l'annexe 5).

En dépit de cette volonté politique affirmée et des actions concrètes qui ont été mises en œuvre, les médecins expriment toujours, majoritairement, le sentiment d'être encore très souvent sollicités, sans lien avec un véritable motif médical de consultation, pour des demandes de certificats médicaux qui reposent sur un fondement juridique difficile à établir pour eux, ou qui relèvent parfois simplement du simple « principe de précaution ».

Par ailleurs, certaines procédures sont perçues comme lourdes et chronophages et identifiées comme un important motif de « perte de temps médical »

Il semble toutefois que l'information existe sur ce sujet, qu'elle est disponible, actualisée et facilement accessible, et qu'il est par conséquent possible de trouver des réponses à des situations très précises.

La situation est dans la réalité beaucoup plus contrastée car le domaine est vaste et parfois complexe, et l'information disponible est morcelée sur différents canaux distincts : il n'existe pas à ce jour un « *point d'entrée unique* » permettant d'avoir un accès facilité.

Il a semblé nécessaire à la mission, sans être exhaustif, de mettre en exergue les situations les plus fréquemment rencontrées, de faire apparaître les éléments recueillis auprès des médecins dans le cadre de l'écoute terrain, et de proposer à ce stade quelques recommandations.

Les thèmes relatifs à la délivrance de certificats médicaux majoritairement cités sont les suivants :

- **L'obtention d'un droit** pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) ou Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR)) ;
- **La pratique ou la « non contre-indication » à la pratique sportive** : licences sportives permettant ou non la participation aux compétitions, participations aux compétitions organisées par les fédérations ;
- **Les demandes de diverses natures concernant les enfants** :
  - les crèches ;
  - obligations scolaires : absences maladie, entrée en maternelle ou en primaire, sortie scolaire, éducation physique, absence cantine scolaire ;
  - prise de médicaments (crèches et assistantes maternelles) ;
- **Les employeurs** :

---

<sup>6</sup> [Accueil familial de la maison de l'enfance – Règlement intérieur, 2016.](#)

- certificats liées aux risques maladie ou accident de travail/maladie professionnelle ;
- arrêts de travail de courte durée ;
- reprise du travail ;
- inaptitude au travail ;
- **Les assurances et institutions de prévoyance ;**
- **Les besoins des familles de personnes décédées** : certificat constatant le décès ;
- **Divers** : l'aptitude à la conduite et la dispense du port de la ceinture de sécurité, l'adaptation du domicile, les certificats médecins agréés.

## 1-1. Les certificats médicaux exigés pour les droits des personnes en situation de handicap ou de dépendance

### ➤ Synthèse des principaux constats

- **MDPH** : les médecins soulignent positivement la mesure introduite par l'avenant 9 à la convention médicale de 2016 qui valorise la consultation complexe (60 €) pour l'élaboration d'un certificat médical exigé dans la demande du dossier MDPH : ils évoquent cependant que le dossier est particulièrement long et « chronophage » (questionnaire de 8 pages : formulaire unique prévu par l'arrêté 23 mars 2009) et suggèrent que ce dossier devrait être différencié en fonction de la situation du patient. (Pour mémoire : le certificat a été allégé en cas de renouvellement lorsque la situation médicale du patient n'a pas évolué). Le dossier est désormais en partie dématérialisé (remplissage en ligne du questionnaire) mais doit ensuite être édité pour être remis au patient.

- **APA** : un certificat et un questionnaire médical sont exigés par certains départements pour les demandes d'admission à l'APA : à ce stade il n'existe pas de texte juridique portant cette exigence. La situation peut être différente d'un département à l'autre au sein d'une même région.

### Recommandations

➤ Sensibiliser de nouveau les MDPH, les conseils départementaux et l'ADF en rappelant des règles énoncées dans le document du MSP<sup>7</sup> : *« Pas de nouveau certificat si le patient a déjà eu un certificat médical lors d'une précédente demande auprès de la MDPH ou dans le cadre de dispositifs antérieurs tels que les demandes auprès de la COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) ou de la CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale) et si l'état de santé, l'état fonctionnel ou le handicap du patient n'est pas modifié de façon significative depuis le dernier certificat.*

➤ La sensibilisation des MDPH des conseils départementaux et de l'ADF est nécessaire pour le rappel des règles de prescription et de renouvellements afin que les professionnels du social et du médico-social, parties prenantes de la prise en soins des patients, puissent mettre en œuvre ces principes.

<sup>7</sup> [Ministère de la Santé et de la Prévention : Le point sur « Les certificats médicaux ».](#)

- Conférer un caractère définitif à certains certificats MDPH notamment pour des pathologies irréversibles et incurables : troubles moteurs et cognitifs pour lesquels la demande est inutile.
- Envisager la dématérialisation complète, de « bout en bout » du questionnaire médical MDPH comme le prévoyait la circulaire DSS/MCGR/DGS 2011-331 du 27 septembre 2011 (en s'inspirant du service « ViaTrajectoire »).
- Clarifier le cadre juridique concernant les dossiers de demandes d'APA sur l'exigence de production d'un certificat médical par le médecin traitant et homogénéiser les règles sur l'ensemble du territoire national (un médecin pouvant être confronté à des pratiques différentes de conseils départementaux sur une même région pour des patients résident dans des départements différents) : instruction DCGS.

## 1-2. Les certificats pour la pratique sportive

### Synthèse des principaux constats :

Exprimée sous différentes formes, la demande convergente des médecins peut être résumée ainsi : il est nécessaire de clarifier ce qui relève du domaine de l'obligatoire, le recours au certificat médical ne devant être réservé qu'aux seules situations expressément prévues par les textes en vigueur. Sur la base de ce référentiel précis, le médecin pourra plus facilement opposer un refus à une demande non justifiée.

Les demandes exclusivement liées la délivrance de certificats sportifs peuvent représenter une part très importante -voire prépondérante- de l'activité de certaines journées, en particulier à la rentrée de septembre.

Une stricte application de ces règles doit être imposée aux fédérations et associations sportives qui doivent mettre à jour leurs règlements internes et faire appliquer ce cadre.

Les médecins soulignent cependant le caractère souvent utile sur le champ de la prévention chez les jeunes adultes, adolescents et enfants en raison du faible recours à la consultation pour ces publics.

### Rappel du cadre juridique

La visite médicale pour pratiquer le sport a pour objectif de dépister des pathologies pouvant induire un risque vital ou fonctionnel grave, favorisé par cette pratique. Les articles du code du sport (L. 231-2 à L. 231-3) régissent les situations de demandes de certificats médicaux. En règle générale, un certificat médical datant de moins d'un an est exigé. Concernant les renouvellements d'une licence non compétitive, la fréquence du renouvellement du certificat médical est définie par chaque fédération sportive.

Le ministère de la Santé et le ministère en charge des sports ont contribué largement à la publication de la N°DSS/MCGR/DGS/2011/331 du 27 septembre 2011.

Depuis 2011 des évolutions notables du code du sport relatives à la production de certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ont été réalisées :

- **Avant 2016** : certificat médical obligatoire datant de moins d'un an pour l'obtention, le renouvellement ou la participation à des compétitions sportives fédérales ou autorisées par une fédération sportive.

La **loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016** de modernisation de notre système de santé (articles 219 et 220) et le décret du 24 août 2016<sup>8</sup> ont introduit les modifications suivantes :

- **Certificat médical obligatoire** lors de la première délivrance de licence **puis tous les 3 ans** en cas de renouvellement avec renseignement d'un questionnaire de santé chaque année dans l'intervalle ;
- Pour la participation aux compétitions sportives : présentation de la licence ou certificat médical obligatoire datant de moins d'un an pour les non licenciés ;
- Certificat médical obligatoire datant de moins d'un an pour l'obtention/renouvellement de la licence et participation aux compétitions sportives pour les disciplines à contraintes particulières dont la liste est fixée par décret ;
- Suppression de l'exigence d'un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement de la licence et participation aux compétitions sportives des fédérations sportives scolaires à l'exception des disciplines à contraintes particulières.

La **loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020** d'accélération et de simplification de l'action publique (article 101) et le décret du 18 mai 2021 ont apporté les modifications suivantes :

- **Suppression du certificat médical obligatoire chez les mineurs** pour l'obtention ou le renouvellement de la licence et participation aux compétitions sportives à l'exception des disciplines à contraintes particulières (certificat annuel) ;
- Chez les mineurs : renseignement d'un questionnaire de santé chaque année ;
- Recherche d'éventuelles contre-indications à la pratique sportive lors des examens de santé obligatoires.

La **loi n° 2022-296 du 2 mars 2022** visant à démocratiser le sport en France (articles 23 et 24) et le décret du 22 juin :

- Pour les majeurs : introduction du principe de la suppression du certificat médical **sauf si les fédérations l'exigent et en fixent les modalités** (pas de changement pour les mineurs).

---

<sup>8</sup> [Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.](#)

- Certificat médical annuel pour les disciplines à contraintes particulières : liste fixée par décret après avis des fédérations sportives (fédérations concertées et projet de décret en cours de validation rationalisant la liste de ces disciplines).

Ces évolutions récentes du cadre législatif et réglementaires devraient avoir pour effet d'entraîner une sensible diminution du nombre des demandes de certificat médical par les fédérations, cet acte étant par ailleurs identifié comme un frein au développement de la pratique sportive par le mouvement sportif. Les derniers textes d'application de la loi ayant été publiés fin juin 2022, à une période trop proche de la rentrée de la saison sportive qui débute en septembre, la majorité des fédérations ont repoussé leur réflexion quant aux nouvelles dispositions à la prochaine saison sportive 2023-2024.

Le ministère chargé des sports précise qu'il est encore difficile de dire, à l'heure actuelle, quelles sont les fédérations qui n'exigent plus le certificat médical : un bilan plus précis pourra être fait après septembre prochain.

**Ces dispositions ne concernent cependant que la pratique sportive fédérale (environ 17 millions de licenciés) soit la moitié de l'ensemble des pratiquants en France.**

La pratique sportive par les non licenciés n'est pas encadrée par une réglementation relative au contrôle médical préalable à la pratique sportive, pour les structures sportives non affiliées à une fédération, ou pour les compétitions sportives non organisées ou autorisées par une fédération sportive (structures privées, salles de remise en forme, associations communales etc.).

Le libre choix d'exiger ou non un certificat médical est donc laissé à la libre appréciation de la structure ou de l'organisateur (obligation de moyen en termes de sécurité) et parfois dicté par des problématiques assurantielles.

Pour l'enseignement de la danse, par exemple, l'article R362-2 du code de l'éducation prévoit que *« les exploitants doivent s'assurer, avant le début de chaque période d'enseignement, que les élèves sont munis d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'enseignement qui leur est dispensé. Ce certificat doit être renouvelé chaque année. A la demande de tout enseignant, un certificat attestant un examen médical supplémentaire doit être requis »*.

Il est difficile de faire un état des lieux précis des structures qui exigent ou non un certificat médical mais, selon le ministère des Sports, il apparaît que ces structures adoptent souvent « par mimétisme » les mêmes dispositions imposées au milieu fédéral ou fixées par ce dernier.

Le ministère en charge des sports a par ailleurs développé un certain nombre d'outils, dont la notoriété pourrait être renforcée, destinés à apporter la meilleure information possible dans ce domaine :

- Une boîte aux lettres créée par la direction des sports a été mise en place pour répondre aux questions relatives au contrôle médical préalable à la pratique sportive : [CMNCI@sports.gouv.fr](mailto:CMNCI@sports.gouv.fr)

• [Un simulateur « Vous faut-il un certificat médical pour faire du sport ? »](#) est mis en place sur le site du service public et mis à jour avec les nouvelles dispositions de la loi du 2 mars 2022<sup>9</sup>.

• La Société Française de médecine de l'exercice et du sport (SFMES) ne s'est jamais vraiment positionnée sur les exigences en matière de certificat. Cependant, elle émet des recommandations quant au contenu de l'examen médical concourant à la délivrance du certificat médical<sup>10</sup>.

➤ **Éléments de synthèse sur les certificats médicaux liés à la pratique du sport : voir annexe 4.**

## Recommandations

➤ **Procéder à la mise à jour de la cartographie** de l'ensemble des certificats médicaux existants dans le domaine de la pratique sportive et l'actualiser au regard des seules exigences fixées par les textes législatifs et réglementaires et de leur évolution récente.

- Acteurs : ministère santé et prévention (DSS/DGS) ministère des Sports et des JO et P.

➤ **Renforcer les interdictions et préconisations à demander** des certificats inutiles, notamment pour les associations et fédérations sportives : instructions et rappel du cadre législatif et réglementaire à l'ensemble des fédérations et associations sportives et information à décliner localement par les CDOM et l'Assurance Maladie. **Actualiser la circulaire interministérielle de n°2011-331 du 27 septembre 2011 pour une nouvelle diffusion en juin 2023** et mise en œuvre à la rentrée de septembre 2023.

- Acteurs : ministère des sports et des JO et P, ministère SP en lien avec le CNOM et la Cnam.

➤ **Relayer une information aux médecins** par les canaux de communication utilisés traditionnellement par le CNOM et l'Assurance Maladie (en incluant les outils récemment créés et proposés par le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques) et diffuser une information aux assurés sociaux (Ameli) à certaines périodes clés : en amont de la rentrée des classes de septembre.

➤ **A moyen terme et avec le déploiement de Mon Espace Santé (MES)** : Intégration des certificats de non contre-indication à la pratique sportive via MES : rubrique Certificats médicaux. Evolution à intégrer dans les cahiers des charges des versions futures des logiciels métiers (LM) médecins (vagues 2 et suivantes du Ségur). Ces évolutions faciliteront l'utilisation en cas de besoin par les patients/parents en permettant l'impression du certificat.

- Acteurs : DNS, en lien avec DGS et DSS/CNAM.

<sup>9</sup> [service-public.fr - simulateur « Vous faut-il un certificat médical pour faire du sport ? »](#).

<sup>10</sup> [Société française de médecine et de l'exercice d'un sport - Fiche d'examen médical de non contre-indication apparente à la pratique d'un sport.](#)

## 1-3. Les demandes de diverses natures concernant les enfants et les établissements scolaires

### Synthèse des principaux constats, attentes et propositions exprimées sur ce champ (et verbatims)

A la lumière des nombreuses demandes et sollicitations auxquelles ils sont confrontés dans leur exercice au quotidien, les médecins réaffirment la nécessité, selon le même principe général qui doit s'appliquer à toute demande de délivrance de certificat médical, de « clarifier ce qui relève de l'obligatoire de ce qui est inutile, voire injustifié ». Ils formulent le souhait que le ministère en charge de l'éducation nationale, en lien avec le ministère chargé de la santé, proposent et mettent en œuvre de réelles simplifications en ce domaine, avec comme traduction concrète, la « nécessité de donner à tous les établissements scolaires une véritable feuille de route, claire et précise sur le sujet ». Sur le terrain, on observe souvent des pratiques hétérogènes liées à la présence ou non d'un service de médecine scolaire dans les établissements. Certains médecins interrogés ont évoqué la nécessité de sensibiliser également les rectorats sur le sujet.

L'ensemble des collectivités territoriales, chacune en fonction de leur périmètre d'intervention (les maires pour écoles publiques, les départements pour les collèges, les régions pour les lycées) doivent agir en cohérence pour limiter strictement les demandes de certificats médicaux dans le respect du cadre juridique en vigueur.

Ce principe doit également s'appliquer pour les crèches et la petite enfance : le certificat sollicité étant le plus souvent lié à l'obligation de paiement, il convient de clarifier et d'actualiser le cadre des absences non pénalisantes pour les familles et de mieux les informer de manière adaptée pour tarir les demande injustifiées, et de ne rendre opposable que ce qui est strictement obligatoire.

Globalement les médecins partagent le constat que cette situation engendre des « effets indésirables » sur le plan économique : des médecins peuvent être amenés à facturer des consultations non justifiées sur le plan réglementaire, qui seront in fine remboursées par l'Assurance Maladie.

A la lumière de ces éléments, il est apparu nécessaire de reprendre de manière plus détaillée certains sujets précis, en rappelant le cadre juridique en vigueur et en formulant les recommandations que ces constats appellent.

#### 1-3.1 Crèches (et assistantes maternelles)

Les médecins déclarent être régulièrement sollicités à mauvais escient pour la délivrance de certificats médicaux, pour les motifs suivants :

- **Prise de médicaments** : dans le cas d'un médicament prescrit, lorsque son mode de prise ne présente pas de difficultés particulières ni de nécessité d'apprentissage et lorsque le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical, l'aide à la prise du médicament est considérée

comme un acte de la vie courante. L'autorisation des parents, accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant le traitement, suffit à permettre aux assistantes maternelles d'administrer les médicaments requis aux enfants qu'elles gardent. La production d'un certificat médical n'est donc pas justifiée (article L. 4161-1 du code de la santé publique /circulaire DGS/PS3/DAS - 99-320 du 4 juin 1999 relative à la distribution de médicaments).

- **Absences < à 4 jours** : pendant les trois jours d'absence de l'enfant, la production d'un certificat médical n'a pas d'effet sur la facture en cas d'accueil régulier : elle est donc injustifiée, au même titre que la demande d'un certificat de non contagion pour la réintégration de l'enfant dans la crèche. (*circ. DSS/MCGR/DGS 2011-331 du 27/09/2011* relative à la rationalisation des certificats médicaux).

- **Seules les absences > à 4 jours** nécessitent la délivrance d'un certificat médical destiné à permettre aux familles d'être exonérées du paiement.

- **Allergies** : le certificat médical ne peut pas être exigé pour attester une absence d'allergie. En revanche il est justifié en présence d'une pathologie lourde dans le cadre du protocole d'accueil individualisé (PAI) de même qu'en cas d'allergie nécessitant un régime alimentaire spécial (*Bulletin officiel n°34 du 18 septembre 2003* : accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé).

### Recommandations

➤ Ces dispositions doivent être rappelées à l'ensemble des structures en charge de la petite enfance : crèches (bénéficiaires de la PSU et autres), assistantes maternelles. Les médecins seront également informés avec les outils adaptés pour opposer « une fin de non-recevoir » aux demandes de certificat injustifiées sur ce champ.

- Acteurs : interministériel/DGCS/DSS/DGS. En relai, information aux médecins par les canaux traditionnels : CNOM, Assurance Maladie, CNAF et information des assurés sociaux en amont de la rentrée de septembre : Assurance Maladie via Ameli, CNAF/CAF bénéficiaires de la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE) et crèches bénéficiaires de la PSU (information des familles).

### 1-3.2 Obligations scolaires

Les médecins sont sollicités de manière injustifiée dans le domaine, très vaste, des « obligations scolaires », pour les motifs suivants :

- **Absences à l'école et entrée en maternelle ou en primaire** : l'exigence des certificats a été supprimée par l'Education nationale en 2009 sauf en cas de maladie contagieuse. Seule l'attestation concernant les vaccinations obligatoires pour la scolarisation est exigée (carnet de vaccination, copie des pages « vaccination » du carnet de santé ou certificat médical).

- **Sorties scolaires, éducation physique** : aucun certificat n'est nécessaire lors de sorties ou voyages collectifs dans le cadre scolaire. Concernant l'éducation physique, un certificat médical doit préciser le caractère total ou partiel **de l'inaptitude à l'EPS** et mentionner sa durée.

- **Absence cantine scolaire** : il n'existe pas de textes législatifs ou réglementaires permettant d'exiger un certificat médical pour absence à la cantine scolaire en dehors des cas de maladies contagieuses.

Dans les faits, les médecins sont très souvent sollicités pour délivrer un certificat médical au seul motif de permettre au parent de justifier l'exonération du paiement des frais de repas. Les règlements intérieurs des établissements doivent systématiquement reprendre ces dispositions et en faire une application stricte<sup>11</sup>.

## Recommandations

- **Rappel des dispositifs juridiques en vigueur** à l'ensemble des établissements scolaires et aux collectivités territoriales concernées en fonction de leur champ de compétence respectif, avec un message adapté sur la nécessité de respecter strictement ce cadre et une invitation à diffuser et actualiser l'information sur le sujet pour l'ensemble des établissements concernés.
  - Intégration et/ou mises à jour si nécessaire des règlements intérieurs des établissements.
  - Etudier l'opportunité de mettre en œuvre un dispositif inspiré de celui qui existe pour les crèches (délai de carence de trois jours) pour les cantines scolaires.
    - Acteurs : Ministère de l'Education nationale et de la Jeunesse, Ministère de la Santé et de la Prévention.
- **En relai, information aux médecins par les canaux traditionnels** : CNOM, Assurance Maladie et information des assurés sociaux en amont de la rentrée de septembre.
- **Perspectives à moyen terme et avec le déploiement de Mon Espace Santé (MES)** : intégration du carnet de vaccination de l'enfant et alimentation de la « rubrique certificats médicaux » de MES permettant la disponibilité des justificatifs nécessaires pour la famille.

## 1-4. Employeurs

### Les certificats d'avis d'arrêt de travail de courte durée

Des demandes émanant à la fois de médecins s'exprimant à titre individuel, mais également de certains syndicats de médecins, suggèrent un assouplissement « drastique » consistant à dispenser le salarié de la délivrance d'un avis d'arrêt de travail (AAT) pour des absences de très courte durée (1 à 3 journées) avec comme argument principal, l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie de ces périodes d'arrêt de travail (délai de carence).

Le principe reposerait sur *l'auto déclaration* du salarié de ces absences à son employeur (« *Il faut faire confiance au salarié* »), dans un « cadre juridique » adapté (dispositions législatives et/ou réglementaires (accord de branche, conventions collectives ...) destiné à limiter la fréquence des ces situations sur une année donnée (1 à 2 fois / an au maximum). Les médecins suggèrent que cette

---

<sup>11</sup> Textes de référence :

[Décret 2009-553 du 15 mai 2009.](#)

[Maladies contagieuses : arrêté interministériel du 3 mai 1989 et circulaire 2004-054 du 23 mars 2004.](#)

Pour l'EPS : [décret 88-977 du 11 octobre 1988.](#)

La note de service EN 2009-160 du 30 octobre 2009 diffusée à l'ensemble des établissements scolaires reprend l'ensemble de ces dispositions toujours en vigueur.

proposition aurait pour effet de réduire fortement les sollicitations pour ce motif de « conformité/régularité administrative » du salarié à l'égard de son employeur, sachant par ailleurs qu'elles auraient également un effet économique positif pour l'Assurance Maladie.

#### **Avis des institutions représentant les employeurs :**

La CPME s'est déclarée extrêmement réservée sur cette proposition au motif qu'elle ne souhaite pas « banaliser un jour d'absence » qui doit être, selon elle, basé sur une justification médicale. Le déploiement des TLC pour ce seul motif au cours de la période récente conforte ses réserves. Par ailleurs, et même si ce dispositif n'impacte pas directement l'Assurance Maladie (carence), il a une conséquence économique directe pour l'entreprise qui maintiendrait le salaire. La CPME craint en particulier des risques de « dérives les vendredis et les lundis », le « rapport au travail » étant fortement modifié depuis la crise du Covid.

Si le MEDEF indique partager le souci d'alléger les tâches administratives pour favoriser le gain de temps médical, il ne retient pas cette proposition pour plusieurs raisons, en particulier au regard d'un principe simple : le salarié et plus généralement l'assuré n'est pas en capacité de "s'auto diagnostiquer". Pour les motifs d'absence pour raisons de santé, l'employeur a besoin d'un certificat médical l'attestant : « Le médecin est le professionnel incontournable pour apprécier l'état de santé de l'assuré ».

Les entreprises sont très mobilisées et très investies dans la protection et la préservation de la santé de leurs salariés au travail, en particulier sur la prévention des risques psychosociaux, et la demande est de plus en plus forte sur ces enjeux de prévention. L'avis médical et la décision du médecin qui délivre le certificat médical, qui en est la traduction pour justifier le bien fondé d'un arrêt de travail, sont des éléments importants et souvent éclairants pour l'entreprise au regard des objectifs de prévention et de préservation de la santé au travail de leurs salariés. Les arrêts de travail, même de très courte durée, peuvent être des éléments utiles et précieux, à la fois pour le médecin du travail et pour le chef d'entreprise (dans le respect du secret médical) pour mieux détecter, et plus rapidement, les problèmes de santé en général, ou des difficultés liées à la relation de travail.

La crise du Covid et les dispositifs dérogatoires d'assouplissement qui ont été mis en place pour gérer les absences au travail au cours de cette période étaient nécessaires pour passer la crise mais n'ont pas été tous concluants sur le long terme, notamment en produisant les effets largement commentés par l'actualité sur la distanciation sociale, les risques accrus d'isolement et de « rupture » avec le collectif de l'entreprise, les difficultés d'organisation...

C'est dans ce contexte général que le MEDEF souhaite repositionner la demande des médecins visant à permettre une « auto-déclaration » des salariés pour les absences de très courte durée (< à 3 jours) et son opposition à cette perspective.

A priori il n'y a d'ailleurs pas d'accords collectifs de branche, ni d'entreprise, connus sur ce sujet. Il faut également prendre en considération le coût économique que supporterait directement l'entreprise

dans ce type de situation (salaire maintenu sans justificatif) et, par ailleurs, le risque lié à responsabilité personnelle du chef d'entreprise. Selon le MEDEF, une piste mériterait peut-être d'être explorée : l'évolution possible des délégations de tâches sur ce périmètre (assistants médicaux, IPA).

Compte tenu de la position des deux principales institutions représentatives des employeurs sur ce sujet, **la mission considère qu'elle n'est pas en mesure de formuler une recommandation** correspondant à la demande des médecins consistant à mettre en place un dispositif « d'autodéclaration » par le salarié pour les absences de courte durée. Seuls des accords d'entreprise à l'initiative des partenaires sociaux peuvent instaurer ce type de mesure. Une évolution du cadre législatif et réglementaire sur le sujet reste très hypothétique dans ce contexte.

▪ **Les certificats d'embauche, reprise du travail, inaptitude au poste de travail :**

Les médecins, dans des proportions variables, indiquent être sollicités pour ces motifs, alors que certificat médical n'a pas à être demandé dans ces trois situations en l'absence de texte l'exigeant :

- **Avant l'embauche ou au plus tard avant l'expiration de la période d'essai** le salarié bénéficie d'un examen médical par le médecin du travail (articles R. 4624-10 et suivants du code du travail).
- **Reprise du travail** : le salarié bénéficie d'un examen par le médecin du travail dans des cas listés (articles R. 4624-21 et suivants du code du travail).
- **Inaptitude au poste de travail** : le certificat médical délivré par le médecin traitant n'est pas nécessaire et n'a aucune valeur médicale (articles L. 1226-2 et suivants du code du travail, **il appartient au seul médecin du travail** de constater l'inaptitude).

**Recommandation**

➤ S'il semble difficile d'envisager une information générale à l'ensemble des entreprises au regard de la nature du sujet et de la faible intensité des sollicitations sur ce thème, il paraît néanmoins nécessaire de rappeler cette information aux médecins afin qu'ils puissent s'en prévaloir en cas de sollicitations injustifiées.

## 1-5. Les certificats médicaux liés aux contrats d'assurance

**Principal constat** : le sujet n'a pas été identifié comme présentant une acuité particulière à l'exploitation des réponses au questionnaire en ligne mais il a fait l'objet de discussions lors des échanges avec les médecins. Un élément particulier est souligné : le risque de mise en cause de la responsabilité personnelle du médecin devant les juridictions.

La FNMF soutient la position selon laquelle les certificats médicaux liés aux contrats d'assurance et de prévoyance respectent le cadre législatif et réglementaire en vigueur dans les 3 domaines principaux où ils sont nécessaires : assurances décès, emprunteurs, dépendance et prévoyance. Les contrats sont juridiquement normés pour s'inscrire dans ce cadre juridique précis. Les certificats post-mortem ne peuvent être demandés que dans des situations de suspicions de fraudes. Toutes ces démarches s'inscrivent dans le respect du secret médical et c'est le médecin-conseil de la société d'assurance ou de prévoyance qui reste l'interlocuteur du médecin le cas échéant.

**France Assureurs** rappelle le cadre législatif et réglementaire et ses évolutions récentes, en particulier avec la loi « Lemoine » du 28 février 2022 qui a introduit le droit à l'oubli et à la suppression du questionnaire santé pour certains contrats < 200 000 €. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la convention AERAS (S'assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) constituent, de fait, le cadre de référence juridique et déontologique précis qui s'applique, les demandes de certificats médicaux ayant vocation à s'inscrire dans cet ensemble.

Le document produit par le CNOM (voir infra), qui avait fait l'objet d'échanges préalables avec France Assureurs avant publication, est considéré cependant comme « d'interprétation trop stricte dans certaines situations », les médecins pouvant de ce fait l'interpréter de manière trop restrictive. Il a été cependant « circularisé » par France Assureurs auprès de l'ensemble de ses adhérents.

Il est suggéré qu'une relecture partagée de ce document soit réalisée avec le CNOM pour lever les éventuelles divergences d'appréciation, qui demeurent à la marge.

**Le rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2015 (MAJ : 2019 - avril 2022) constitue en effet un document de référence sur le sujet<sup>12</sup>.**

L'Ordre des médecins recommande aux praticiens la prudence, laissant aux patients et aux ayants droits la liberté de transmission des éléments d'informations médicales auxquelles la loi leur permet d'accéder. Le médecin peut conseiller la personne, ou les ayants droit, en leur indiquant les éléments médicaux qui répondent aux demandes de l'assurance, les éclairer sur les conséquences de la divulgation d'informations médicales. Le médecin traitant n'a pas à remplir, signer, apposer son cachet ou contre signer un questionnaire de santé simplifié ni à rédiger un certificat l'obligeant à détailler les causes du décès ou les antécédents de la personne décédée.

Le médecin doit veiller à donner à la personne toute information utile sur la procédure, la nécessité de « dire la vérité » afin de couvrir les risques avec l'éventualité d'une prime d'assurance majorée. Celle-ci est de la seule responsabilité de l'assureur.

### **Les documents post mortem**

A la suite du décès d'un assuré, l'assureur peut vérifier que la cause du décès est étrangère à une éventuelle clause d'exclusion de garantie figurant dans le contrat, ou que le contractant n'a pas omis, lors de la souscription, de déclarer un facteur de risque.

Le médecin traitant, ou le médecin qui a constaté le décès, peut être sollicité pour remplir un questionnaire de santé ou délivrer un certificat médical détaillé indiquant : les antécédents du patient, la cause du décès, la date d'apparition des premiers symptômes, la date de diagnostic de la maladie...

S'il est sollicité directement par le médecin de la compagnie d'assurance, le médecin, lié par le secret médical, ne doit pas lui répondre.

---

<sup>12</sup> [Conseil national de l'Ordre des médecins – Assurances : questionnaires de santé et certificats](#)

S'il est sollicité par des ayants droit de la personne décédée, par son concubin ou par son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le médecin qui a constaté le décès peut leur remettre un certificat indiquant, sans autre précision, que le décès résulte d'une cause naturelle ou d'un accident.

Le médecin ne peut remplir, signer, apposer son cachet ou contresigner un questionnaire de santé ou un certificat médical détaillé révélant la nature, la date d'apparition de la maladie ayant entraîné le décès, l'existence d'autres affections.

### **Recommandations**

- La mission considère que le contenu de ce rapport du CNOM constitue un élément de référence clair et explicite qui se « suffit à lui-même », et auquel tout médecin doit pouvoir avoir accès pour s'y référer lorsqu'il est confronté à une demande particulière de nature médicale émanant d'une société d'assurance ou de prévoyance. La communication sur son existence et sa disponibilité a vocation à être relayée par l'ordre des médecins selon les canaux habituels. Cet élément doit être intégré dans l'information du portail/point d'entrée unique « certificats médicaux » proposé ci-après (*service-public.fr*)
- Un nouvel échange entre le CNOM et France Assureurs est cependant souhaitable pour clarifier les quelques divergences d'appréciation sur certains aspects particuliers, avec la perspective d'une mise à jour de ce document si elle s'avérait, in fine, nécessaire et utile.

## **1-6. Divers autres certificats**

### **1-6.1 Les certificats pour aptitude ou inaptitude médicale à la conduite et dispense du port de la ceinture de sécurité**

L'examen médical prévu pour la dispense du port de la ceinture de sécurité est réalisé par un médecin agréé par la préfecture du département. De même, l'appréciation de l'aptitude ou inaptitude médicale à la conduite relève des médecins agréés par les préfectures (arrêté du 21 décembre 2005 modifié et arrêté du 8 février 1999 modifié).

### **Recommandation**

- Rappel de l'information sur ce sujet aux médecins, afin qu'ils puissent s'en prévaloir en réponse à des sollicitations injustifiées.

## 1-6.2 Décès

L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Le certificat de décès est possible en version papier ou en version électronique (article R. 1112-70 du CSP ; articles L. 2223-42 et R. 2213-1-1 et suivants du code général des collectivités territoriales)

Sur ce sujet, c'est moins la connaissance des règles juridiques et des obligations qui en résultent pour chaque médecin concerné qui sont à l'origine des difficultés évoquées, mais plus la forme des sollicitations et les moyens à mettre en œuvre pour réaliser ces actes. La mission a décidé de ne pas traiter ce point particulier qui pourra faire l'objet d'un examen spécifique.

On peut néanmoins souligner la possibilité désormais offertes aux médecins de rédiger les certificats de décès en ligne à partir de l'application Cert-Dc , également disponible sur tablette et smartphone et accessible par identification Pro Santé Connect.

## 1-6.3 Autres certificats

Afin de permettre d'avoir une vision la plus large possible des retours des médecins sur la diversité, a priori sans limite, des sollicitations dont ils peuvent faire l'objet, la mission souhaite évoquer quelques témoignages recueillis. Les demandes de délivrance de certificats médicaux peuvent également porter sur des sujets les plus divers et les plus originaux : le recours à la balnéothérapie, les chantiers citoyens, l'aptitude pour les jeunes sapeurs-pompiers, la pratique du télétravail, l'usage régulier des douches et baignoires et plus largement les adaptations de domicile, ou bien la tolérance à l'altitude pour les séjours en montagne... Ou encore ceux liés à la vie en collectivité, demande à laquelle un médecin indique répondre « qu'il jamais contre-indiqué la vie en collectivité à un bébé ».

La liste n'est pas exhaustive, et ne peut l'être par essence : ce foisonnement de demandes justifie la nécessité de mettre œuvre le principe simple que la circulaire DSS/MCGR/DGS du 27 septembre 2011 rappelait : « **en l'absence de texte normatif l'exigeant, l'attestation ou le certificat médical n'est pas nécessaire** », le faire mieux connaître par l'information aux médecins afin qu'ils puissent s'en prévaloir.

## **Conclusion générale et recommandations sur le thème : délivrance de « certificats médicaux inutiles »**

La diversité et la multiplicité des demandes de délivrance de certificats médicaux pour des motifs qui ne relèvent pas d'une stricte application d'une réglementation est une réalité dans l'activité des médecins dans leur exercice au quotidien. Si l'ampleur de cette sollicitation est difficile à mesurer et à quantifier précisément, on a vu à travers cet état des lieux qu'elle pouvait être importante et recouvrir un champ très vaste et, incontestablement, engendrer une réelle « perte de temps médical ». L'information précise et actualisée de l'ensemble des parties concernées, les médecins, au premier chef, mais également l'ensemble des acteurs qui ont été mentionnés dans les chapitres précédents, est un prérequis pour tenter de réguler, de canaliser et de maîtriser les demandes qui concernent essentiellement deux grands domaines : d'une part la petite enfance et l'éducation nationale, d'autre part la pratique du sport. Les autres origines ont été également abordées mais elles sont mieux caractérisées.

Comme cela a été mentionné dans cette partie du rapport, une démarche volontariste avait été engagée en 2011 avec un texte de référence clair porté par une instruction interministérielle et relayée par différents canaux. Dans la durée, cette dynamique s'est essouffée et le sujet a été, peu à peu, perdu de vue.

Il faut cependant souligner que le ministère en charge des sports a construit et proposé des outils clairs et intéressants, régulièrement actualisés, pour rendre accessible l'information. Ils peuvent servir d'inspiration pour les autres domaines autres que les activités sportives. D'autres actions ont également été menées par différents acteurs : le CNOM et les syndicats médicaux en particulier.

Compte tenu des attentes fortes exprimées par les médecins sur ce sujet, il est nécessaire de proposer un cadre précis, accessible, d'information en s'appuyant notamment sur des initiatives qui constituent une offre réelle, mais incomplète et morcelée<sup>13 14 15 16</sup>.

Le portail *service-public.fr* pourrait constituer ce point d'entrée unique, accessible directement et également à partir des liens proposés sur les sites que les médecins consultent traditionnellement : Amelipro, CNOM/CDOM, ministère de la Santé et de la Prévention, DSS, DGS, en particulier. L'information serait accessible pour les médecins et personnels de santé, mais également pour l'ensemble de la population et les publics concernés : familles, institutions, établissements scolaires et en charge de la petite enfance, entreprises collectivités territoriales etc.

---

<sup>13</sup> [service-public.fr - Simulateur : « Vous faut-il un certificat médical pour faire du sport ? ».](#)

<sup>14</sup> [Ministère de la Santé et de la Prévention – Article : « Les certificats de santé de l'enfant ».](#)

<sup>15</sup> [Demarches.interieur.gouv.fr – Article : « Un certificat médical est-il obligatoire pour faire du sport ? ».](#)

<sup>16</sup> [Conseil national de l'Ordre des médecins – Article : « Quels sont les certificats médicaux obligatoires ? ».](#)

### **Recommandations générales sur les certificats médicaux**

- **Créer un « point d'entrée unique »** sur *service-public.fr* permettant de regrouper et de centraliser l'ensemble des informations actualisées et mises à jour en temps réel sur l'ensemble des grands domaines générant les volumes les plus importantes de demandes de certificats médicaux.
  - Actualiser la doctrine et les règles opposables en matière de demande de certificat médical pour l'ensemble des domaines concernés. En particulier, à l'instar de ce que propose le ministère des Sports, des Jeux Olympiques et Paralympiques : réaliser cette démarche pour l'Education nationale, la petite enfance, en lien avec les collectivités territoriales afin de structurer et d'alimenter le contenu du portail « point d'entrée unique » : *service-public.fr*. L'ergonomie de ce portail devra être adaptée pour faciliter au maximum l'obtention rapide et précise de l'information (moteur de recherche/mots clés)
  - Réaliser des campagnes d'information/sensibilisation régulières à des périodes clés chaque année.
- Acteurs : ministères et directions des ministères concernés, CNOM, Cnam, CNAF (en associant l'ADF, l'AMF et les associations d'usagers).

## Axe 2 - Optimiser les processus de facturation de remboursement des frais de santé

### L'envoi des pièces justificatives en flux dégradés et le traitement des rejets de facturation : principaux constats

Les résultats de l'enquête questionnaire sur cet item révèlent des appréciations majoritairement défavorables : les procédures d'envoi des pièces justificatives (PJ) sont considérées comme étant un des principaux motifs de « perte de temps médical » : près de 28% de médecins ayant répondu déclarent y consacrer plus de 40 minutes par semaine et 57% classent cet item au plus haut (5/5) dans l'échelle des « contraintes/pertes de temps médical élevés » (voir annexe 3).

**Le traitement des rejets** des flux de facturation se situe sensiblement au même niveau d'appréciation défavorable sur ces deux mêmes items : 59 % le positionnent au niveau 5/5 sur l'échelle des contraintes / perte de temps médical élevés.

Les échanges sur ce thème qui ont eu lieu dans le cadre des différents entretiens sont convergents.

#### **Les positions exprimées par les médecins peuvent être synthétisées de la manière suivante :**

L'envoi de pièces justificatives sous forme de feuilles de soins apier (FSP) pour les flux dégradés B2 (et également pour les flux AME) est perçu comme un « anachronisme » à l'ère du déploiement du déploiement de la feuille de route du numérique en santé et du Ségur. La procédure est lourde et présente peu d'intérêt pour certains : « *les médecins sont honnêtes dans leur immense majorité et ne facturent pas d'actes fictifs* ». Le temps consacré est très important (nécessité de rechercher l'organisme concerné, envoi par courrier postal etc.) et fait reposer sur le médecin une charge importante et chronophage, alors que l'oubli ou l'absence de la carte Vitale est dans la plupart des cas de la responsabilité de l'assuré. « *Les pièces envoyées sont souvent déclarées non reçues par les caisses* ».

Les mesures de simplifications qui ont été mises en œuvre pendant la crise Covid ont été appréciées. Leur suppression en juillet 2021 a été mal perçue : « *pourquoi ne pas les pérenniser ?* ».

La conservation pendant 33 mois des FSP et la fourniture sur demande de la Cpm dans le cas de contrôles semble envisageable pour les médecins (pas de franche opposition relevée)

Les flux concernant les feuilles de soin pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) est un sujet à part entière dans certains territoires. Il s'agit d'une « double peine » selon certains médecins qui exercent dans des zones défavorisées, sous-denses, avec des niveaux de précarité élevés : ils sont proportionnellement plus exposés alors qu'ils sont fortement mobilisés et « en première ligne » pour répondre à des problématique d'accès aux soins pour les publics fragiles. De surcroît, les médecins qui prennent en charge les patients bénéficiaires de l'AME ne bénéficient pas de certains forfaits (FMT).

La perspective d'une scannérisation -ou d'un envoi par SCOR- des Pièces Justificatives (PJ) est accueillie avec réserve par certains médecins alors qu'elle est perçue comme une alternative

intéressante par d'autres. Une signature de la FSP transmise comme PJ à partir du logiciel métier, associée à une application et des outils de signature numérique, pourrait être une piste intéressante selon certains médecins.

Les rejets pour l'ensemble du lot sont jugés pénalisants alors que l'anomalie ne porte majoritairement que sur une seule facture : ils nécessitent des recherches longues et fastidieuses. Une demande forte d'évolution de l'ergonomie de l'application est souhaitée. La procédure devrait permettre au médecin de mieux identifier, de manière immédiate, la facture rejetée (et non le seul n° du lot) avec des éléments plus explicites : à défaut du nom de l'assuré, la date de naissance + NIR, la date et/ou la nature/cotation de l'acte.

Les courriers de notifications d'indus des Cnam sont perçus comme ayant une tonalité trop comminatoire, en particulier les notifications de « doubles paiements ».

Concernant le paiement des rémunérations forfaitaires, les médecins mettent en avant les difficultés de vérifier les données qui sont difficilement identifiables dans les flux des remboursements.

Les échanges avec les différents régimes qui imposent des règles et procédures différentes est pointée comme une source de difficultés majeures : elles sont très fortement concentrées dans les relations avec la MGEN et la Caisse d'Assurance Maladie des Industries Electriques et Gazières (CAMIEG), mais concernent également d'autres régimes ou organismes (fonctionnaires territoriaux, police...).

Certains médecins expriment le souhait d'un « point d'entrée unique » pour la transmission des PJ papier.

Les projets de déploiement et généralisation à moyen terme de l' « application carte Vitale » (ApCV) et la « e-CPS » (*Pro Santé Connect*) sont perçus avec intérêt au regard des perspectives qu'ils peuvent offrir sur la facturation : réduction des rejets avec mises à jour des droits en « temps réel », plus de nécessité « d'appel » à ADRI, facturation facilitée en mobilité et en organisation regroupée (Maison de Santé Pluri-Professionnelles (MSP), Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (voir chapitres suivants sur le déploiement de la feuille de route du numérique en santé).

**Analyse des principaux constats et attentes exprimées au regard de la réglementation en vigueur, des travaux en cours à la Cnam et des perspectives envisageables à court et moyen terme**

- **Rappel du cadre réglementaire** sur la transmissions des pièces justificatives pour les « flux dégradés B2 » (*les factures B2 médecins représentent environ 1 milliard d'euros de flux de remboursement pour 9,3 millions de factures*) :

Le code de la sécurité sociale prévoit qu'une feuille de soins, papier ou électronique, **doit être signée du professionnel de santé et de l'assuré**. La feuille de soins électronique sécurisée scelle et véhicule la signature du médecin (Carte de Professionnel de Santé (CPS)) et celle de l'assuré (carte Vitale), ce qui correspond à un « flux sécurisé », attestant en particulier la présence du patient.

Afin de permettre la facturation dématérialisée, même en l'absence de la carte Vitale de l'assuré, la possibilité d'émettre des « flux dégradés B2 » a été introduite dans la convention (*art 61.1.1 et 61.1.2 convention médicale 2016*). Ce type de flux ne « transporte » que la signature du médecin.

Afin de pallier l'absence de la carte Vitale de l'assuré, il est exigé qu'il signe une Feuille de Soins Papier (FSP) en parallèle du flux B2. L'association de la FSP signée de l'assuré et du flux dématérialisé représente la facturation conforme justifiant son paiement.

En l'état actuel de la réglementation, la suppression de cette FSP comme pièce justificative est difficilement envisageable. Les dérogations mise en œuvre pour des raisons particulières pendant la période de la crise sanitaire du Covid-19 ont pris fin en juillet 2021.

**Pistes d'évolution des processus de facturation, de traitement des rejets et de transmission des PJ actuellement étudiées par la Cnam :**

- **La numérisation des PJ et transmission des flux aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (Cpam) dans le cadre du dispositif SCannérisation des ORdonnances (SCOR) apparaît comme une** solution pouvant répondre à la fois l'attente de simplification et à la conformité au regard de la réglementation.

- **La conservation des pièces justificatives (PJ) au cabinet du médecin pendant 33 mois et transmission en cas de contrôle** correspondrait à la reprise de la dérogation mise en œuvre pendant la crise sanitaire et serait, de fait, non conforme aux textes en vigueur. La conservation puis la destruction à 33 mois par les médecins auraient pour conséquence une absence de justificatif de paiement pour l'Assurance Maladie. Cette solution ne semble pas envisageable sans modification de la réglementation en vigueur, mais la Cnam a lancé une expérimentation dans une région test dans la perspective de « *définir un contrôle permettant de supprimer la transmission des FSP pour les flux non sécurisés (B2D) en maîtrisant le risque d'actes fictifs* » sur la base de ce principe de conservation des FSP par le médecin pendant 33 mois, avec obligation de transmettre la pièce en cas de contrôle.

## Recommandations

- **Déployer le dispositif SCOR pour la transmission des PJ des flux dégradés** pour offrir une solution alternative plus satisfaisante aux médecins qui le souhaitent et qui permet d'éviter le dépôt ou l'envoi par la Poste de volumineux documents papier. Dès 2023 réaliser et publier pour les éditeurs les spécifications des cahiers des charges pour l'évolution/mises à jour des logiciels de facturation et prioriser ces développements afin que les solutions « intégrées logiciels métiers » des médecins soient disponible le plus rapidement possible.
- **Poursuivre l'expérimentation engagée** en région et en tirer les enseignements pour envisager la possibilité ou non de conserver les PJ au cabinet pendant la durée des 33 mois.
- Lancer une réflexion en 2023, en associant l'ensemble des acteurs concernés – dont les éditeurs – sur la faisabilité et l'opportunité d'une solution de transmission dématérialisée des FSP (PJ des flux B2 dégradés) à partir d'une évolution applicative du logiciel métier, associée à un outil de signature numérique.
- **Poursuivre le travail actuellement en cours à la Cnam sur l'analyse des différents types de rejets** : typologie, fréquence et taux des rejets, recensement des libellés ; dans le but de proposer, **dès 2023, des évolutions de l'ergonomie de l'application** afin d'offrir une plus grande facilité d'utilisation aux médecins dans la gestion de leur facturation sur la base des principes suivants : améliorer la clarté de certains libellés, traiter automatiquement certains rejets par les Cnam sans sollicitation préalable du médecin, isoler les factures au sein d'un même lot pour éviter le rejet de l'ensemble de celui-ci.
- **Poursuivre en 2023 la généralisation progressive du projet ApCV sur l'ensemble du territoire** et prioriser dans la feuille de route du SDSI de la Cnam et du Groupement d'Intérêt Economique SESAM-VITALE (GIE SV) les chantiers en lien avec généralisation de la e-CPS / *Pro Santé Connect* pour couvrir le champ de la facturation SESAM-Vitale.

## Axe 3 - Poursuivre et accélérer les démarches de facilitation de la gestion des ALD

### Principaux constats et pistes d'évolution

Les nouvelles dispositions l'article L.324-1 du code de la Sécurité Sociale introduites en 2016 ont permis à l'Assurance Maladie de mettre en place un nouveau dispositif, de grande ampleur, de simplification de la gestion des ALD, avec une gestion différenciée entre :

- les ALD dites à « **déclaration simplifiée** » bénéficiant d'un accord de principe du service du contrôle médical après engagement du médecin rédacteur du protocole de soins.

- les ALD dites à « **déclaration argumentée** » dont la demande de renouvellement doit être faite par le médecin traitant pour être soumise pour décision au service du contrôle médical.

Ce nouveau dispositif est globalement très apprécié par les médecins (*cf. réponse au questionnaire : 92,7% d'avis positifs*) qui en ont bien perçu l'impact très positif, à la fois pour eux-mêmes en terme de « gain de temps médical », en réduisant de manière significatives les formalités administratives autour du protocole de soins « papier », et également, pour leur patient, avec un droit ouvert en quasi-temps réel lorsque les conditions sont remplies.

Près de 75% des ALD exonérantes sont ainsi traitées automatiquement sans avis du service médical ni intervention du médecin traitant.

Au-delà de cette satisfaction clairement exprimée, un certain nombre de points ont été évoqués comme pistes d'évolution et d'amélioration souhaitées.

La gestion du renouvellement automatique (59,3% d'avis négatifs) par le service médical n'est pas suffisamment connue par les médecins traitants. Entre 25 et 30% des demandes de prolongations sont initiées par le médecin traitant alors qu'il s'agit d'un renouvellement automatique déjà réalisé ou en cours de l'être par le service médical de l'Assurance Maladie.

Il serait nécessaire d'avoir des informations précises sur les ALD qui sont renouvelées automatiquement et, vs, la communication régulière, idéalement à M-3, de la liste des patients d'un Médecin Traitant (MT) non concernés par le renouvellement ou la prolongation automatiques pour lesquels le médecin devra engager la démarche.

L'offre d'AmeliPro est perçue favorablement (68% d'opinions positives sur le suivi du renouvellement) mais également par une proportion significative de médecins comme étant « difficile et peu explicite » et qui souhaitent disposer d'une « meilleure lisibilité sur le portail AmeliPro qui permettrait un gain de temps important » sur les renouvellements. L'amélioration de l'ergonomie d'AmeliPro est souhaitée sur ce périmètre précis.

**Un besoin de communication avec le médecin conseil** est nécessaire en cas de refus : la notification des motifs de refus n'est pas toujours explicite et devrait être mieux argumentée selon les médecins, de même que la nécessité d'avoir un échange téléphonique personnalisé sur le réajustement nécessaire du protocole pour un patient donné est soulignée. Les échanges avec le médecin conseil devraient pouvoir se faire par Messagerie de Santé Sécurisée (MSS) sur certains dossiers spécifiques. Le recours à la plateforme téléphonique 36 08 n'est pas toujours adapté pour ce type de situation.

Certains médecins considèrent également que dans certaines situations particulières, il devrait revenir au médecin spécialiste, mieux à même de le faire, de réaliser la demande d'ALD sur AmeliPro et/ou en élaborant le protocole de soins.

Si la situation des assurés sociaux relevant du régime général et des régimes récemment intégrés, de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), est globalement satisfaisante, nonobstant les pistes d'améliorations souhaitées, des problèmes importants demeurent avec d'autres régimes, en particulier : la MGEN qui couvre plus de 3,3 millions d'assurés et de bénéficiaires, la CAMIEG avec plus de 500 000 personnes protégées, et les autres divers « petits régimes » pour lesquels il n'est pas possible d'utiliser les téléservices AmeliPro. Les médecins interrogés mentionnent que la lourdeur des procédures, exclusivement « en mode papier » imposées pour les bénéficiaires de ces régimes, est une source importante de perte de temps médical, en pointant de surcroît des délais souvent trop longs et pénalisants pour leurs patients.

Beaucoup de médecins interrogés considèrent que la procédure de renouvellement sur certaines ALD n'est pas pertinente en fonction de la pathologie et s'interrogent sur les raisons pour lesquelles certaines ALD ne sont pas attribuées à titre définitif (exemples souvent cités : n° 8 : diabète T1, n° 15 maladie d'Alzheimer, n° 16 maladie de Parkinson).

Les modalités en vigueur pour suivi post ALD ne sont pas toujours bien comprises, à la fois par les médecins mais également - et surtout - par leurs patients qui les sollicitent régulièrement pour explications à la suite des courriers reçus de l'Assurance Maladie : les médecins soulignent que ces situations de post-ALD devraient être « mieux accompagnées » par l'Assurance Maladie avec une information adaptée sur les conséquences de cette situation administrative.

Sur un plan plus général, sans lien direct avec l'objectif de simplifications administratives, mais au regard de l'impact sur leur activité et sur le nombre de sollicitations qui en résultent, les médecins pointent comme problématique majeure la situation des 600 000 patients en ALD qui sont sans MT.

## Recommandations

➤ **Pour les ALD dites à « déclaration argumentée »** : revoir les modalités d'information et de sollicitation des assurés et des médecins :

- Informer les assurés dans un délai maximum de M-3 de l'arrivée à échéance de leur ALD et de la nécessité d'organiser et de « planifier », en lien avec le médecin traitant, son renouvellement (limiter le risque de rupture de droits) : information par message dans le compte Ameli et par courrier pour ceux qui n'ont pas ouvert de compte.

- Informer dans le même délai (améliorer l'information existante) le MT en communiquant la liste des patients relevant de la procédure de « renouvellement argumenté » : modifier l'ergonomie d'AmeliPro pour que l'information soit plus explicite (étudier la possibilité de notifications en mode push ou visible sur l'onglet ALD du logiciel métier du médecin).

- Revoir les procédures de refus en proposant un contact téléphonique personnalisé (entretien confraternel) pour ce type de situations.

- Améliorer le dispositif d'échanges avec le médecin conseil pour la gestion de certaines situations particulières. En cas refus d'ALD, d'ajustement de protocoles, d'interrogations sur certains dossiers spécifiques : formaliser le principe d'un engagement de rappel par le médecin conseil, sous 24 heures à partir de la sollicitation par le MT, sur une adresse mail identifiée.

- A court/moyen termes : étudier la possibilité d'échanges avec le service médical par le canal des MSS sur un périmètre bien identifié (en lien avec la perspective de doter les médecins conseils d'une carte CPS – voir infra -).

- Favoriser/inciter la réalisation des Protocoles de Soins Electroniques (PSE) par les médecins spécialistes.

- Ouvrir le chantier de la « nécessaire homogénéisation » des procédures de gestion ALD à l'ensemble des régimes obligatoires (MGEN, CAMIEG, autres...) afin de les intégrer dans un bouquet de téléservices qui permettrait une extension du nouveau périmètre de cette offre à plusieurs millions d'assurés supplémentaires. La complexité de cette opération n'est pas à sous-estimer : elle nécessitera une forte mobilisation des régimes concernés pour engager l'évolution de leur Système d'Information (SI) et des process de traitement des données. Elle demeure néanmoins indispensable, le statu quo et le maintien de procédures administratives exclusivement en « mode papier » n'étant plus en cohérence avec les ambitions et les objectifs affichés par la feuille de route du numérique en santé. Elle doit nécessairement être planifiée dans un calendrier pluriannuel.

➤ **Pour les pathologies graves et dont le caractère irréversible est à ce jour établi**, en fonction des données connues : revoir avec la HAS les référentiels sur les durées réglementaires et proposer une évolution du cadre règlementaire.

*(PM : les durées de renouvellement des ALD sont réglementaires et reposent sur un référentiel HAS. Le décret no 2017-472 du 3 avril 2017 a modifié les durées d'exonération du TM qui sont passées de 2 ou 5 ans à 3, 5 ou 10 ans selon l'ALD.)*

## Axe 4 - Individualiser davantage les relations entre le réseau de l'Assurance Maladie et les médecins libéraux

Les échanges et les questions proposées dans le questionnaire en ligne ont été orientés sur la perception que peuvent avoir les médecins dans leurs relations en général avec les Cnam et le service médical ainsi que la contribution de ces différents métiers et services à « l'aide à la résolution de leurs difficultés administratives ».

Ces relations sont régulières sur des sujets bien identifiés, en lien avec missions des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM), des « Conseiller informatique service-délégués numérique en santé » (nouvelle appellation CIS-DNS), des médecins conseils, des services administratifs.

Les résultats de l'enquête questionnaire sont contrastés. Sur ce registre, les CIS-DNS et les médecins conseils obtiennent des scores plutôt favorables avec près de 50 % des réponses positionnées entre 3 et 5 sur l'échelle proposée (1 à 5).

Pour les DAM (42 % de 3 à 5), et surtout pour les services administratifs (près de 75% des réponses positionnées en 1 et 2) la perception de leur contribution est plus contrastée.

En synthèse, il ressort sur la perception du rôle des DAM que l'apport d'informations qu'ils proposent au médecin est utile sur les évolutions, la pratique. Le « lien humain » avec la CPAM est apprécié. Globalement les médecins font le constat d'une bonne écoute sur les difficultés exposées et le rôle de « courroie de transmission » qu'ils favorisent avec les services internes des caisses pour la résolution des difficultés administratives. Certains médecins expriment le souhait d'échanges plus réguliers, mais plus courts sur les évolutions.

Parmi les points négatifs, la mission des DAM est trop souvent perçue comme trop orientée sur la promotion des dispositifs conventionnels. Quelques critiques sont formulées sur le fait que des « non-médecins » portent des messages sur ce qui est considéré comme étant de la pratique médicale.

Les présentations des thèmes de visites sont jugées parfois longues. Des campagnes sont également jugées parfois trop tardives par rapport à l'entrée en vigueur des mesures déjà connues.

Sur la perception du rôle des CIS-DNS, les retours sont globalement positifs en particulier de la part des médecins ayant bénéficié de l'assistance/intervention directe d'un CIS-DNS au moment de la vague 1 du Ségur. Les médecins pointent cependant que nombreux problèmes qui ne peuvent pas être réglés par les CIS-DNS (problèmes logiciels éditeurs / conseil pertinents sur les solutions référencées Ségur/bug téléservices, etc.) même s'il est noté que les CIS-DNS « apportent de la sécurité ».

Certains médecins évoquent des difficultés à les joindre : temps d'attente sur le 36 08 et souhait d'un « numéro direct ». Des demandes portent également sur l'élargissement souhaité de l'amplitude d'intervention des CIS-DNS et de la possibilité de les contacter via AmeliPro plutôt que par mail.

**Sur la perception du rôle des médecins conseils :** les médecins évoquent des difficultés à les joindre et, d'une manière générale, la faiblesse du volume des contacts directs. L'espace d'échange sur AmeliPro est globalement apprécié - facilitation des échanges -, mais le souhait d'échanges téléphoniques, notamment sur certaines situations particulières est réaffirmé : la gestion des patients complexes (refus de reprise de travail suite à un arrêt).

En amont de décisions de refus de prise en charge pour les patients, les médecins souhaiteraient « être informés directement » par le médecin conseil des motivations des décisions de refus de prise en charge.

Certains médecins ont exprimé le souhait de pouvoir échanger avec les médecins conseils via les MSS. Il est également proposé l'organisation de formation ou soirée d'échanges : médecins libéraux / médecins conseils sur les prises en charges ou d'autres thématiques (arrêts de travail, ALD, invalidité...).

**Perception du rôle et de l'apport des services administratifs :** l'accompagnement apprécié sur la phase d'installation. Certains soulignent la capacité d'adaptation de l'Assurance Maladie pendant la gestion de la crise sanitaire Covid et le pragmatisme des procédures simplifiées et des outils mis en place au cours de cette période.

Un nombre important de points négatifs sont exprimés dans les réponses au questionnaire. Le temps d'attente téléphonique est jugé trop long pouvant susciter des difficultés à avoir un échange direct. Les délais de réponses au courrier sont estimés trop importants avec le sentiment que sont privilégiés les traitements rapides en cas d'erreurs du médecin (indus / rejets) au détriment du reste.

L'aspiration à une dynamique de simplification administrative visible est exprimée sur ce champ avec comme conséquence une réduction des sollicitations des caisses : dans ce registre il est préconisé que pour certains motifs d'erreur, l'appel téléphonique « sortant », ou le mail, soient privilégiés pour corriger une erreur en lieu et place de l'envoi d'un courrier.

Pour répondre à ce besoin très largement exprimé d'une meilleure compréhension des missions et du fonctionnement des organismes d'assurance maladie, il semble intéressant de souligner que , dans le cadre de la réforme visant à ajouter une phase de consolidation (4ème année) au diplôme d'études spécialisées de médecine générale, il est prévu d'ajouter l'acquisition de modules de connaissances sur l'organisation du système de santé et la structuration du parcours de soins des patients ainsi que la préparation à l'entrée dans la vie professionnelle. Un module de sensibilisation aux relations avec l'Assurance Maladie et aux aspects administratifs pourrait être intégré dans ce dispositif (à construire en format e-learning).

## Recommandations

### ➤ **Les relations avec les médecins conseils de l'Assurance Maladie et le service médical :**

proposer une évolution avec des modes de relations différenciés, personnalisés et directs (échanges téléphoniques) sur un périmètre identifié, circonscrit et partagé, en particulier sur les thèmes suivants :

- la gestion des ALD pour des situations spécifiques (refus, modification des protocoles, polyopathologies et pluralités d'ALD, cas médicaux complexes), et l'accompagnement post ALD.
- les situations médicales complexes de certains patients hors champ des ALD : gestion de certains arrêts de travail longs.
  - Formaliser l'engagement de « rappel sous 24 heures » sur ce périmètre.
  - Promouvoir les nouveaux outils adaptés à la nature de ces échanges et en particulier à leur caractère médicalisé : Service Echanges Médicaux Sécurisé dans AmeliPro, et étudier l'opportunité et la pertinence d'équiper les médecins conseils de MSS et de CPS.

### ➤ **Les relations avec les DAM et les CIS-DNS :**

- Nécessité de valoriser et de permettre de mieux identifier pour les médecins le rôle et les missions respectives de ces deux métiers, distincts et complémentaires, qui proposent des services sur des champs différents mais souvent liés : informer de nouveau les médecins sur la nature de cette offre de service d'accompagnement et le rôle respectifs des DAM et de CIS (plaquette sur le thème « Notre offre de service : bien connaître les missions de votre DAM, votre CIS-DNS »).

- Outiller ces collaborateurs de moyens adaptés pour faciliter les contacts avec les médecins : téléphones mobiles, adresses mail personnelles / adresses mail génériques.

- Adapter le rythme et la fréquence des campagnes DAM dans une logique de régularité et de fluidité : si possible mettre en perspective pour les médecins des programmes annuels avec les contenus thématiques des visites pour renforcer la visibilité et l'acceptabilité de la démarche.

- Poursuivre le développement du socle de compétences et de connaissances par des actions et des cursus de formations adaptées pour l'ensemble des collaborateurs CIS-DNS dans la perspective de porter, avec un niveau d'exigence élevé, les ambitions de la feuille de route du numérique en santé, et d'accompagner le plus efficacement possible les médecins dans la durée dans toutes ses dimensions, stratégiques et opérationnelles.

- Proposer et formaliser une stratégie et une logique d'appels téléphoniques et de mails « sortants » par les Cnam, en substitution à l'envoi de courriers (pour les services administratifs et le service médical), pour fluidifier et régler de façon plus simple et pragmatique, certains problèmes ponctuels liés à la facturation : rejets, pièces justificatives, documents administratifs.

- Proposer l'intégration d'une action de formation/ sensibilisation aux relations avec l'assurance maladie et aux aspects administratifs (à construire en format e-learning) dans le module « connaissances sur l'organisation du système de santé » et « préparation à l'entrée dans la vie professionnelle », prévu dans le cadre de la réforme visant à ajouter une phase de consolidation (4ème année) au DES de médecine générale.

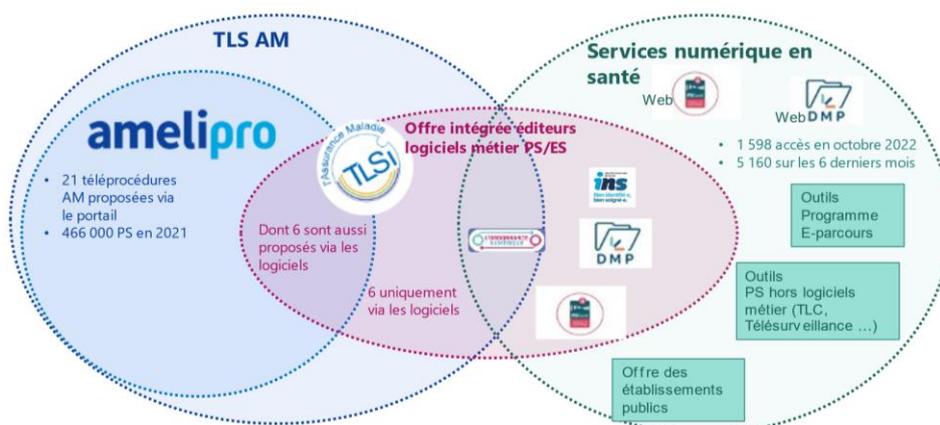
## Axe 5 - Renforcer l'offre de service sur AmeliPro

Le questionnaire comportait des questions sur l'appréciation des médecins sur les services proposés sur le portail AmeliPro et, également, sur leurs attentes pour renforcer le contenu et la cohérence d'ensemble de cette offre dans une logique de simplification et de réduction des contraintes. Les différents échanges qui ont été conduits parallèlement apportent des éléments de réponse convergents, à la fois sur les constats et sur les attentes exprimées

### Point de situation sur les téléservices proposés par l'Assurance Maladie :

L'Assurance Maladie a développé au cours de ces 15 dernières années une offre de téléservices (TLS) pour les besoins de ses missions. La feuille de route du numérique en santé impose désormais une logique de convergence avec la stratégie de déploiement des services numériques en santé.

Tableau 1 : La galaxie des services aux professionnels de santé



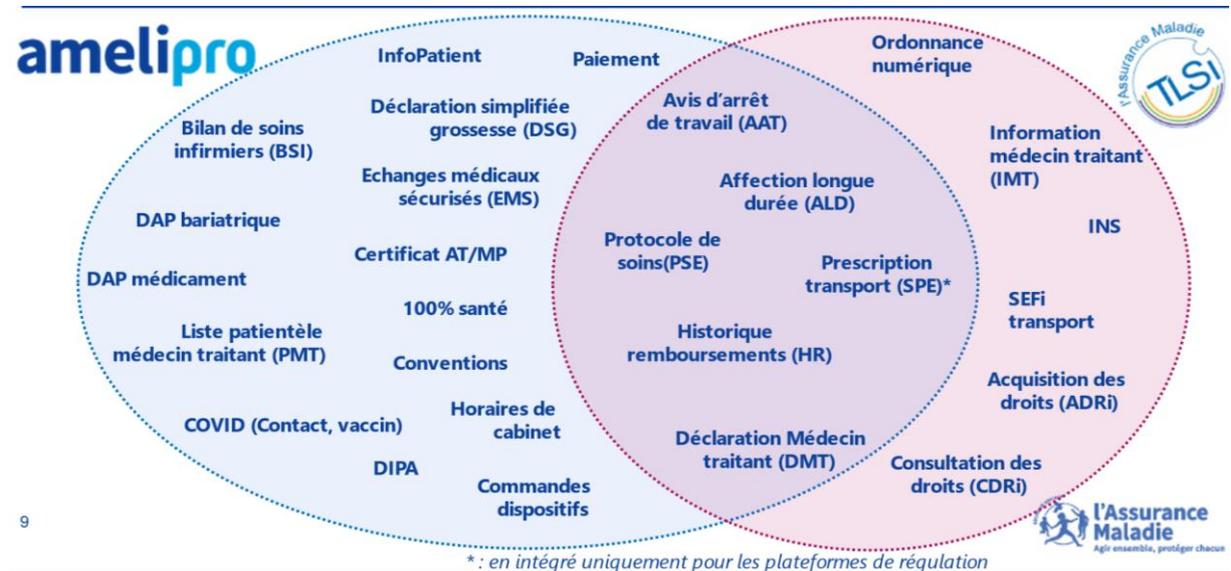
La caractéristique de cette offre des TLS Assurance Maladie est d'être « morcelée » avec une cohabitation dans deux environnements « parallèles » : AmeliPro et intégrés logiciels, et leur cohabitation avec les services numériques en santé qui se développent de manière rapide dans le cadre de la feuille de route du numérique.

L'intégration des TLS dans les logiciels métiers, ceux des médecins en particulier, est un processus extrêmement lourd qui dépend de la capacité des éditeurs (délais de 18 mois pour certaines intégrations) et il n'a pas constitué une priorité au cours de ces deux dernières années, les éditeurs étant très mobilisés sur les chantiers Ségur.

Sur l'**avis d'arrêt de travail (AAT)** : il existe aujourd'hui « 4 versions différentes. Le recours des médecins spécialistes aux services AmeliPro est faible. Le passage AmeliPro/ logiciel métier (TLSi) dans l'exercice quotidien peut être source de complications.

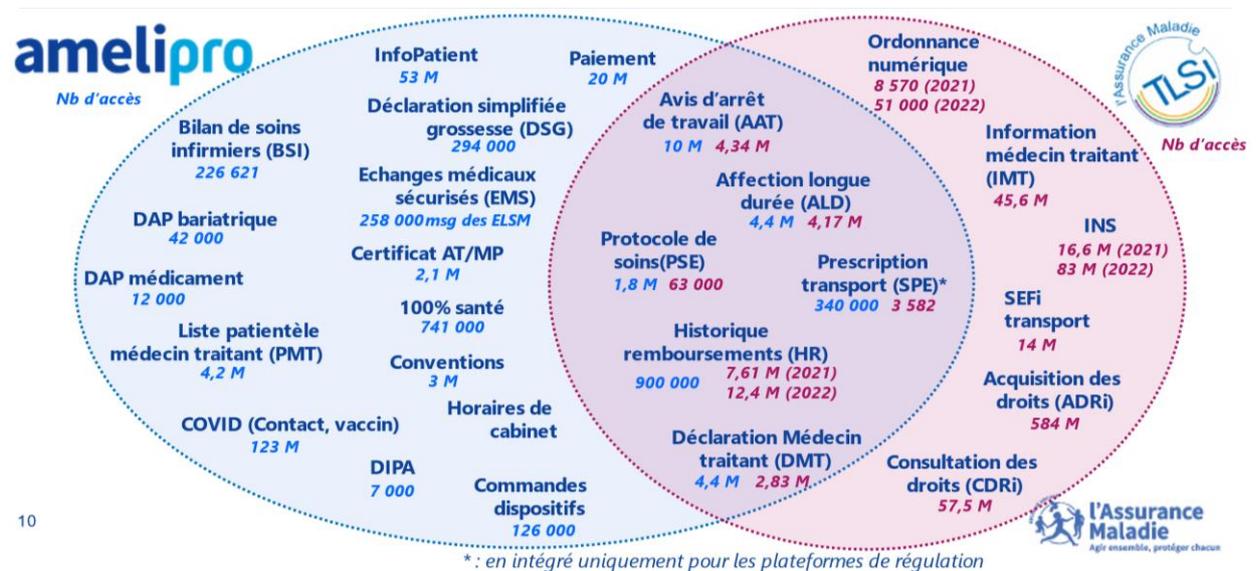
AmeliPro couvre 80 % des utilisations sur le périmètre : avis d'arrêt de travail (AAT) /Certificat AT-MP/ gestion des ALD (voir ci-dessous : répartition des TLS selon canal et volumétrie des usages des TLS, et répartition des usages : AmeliPro vs TLSi.

Tableau 2 : TLS AM - Répartition des services selon le canal



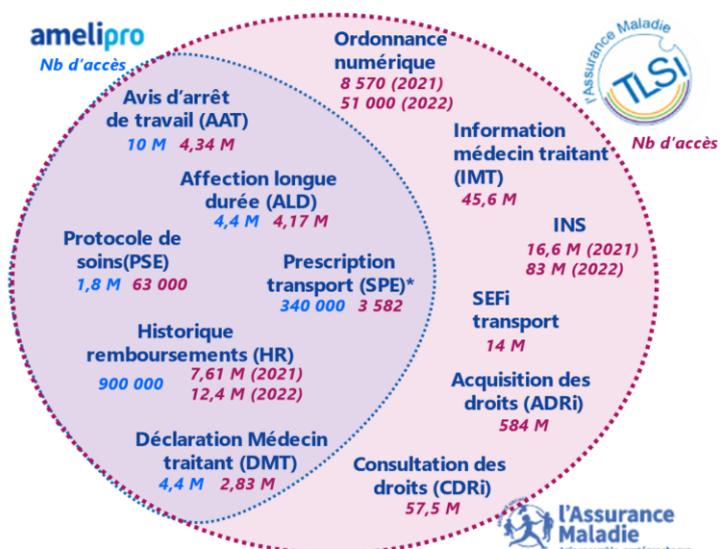
Les deux tableaux suivants montrent un usage très important du bouquet de TLS, (AmeliPro et intégrés logiciels) :

Tableau 3 : TLS AM - Volumétries usages des services



**Tableau 4 : TLSi AM : Répartition par logiciel**

	Nb d'éditeurs	Nb d'utilisateurs PS
AATi	17	25182
ADLi	16	10397
PSEi	3	664
SPEi	1	120
HRi	16	10763
DMTi	20	20326
ON	14	49
IMTi	35	36022
INSi	159	53000 libéraux/ 2000 établissements



11

\* : en intégré uniquement pour les plateformes de régulation

### Appréciation générale sur les services AmeliPro et évolutions souhaitées :

Les réponses au questionnaire et les échanges conduits par la mission sont convergents : les médecins sont globalement satisfaits de l'ergonomie d'AmeliPro sur le périmètre des TLS et la facilité d'utilisation du portail, même s'ils soulignent une « instabilité » des différents téléservices notamment ces derniers mois (problèmes d'accès ou des lenteurs).

La cohabitation des TLSi et des TLS sur AmeliPro n'est pas, de manière surprenante, pointée comme une difficulté majeure même si elle n'est pas perçue comme idéale. En cible, la solution attendue comporte clairement l'exigence d'une intégration progressive aux logiciels métiers pour faciliter l'utilisation et éviter de « switcher entre plusieurs fenêtres ».

En lien avec ce qui a été évoqué dans les chapitres précédents, les critiques principales et les demandes d'évolution rapides portent sur l'impossibilité d'utiliser les TLS sur le « mode AmeliPro » par l'ensemble des régimes obligatoires.

Cette absence de TLS opérationnels pour les régimes MGEN (3,3 millions de bénéficiaires pour le RO, CAMIEG (500.000 bénéficiaires) et autres « petits régimes », engendrent des contraintes fortes et des « pertes de temps médical » en l'absence de ce type de service (voir infra : même problématique que pour la facturation ou la gestion des ALD).

### Quelques demandes « génériques » d'évolution :

- Pouvoir modifier les documents saisis a posteriori en cas d'erreur après l'avoir validé (pour un temps limité « avant validation »).
- Elargir les Demandes d'Accord Préalable (DAP) dans AmeliPro à d'autres champs (ex cités : Crestor/Ezetemibe...).
- Planifier les maintenances AmeliPro la nuit hors horaires d'ouverture habituelle des cabinets.

- Conservation dans l'outil de l'historique des formulaires saisis pour faciliter leur récupération par les médecins.
- Augmenter le champ des actions possibles sans présence de la carte Vitale du patient.

### **Appréciation spécifique sur quelques téléservices à très forte notoriété :**

Une demande récurrente commune à cette offre de téléservices : ils doivent être généralisés à tous les régimes obligatoires.

#### ➤ **Acquisition des droits (ADRI)**

- Réel intérêt de ce TLS souligné par beaucoup de médecins en termes de gain de temps pour sécuriser la facturation et limiter les rejets et impayés (nuancé par la perception de fréquentes instabilité ou lenteur dans l'accès à ce TLS ou mise en maintenance)

Evolutions suggérées : permettre la mise à jour des droits si la carte Vitale ne l'est pas et intégration de l'ensemble des régimes.

L'intégration de ce TLS dans les logiciels métier semble variablement appréciée par les médecins.

Quelques médecins indiquent ne pas le connaître, ni l'utiliser.

#### ➤ **Prescription transport (SPE)**

- Appréciation plutôt positive dans les commentaires avec demande récurrente d'intégration de l'ensemble des régimes.
- Principale critique : difficultés sur la sélection des adresses avec des listes incomplètes ou des structures manquantes ou apparaissant sous une autre appellation que celle connue par le médecin. Cette situation constitue incontestablement un irritant et une forte demande d'ajout d'une saisie libre.
- Plusieurs retours sur une difficulté à utiliser lors de prescriptions de transports faites lors de visites.

Autres points soulignés (non lié au TLS) :

- Demande fréquente d'hospitaliers pour que le MT établisse la prescription de transport (fort irritant)
- Refus fréquents de transporteurs qui demandent une prescription papier

#### ➤ **Avis d'arrêt de travail (AAT)**

- Appréciation positive
- Souhait de pouvoir rectifier une erreur après validation
- Mise à disposition d'un historique des AT prescrits
- Demande de dématérialisation du volet (3) employeur également
- Revoir la liste déroulante des motifs et/ou ajouter la possibilité d'un texte libre

#### ➤ **Certificat Accident du Travail/Maladie Professionnelles (AT/MP)**

- Service majoritairement apprécié avec pour demande principale (récurrente) l'intégration de l'ensemble des régimes obligatoires
- Les motifs AT/MP : l'arborescence proposée par le TLS n'est pas pertinente (mots clés) et mériterait d'être révisée.

- Souhait de la mise à disposition d'un historique des certificats Accident Travail prescrits
- Réactions sur évolution récente – jugée plus complexe- avec un certificat médical d'accident du travail plus un arrêt de travail à faire (voir zoom ci-dessous)

### **Zoom sur les évolutions récentes en matière de certificat AT/MP**

**Contexte** : 1 million de Certificats Médicaux Initiaux (CMI) et 3 millions de certificats de prolongation (dont 2/3 avec un arrêt et 1/3 seulement pour des soins) ont été réalisés par les médecins en 2022. Le taux de dématérialisation (TLS Ameli Pro) est de 50%.

Une évolution importante des certificats médicaux a eu lieu en 2022, avec la réforme des formulaires prévue par le décret du 20 août 2019. Mise en œuvre à partir de mai 2022, cette réforme simplifie la prescription d'un arrêt de travail avec **un modèle unique d'avis d'arrêt de travail** pour l'ensemble des risques (maladie, maternité, AT/MP). L'établissement d'un certificat médical AT/MP se limite désormais aux : certificats médicaux initiaux (constatation des lésions), certificats médicaux finaux (consolidation) et aux cas de nouvelle lésion et de rechute.

En l'absence d'éléments nouveaux sur l'AT/MP, le certificat n'est plus nécessaire pour prolonger des soins (**1 million de certificats et/ou arrêts de travail en moins à établir**). Dans ce dernier cas, la prolongation de l'arrêt sera réalisée directement par le médecin sur l'AAT, comme en maladie.

De fait, les consultations dont le seul objet était de prolonger la durée des soins AT/MP vont disparaître. Par ailleurs, la possibilité de signaler des lésions nouvelles au cours de la période de soins actifs est simplifiée grâce à un certificat dédié (« certificat de nouvelle lésion »), ce qui évitera que les CPAM détectent et instruisent les nouvelles lésions parfois à tort.

Si la réforme est principalement source de simplifications, elle implique pour le médecin de remplir, en plus du certificat médical initial (pour la description des lésions du patient), l'avis d'arrêt de travail. Cette double formalité se fait de façon fluide en utilisant les téléservices, une partie des informations administratives étant reprises d'un TLS à l'autre. Elle reste plus contraignante en cas d'utilisation de formulaire papier.

Le taux d'utilisation du TLS Ameli Pro (50% en 2022) se situe en deçà de la moyenne des autres TLS : **il sera nécessaire de promouvoir et de valoriser le recours à ce TLS au titre de sa contribution à la simplification de la gestion des AT et MP.**

### ➤ **Déclaration simplifiée grossesse (DSG)**

- Appréciation très positive dans les commentaires par les médecins concernés. Quelques remontées sur des absences de transmission automatique à la CAF ou de visibilité pour le médecin sur cette transmission obligeant à refaire un format papier ensuite.
- Quelques retours mettent en avant de fréquentes instabilité ou lenteur dans l'accès à ce TLS,
- Suggestion : permettre la possibilité d'annuler la déclaration de grossesse en cas de fausse couche ou interruption de grossesse pour éviter des démarches lourdes pour une patiente en deuil de sa grossesse.

### **Les autres services (AmeliPro et hors du portail) :**

Les outils de gestion des contrats ROSP, OPTAM, Paiement des forfaits : les réponses au questionnaire ont porté plus sur le fond des sujets, ROSP et OPTAM en particulier, et moins sur les outils. Les échanges et les réponses aux questions plus précises posées à l'occasion des entretiens ont permis de recenser des critiques assez marquées sur les outils mis à la disposition des médecins pour suivre les contrats.

- les outils proposés pour le suivi de l'OPTAM sont jugés « peu adaptés » pour les médecins alors qu'ils censés permettre de « mieux piloter » et, si nécessaire de modifier leur pratique, pour atteindre les objectifs fixés par le contrat OPTAM. La principale critique porte sur le « trop grand décalage dans le temps » dans l'information en retour de l'Assurance Maladie.
- Les critiques sont de même nature pour le suivi de la ROSP : « les outils actuels doivent être revus »
- L'outil de gestion des réclamations en ligne proposé par certaines Cpm, « *ReclaPS*, ne « fait pas l'unanimité ».
- Le suivi des versements Forfait Médecin Traitant (FMT) est peu lisible : les flux de paiement sont difficilement identifiables dans la présentation des relevés bancaires et ne facilite pas la tenue de la comptabilité des médecins.

### **L'accès aux TLS AmeliPro et au DMP/MES par les médecins remplaçants et les internes**

Le médecin titulaire inscrit au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) est identifié de manière unique et sécurisée. L'enregistrement au RPPS permet aux internes de recevoir leur carte de professionnel de santé en formation ( CPF)

Il existe actuellement deux types de carte : la CPS pour les médecins titulaires ou les médecins remplaçants thésés , la carte CPF pour les médecins non thésés et les internes . Seuls les médecins titulaires peuvent avoir accès aux téléservices de l'assurance maladie proposés sur Ameli Pro.

Les médecins remplaçants, thésés ou non, ainsi que les internes dans l'environnement hospitalier, n'ont pas la possibilité d'individualiser leur activité en étant identifiés de manière sécurisée avec leur CPS ou leur CPF

## Recommandations

L'Assurance Maladie a défini des objectifs stratégiques à moyen/long termes avec, notamment, la perspective d'un bouquet de services aux professionnels de santé (BPS) qui a vocation de rendre cohérente et interopérable l'offre de services proposée aux médecins par les différents acteurs de l'écosystème : Assurance Maladie, offreurs publics, éditeurs. Dans cette espace-temps de plusieurs années il s'agira de poursuivre de manière cohérente les chantiers structurants :

➤ **Accompagner les démarches d'intégration logiciel des téléservices (TLS) de l'Assurance Maladie** en priorisant les TLS à fort enjeu (ALD, AAT...) et en fixant des objectifs réalistes en termes de calendrier et de « capacité à faire » par les éditeurs (programmation pluriannuelle) (acteurs : éditeurs, Cnam, DNS).

➤ Conforter les fondations posées par les services socles de la vague 1 du Ségur en accompagnant les médecins pour le développement des usages : MES, MSS (acteurs : Cnam, DNS).

➤ **Développer dans les délais les plus courts possibles les projets ApCV** dont la généralisation progressive sur 2023-2024 permettra, au-delà de sa palette d'usages (accès sécurisé MES, et à différents services) **de réduire de manière significative les problèmes récurrents de facturation** : disponible à tout moment dans le smartphone de l'assuré, l'application réduit les inconvénients liés aux pertes et oublis de la carte Vitale physique, avec la garantie pour le professionnel de santé de toujours pouvoir faire une télétransmission. L'appli carte Vitale permettra aux professionnels de santé de réaliser des feuilles de soins sécurisées et fiabilisées, grâce à un accès toujours à jour des droits de leurs patients (accès systématique au service de droits (ADRI), réduisant ainsi le risque d'erreurs et de rejets de factures. L'intégration de l'INS qualifié permettra des échanges via MSS (Acteurs : Cnam, GIE SV).

➤ **Poursuivre le déploiement Pro Santé Connect (carte CPS ou e-CPS)** pour favoriser l'accès sécurisé au DMP, ainsi qu'aux téléservices AmeliPro et permettre de répondre de nombreuses situations d'exercice des médecins, notamment en mobilité ou en mode d'exercice regroupé (Acteurs : Cnam, DNS, GIE SV).

### - Sur le court terme (2023-2024) :

➤ **Finaliser les processus de l'Assurance Maladie qui permettront d'alimenter automatiquement Mon Espace Santé (MES/DMP)** avec des informations que l'assuré pourra utiliser et produire sans avoir à solliciter systématiquement son MT et avec une extension des services aux médecins afin de les partager avec son patient : volet 3 de l'AAT, volet patient de l'ALD, certificat médical AT/MP etc. (Acteurs : Cnam, GIE SV, éditeurs).

➤ Ouvrir le chantier de la facturation mettant en œuvre l'utilisation ApCV et de la e-CPS (Pro Santé Connect) pour élargir de manière significative le périmètre couvert par les échanges de flux sécurisés B2S Sesam-Vitale tout en permettant réduire parallèlement la proportion des flux dégradés B2 (Acteurs : Cnam, GIE SV).

➤ **Assurer la promotion des nouveaux téléservices déployés en 2022, à forte valeur ajoutée en terme de simplification administrative** : certificats AT/MP (Acteur : Cnam)

➤ Analyser la possibilité de permettre l'accès à MES/DMP pour les remplaçants (1) -thésés ou non- et les internes (2) à partir de la carte CPS (1) ou de leur carte CPE (2). (Acteurs : DNS/Cnam)

**Sur la période à venir 2023-2025 :**

➤ Conception de nouveaux services « en miroir » d'un parcours usager : carnet de santé, et ensemble du champ de la prévention (vaccination, dépistage organisé des cancers, examens périodiques de prévention). Le médecin pourra personnaliser au sein de son outil de travail (web BSP ou logiciel métier) : « mes services préférés », l'offre adaptée à ses usages en choisissant les services externes préférés

**Sur la gestion des contrats Assurance Maladie :**

- **Mettre en place et outiller (2023/2024) la restitution au médecin de son activité avec des outils plus ergonomiques et simples d'accès** : Dataviz, listes de patientèle ciblée (participation aux actions de prévention et de santé publique, en lien avec les indicateurs ROSP / vaccination grippe, dépistage organisé des cancers, suivi de l'OPTAM etc. (Acteur : Cnam).

➤ **Faciliter les échanges avec l'Assurance Maladie avec une offre de nouveaux services (2023)** : demande d'accord préalable - DAP -, échanges sur des retours de facturation, réclamation (revoir l'ergonomie de « ReclaPS » avant une éventuelle généralisation. Prévoir les MAJ des cahiers des charges et spécifications éditeurs pour une intégration future dans les logiciels métiers dans le cadre des prochaines vagues du Ségur (Acteur : Cnam).

## **Axe 6 - Assurer la qualité et l'ergonomie des logiciels référencés Ségur, des aides à la prescription et à la facturation intégrées dans les logiciels métiers**

### **➤ Synthèse des éléments de réponse au questionnaire et des échanges.**

Sur le panel des médecins ayant répondu au questionnaire, la connaissance des évolutions prévues par le Ségur est assez réduite : à la question posée : « *estimez-vous avoir une connaissance suffisante des évolutions des logiciels bénéficiant du référencement Ségur* » à peine plus d'un tiers des médecins interrogés (37,5%) a répondu par l'affirmative. Ce résultat peut être considéré comme très faible même si l'accompagnement individuel de l'Assurance Maladie a été concentré sur les médecins généralistes et très peu sur les spécialistes, à l'exception des radiologues.

En revanche, le taux d'équipement déclaré par ces mêmes médecins était élevé : 82,1% étant équipés d'une solution référencée Ségur.

Les principales raisons évoquées par les médecins non équipés d'un logiciel Ségur sont liées à la relation avec leur éditeur : retard soit pour l'obtention du référencement, retard ou difficultés pour la réalisation de la mise à jour. Quelques médecins indiquent avoir demandé à l'éditeur la résolution des bugs constatés par des confrères équipés de mêmes solutions avant de programmer leur propre installation. Certains répondants ont exprimé une volonté personnelle : « refus d'avoir une charge administrative supplémentaire liée aux outils numériques » ou « refus en raison des coûts demandés par certains éditeurs pour la mise à jour ».

Sur l'impact attendu en termes de « gain de temps médical », des évolutions introduites par le Ségur et intégrées des logiciels référencés, les médecins ayant répondu au questionnaire jugent favorablement (majoritairement 4 à 5 sur l'échelle proposée) les évolutions et les perspectives qu'elles offrent : la transmission automatique des comptes rendus (CR) d'hospitalisation (score 50 %), la transmission automatique des résultats de biologie (53%) et d'imagerie (53,5%) qui sont perçues comme apportant une réelle amélioration de l'accès à l'information (« réception » et « réactivité »). Des médecins expriment également le souhait d'une extension de l'alimentation automatique à d'autres types de documents : CR de passage aux urgences et de consultation de spécialiste. Les entretiens réalisés confirment cette tendance et cette appréciation. Elle est légèrement nuancée par les constats suivants :

- L'alimentation automatique pas encore opérationnelle dans tous les établissements de santé, les Laboratoires de Biologie Médicale (LBM), les cabinets de radiologie (en particulier pour les CR de biologie) ;
- La nécessité que l'alimentation soit rapide (jour de la sortie ou de l'acte) ce qui semble variable (plusieurs mois pour certains).

La prescription électronique recueille à ce stade un avis plus mitigé : jugée globalement positivement sur le principe dans les commentaires exprimés, notamment pour renforcer la « vigilance par les pharmacies sur des patients surconsommants, elle reste peu utilisée par une majorité de médecins qui n'ont pas d'opinions précises ou qui évoquent quelques réserves liées :

- à la nécessité de continuer la remise papier aux patients notamment âgés ou peu à l'aise avec l'informatique pour qu'ils puissent suivre leur traitement – crainte d'un passage au tout numérique ;
- au sentiment ressenti d'un impact potentiel modeste en terme de gain médical « *mis à part sur le fait d'éviter des demandes de rééditions d'ordonnances perdues par des patients* » ;
- aux interrogations sur l'utilisation en visite.

Les contenus du Dossier Médical Partagé (DMP) et de MES sont considérés globalement comme des informations et des outils potentiellement utiles à terme, en premier lieu pour le patient (conservation de ses documents) ou pour la prise en charge d'un nouveau patient pour connaître son historique (en ville, aux urgences...). Mais à ce stade du déploiement, le DMP et MES suscitent encore beaucoup de réserves et de scepticisme (note de 1,8/5) avec des retours nombreux qui expriment :

- le sentiment et le constat pour de nombreux médecins que les DMP sont vides ou quasiment ;
- la nécessité que le contenu soit également alimenté par le patient avec son historique de soins et les différents acteurs, et pas uniquement par le MT.

De nombreux retours et commentaires mettent également en avant la complexité à y accéder depuis leur logiciel métier (mauvaise intégration ou bugs/temps longs de connexion). Par ailleurs, ils traduisent aussi un sentiment d'inquiétude diffuse sur la sécurité du DMP/MES et le respect du secret médical, les règles de conservation et confidentialité des données.

La qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) a constitué un irritant substantiel : « trop de clics », des temps de réalisation jugés trop longs , et avec l'exigence de la vérification/validation de l'identité patient, ce qui semble avoir dissuadé un nombre important de médecins de l'alimenter.

Sur le volet MSS : de nombreux médecins expriment une insatisfaction marquée avec la réception en doublons des documents (via MSS / Apicrypt / et courrier) en plus de l'alimentation dans le DMP. Les problèmes rencontrés sont nombreux et importants : adresses multiples des professionnels, nom de boîte aux lettres (BAL) peu explicites, BAL obsolètes ou sur liste rouge. Les mécanismes de recherche sont peu adaptés et les médecins sont confrontés à coexistence de plusieurs annuaires.

Les évolutions des logiciels ne sont pas toutes satisfaisantes : constats de nombreux bugs/dysfonctionnements des logiciels Ségur ne permettant « pas de gain de temps », voire en « en faisant perdre », en raison de difficultés engendrées pour consulter les documents.

Les échanges sécurisés entre professionnels de santé sont néanmoins jugés plutôt positivement (note de 3/5) à partir du constat d'une hausse des documents reçus, jugée intéressante et utile, et d'une

facilitation des usages et échanges, notamment médecin de ville/hôpital. Mais ces constats sont nuancés en raison :

- de la nécessité que ces outils soient réellement utilisés pour qu'ils puissent être utiles dans la prise en charge et le parcours du patient ;
- du constat que de nombreux médecins sont équipés d'une MSS mais ne la consultent pas (absence de réponse aux messages envoyés) ;
- des quelques difficultés constatées à identifier l'adresse d'un interlocuteur (professionnel de santé (PS) avec plusieurs adresses (adresses des services hospitaliers ou pharmacies...)) ;
- de la crainte exprimée par certains médecins « d'être inondés de documents sans avoir le temps pour les lire » : nécessité de mieux nommer les objets des mails pour faciliter l'identification par les médecins des docs urgents.

### **Sur l'ergonomie des logiciels Ségur vague 1 :**

Les médecins expriment une insatisfaction marquée sur la méthode qui a conduit au référencement des logiciels Ségur V1. Ils considèrent ne pas avoir été suffisamment impliqués et associés. Verbatims: « *absence de liens avec les éditeurs, ...l'avis des médecins de terrain n'a pas été sollicité sur les cahiers des charges ... les équipes travaillent uniquement avec des geek !* ». Certains considèrent que les logiciels devraient être mieux adaptés à chaque spécialité (MG et médecins spécialistes).

On peut cependant rappeler que les médecins participant à la task-force ont été nommés par les syndicats médicaux. Les représentants des médecins sont invités à chaque comité de suivi du Ségur numérique et une session dédiée pour présenter le cahier des charges de la vague 1 leur a été également consacrée .

Les médecins expriment également un mécontentement sur la facturation de certaines prestations qu'ils estimaient devoir être « gratuites » dans le cadre du Ségur. Sont pointés les coûts de maintenance/mise à jour (parfois > 3000 euros) facturés par certains éditeurs pour le passage à la version du logiciel référencée Ségur. Dans les faits, selon les éditeurs, ce n'est pas la version Ségur qui est facturée mais la mise à niveau des versions, parfois très anciennes, des logiciels équipant certaines configurations, action présentée comme un « indispensable prérequis » pour implémenter la version Ségur qui, elle, n'est pas facturée.

L'ergonomie des logiciels fait l'objet de fortes critiques, très largement partagées. Elles concernent, peu ou prou, la quasi-totalité de l'offre référencée Ségur proposée par l'ensemble des éditeurs, à la fois sur un plan général et en particulier sur des sujets précis : procédures de qualification de l'INS, alimentation DMP/MES, bon usage des MSS.

La formation assurée par les éditeurs, l'accompagnement et le contenu, sont jugés très hétérogènes et souvent insuffisants : les plateformes de e-learning proposées par les éditeurs sont majoritairement considérées comme peu adaptées pour ce type de formation.

## Conclusions et perspectives sur ce chapitre du Ségur

Les éléments recueillis à la suite de l'exploitation du questionnaire en ligne et des nombreux échanges avec les médecins et leurs représentants ont été évoqués par la mission dans le cadre de différents échanges avec la Cnam (DIONIS /SMOI/DDO-DAOS en particulier) et avec la DNS. Ils sont en cohérence avec les analyses et les évaluations faites par ces deux institutions.

Les difficultés remontées par les médecins sur la mise en œuvre de la vague 1 du Ségur sont identifiées et font l'objet de plan d'actions DNS/Cnam précis et détaillés sur les différents sujets. Les recommandations formulées prendront bien évidemment en compte ces éléments.

Il paraît en effet indispensable de réaliser un bilan complet de cette première phase du Ségur (vague 1) dès le 1<sup>er</sup> semestre 2023, bilan qu'il convient également de mettre en perspective à l'aune des évolutions qu'elle a engendrées, « avec environ 55 000 commandes passées sur le couloir médecine de ville, à la suite de cette action d'intervention inédite de la puissance publique pour faire évoluer rapidement (18 mois) tous les logiciels des acteurs » (Raphaël Beaufret co-responsable du numérique en santé DNS).

### Recommandations

➤ **Assurer la qualité de l'ergonomie des logiciels Ségur, les aides à la prescription et à la facturation intégrées dans les logiciels :**

La vague 1 du Ségur constituant le socle du déploiement de l'ensemble des chantiers de la feuille de route du numérique en santé : **réaliser un bilan complet et partagé à l'issue de la V1**, afin d'en tirer tous les enseignements et de mettre en œuvre un plan d'action détaillé de toutes les actions correctrices sur les différents sujets de difficultés majeures identifiées. Les éditeurs doivent être largement **associés et impliqués** dans cette démarche indispensable afin de réunir les conditions de la réussite des étapes ultérieures du Ségur, porteuses de grands enjeux pour l'évolution de notre système de santé.

➤ **MES / DMP :**

- **Renforcer la communication, l'accompagnement sur le terrain** et mettre à jour le référentiel de formation (Cnam/éditeurs/ DNS)

- Sur la base du constat tiré du bilan en cours sur l'hétérogénéité et les performances insuffisantes des logiciels référencés de la vague 1 du Ségur sur volet de l'alimentation de Mon Espace Santé/DMP, **engager une action en direction des éditeurs pour corriger les anomalies et « remettre à niveau » les logiciels déployés au cours de la vague 1** (corrections des bugs et amélioration de l'ergonomie des logiciels) et « rattraper » ce qui est en cours et planifié jusqu'au 30 avril 2023.

- **Pour les prochains déploiements, mettre à jour et rendre opposable rapidement les cahiers des charges et spécifications pour la V2 (DNS/Editeurs)**

- **Mettre à jour la matrice d'habilitation des professionnels de santé au DMP** (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline) et actualiser la doctrine.

➤ **MSS**

- Définir et déployer un plan d'action adapté, à la lumière des constats et des difficultés du bilan de la V1 du Ségur, visant à corriger les anomalies sur la problématique des adresses et formaliser un nouveau cadre clair et explicite pour les médecins (annuaire, connaissance des adresses, liste rouge, adresses obsolète). Envisager l'opportunité de création d'un espace de confiance pour les messageries instantanées.

➤ **INS** : mise à jour du référentiel national sur l'indentitovigilance pour favoriser la qualification de l'INS pour les médecins lorsque le patient est connu (procédure d'exception permettant de ne pas exiger un justificatif d'identité).

- **Sur un plan général sur ces différents sujets de la vague 1 du Ségur qui sont liés** : sur le 1<sup>er</sup> semestre 2023, déployer des campagnes d'accompagnement des médecins dédiées, portées par les CIS-DNS **-en impliquant fortement les éditeurs pour soutenir la démarche-** sur la base d'outils pédagogique simples (boite à outils), explicitant les grands enjeux de la feuille de route du numérique et mettant l'accent sur la cohérence des projets qui sont en cours de déploiement et ceux qui sont programmés sur le court moyen terme (donner de la visibilité) : MES/DMP, MSS, INS, ApCV et e-CPS/Pro Santé Connect, Ordonnance numérique. Construire ces outils, destinés à favoriser cette communication, en synergie avec la DNS et les fédérations des éditeurs

- Acteurs : Cnam, DNS, Editeurs

• L'ergonomie des logiciels médecins « référencés Ségur » n'est pas un critère de référencement, seule la conformité aux cahiers des charges, SPEC et référentiels, étant prise en compte par les différents acteurs du process (DNS, GIE SV, CNDA) : **proposer un cadre adapté pour mieux associer les médecins à la démarche** .

- Acteurs : DNS, éditeurs, GIE SV, CNDA, Cnam

# Mission flash – Simplification administrative au profit des médecins

## Lettre de mission à Pierre Albertini et au Dr. Jacques Franzoni

### I/ Contexte et objectifs de la mission :

Pour améliorer l'accès aux soins dans tous les territoires, la recherche de gain de temps médical constitue depuis plusieurs années une priorité stratégique de l'Assurance Maladie. Cet axe demeure au cœur des négociations engagées pour le renouvellement de la convention médicale. Dans ce cadre, plusieurs leviers ont été identifiés parmi lesquels la réduction des charges administratives et la simplification des procédures.

Cette démarche n'est pas nouvelle : l'Assurance Maladie a engagé depuis plusieurs années un ensemble d'actions visant à simplifier l'exercice professionnel des médecins et les démarches des assurés dans différents domaines : télétransmission, allègement des procédures d'entrée et de renouvellement de l'ALD, déploiement des téléservices, accompagnement personnalisé par les DAM et les CIS, etc.

La période de négociation de la future convention médicale est propice au renforcement de cette dynamique, qui doit être prolongée, amplifiée et traduite de manière concrète en identifiant des actions opérationnelles à court terme et des chantiers plus structurants en lien et en cohérence avec les évolutions attendues, en particulier en intégrant les perspectives tracées par la feuille de route du numérique en santé au service de cette ambition : la récupération systématique des comptes rendus d'hôpital ainsi que des résultats d'examens de radiologie et de biologie le recours à la messagerie sécurisée comme un outil de dialogue entre professionnels de santé et avec ses patients, l'ordonnance numérique qui rendra caduque la transmission des FSE, etc..

L'Assurance Maladie souhaite également mobiliser les autres acteurs concernés (collectivités locales, entreprises) avec le soutien de l'Etat pour apporter des solutions dans des domaines qui ne relèvent pas strictement du champ conventionnel, comme par exemple sur quelques sujets spécifiques :

- Limiter la dispensation par les médecins des « certificats inutiles » ;
- Assurer la qualité et l'ergonomie des logiciels Ségur, des aides à la prescription et à la facturation intégrées dans les logiciels.

Certains leviers sont identifiés sur le court terme :

- Répondre au problème de l'envoi des pièces justificatives pour la télétransmission des flux « hors FSE Sesam-Vitale » (dégradés) et pour le paiement des forfaits ;
- Poursuivre et accentuer les démarches de facilitation du renouvellement des protocoles ALD ;
- Renforcer l'offre de service sur Ameli pro (outils de suivi de l'activité/des données via Dataviz, gestions des réclamations dématérialisées...).

Ainsi que des chantiers structurants à engager/prolonger sur le court/moyen terme :

- Individualiser davantage les relations entre le réseau de l'Assurance Maladie et les médecins libéraux ;
- Déployer les téléservices répondant aux besoins des médecins libéraux et garantir leur disponibilité ;
- Faciliter le traitement par les PS des rejets et signalements de factures.

Plus largement, la mission identifiera et analysera l'ensemble de mesures pertinentes qui pourraient être prises à court et moyen terme pour contribuer à dégager du temps médical en simplifiant les procédures et en réduisant les charges administratives.

## **II/ Finalités de la mission et livrable :**

La démarche engagée dans le cadre de la mission doit permettre :

- D'entendre les médecins libéraux sur les chantiers prioritaires ;
- D'identifier des actions de court terme et des chantiers plus structurants ;
- De réaliser l'interface avec les acteurs concernés par les chantiers hors convention (s'agissant notamment certificats).

Au terme de la mission, début février 2023, les conclusions seront partagées avec les partenaires conventionnels.

## **III/ Périmètre de la mission :**

Dans le cadre cette mission, il conviendra de rechercher dans la discussion avec les parties prenantes tous les leviers contribuant à dégager du temps médical.

Les médecins y seront associés au travers d'un diagnostic réalisé sur la base de temps d'échange et d'écoute, en intégrant dans les panels la diversité des modes d'exercice médical. Les représentants des médecins seront également contactés dans ce cadre.

La mission prendra en compte les travaux déjà engagés à la Cnam qui s'inscrivent directement dans le périmètre de la mission, en particulier sur les domaines suivants :

- FSE dégradées : passage en revue des règles de rejets de facturation et actualisation à envisager (chantier Cnam en cours) ;
- Etat des lieux sur le déploiement et l'usage des téléservices : constats/bilan et perspectives : à documenter par la Cnam ;
- Etude des sollicitations des médecins sur les différents canaux de contact proposés par l'Assurance Maladie : étude en cours sur les appels des plateformes téléphoniques.

**V/ Acteurs de la mission :**

Chefs de mission : Pierre Albertini et le Dr. Jacques Franzoni, en lien étroit avec le directeur général de la CNAM, M. Thomas Fatôme, et la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, Marguerite Cazeneuve

Acteurs à associer :

- Directions CNAM (DDGOS, DDO, DDAFF)
- DCGDR/CPAM/DRSM
- Médecins et organisations représentatives de médecins
- Partenaires institutionnels

**VI/ Moyens mis à disposition :**

Déplacements possibles (rencontre des partenaires et du réseau).

**VII/ Durée :**

Mission courant du 19 décembre 2022 au 9 février 2023.

La mission est renouvelable en tant que de besoin.

Paris, le 19/12/2022

Les chefs de mission :

Pierre ALBERTINI et Dr. Jacques FRANZONI



Le directeur général de la CNAM :

Thomas FATÔME



## Annexe 2 : Synthèse des recommandations

Partie	Recommandations	Acteurs
<b>Axe 1 - Les certificats médicaux</b>	➤ Créer un « point d'entrée unique » sur <i>service-public.fr</i> permettant de regrouper les informations actualisées sur les demandes de certificats médicaux.	Services de l'Etat concernés
	➤ Actualiser la doctrine et les règles opposables en matière de demande de certificat médical pour l'ensemble des domaines concernés. Pour l'Education nationale, la petite enfance ; alimenter le contenu du portail « point d'entrée unique » : <i>service-public.fr</i>	MSP, MJEN, MSJOP, DGS/DSS
	➤ Réaliser des campagnes d'information/sensibilisation régulières à des périodes clés chaque année.	Services de l'Etat, Cnam, CNOM
<b>Axe 2 - Optimiser les processus de facturation</b>	➤ Déployer pleinement et dès 2023 le dispositif SCOR pour la transmission des PJ des flux dégradé	Cnam, éditeurs de logiciel
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Poursuivre l'expérimentation engagée</b> en région et en tirer les enseignements pour envisager la possibilité ou non de conserver les PJ au cabinet pendant la durée des 33 mois.</li> <li>➤ Lancer une réflexion en 2023, sur la faisabilité et l'opportunité d'une solution de transmission dématérialisée des FSP (PJ des flux B2 dégradés) à partir d'une évolution applicative du logiciel métier, associée à un outil de <b>signature</b> numérique.</li> <li>➤ <b>Poursuivre le travail actuellement en cours à la Cnam sur l'analyse des différents types de rejets</b> dans le but de proposer, <b>dès 2023, des évolutions de l'ergonomie de l'application</b> afin d'offrir une plus grande facilité <b>d'utilisation</b> aux médecins dans la gestion de leur facturation.</li> </ul>	Cnam
	➤ <b>Poursuivre en 2023 la généralisation progressive de l'ApCV sur l'ensemble du territoire</b>	Cnam, GIE SESAM-Vitale (GIE SV)

<p><b>Axe 3 - Poursuivre et accélérer les démarches de facilitation de la gestion des ALD</b></p>	<p>➤ <b>Pour les ALD dites à « déclaration argumentée » :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer les assurés dans un délai maximum de M-3 de l'arrivée à échéance de leur ALD et de la nécessité d'organiser, en lien avec le médecin traitant, son renouvellement (limiter le risque de rupture de droits).</li> <li>- Informer dans le même délai (améliorer l'information existante) le MT en communiquant la liste des patients relevant de la procédure de « renouvellement argumenté » : modifier l'ergonomie d'AmeliPro pour que l'information soit plus explicite (étudier la possibilité de notifications en mode push).</li> <li>- Revoir les procédures de refus en proposant un contact téléphonique personnalisé (entretien confraternel) pour ce type de situations.</li> <li>- Améliorer le dispositif d'échanges avec le médecin conseil pour la gestion de certaines situations particulières. En cas refus d'ALD, d'ajustement de protocoles, d'interrogations sur certains dossiers spécifiques : formaliser le principe d'un engagement de rappel par le médecin conseil, sous 24 heures à partir de la sollicitation par le MT, sur une adresse mail identifiée.</li> <li>- A court/moyen termes : étudier la possibilité d'échanges avec le service médical par le canal des MSS sur un périmètre bien identifié (en lien avec la perspective de doter les médecins conseils d'une carte CPS – voir infra -).</li> <li>- Favoriser/inciter la réalisation des Protocoles de Soins Electroniques (PSE) par les médecins spécialistes.</li> <li>- Ouvrir le chantier de la « nécessaire homogénéisation » des procédures de gestion ALD à l'ensemble des régimes obligatoires (MGEN, CAMIEG, autres...) afin de les intégrer dans un bouquet de téléservices qui permettrait une extension du nouveau périmètre de cette offre à plusieurs millions d'assurés supplémentaires.</li> </ul>	<p>Cnam</p>
	<p>➤ <b>Pour les pathologies graves et dont le caractère irréversible est à ce jour établi</b>, en fonction des données connues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revoir avec la HAS les référentiels sur les durées réglementaires et proposer une évolution du cadre réglementaire.</li> </ul>	<p>Cnam (en lien avec HAS)</p>

<p><b>Axe 4 - Individualiser davantage les relations entre le réseau de l'Assurance Maladie et les médecins libéraux</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Les relations avec les médecins conseils de l'Assurance Maladie et le service médical</b> : proposer une évolution avec des modes de relations différenciés, personnalisés et directs (échanges téléphoniques) sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion des ALD.</li> <li>- Gestion de certains arrêts de travail longs.</li> <li>- Formaliser l'engagement de « rappel sous 24 heures » sur ce périmètre.</li> <li>- MSS et CPS : étudier l'opportunité et la pertinence d'équiper les médecins conseils.</li> <li>- Promouvoir les nouveaux outils adaptés à leur caractère médicalisé : Service Echanges Médicaux Sécurisé dans AmeliPro.</li> <li>- Etudier l'opportunité et la pertinence d'équiper les médecins conseils de MSS et CPS.</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p>➤ <b>Les relations avec les DAM et les CIS-DNS :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessité de valoriser et de permettre aux médecins de mieux identifier le rôle et les missions respectives de ces deux métiers.</li> <li>- Outiller ces collaborateurs de moyens adaptés pour faciliter les contacts avec les médecins : téléphones mobiles, adresses mail personnelles/adresses mail génériques.</li> <li>- Adapter le rythme et la fréquence des campagnes DAM dans une logique de régularité et de fluidité.</li> <li>- Renforcer le socle de compétences et de connaissances pour les collaborateurs CIS-DNS dans la perspective de porter les ambitions de la feuille de route du numérique en santé, et d'accompagner le plus efficacement possible les médecins.</li> <li>- Proposer et formaliser une stratégie et une logique d'appels téléphonique et de mails « sortants » par les Cnam pour fluidifier et régler certains problèmes ponctuels liés à la facturation.</li> </ul>	<p>Cnam</p>
<p><b>Axe 5 - Renforcer l'offre de service sur AmeliPro</b></p>	<p>➤ <b>Accompagner les démarches d'intégration dans les logiciels des TLS de l'Assurance Maladie</b></p> <p>Conforter les fondations posées par les services socles de la vague 1 du Ségur en accompagnement les médecins pour le développement des usages : MES, MSS.</p>	<p>Editeurs, Cnam</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Développer dans les délais les plus courts possibles les projets ApCV</b> dont la généralisation permettra <b>de réduire de manière significative les problèmes récurrents de facturation.</b></li> </ul>	Cnam
	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Poursuivre le déploiement Pro Santé Connect (carte CPS ou e-CPS)</b> pour favoriser l'accès sécurisé au DMP, ainsi qu'aux téléservices AmeliPro et permettre de répondre de nombreuses situations d'exercice des médecins.</li> </ul>	Cnam, éditeurs, DNS, GIE SV
	<p><b>Sur le court terme (2023-2024) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Finaliser les processus de l'Assurance Maladie qui permettront d'alimenter automatiquement Mon Espace Santé (MES/DMP).</b></li> <li>➤ Ouvrir le chantier de la facturation mettant en œuvre l'utilisation ApCV et de la e-CPS (Pro Santé Connect) pour élargir de manière significative le périmètre couvert par les échanges de flux sécurisés B2S Sesam-Vitale tout en permettant réduire parallèlement la proportion des flux dégradés B2.</li> </ul>	Cnam, GIE SV
	<p><b>Sur la période à venir 2023-2025 :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Conception de nouveaux services « en miroir » d'un parcours usager : carnet de santé, et ensemble du champ de la prévention (vaccination, dépistage organisé des cancers, examens périodiques de prévention). Le médecin pourra personnaliser au sein de son outil de travail (web BSP ou logiciel métier) : « mes services préférés », l'offre adaptée à ses usages en choisissant les services externes préférés.</li> </ul>	Cnam, DNS, éditeurs

	<p><b>Sur la gestion des contrats Assurance Maladie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mettre en place et outiller (2023/2024) la restitution au médecin de son activité avec des outils plus ergonomiques et simples d'accès</li> <li>➤ Faciliter les échanges avec l'Assurance Maladie avec une offre de nouveaux services (2023) : demande d'accord préalables - DAP -, échanges sur des retours de facturation, réclamation (revoir l'ergonomie de « ReclaPS » avant une éventuelle généralisation. Prévoir les MAJ des cahiers des charges et spécifications éditeurs pour une intégration future dans les logiciels métiers dans le cadre des prochaines vagues du Ségur.</li> </ul>	Cnam
<p><b>Axe 6 - Assurer la qualité de l'ergonomie des logiciels Ségur, les aides à la prescription et à la facturation intégrées dans les logiciels</b></p>	<p><b>MES / DMP :</b> renforcer la communication, l'accompagnement sur le terrain et mettre à jour le référentiel de formation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- engager une action en direction des éditeurs pour corriger les anomalies, « remettre à niveau » les logiciels déployés au cours de la vague 1 et « rattraper » ce qui est en cours et planifié jusqu'au 30 avril 2023.</li> <li>- Pour les prochains déploiements, mettre à jour et rendre opposable rapidement les cahiers des charges et spécifications pour la V2</li> <li>- mettre à jour la matrice d'habilitation des professionnels de santé au DMP (conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline) et actualiser la doctrine.</li> </ul>	Cnam, éditeurs, DNS
	<p><b>MSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- corriger les anomalies sur la problématique des adresses et formaliser un nouveau cadre clair et explicite pour les médecins (annuaire, connaissance des adresses, liste rouge, adresses obsolète). Envisager l'opportunité de création d'un espace de confiance pour les messageries instantanées.</li> </ul>	DNS, éditeurs

	<p><b>INS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à jour du référentiel national sur l'indivisibilité pour favoriser la qualification de l'INS pour les médecins lorsque le patient est connu.</li> <li>- Déployer des campagnes d'accompagnement des médecins dédiées, portées par les CIS-DNS, sur la base d'outils pédagogique simples explicitant les grands enjeux de la feuille de route du numérique et mettant l'accent sur la cohérence des projets qui sont en cours de déploiement et ceux qui sont programmés sur le court moyen terme (donner de la visibilité).</li> <li>- Construire ces outils, destinés à favoriser cette communication, en synergie avec la DNS et les fédérations des éditeurs.</li> <li>- Proposer un cadre adapté pour mieux associer les médecins à la démarche de référencement des logiciels Ségur, afin de mieux prendre en compte l'avis des utilisateurs sur l'ergonomie des produits référencés.</li> </ul>	<p>Cnam, DNS, éditeurs</p>
--	---	----------------------------

## Annexe 3 : Synthèse des réponses au questionnaire



### ENQUÊTE "MISSION FLASH

### *ANALYSES DES REPONSES DES MEDECINS AU QUESTIONNAIRE EN LIGNE*

Confidentiel

#### DIFFUSION

Diffusion (en fréquence)

Libellés	
Taux de réponses validées	918
Taux de réponses partielles	2077

Population: 2995

**Informations :**

Nombre de réponses validées = questionnaires répondus entièrement et envoyés

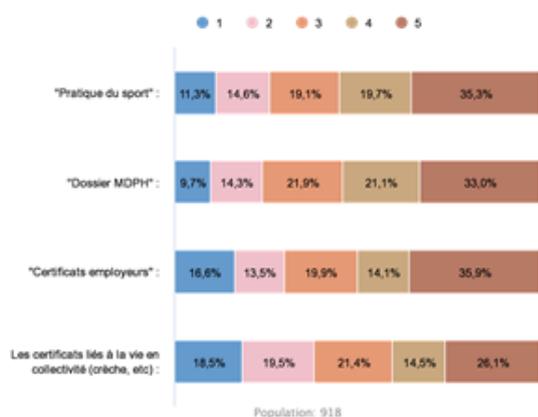
Nombre de réponses partielles = questionnaires ouverts ou/et partiellement ou entièrement répondus mais non envoyés

Les données des pages suivantes prennent en compte que les questionnaires validés.

# 1.

## LES FORMALITÉS ADMINISTRATIVES DANS L'EXERCICE QUOTIDIEN

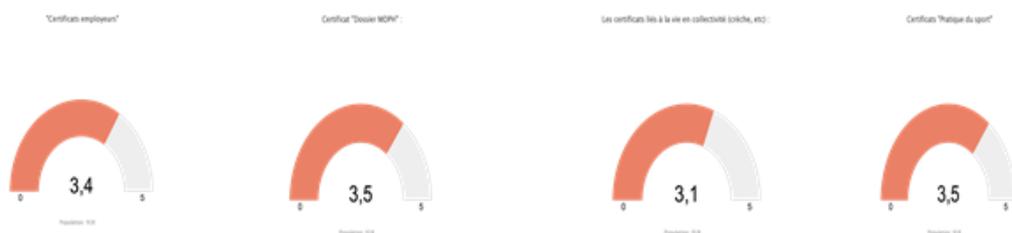
## EVALUATION DU TEMPS PASSÉ PAR SEMAINE POUR LES CERTIFICATS



1: moins de 10 minutes par semaine  
 2: de 10 à 20 minutes par semaine  
 3: de 20 à 30 minutes par semaine  
 4: de 30 à 40 minutes par semaine  
 5: plus de 40 minutes par semaine



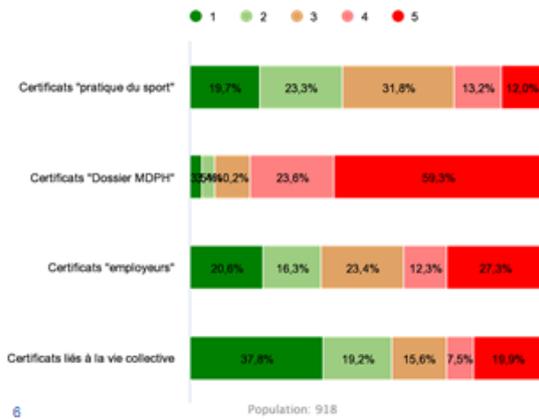
## EVALUATION MOYEN DU TEMPS PASSÉ



Pour chaque item, les répondants déclarent passer en moyenne entre 20 à 30 minutes par semaine pour chaque certificat.



## EVALUATION DU NIVEAU DE CONTRAINTE TEMPS/COMPLEXITÉ DES CERTIFICATS (1 FAIBLE/ 5 ÉLEVÉ)



En moyenne, pour les répondants:

- Le niveau de contrainte temps/complexité pour les « certificats pratique du sport » ( ainsi que ceux « liés à la vie en collectivité » est jugé globalement élevé ( seulement 40% de score cumulé N1 & N2 sur l'échelle) Le niveau atteint, en moyenne 3,1 pour les certificats employeur
- Le niveau de contrainte temps/complexité est le plus élevé pour les « dossiers MDPH » une contrainte évaluée en moyenne à 4,3.

## PRINCIPALES PROPOSITIONS ET COMMENTAIRES ISSUS DU QUESTIONNAIRE SUR CES DIFFÉRENTS CERTIFICATS

### Sur les certificats liés à la pratique sportive:

- Demande forte concentrée sur une courte période de l'année.
- Utile pour faire de la prévention, notamment chez les jeunes adultes, adolescents et enfants (peu de consultations pour ces publics)
- « A limiter aux pratiques sportives à risque et/ou personnes à risque »
- « A ne faire que tous les 3 ans ».

### Sur les dossiers MDPH:

- Très chronophage.
- Pour certains, la cotation actuelle est totalement adaptée.
- Dossier à simplifier et redondances des items
- Manque de retours/contacts de la MDPH
- Questionnement de l'intérêt lorsque la pathologie est stable

7



## PRINCIPALES PROPOSITIONS ET COMMENTAIRES ISSUS DU QUESTIONNAIRE SUR CES DIFFÉRENTS CERTIFICATS

### Sur les certificats employeurs

- « Aucun intérêt et pourvoyeur de consultations inutiles »
- « Faire confiance au salarié »

### Sur les certificats liés à la vie en collectivité

- Peu d'intérêt: « jamais contre-indiqué la vie en collectivité à un bébé »
- Beaucoup de demandes de certificats/ordonnances non justifiées de la part des crèches (et de consultation)
- « Absence de toute responsabilité et de bon sens des collectivités »

8



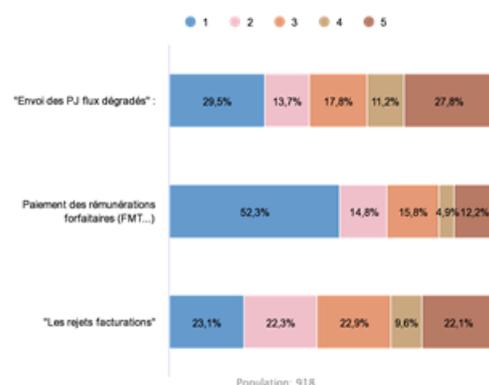
# 02

## OPTIMISER LES PROCESSUS DE FACTURATION

9



## EVALUATION DU TEMPS PASSÉ PAR SEMAINE



1: moins de 10 minutes  
2: de 10 à 20 minutes  
3: de 20 à 30 minutes  
4: de 30 à 45 minutes  
5: plus de 40 minutes

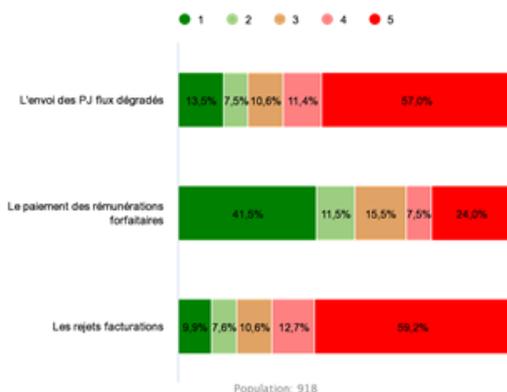
En moyenne:

- l'envoi des PJ flux dégradés : plus de 40 minutes par semaine pour près de 30% des médecins et 30 à 40 mn pour 40%.
- Le traitement des paiements des rémunérations forfaitaires représente entre 10 et 20 minutes par semaine
- Le suivi et traitement des rejets de facturation : plus de 30 minutes pour 30% des médecins



10

## EVALUATION DU NIVEAU DE CONTRAINTE TEMPS/COMPLEXITÉ DES PROCESSUS DE FACTURATION (1 FAIBLE/ 5 ÉLEVÉ)



L'envoi des PJ en flux dégradés, ainsi que le traitement des rejets de facturation représentent un niveau de contrainte élevé pour l'ensemble des répondants (respectivement 3,9 et 4,0).

La gestion des paiement forfaitaire ne représente pas de difficulté particulière (2,6) pour moins de la moitié des médecins (41,5%). Plus de 30 % considèrent l'inverse

Près de 60 % des médecins attribuent un niveau de « contrainte temps/complexité » maximum ( 5) au traitement des rejets de facturation.



11

## PRINCIPALES PROPOSITIONS ET COMMENTAIRES ISSUS DU QUESTIONNAIRE SUR CE PROCESSUS DE FACTURATION

### Sur l'envoi des PJ en flux dégradés

- Temps consacré important (recherche du lot, recherche de la caisse concernée, envoi par courrier postal, etc.).
- Fait reposer sur le médecin une charge alors que l'oubli de la CV est du fait de l'assuré; pièces souvent non reçues par les caisses.
- Risque de double-paiement et « menaces » d'indus par les CPAM
- Devrait être supprimé : « a fonctionné pendant la crise COVID ».
- Proposition de numérisation de cet envoi.

### Sur le paiement des rémunérations forfaitaires:

- Automatique, donc peu chronophage, pour certains.
- Trop complexe, car peu clair, pour d'autres
- Difficultés de vérifier les données



12

## PRINCIPALES PROPOSITIONS ET COMMENTAIRES ISSUS DU QUESTIONNAIRE SUR CE PROCESSUS DE FACTURATION

### Sur les rejets de facturation

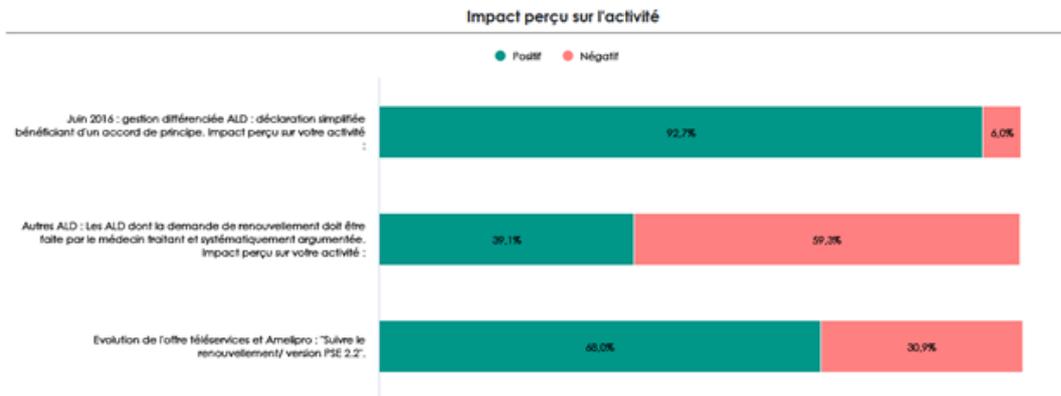
- Rejets injustifiés ou incompréhensibles
- « J'ai abandonné l'idée de chercher à régulariser du fait de la lourdeur et de la perte de temps. Je renonce dans ce cas à ma rémunération »
- Difficultés pour avoir des explications et des contacts

# 03 POURSUIVRE ET ACCENTUER LES DÉMARCHES DE FACILITATION DE LA GESTION DES PROTOCOLES ALD

14  
Confidentiel



## T3 - POURSUIVRE ET ACCENTUER LES DÉMARCHES DE FACILITATION DE LA GESTION DES PROTOCOLES ALD



15

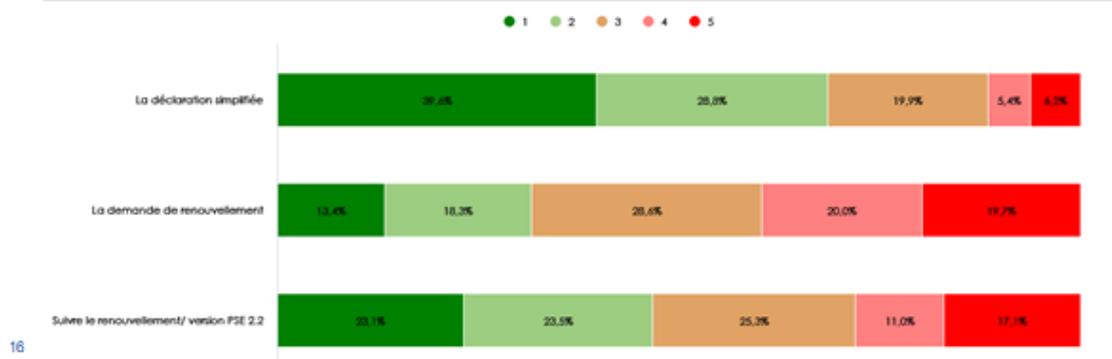


## T3 - POURSUIVRE ET ACCENTUER LES DÉMARCHES DE FACILITATION DE LA GESTION DES PROTOCOLES ALD

Evaluation du niveau de contrainte temps /complexité

1 = faible 5 = élevé

Evaluation du niveau de contrainte temps /complexité des dispositifs de simplification récents



16

## T3 - POURSUIVRE ET ACCENTUER LES DÉMARCHES DE FACILITATION DE LA GESTION DES PROTOCOLES ALD

### ▪ POINTS POSITIFS

- Evolution positive du TLS et sur les procédures nouvelles pour les ALD « à déclaration simplifiée »
- Forme en l'état appréciée (ergonomie, souplesse, ...)

### ▪ POINTS DE VIGILANCE/AMELIORATION

- Sensibiliser les assurés au suivi de leur dossier médical
- Les refus de prise en charge par l'Assurance maladie pas assez justifiés
- Ouvrir la possibilité aux spécialistes
- Problématique des renouvellements pour des pathologies à vie (diabète T1, ...)
- Pas d'alerte sur les renouvellements à faire : renouvellements automatiques
- Difficultés à comprendre le fonctionnement du TLS/méconnaissance
- Assurés MGEN non intégrés
- Fréquence des bugs Amelipro
- La décision d'attribuer une ALD « devrait être à la charge de l'Assurance maladie ».

17



# 04

## RENFORCER L'OFFRE DE SERVICE SUR AMELIPRO SUR QUELQUES CHAMPS SPÉCIFIQUES

## T4 - RENFORCER L'OFFRE DE SERVICE SUR AMELIPRO SUR QUELQUES CHAMPS SPÉCIFIQUES

### Poursuivre le développement d'outils

#### Impact perçu sur l'activité



## T4 - RENFORCER L'OFFRE DE SERVICE SUR AMELIPRO SUR QUELQUES CHAMPS SPÉCIFIQUES

### Evaluation du niveau de contrainte temps /complexité

1 = faible 5 = élevé

#### Evaluation du niveau de contrainte temps /complexité des outils de suivi de l'activité



## T4 - RENFORCER L'OFFRE DE SERVICE SUR AMELIPRO SUR QUELQUES CHAMPS SPÉCIFIQUES

### 1. ROSP

très peu de commentaires positifs sur le fond

- Très peu de commentaires positifs (remise en cause du principe même de la ROSP: « ne relève pas de l'activité médicale »)
- Opacité des calculs: trop d'items (seul le FMT est plébiscité)

### 2- OPTAM –

- Majorité de « non concernés »

### 3. Paiements des forfaits

- Mêmes constats que pour la ROSP
- Intitulés des virements à expliciter

### 4. Réclamations

- Très peu de commentaires positifs
- Des renoncements après usage

### 5. Informations en retour sur les paiements

- Intitulés des virements à expliciter
- Intégrer un historique ; permettre un retour de mails

- Traitement trop long accès
- Permettre un accès aux secrétaires d'avoir accèsA
- Abréviations incompréhensibles
- Visibilité sur 5 jours pas assez suffisante

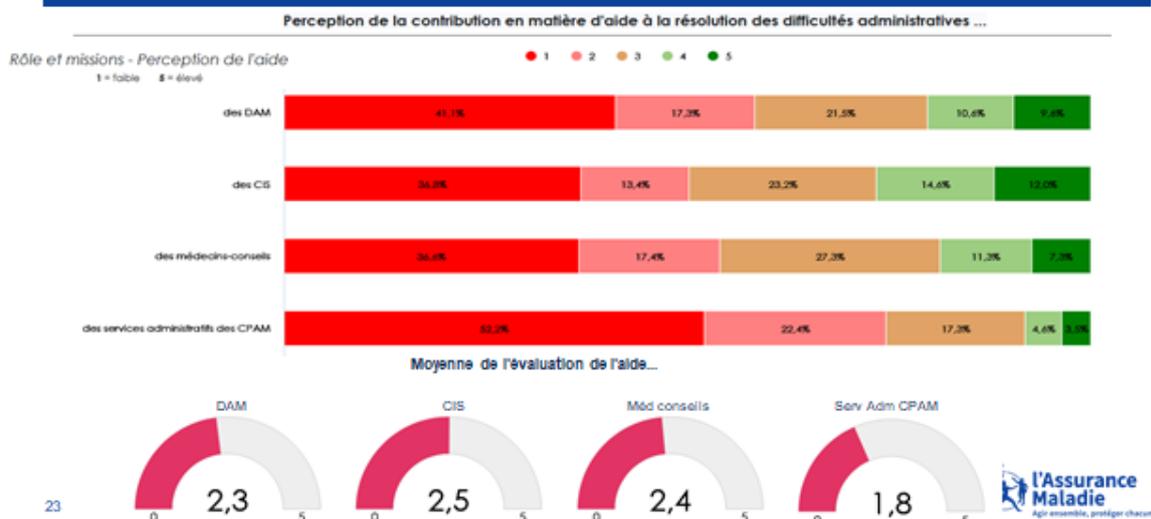
Constat général de la méconnaissance des dispositifs et de leurs usages



# 05

## INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES RELATIONS ENTRE LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX

### T5 - PERCEPTION DE LA CONTRIBUTION EN MATIÈRE D'AIDE À LA RÉOLUTION DES DIFFICULTÉS ADMINISTRATIVES ...



### T5 - INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES RELATIONS ENTRE LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX

Des retours très hétérogènes selon les répondants.

A noter : un nombre important de médecins ne connaissent pas la différence de missions entre DAM / CIS.

#### Sur les DAM :

- Retours très hétérogènes :
  - **Points appréciés :**
    - Apport d'informations souvent utiles sur les évolutions, la pratique, ...
    - Lien humain avec la CPAM apprécié
    - Ecoute des difficultés et remontée dans la CPAM pour résolution,
    - Souhait par certains médecins d'échanges plus réguliers mais plus courts sur les évolutions.
  - **Points négatifs :**
    - Vus par certains comme des commerciaux de l'AM « vendant » les dispositifs conventionnels
    - Présentations jugées parfois longues avec risque de perte de rdv pour les patients
    - Des campagnes parfois tardives par rapport à l'entrée en vigueur des mesures déjà connues,
    - Quelques critiques sur le fait que des « non-médecins » portent des messages sur la pratique médicale.

#### Sur les CIS

- Retours majoritairement positifs des PS ayant bénéficié de l'assistance/intervention d'un CIS.
- Mais constats que de nombreux problèmes ne peuvent pas être réglés par les CIS (problème logiciels éditeurs / bugs téléservices,...).
- Quelques difficultés à les joindre remontées (temps d'attente sur le 36,08 et souhait d'un numéro direct)
- Demandes sur ce point :**
  - Un élargissement de l'amplitude d'intervention des CIS
  - Possibilité des les contacter via *amelipro* plutôt que par mail.

24

## T5 - INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES RELATIONS ENTRE LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX

### Sur les Médecins conseils

- Des difficultés fréquentes à les joindre et peu de contacts avec les médecins conseils pour la majorité des médecins.
- Point positif- l'espace d'échanges sur ameli-pro est apprécié – facilitation des échanges et réponses rapides.
- Mais souhait de contacts directs notamment sur les situations particulières
  - La gestion des patients complexes (refus de reprise de travail suite à un arrêt),
  - En amont de décisions de refus de prise en charge pour les patient
  - Souhait d'être informé directement par le médecins des décisions de refus de prise en charge (contact sortant).
- Demande par certains médecins d'organisation de formation ou soirée d'échange médecins libéraux/ médecins conseils sur les prises en charges ou d'autres thématiques (Arrêt de travail, ALD, Invalidité,...).

25



## T5 - INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES RELATIONS ENTRE LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX

### Sur les services administratifs de la CPAM

- Points positifs :
  - Accompagnement apprécié sur la phase d'installation.
  - Certains soulignent la capacité d'adaptation de l'AM pendant le covid sur des procédures simplifiées ou outils mis en place.
- Points négatifs soulignés dans beaucoup de questionnaires sur les relations :
  - Temps d'attente téléphonique fréquemment soulignés et difficultés à avoir un échange direct,
  - Temps de réponse fréquemment longs
  - Sentiment fréquemment avancé : un traitement long des demandes des médecins mais rapide en cas d'erreurs du médecin (indu / rejet),
- Demandes :
  - Souhait global d'une simplification administrative qui réduira les demandes vers la caisse aussi,
  - Disposer d'un listing avec les adresses mails/téléphone adaptés selon les problématiques pour contact direct
  - Souhait par certains que soit privilégié l'appel pour corriger une erreur plutôt que le renvoi d'un courrier.

26



## T5 - INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES RELATIONS ENTRE LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX

### Autres points évoqués :

- Simplifications administratives évoqués :
  - Dispenser les médecins des arrêts de travail courts (- de 3 jours),
  - Intégration dans Ameli-pro des démarches pour tous les régimes (ex : MGEN, CAMIEG , autres régimes ...);
  - Simplifier le remplissage des dossiers – notamment MDPH
  - Un guichet unique sur le traitement des rejets
  - Mettre fin au renvoi des FSP adressé à la mauvaise caisse mais organiser un transfert interne sans repasser par le médecin,
  - Possibilité de télétransmettre pour les AME,
  - Arrêt de la transmission papier en cas de flux dégradés
  - Remise en place de listing d'adresse mail ou tél pour contact direct selon les problématiques côté CPAM comme service médical.
  - Amélioration de la fiabilité des téléservices ameli-pro – réelle utilité mais trop d'instabilités.

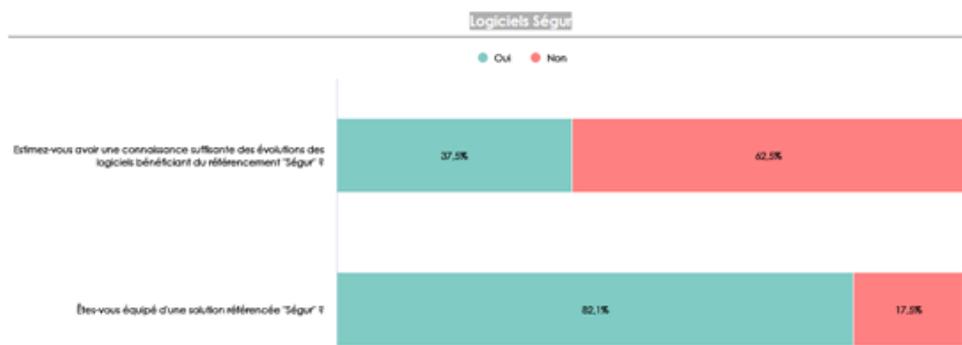
27



# 06

## ASSURER LA QUALITÉ ET L'ERGONOMIE DES LOGICIELS SÉCUR, DES AIDES À LA PRESCRIPTION ET À LA FACTURATION INTÉGRÉES DANS LES LOGICIELS

### T6 – LOGICIELS SÉCUR - EQUIPEMENT



La connaissance des évolutions des logiciels prévues par le Sécur est assez réduite (37,5%). Cela peut peut-être s'expliquer par le fait que l'accompagnement individuel de la CPAM visait surtout les médecins généralistes et peu les spécialistes (sauf radiologues).

29



### T6 – LOGICIELS SÉCUR - EQUIPEMENT

#### Raisons indiquées par les médecins non équipés d'un logiciel Sécur:

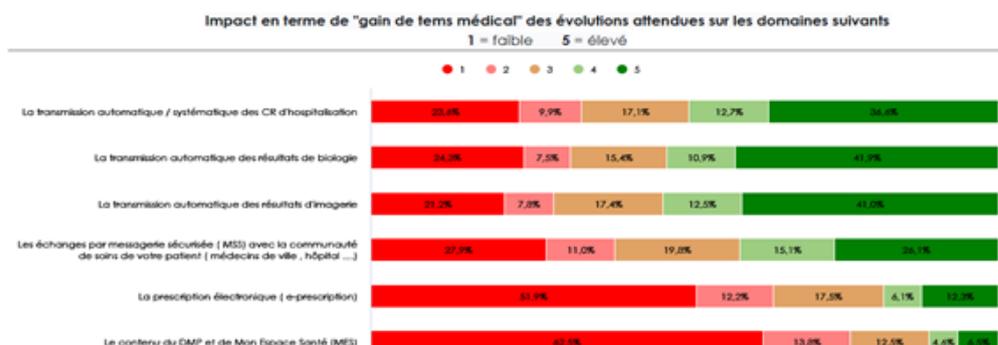
- Majoritairement en raison de leur éditeur :
  - retard de l'éditeur soit pour l'obtention du référencement
  - Ou retard pour la réalisation de la mise à jour
  - Quelques médecins indiquent avoir demandé à l'éditeur la résolution des bugs constatés par des confrères avant de programmer l'installation.
- Quelques répondants – volonté personnelle :
  - Refus d'avoir une charge administrative en plus liés aux outils numériques
  - Refus en raison des coûts demandés par certains éditeurs pour la mise à jour,

30



## T6 – IMPACT ÉVOLUTION LOGICIELS EN TERME DE TEMPS MÉDICAL

Les évolutions attendues auront-elles un impact important en terme de "gain de temps médical"?



31



## T6 – IMPACT ÉVOLUTION LOGICIELS EN TERME DE TEMPS MÉDICAL

### Point global:

- De nombreux médecins indiquent un effet négatif avec la réception en doublons des documents (MSSanté / Apicrypt / courrier) en plus de l'alimentation dans le DMP.
- Point d'attention souligné sur le risque de multiplication d'outils différents à utiliser pour un médecin.

### Transmission automatique/systématique des documents de sorties d'hospitalisation, CR Biologie, CR d'imagerie

- Jugé positivement par une majorité de médecins : note de 3,3 ou 3,4
- Réelle amélioration de l'accès à l'information (réception et réactivité)
- Néanmoins les évolutions des logiciels ne sont pas toutes satisfaisantes :
  - Constats de nombreux bugs/dysfonctionnements des logiciels Sécur ne permettant pas de gain de temps / voir en faisant perdre avec difficultés pour consulter les documents.
  - Alimentation automatique pas encore opérationnelle dans tous les établissements de santé/Labos/cabinets de radiologie
    - Points particulièrement mis en avant sur les comptes-rendus de biologie.
    - Nécessité que l'alimentation soit rapide (jour de la sortie ou de l'acte) ce qui semble variable (plusieurs mois pour certains).
- Souhait par beaucoup d'une extension de l'alimentation automatique à d'autres types de documents : CR de passage aux urgences / CR de consultation spécialiste,...

32



## T6 – IMPACT ÉVOLUTION LOGICIELS EN TERME DE TEMPS MÉDICAL

### Echanges sécurisés entre professionnels de santé jugés plutôt positivement : note de 3

- Constat d'une hausse des documents reçus jugés positive globalement et d'une facilitation des usages et échanges notamment médecin de ville / hôpital mais retour très variables selon les médecins interrogés
  - Nécessité que ces outils soient réellement utilisés pour qu'ils puissent être utiles :
    - Constat que de nombreux médecins sont équipés d'une MSSanté mais ne l'a consultent pas (absence de réponse aux envois faits).
  - Quelques difficultés à identifier l'adresse d'un interlocuteur (PS avec plusieurs adresses / adresses des services hospitaliers ou pharmacies,...).
- Crainte par certains médecins « d'être inondés » de documents sans temps pour les lire.
  - Nécessité de mieux nommer les objets des mails pour faciliter l'identification par les médecins des docs urgents.
- Besoin remontée de manière récurrente d'une Intégration automatique dans les dossiers patients pour limiter le temps de classement long pour les médecins ou leur secrétariat.
- Quelques problèmes d'interopérabilité entre les différents opérateurs MSSanté et entre les outils (ex : lien messagerie de Dootolib avec MSSanté ou Apicrypt) : nécessité d'homogénéiser les règles
- Autres éléments mis en avant :
  - Souhait d'outil sécurisés pour des échanges instantanés avec des confrères de manière sécurisés pour avoir un retour immédiat.
  - Nécessité de conserver une responsabilisation des patients, qu'ils disposent des documents et qu'ils soient incités à contacter leur médecin traitant pour le suivi.

33



## T6 – IMPACT ÉVOLUTION LOGICIELS EN TERME DE TEMPS MÉDICAL

### La prescription électronique a pour l'instant un avis mitigé (note de 2,1)

- Jugé globalement positivement sur le principe dans les commentaires notamment pour permettre de renforcer la vigilance des pharmaciens sur des patients « surconsommateurs ».
- Mais encore peu utilisé par une majorité de médecins qui n'ont pas d'opinions précises et manquent de visibilité.
- Nécessité de continuer la remise papier aux patients notamment âgés ou peu à l'aise avec l'informatique pour qu'ils puissent suivre leur traitement (crainte d'un passage au « tout numérique »).
- Sentiment général de peu d'impact en terme de gain médical mis à part sur le fait d'éviter des demandes de rééditions d'ordonnances perdues par des patients.
- Des interrogations sur l'utilisation en visite.

### Le contenu du DMP et de MES est également jugé avec réserve pour l'instant : note de 1,8.

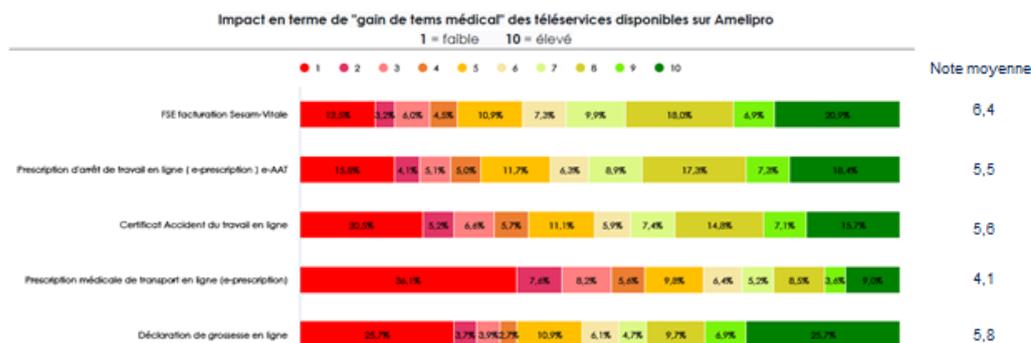
- Sentiment de nombreux médecins que le DMP sont vides.
- Jugé globalement utile en premier lieu pour le patient (conservation de ces documents) ou pour la prise en charge d'un nouveau patient pour connaître son historique (en ville, aux urgences...).
- Nécessité que le contenu soit alimentés par le patient et les différents acteurs et pas uniquement par le MT.
- Retour nombreux sur la complexité à y accéder depuis le logiciel (mauvaise intégration ou bug/temps longs de connexion).
- Un certain nombre d'inquiétude sur la sécurité du DMP/MES et le respect du secret médical/confidentialité des données.
- « Aspect irritant » sur la vérification/validation de l'identité patient qui semble dissuader beaucoup de médecins de l'alimenter.

34



## T6 – IMPACT DES TÉLÉSERVICES ACTUELS

### Appréciation en terme de "gain de temps médical" des téléservices actuels disponibles sur Amelipro



35



## T6 – IMPACT DES TÉLÉ SERVICES ACTUELS

### FSE Facturation SE SAMA-Vitale

Reconnaissance par certains de l'amélioration du service et intérêt pour remboursement/Paiement rapide.

#### Principales demandes :

- Pour la facturation en dégradé – supprimer l'obligation de PJ Papier,
- Ouvrir la facturation en FSE aux patients AME
- Difficultés de gestion des rejets remontées régulièrement
- Demande d'un espace d'échange dédié et d'une à disposition d'une synthèse en ligne des actes rejetés

#### Autres éléments :

- Demande fréquente sur une simplification des cotisations en réduisant le nombre de majorations et avec quelques tarifs.
- Retour très hétérogène sur la facturation pour les TLC – certains trouvent cela pratique d'autres n'y arrivent pas.

### ADRI

#### Appréciation globale :

- Réel intérêt de ce TLS souligné par beaucoup de médecins en gain de temps pour sécuriser la facturation et limiter les rejets et impayés.
- Mais regret de fréquentes instabilité ou lenteur dans l'accès à ce TLS ou mise en maintenance

#### Évolutions suggérées :

- Permettre la mise à jour des droits si la carte vitale ne l'est pas
- Intégration de l'ensemble des régimes

L'intégration de ce TLS dans les logiciels semblent variablement appréciées par les médecins. Quelques médecins indiquent ne pas le connaître, ni l'utiliser. Quelques médecins regrettent que ce soit aux médecins de vérifier les droits des patients et indiquent que cela peut engendrer des tensions avec des patients si le médecin leur indique une absence de droits (C2S par exemple).

### Prescriptions médicales de transport en ligne

- Appréciation plutôt positive dans les commentaires
- Demande d'intégration de l'ensemble des régimes
- Difficultés sur la sélection des adresses :
  - des listes incomplètes ou des structures manquantes ou apparaissant sous une autre appellation que celle connue par le médecin.
  - Demande d'ajout d'une saisie libre
- Plusieurs retours sur une difficulté à utiliser lors de prescriptions de transports faites lors de visites.

#### Autre point souligné (non lié au TLS) :

- Demande fréquente d'hospitaliers pour que le MT fasse la prescription de transport.
- Refus fréquents de transporteurs qui demandent une prescription papier

36



## T6 – IMPACT DES TÊLÉ SERVICES ACTUELS

### e-AAT

#### Appréciation globale :

- Service majoritairement apprécié
- La demande principale porte sur l'intégration de l'ensemble des régimes
- Et l'amélioration de la stabilité d'accès ou la réduction des lenteurs

#### Autres demandes :

- Possibilité de rectifier une erreur après validation,
- Mise à disposition d'un historique des AT prescrits
- Demande de dématérialisation du volet employeur également
- Revoir la liste déroulante des motifs et/ou ajouter la possibilité d'un texte libre

### Certificats Accident du travail en ligne

#### Demandses :

- La demande principale porte sur l'intégration de l'ensemble des régimes
- Possibilité de rectifier une erreur après validation,
- Mise à disposition d'un historique des certificats Accident Travail prescrits

Réactions sur évolution récente – jugée plus complexe avec un certificat médical d'accident du travail plus un arrêt de travail à faire.

### Déclarations de grossesse en ligne

- Appréciation très positive dans les commentaires par les médecins concernés,
- Quelques remontées sur des absences de transmission automatique à la CAF ou de visibilité pour le médecin sur cette transmission > obligeant à refaire un format papier ensuite,
- Quelques retours mettent en avant de fréquentes instabilités ou lenteur dans l'accès à ce TLS,

#### Suggestion :

- Permettre la possibilité d'annuler la déclaration de grossesse en cas de fausse couche ou interruption de grossesse pour éviter des démarches lourdes pour une patiente en deuil de sa grossesse

A noter – le changement des formulaires intervenu récemment est vu de manière très hétérogène avec :

- retours positifs de certains
- très négatif par d'autres – notamment pour ceux ayant ce TLS intégré dans leur logiciel, estimant qu'il est source de confusion et d'erreur.

37

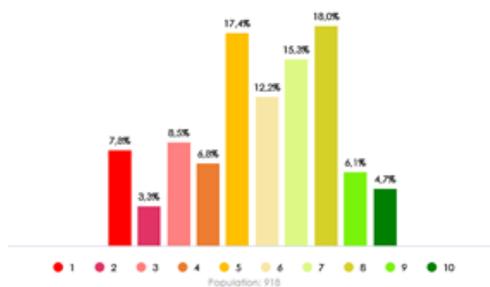


## T6 – IMPACT DES TÊLÉSERVICES ACTUELS

### Appréciation générale des téléservices actuels disponibles sur Ameli pro

Appréciation générale des services du portail Ameli pro  
1 = faible 10 = élevé

Moyenne de l'appréciation générale des services du portail Ameli Pro



38



## T6 – APPRÉCIATION GÉNÉRALE DES TÊLÉSERVICES ACTUELS DISPONIBLES SUR AMELI PRO

### A noter sur l'appréciation actuelle :

- Les médecins soulignent globalement l'ergonomie d'Ameli-pro et la facilité d'utilisation.
- Mais soulignent une instabilité de l'accès à Ameli-pro et aux différents téléservices notamment ces derniers mois (problèmes d'accès ou des lenteurs).
- Les demandes principales sont
  - l'utilisation des TLS Ameli-Pro par l'ensemble des régimes pour éviter aux médecins de jongler avec le papier selon la caisse du patient
  - L'intégration des téléservices dans les logiciels métiers pour faciliter l'utilisation et éviter de switcher entre plusieurs fenêtres,

### Evolutions souhaitées dans Ameli-pro

- Intégration des assurés de l'ensemble des régimes,
- Intégration d'un service similaire à échange médical sécurisé permettant de solliciter les différents services de la CPAM en cas de questions administratives avec une réponse rapide
- utilisation d'une CPS et de MSS pour les médecins conseils pour les échanges « médicalisés »
- Demande de nombreux médecins de pouvoir modifier les documents saisis a posteriori s'ils constatent une erreur après l'avoir validé.
- Demande d'élargir les DAP dans Ameli-Pro à d'autres champs (ex cités : Crestor / ezetemibe / ...).
- Planifier les maintenances la nuit hors horaires d'ouverture habituelle des cabinets.
- Demande de conservation dans l'outil de l'historique des formulaires saisis pour faciliter leur récupération par les médecins
- Augmenter les actions possibles sans présence de la carte vitale du patient

39



## Annexe 4 : Tableau Eléments de synthèse sur les certificats médicaux

	<b>Situation</b>	<b>règlementation</b>	<b>Contrôle médical préalable</b>	<b>Nature du contrôle</b>
<b>Majeurs</b>	Obtention ou renouvellement licence sportive fédérale	Article L.231-2 du code du sport	Non obligatoire mais peut être imposé selon les fédérations	Certificat médical et/ou questionnaire de santé et/ou autre
	Participation à une compétition sportive organisée ou autorisée par fédération sportive	Article L.231-2-1 du code du sport	Non obligatoire mais peut être imposé selon les fédérations	Certificat médical et/ou questionnaire de santé et/ou autre
<b>Mineurs</b>	Obtention ou renouvellement licence sportive fédérale	Article L.231-2 et A.231-2 du code du sport	Obligatoire Examens de santé prévus par le CSP	Questionnaire de santé annuel fixé par arrêté
	Participation à une compétition sportive organisée ou autorisée par fédération sportive	Article L.231-2-1 et A.231-2 du code du sport	Obligatoire Examens de santé prévus aux articles R.2132-1 et R.2132-2 du code de la santé publique	Questionnaire de santé annuel fixé par arrêté
<b>Majeurs et mineurs</b>	Adhésion à une structure sportive non affiliée à une fédération sportive	Aucune	A la discrétion de la structure	A la discrétion de la structure
	Participation à une compétition sportive non autorisée ou non organisée par fédération sportive	Aucune	A la discrétion de la structure	A la discrétion de la structure
<b>Cas particuliers (majeurs et mineurs)</b>	Obtention ou renouvellement licence et participation compétition fédérations sportives scolaires	Articles L.552-1 et L.552-4 du code de l'éducation	non	0
	Disciplines à contraintes particulières	Articles L.231-2-3, D.231-5 et A.231-1 du code du sport	Obligatoire	Certificat médical annuel avec examens spécifiques
	Adhésion à un club de danse (classique, modern-jazz, contemporaine)	Articles R.362-1 et R.362-2 du code de l'éducation	obligatoire	Certificat médical annuel

## Annexe 5 : Lettre aux médecins généralistes du maire de Petit-Quevilly.



Petit-Quevilly, le 03 JUIN 2019

DIRECTION de l'ACTION SOCIALE

AUX MEDICINS GENERALISTES

Suivi : Estelle SERGENT  
Direction de l'Action Sociale  
Tél : 02 35 63 75 00

Nos Réf. : AG/ES/MB  
Objet : Délivrance d'attestations et de certificats médicaux

Madame, Monsieur,

J'ai pris connaissance de la démarche de simplification et de rationalisation des attestations et certificats médicaux.

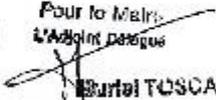
Toutefois, l'accueil des enfants de moins de six ans en structures petite enfance est réglementée et impose les principes suivant :

ACCUEIL REGULIER EN CRECHE DU LUNDI AU VENDREDI	
Première inscription en crèche	La production d'un certificat médical est obligatoire (1)
Absence supérieure à 3 jours	La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement (2)
ACCUEIL OCCASIONNEL EN HALTE-GARDERIE	
Première inscription en halte-garderie	La production d'un certificat médical est obligatoire (1)
Dès le premier jour d'absence	La production d'un certificat médical exonère la famille du paiement (2)

Afin de simplifier les démarches administratives, je vous prie de bien vouloir trouver au verso un certificat médical (3) à compléter.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Maire,

Pour le Maire,  
L'Adjoint délégué  
  
Michel TOSCANI

Hôtel de ville  
Place Henri Barbusse  
B.P. 202  
76141 Petit-Quevilly Cedex  
Tél. 02 35 63 75 00  
Fax 02 35 63 75 75  
E-mail : mairie@petit-quevilly.fr  
www.petit-quevilly.fr

1. Article R.2124-39 du Paragraphe V du Décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans
2. Lettre circulaire CNAF n° 2011-105 du 29 juin 2011
3. Article L.3111-11 du Code de la Santé Publique « Les vaccinations antidiabétiques et antitétaniques par l'antétoxine sont obligatoires sauf contre-indication médicale reconnue... »

## Annexe 6 : Liste des personnes consultées

**MG France** : Dr Agnès GIANOTTI Présidente, Dr Marguerite BAYART 1<sup>ère</sup> VP et les membres du bureau : Dr Isabelle DOMECH-BONNET, Dr Théophile COMBES, Dr Jean Christophe NOGRETTE, Dr Bijane OROUDJI ,Dr Jean-Claude SOULARY et Dr Gilles URBEJTEL

**CSMF** : Dr Franck DEVULDER, Président, Dr Luc DUQUESNEL (excusé)

**SML**: Dr Sophie BAUER, Président

**FMF** : Dr Corine LE SAUDER Présidente, Dr Frédéric VILLENEUVE, Dr Bassam AI NASSER

**UFML-SYNDICAT** : Dr Jérôme MARTY Président, Dr Guillaume DEWEVRE Secrétaire général et le Dr Maxime BALOIS

**ReAGJIR** : Dr Elise FRAIH Présidente, Dr Raphaël DACHICOURT, secrétaire général

**L'ISNAR-IMG** Raphaël PRESNEAU président

**URPS-Médecins Ile de France** : Dr Valérie BRIOLE, Présidente, Dr Nathalie LEROY, Dr Bernard ELGHOZI, Dr Nathalie REGENSBERG de ANDREIS, Dr Mardoche SEBBAG, Alexandre GRENIER, Directeur

**Ministère des sports des Jeux Olympiques et Paralympiques** : Dr Gilles EINSARGUEIX : chargé de mission Bureau de l'éthique sportive et de la protection des publics

**Direction de la sécurité sociale (DSS)** : Delphine CHAMPETIER de RIBES, directrice-adjointe, Clélia DELPECH, sous- direction financement du système de soins, Sandrine DANET-KELLY

**Direction générale de la santé (DGS)** : Dr Marine JEAN-BAPTISTE Adjointe à la sous directrice sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques, Danièle METZEN-IVARS cheffe de service

**Délégation du numérique en santé (DNS)** : Raphaël BEAUFRET, co-responsable du numérique en santé, Claire VIGIER et Sandra MALAK, directrices de projet

**Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF)** : Guillaume ROUSSIER, responsable du pôle Petite Enfance, Delphine BONVALET conseillère politique Petite Enfance à la Cnaf

**MEDEF** : Nathalie BUET, directrice-adjointe de la protection sociale

**CPME** : Philippe CHOIGNARD, responsable du Pôle conditions de travail, Dr Gilles BONNEFOND (membres du conseil de la CNAM)

**FNMF** : Laure-Marie ISSANCHOU Direction de la santé, Christophe OLLIVIER conseiller activités de prévoyance

**France Assureurs** : Véronique CAZALS : directrice Santé, Nicolas GOMBAULT, directeur général délégué du groupe MACSF membre de l'observatoire des risques médicaux, Sylvie GAUTHERIN directrice adjointe Pôle assurance de personnes, Anne Marie PAPEIX, direction des assurances dommages et de responsabilités, François ROSIER, Direction Droit et Conformité.

**France Assos Santé** : Gérard RAYMOND, Président

**Anthony GOMES de CARVALHO**, directeur général GIE SESAM VITALE

**DRSM IdF** : Dr Pascal NICOLLE, directeur, **DRSM Bretagne** Dr Annick PIALOT, directrice

**Dr Xavier LEMERCIER**, MG Vouneil-su Vienne (86), membre du CNOM, président CPTS

**Dr Julien COTTET** Pt du CDOM 28, VP de la société française d'allergologie

**Dr Alexandre DELOBELLE** MG, CDOM du Nord, Président de l'Inter CPTS du Nord

**Dr Yannick SCHMITT**, coordonnateur DES MG et président CPTS Sud et ouest Eurométropole de Strasbourg

**Dr Jean-Philippe PLATEL**, Pt CDOM du Nord urgentiste SOS Médecin Roubaix Tourcoing

**Dr Lurent TURI** MSP Léonard de Vinci 62110 GAUCHIN

**FHP des Hauts de France** : Christophe CHAUMEIL directeur VIVALTO, Stéphanie BECUWE déléguée régionale, Dr Kami MAHMOUDI, directeur de territoire ELSAN Hauts-de-France

**CNAM** (ensemble des directions consultées) : DAF-LCF, DDGOS, DOS, DIONIS, DSMOI, DDO-DAOS, DDO-DPP