UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE
2019

FACULTE DE PHARMACIE

THESE

Présentée et soutenue publiquement

Le Mercredi 4 Septembre 2019, sur un sujet dédié à :

Pratique du tiers payant dans les pharmacies du Grand Est : Évaluation de l'organisation et du ressenti afin de dégager des perspectives et axes d'amélioration

pour obtenir

le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

par Jérémie PY

né le 21/04/1992

Membres du Jury

Président :	Monsieur DUPUIS François,	Maître de Conférences
Juges :	Monsieur GRAVOULET Julien,	Professeur associé, Pharmacien d'officine
	Monsieur MATHIEU Florent,	Pharmacien d'officine
	Monsieur CHATOR Pierre-Emmanuel	Pharmacien d'officine

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2018-2019

DOYEN
Raphaël DUVAL
Vice-Doyen
Julien PERRIN
Directrice des études
Marie SOCHA
Conseil de la Pédagogie
Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER
Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT
Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier
Présidente, Béatrice DEMORE
Commission Prospective Facultaire
Président, Christophe GANTZER
Vice-Président, Jean-Louis MERLIN
Commission de la Recherche
Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication	Marie-Paule SAUDER
Innovation pédagogique	Alexandrine LAMBERT
Référente ADE	Virginie PICHON
Référent dotation sur projet (DSP)	Dominique DECOLIN

Responsabilités

Filière Officine	Caroline PERRIN-SARRADO Julien GRAVOULET
Filière Industrie	Isabelle LARTAUD, Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Filière Hôpital	Béatrice DEMORE Marie SOCHA
Pharma Plus ENSIC	Jean-Bernard REGNOUF de VAINS
Pharma Plus ENSAIA	Xavier BELLANGER
Pharma Plus ENSGSI	Igor CLAROT
Cellule de Formation Continue et Individuelle	Luc FERRARI
Commission d'agrément des maîtres de stage	François DUPUIS
ERASMUS	Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE
Francine PAULUS
Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON
Max HENRY
Pierre LEROY
Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK
Pierre DIXNEUF
Chantal FINANCE
Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Michel JACQUE
Pierre LABRUDE
Vincent LOPPINET

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT
Mariette BEAUD
François BONNEAUX
Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER

Alain NICOLAS
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS	*Section CNU**	*Discipline d'enseignement*
PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	*82*	*Thérapie cellulaire*
Béatrice DEMORE	*81*	*Pharmacie clinique*
Jean-Louis MERLIN	*82*	*Biologie cellulaire*
Jean-Michel SIMON	*81*	*Economie de la santé, Législation pharmaceutique*
Nathalie THILLY	*81*	*Santé publique et Epidémiologie*
PROFESSEURS DES UNIVERSITES		
Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	*86*	*Pharmacologie*
Igor CLAROT	*85*	*Chimie analytique*
Joël DUCOURNEAU	*85*	*Biophysique, Acoustique, Audioprothèse*
Raphaël DUVAL	*87*	*Microbiologie clinique*
Béatrice FAIVRE	*87*	*Hématologie, Biologie cellulaire*
Luc FERRARI	*86*	*Toxicologie*
Pascale FRIANT-MICHEL	*85*	*Mathématiques, Physique*
Christophe GANTZER	*87*	*Microbiologie*
Frédéric JORAND	*87*	*Eau, Santé, Environnement*
Isabelle LARTAUD	*86*	*Pharmacologie*
Dominique LAURAIN-MATTAR	*86*	*Pharmacognosie*
Brigitte LEININGER-MULLER	*87*	*Biochimie*
Philippe MAINCENT	*85*	*Pharmacie galénique*
Patrick MENU	*86*	*Physiologie*
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	*86*	*Chimie thérapeutique*
Bertrand RIHN	*87*	*Biochimie, Biologie moléculaire*
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS		
Alexandre HARLE	*82*	*Biologie cellulaire oncologique*
Julien PERRIN	*82*	*Hématologie biologique*
Loïc REPPEL	*82*	*Biothérapie*
Marie SOCHA	*81*	*Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique*
MAITRES DE CONFÉRENCES		
Sandrine CAPIZZI BANAS	*87*	*Parasitologie*
Xavier BELLANGER	*87*	*Parasitologie, Mycologie médicale*
Emmanuelle BENOIT	*86*	*Communication et Santé*

ENSEIGNANTS (suite)	*Section CNU**	*Discipline d'enseignement*
Isabelle BERTRAND	*87*	*Microbiologie*
Michel BOISBRUN	*86*	*Chimie thérapeutique*
Ariane BOUDIER	*85*	*Chimie Physique*
Cédric BOURA	*86*	*Physiologie*
Joël COULON	*87*	*Biochimie*

Sébastien DADE	*85*	*Bio-informatique*
Dominique DECOLIN	*85*	*Chimie analytique*
Roudayna DIAB	*85*	*Pharmacie galénique*
Natacha DREUMONT	*87*	*Biochimie générale, Biochimie clinique*
Florence DUMARCAY	*86*	*Chimie thérapeutique*
François DUPUIS	*86*	*Pharmacologie*
Reine EL OMAR	*86*	*Physiologie*
Adil FAIZ	*85*	*Biophysique, Acoustique*
Anthony GANDIN	*87*	*Mycologie, Botanique*
Caroline GAUCHER	*86*	*Chimie physique, Pharmacologie*
Stéphane GIBAUD	*86*	*Pharmacie clinique*
Thierry HUMBERT	*86*	*Chimie organique*
Olivier JOUBERT	*86*	*Toxicologie, Sécurité sanitaire*
Alexandrine LAMBERT	*85*	*Informatique, Biostatistiques*
Julie LEONHARD	*86/01*	*Droit en Santé*
Christophe MERLIN	*87*	*Microbiologie environnementale*
Maxime MOURER	*86*	*Chimie organique*
Coumba NDIAYE	*86*	*Epidémiologie et Santé publique*
Arnaud PALLOTTA	*86*	*Bioanalyse du médicament*
Marianne PARENT	*85*	*Pharmacie galénique*
Caroline PERRIN-SARRADO	*86*	*Pharmacologie*
Virginie PICHON	*85*	*Biophysique*
Sophie PINEL	*85*	*Informatique en Santé (e-santé)*
Anne SAPIN-MINET	*85*	*Pharmacie galénique*
Marie-Paule SAUDER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Guillaume SAUTREY	*85*	*Chimie analytique*
Rosella SPINA	*86*	*Pharmacognosie*
Sabrina TOUCHET	*86*	*Pharmacochimie*
Mihayl VARBANOV	*87*	*Immuno-Virologie*
Marie-Noëlle VAULTIER	*87*	*Mycologie, Botanique*
Emilie VELOT	*86*	*Physiologie-Physiopathologie humaines*
Mohamed ZAIOU	*87*	*Biochimie et Biologie moléculaire*

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	*86*	*Pharmacie clinique*

PROFESSEUR AGREGE

Christophe COCHAUD	*11*	*Anglais*

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHICAIRES

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR AUTEUR ».

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur François Dupuis, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse d'exercice, qu'il trouve ici l'expression de mes plus vifs remerciements.

A Monsieur Julien Gravoulet, pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse, pour sa disponibilité, sa sympathie et ses conseils tout au long de la rédaction de ce travail, qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur Florent Mathieu, pour m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon jury, et pour le temps consacré à la lecture de mon travail, qu'il trouve ici l'expression de ma plus grande reconnaissance.

A Monsieur Pierre-Emmanuel Chator, pour m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon jury, pour m'avoir guidé dans le choix de ce sujet de thèse, pour le temps consacré à nos séances de travail, qu'il trouve ici l'expression de ma profonde amitié.

A ma mère et à mon père,

Pour m'avoir permis de réaliser mon souhait de devenir pharmacien,
Pour votre confiance et votre soutien à toute épreuve,
Pour avoir réussi à faire de moi quelqu'un de bien.

A toute ma famille, proche ou éloignée,

Pour vos encouragements et votre affection tout au long de ce travail.

A mes copains de promotion,

Juliette, ma binôme préférée, pour ton amitié et ton soutien à tout instant.
Maxime et Marc, mes Guis, pour ces belles années d'études remplies de joie, de rire et d'amitiés.
Martin, pour m'avoir permis d'entrer dans l'associatif étudiant, et pour tous ces bons moments.
Caro, Cécile, Kim, Lorène, pour votre présence à mes côtés tout au long de ces études.

A mes amis d'associations,

Au bureau de l'AAEPN 2014-2015, vous m'avez fait vivre une année merveilleuse qui m'a construit et m'a fait grandir, une expérience magnifique grâce à vous.
A la RPE Team 2016, Baptiste, Léonie, Simon, Flore, Cassandra, Corentin, Victorine, Chloé, Thomas, Loïc, Paul, je n'oublierai jamais cette folie que nous avons vécue ensemble. Une semaine à jamais gravée dans nos mémoires, et une amitié née pour durer.

Au non bureau de l'ANEPF 2016-2017, pour cette courte mais riche expérience, j'ai appris à vos côtés, et malgré la défaite, des liens d'amitié se sont créés.

Au Bureau de la Boule, pour cette bonne blague qui perdure, et qui nous a bien fait rire.

A mes amis de la faculté,

Aux différents bureaux successifs de l'AAEPN, cette institution nous lie tous, mais votre amitié et votre sympathie me rempliront toujours de bonheur.

Marie, pour ta bonne humeur et ton amitié.

Doreen et Pauline, pour votre soutien dans les moments difficiles.

Camille, pour ces moments de partage et d'amitié à Nancy ou à Gérardmer.

A la faluche Pharma Nancy, Cyrielle et Dorian, pour m'avoir permis d'accéder à cette belle histoire, et Marine, Maëva, Audrey, Claire, Camille, François-Xavier, pour me l'avoir fait vivre pleinement.

A tous les autres que je n'ai pas pu citer, pour votre sourire et votre joie de vivre.

A mes amis hors pharma,

Marie et Yann, pour cette amitié qui dure, et pour tous ces moments qui m'ont permis de souffler pendant ce travail.

Charlotte, pour ta compagnie et ton soutien lors de cette première année d'étude difficile à Nancy, et pour toute ton affection.

Flavien, malgré la distance, pour ton amitié toujours fidèle et complice.

Christopher, pour tous ces bons moments, tes affiches, ton amitié.

A toute l'équipe de la Pharmacie Lassauge,

Madame et Monsieur Lassauge, pour m'avoir tout appris et fait confiance de mon stage au collège, jusqu'à mes débuts dans le monde professionnel.

Charlène, Cynthia, Emilie, Evelyne, pour vos encouragements et votre soutien au quotidien pendant ce travail de rédaction.

Aurélie, Sylvie, Paul, pour m'avoir accompagné et aidé lors de mon stage de 6ème année.

Jarvis, pour ton aide au quotidien.

A toute l'équipe de Resopharma,

Pour votre accueil, votre sympathie et les connaissances que vous m'avez apportées lors de ma visite sur votre site parisien.

A toutes les personnes ayant accepté et pris le temps de répondre à mon questionnaire.

Table des matières

Liste des abréviations 13

Liste des figures 14

Liste des tableaux 17

Introduction 18

Partie 1 : Contexte et environnement du sujet d'étude 20
A. Historique du tiers-payant à l'officine 21
1. Les débuts de la dispense d'avance de frais 21
2. Le tiers-payant grâce à l'Assurance Maladie Obligatoire 22
3. L'amélioration du système avec SESAM-Vitale 24
a) LE GIE SESAM-Vitale 24
b) La naissance de la Carte Vitale 25
c) L'explosion de la télétransmission des feuilles de soins électroniques 25
4. La persistance d'un tiers-payant manuel 26
a) Les accidents de travail hors télétransmission 26
b) Les facturations concernant une Hospitalisation À Domicile 27
c) Les patients bénéficiant de l'Article 115 27
d) Les reprises manuelles de factures non réglées par télétransmission 28
B. Les acteurs du tiers-payant 29
1. Le patient 30
a) L'ordonnance 30
b) La Carte Vitale ou L'attestation de droits AMO 30
c) L'attestation AMC ou la « carte Mutuelle » 32
2. Le professionnel de santé 34
3. Le Logiciel de Gestion d'Officine 35
4. Les Organismes Concentrateurs Techniques : Resopharma 38
a) Présentation 38
b) La gestion des flux de tiers-payant 39
c) Les autres missions de Resopharma 41
5. Les Organismes d'Externalisation et de Gestion du Tiers-Payant 44
6. Les Caisses d'Assurance Maladie 45
a) Les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire 45
b) Les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire 47

7. Les autres acteurs 48
a) La banque 48
b) Le comptable 49
C. États des lieux actuels du tiers-payant 49
1. Enquête de l'USPO de Décembre 2016 49
2. Rapport de l'IGAS d'Octobre 2017 51
a) Le pharmacien, premier professionnel de santé à pratiquer le tiers-payant 51
b) Un tiers-payant AMO fiable, mais fragile 53
c) Un tiers-payant AMC fastidieux 53

Partie 2 : Questionnaire sur les pratiques du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est : Évaluation de l'organisation et du ressenti 55
A. Objectifs de l'étude 56
B. Matériels et méthodes 56
1. Matériels 56
2. Méthodes 57
C. Résultats 57
1. Situation de l'officine 58
a) Par département 58
b) Selon la typologie de l'officine 58
c) Selon l'effectif de la pharmacie 59
d) Selon la segmentation de la patientèle 60
2. Organisation de la gestion du tiers-payant 61
a) Le choix d'une société d'externalisation du tiers-payant 61
b) Le choix d'un Organisme Concentrateur Technique 64
c) Qui s'occupe de la gestion du tiers-payant au sein de l'officine ? 64
d) Une plage horaire est-elle définie pour cette gestion ? 65
e) La possibilité d'un rapprochement bancaire 67
3. Indicateurs de la gestion du tiers-payant 68
a) Le temps chiffré consacré à la gestion du tiers-payant 68
b) Pourcentage moyen du nombre de rejets de facturation en tiers-payant de l'officine 70
c) L'estimation des pertes réelles dues aux rejets 71
d) Les sommes non réglées des factures rejetées 73
4. Les causes de rejets 74
a) Les causes internes et externes de rejets à l'officine 74
b) Procédures d'améliorations et volonté de mise en place 76
5. Ressenti global 77

a) De réelles avancées dans la gestion du tiers-payant 77
b) La gestion du tiers-payant depuis sa mise en place 77
6. Propositions d'améliorations 78

Partie 3 : Discussion 80
A. Pourcentage moyen du nombre de rejets 81
1. Pour la part AMO 81
2. Pour la part AMC 82
B. Sommes réelles non réglées selon l'estimation des pertes 83
1. Pour la part AMO 83
2. Pour la part AMC 84
C. Le tiers-payant selon la typologie de l'officine 84
D. Le tiers-payant selon le nombre de pharmaciens 85
E. Le tiers-payant selon l'effectif total de l'officine 86
F. Le tiers-payant selon la segmentation de la patientèle 87
G. Le tiers-payant grâce à un opérateur de gestion du tiers-payant 88
H. Le tiers-payant grâce à un Organisme Concentrateur Technique 90
I. Le tiers-payant selon la personne en charge de sa gestion 90
J. La gestion du tiers-payant selon une plage horaire définie 91
K. Le tiers-payant selon le temps consacré à sa gestion 92
L. Le tiers-payant selon le choix d'un rapprochement bancaire 94
M. Le tiers-payant selon la personne en charge du rapprochement bancaire 95
N. Le tiers-payant selon les causes internes ou externes de rejets 96
O. Des procédures d'améliorations et une volonté d'améliorations dans la gestion du tiers-payant 96
P. La gestion du tiers-payant : De réelles avancées ? 97

Partie 4 : Propositions d'évolutions et d'axes d'amélioration du tiers-payant à l'officine 99
A. Évolutions techniques 100
1. Acquisition des droits intégrés (ADRi) 100
2. Visiodroits par Resodroits 101
3. Améliorations dans la prise en charge AMC 102
a) Harmonisation des pièces justificatives AMC 103
b) Simplification dans la lecture des taux de prises en charge 103
c) Standardisation des taux de remboursements des organismes complémentaires 104
B. Évolutions politiques 104

C. Évolutions organisationnelles au sein de l'officine 105

Conclusion 109

Bibliographie 110

Annexes 117

Liste des abréviations

ACOSS : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale
ADRi : Acquisition des DRoits intégrée
ALD : Affection Longue Durée
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ARL : Accusé de Réception Logique
ART : Accusé de Réception de la Télétransmission
AT : Accident de Travail
CNAF : Caisse Nationale des Allocations Familiales
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAVTS : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPMIVG : Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de Guerre
CPS : Carte de Professionnel de Santé
DRE : Demande de Remboursement Électronique
FSE : Feuille de Soins Électronique
FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
HAD : Hospitalisation À Domicile
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
LGO : Logiciel de Gestion d'Officine
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NIR : Numéro d'Inscription au Répertoire
NOEMIE : Norme Ouverte d'Échanges Maladie avec les Intervenants Extérieurs
OCT : Organisme Concentrateur Technique
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RSP : Rejet Signalement Paiement
SCOR : SCannérisation des ORdonnances
SESAM-Vitale : Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie – Vitale
TP : Tiers-Payant
TP3G : Tiers-Payant 3ème Génération
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNOCAM : Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Liste des figures

Figure 1 : Designs des 1ère et 2ème générations de la Carte Vitale 31

Figure 2 : Exemples d'attestations de tiers-payant d'Assurances Maladie Complémentaire .. 33

Figure 3 : Design de la Carte de Professionnel de Santé Pharmacien 35

Figure 4 : Schéma des flux d'informations au sein de SESAM-Vitale [43] 37

Figure 5 : Pourcentage de clients Resopharma par type de professionnels de santé 39

Figure 6 : Les missions de Resopharma 42

Figure 7 : Répartition des modalités de tiers-payant par profession de santé au 2ème trimestre 2017, régime général, selon le rapport de l'IGAS d'octobre 2017 52

Figure 8 : Enquête : Nombre de pharmaciens par officine 59

Figure 9 : Enquête : Effectif total par officine 60

Figure 10 : Enquête : Ratio patientèle régulière / patientèle de passage par officine 61

Figure 11 : Enquête : Ratio des officines faisant appel à un opérateur de gestion du tiers-payant 62

Figure 12 : Enquête : Motivations du choix d'un opérateur de gestion du tiers-payant 62

Figure 13 : Enquête : Services proposés par l'opérateur de gestion du tiers-payant 63

Figure 14 : Enquête : Motivations du choix de ne pas faire appel à un opérateur de gestion du tiers-payant 63

Figure 15 : Enquête : Ratio des officines faisant appel à un Organisme Concentrateur Technique 64

Figure 16 : Enquête : Réponses concernant la personne en charge du tiers-payant au sein de l'officine 65

Figure 17 : Enquête : Ratio des officines ayant défini une plage horaire pour la gestion du tiers-payant 66

Figure 18 : Enquête : Durée de la plage horaire définie par officine 66

Figure 19 : Enquête : Ratio des officines trouvant la plage horaire dédiée suffisante 66

Figure 20 : Enquête : Ratio des officines effectuant un rapprochement bancaire 67

Figure 21 : Enquête : Réponses concernant la personne en charge du rapprochement bancaire 68

Figure 22 : Enquête : Réponses concernant le temps consacré à la gestion du tiers-payant par semaine 69

Figure 23 : Enquête : Réponses concernant le jugement du temps dédié au tiers-payant 69

Figure 24 : Enquête : Pourcentage moyen du nombre de rejet de facturation en tiers-payant pour la part AMO 70

Figure 25 : Enquête : Pourcentage moyen du nombre de rejet de facturation en tiers-payant pour la part AMC 71

Figure 26 : Enquête : Estimation des pertes réelles par an dues aux rejets de tiers-payant pour la part AMO 72

Figure 27 : Enquête : Estimation des pertes réelles par an dues aux rejets de tiers-payant pour la part AMC 72

Figure 28 : Enquête : Sommes non réglées des factures rejetées à 7 jours pour la part AMO 73

Figure 29 : Enquête : Sommes non réglées des factures rejetées à 7 jours pour la part AMC 74

Figure 30 : Enquête : Ratio estimé des causes internes et externes des rejets de tiers-payant pour la part AMO 75

Figure 31 : Enquête : Ratio estimé des causes internes et externes des rejets de tiers-payant pour la part AMC 75

Figure 32 : Enquête : Ratio des procédures d'améliorations mises en place par officine 76

Figure 33 : Enquête : Ratio des volontés de mise en place d'améliorations par officine 76

Figure 34 : Enquête : Ratio du ressenti sur les avancées réelles de la gestion du tiers-payant au sein des officines 77

Figure 35 : Enquête : Réponses concernant le ressenti du tiers-payant depuis ses débuts 78

Figure 36 : Enquête : Réponses concernant les propositions d'améliorations pour la pratique du tiers-payant à l'officine 78

Figure 37 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO par rapport au pourcentage moyen du nombre de rejets AMO 81

Figure 38 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMC par rapport au pourcentage moyen du nombre de rejets AMC 82

Figure 39 : Sommes non réglées AMO par rapport aux estimations des pertes AMO 83

Figure 40 : Sommes non réglées AMC par rapport aux estimations des pertes AMC 84

Figure 41 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la typologie de l'officine 85

Figure 42 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport au nombre de pharmaciens 86

Figure 43 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à l'effectif total de l'officine 87

Figure 44 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la segmentation de la patientèle 88

Figure 45 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à l'utilisation d'un opérateur de gestion de tiers-payant 89

Figure 46 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la personne chargée de la gestion du tiers-payant 91

Figure 47 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la plage horaire définie pour la gestion du tiers-payant 92

Figure 48 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport au temps consacré à la gestion du tiers-payant 93

Figure 49 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la mise en place d'un rapprochement bancaire 94

Figure 50 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la personne en charge du rapprochement bancaire 95

Figure 51 : Données croisées des procédures d'améliorations et de la volonté d'améliorations dans la gestion du tiers-payant 97

Liste des tableaux

Tableau I : Pratique du tiers-payant non obligatoire au régime général par profession de santé au 2ème trimestre 2017 selon le rapport de l'IGAS d'octobre 2017 52

Tableau II : Enquête : Nombre de réponses par département du Grand Est 58

Tableau III : Enquête : Nombres de réponses par typologie de l'officine 58

Introduction

La France a mis en place, depuis de nombreuses années, un certain nombre de réformes et de lois pour garantir à sa population une protection sociale, une accessibilité aux soins et à la santé. C'est dans ce sens que le gouvernement du Général de Gaulle a mis en place, peu après la Seconde Guerre Mondiale, les premières fondations de la Sécurité Sociale. Depuis, les différents gouvernements se succédant ont su développer et enrichir cette institution pour donner l'Assurance Maladie telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Les professionnels de santé, et en particulier les pharmaciens d'officine, ont été acteurs de ces innovations en facilitant cette accessibilité aux soins, parfois au prix d'une totale transformation de leur métier. En effet, les nombreuses mutations du parcours de soin du patient ont radicalement changé l'organisation et la méthodologie du pharmacien, et la mise en place du tiers-payant et de ses avancées, en est le plus bel exemple.

Le tiers-payant se traduit par une « Modalité permettant à l'assuré social de ne pas faire l'avance des frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation et de ne payer, le cas échéant, que le ticket modérateur », le ticket modérateur étant la part des dépenses de santé non pris en charge par l'Assurance Maladie et restant à la charge du patient. La dispense d'avance de frais a été une véritable révolution pour permettre à la population de se soigner, tout milieu social confondu, et le pharmacien en a été le précurseur, puisqu'il est actuellement le professionnel de santé qui pratique le plus le tiers-payant.

Mais la mise en place de cette réforme a eu des retentissements économiques pour les pharmacies d'officine et un travail d'adaptation a été nécessaire. En effet, les délais de règlements des organismes d'Assurances Maladie Obligatoire, la multiplication des organismes complémentaires, la gestion des impayés… ont tous été de véritables obstacles à surmonter par les pharmaciens pour permettre à la population un accès aux soins plus facile et moins onéreux. Pourtant, depuis l'instauration de la dispense d'avance de frais, les pratiques ont évolué pour aider les professionnels de santé à garantir cet accès aux soins sans que cela n'interfère dans la bonne santé de leur entreprise. Mais les pertes économiques relatives au tiers-payant ne sont pas négligeables et semblent, d'après mon expérience lors de mon stage officinal de fin d'étude, prendre une part notable dans l'organisation générale d'une pharmacie d'officine.

A l'heure actuelle, où les difficultés financières des pharmacies sont de plus en plus mises en avant par la profession, une officine ne peut se permettre la moindre perte évitable, comme le non règlement de factures par les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire. De plus, la mise en place du tiers-payant généralisé à tous les professionnels de santé, y compris les médecins, souhaitée puis repoussée par les différents gouvernements successifs, pose la question de la bonne gestion du tiers-payant chez les professionnels ayant déjà instauré la dispense d'avance de frais du patient.

Le tiers-payant est une véritable avancée dans notre système de santé, mais la question demeure sur la vision qu'en a le pharmacien, ses innovations, ses limites, et surtout sa gestion au quotidien. Il sera judicieux, après en avoir décrit les tenants et les aboutissants, d'en dégager les possibles améliorations à apporter pour faciliter le travail de l'équipe officinale.

Partie 1 : Contexte et environnement du sujet d'étude

A. Historique du tiers-payant à l'officine

Les bases de la Sécurité Sociale sont posées par le Conseil National de la Résistance, en relation avec le Général De Gaulle, chef de la France Libre, avec l'ordonnance du 4 octobre 1945, dont les dispositions générales sont résumées dans l'Article 1 [1] [2] comme :

> « Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. » [3]

Les prémices des Assurances Maladie, Vieillesse et Maternité que nous connaissons aujourd'hui sont bâties par cette ordonnance, qui a pour but de généraliser l'accès à la protection sociale à toute la population, inégalitaire dans ce domaine jusqu'alors.
En effet, avant cette réforme, certaines classes sociales avaient déjà droit à des aides pour couvrir leurs besoins de santé. C'est dans le système minier que l'on retrouve les premières dispenses d'avance de frais des salariés, en particulier pour prendre en charge les frais de santé provoqués par les accidents de travail.

1. Les débuts de la dispense d'avance de frais

Il faut remonter au début du XIXème siècle pour retrouver les bases du premier système de tiers-payant. En effet, même si ce dispositif nous apparaît à première vue comme récent, les fondements de la dispense d'avance de frais pour les soins de santé ont une origine sociale profonde.
C'est dans le régime minier, où les conditions de travail étaient particulièrement pénibles et dangereuses (risques d'éboulement, coup de grisou…), qu'ont été instaurées des solutions simples pour garantir aux mineurs un service médical complet et une prise en charge directe des frais de santé. Ce service sanitaire permettait aux assurés de bénéficier de soins gratuits, et était réservé exclusivement aux mineurs ainsi qu'à leurs familles. [4]

Henri IV avait posé la première pierre de la protection sociale dans le régime minier, avec l'édit du 14 mai 1604. Cet écrit ordonnait à toutes les exploitations minières du territoire d'octroyer un trentième de leur produit pour prodiguer aux ouvriers des soins de premiers secours, lors d'accidents de travail, en payant par exemple, des chirurgiens et des médicaments. Mais malgré la volonté d'aider le peuple minier à accéder aux soins par cet édit, seules quelques sociétés minières instaurèrent ce principe, et la grande majorité des mineurs ne profitaient pas de cette protection sociale. [5]

A la suite de cet écrit, au début du XIXème siècle, différentes réformes vont faire évoluer et perdurer le régime de protection sociale minier, avec tout d'abord le décret du 3 janvier 1813 qui obligent les sociétés exploitantes de mines à entretenir un nombre proportionnel de chirurgiens par rapport aux nombre d'ouvriers, et à distribuer gratuitement des médicaments aux mineurs blessés.

Puis une deuxième loi, du 26 mai 1813, faisant suite à de multiples catastrophes dans les mines de l'Ourthe dans la région de Liège, promulgue la mise en œuvre d'une « société de prévoyance » contre la vieillesse, la maladie, les accidents, qui inspirera bien des années plus tard Bismarck en Allemagne. Cette société permettait de financer des aides et des soins de secours grâce à des cotisations salariales, et une contribution de l'employeur. [5]

Cette société ne sera restée qu'à l'état d'expérimentation, mais participera à l'élaboration de la loi du 29 juin 1894, qui confirmera la création d'une assurance maladie et d'une assurance vieillesse pour les mineurs. Elle met en place les bases du régime minier d'aujourd'hui. Cette protection sociale était obligatoire pour tous les mineurs de France, et son financement était basé sur une participation conjointe de l'exploitant et des travailleurs. [6]

La gratuité des soins et des médicaments était un tiers-payant caché, puisque les dépenses de santé étaient prises en charge par l'assurance maladie, elle-même financée par les cotisations salariales et patronales. D'ailleurs quelques années plus tard, différentes pharmacies minières furent créées dans les régions recensant un nombre important de mineurs, accessibles seulement aux ressortissants de ce régime, pour faciliter la dispense de frais des assurés et permettre une gestion plus fluide des dépenses de santé.

Au XXème siècle, le service de soins minier est extrêmement développé, au point même que les hauts dirigeants français décidèrent de s'en inspirer pour bâtir les bases du régime général de la Sécurité Sociale mis en place après la Seconde Guerre Mondiale.

2. Le tiers-payant grâce à l'Assurance Maladie Obligatoire

La dispense d'avance de frais par le patient s'est généralisée bien plus tard à l'ensemble de la population française. En effet, c'est notamment grâce à la création du régime général instauré par l'administration du Général De Gaulle qu'est née la notion de tiers-payant. Avant cela, les malades devaient régler eux-mêmes leurs dépenses de soins. Mais grâce aux ordonnances du 4 et 19 octobre 1945, et la naissance du régime général (ou Sécurité Sociale), les frais de santé n'étaient plus pris en charge par le patient lui-même, mais par un organisme national répondant aux demandes des malades. [7]

Ces réformes étaient résumées par « Les 3 U » : Universalité, Unité, Uniformité.

- Universalité : La protection devait être obligatoire pour l'ensemble de la population, toute classe confondue.
- Uniformité : Elle avait pour vocation de protéger contre les risques vieillesse, maladie, maternité, accidents du travail, de la même façon pour tous les français, selon leurs besoins et non leurs revenus.
- Unité : Elle devait être gérée par un seul et même organisme, mais cette revendication a été rapidement abandonnée pour laisser place à plusieurs régimes spécifiques, que nous détaillerons plus précisément dans la partie réservée aux caisses d'Assurances Maladie Obligatoire.

Elles établissent la notion de démocratie sociale, qui place les partenaires sociaux au cœur des conseils d'administration. [8]

L'année 1967 marque un tournant dans l'organisation générale de la Sécurité Sociale, puisqu'elle est le témoin d'une refonte totale du régime général, scindé en 3 branches :

- La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
- La Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS)
- La Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)

La gestion des ressources du régime est assurée par l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS), nouvellement créée. [9]

Durant cette époque, les frais de santé étaient donc pris en charge par l'Assurance Maladie. Mais les assurés sociaux devaient avancer les sommes aux professionnels de santé, ces derniers leur fournissant un justificatif pour un remboursement différé par la Sécurité Sociale. Ce nouveau modèle de protection sociale était révolutionnaire, mais posait malgré tout un problème majeur, en particulier chez les populations les plus pauvres, à savoir l'avance des frais.
En effet, les revenus les plus faibles n'avaient pas suffisamment les moyens pour régler les dépenses aux professionnels de santé, parfois coûteuses surtout en pharmacie pour des traitements onéreux, malgré un remboursement ultérieur de l'Assurance Maladie.

Pour faciliter l'accès aux soins à certaines populations, La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF) ont conclu, le 30 septembre 1975, le premier protocole d'accord national mettant en place la dispense de l'avance des frais pharmaceutiques pour les patients souffrant d'une affection longue durée. Ce pacte national devait être suivi par la signature commune d'une convention spécifique entre les syndicats départementaux et les différents organismes complémentaires. [10] [11]

Le protocole d'accord national donnait donc la possibilité d'une dispense d'avance de frais des assurés sociaux sous certaines conditions :

- L'assuré social salarié devait être exonéré de la participation à charge, donc concernait les patients atteints d'affection longue durée, en arrêt de travail depuis 3 mois et plus, invalides et pensionnés militaires,
- L'assuré devait présenter au pharmacien les pièces justifiant des droits au remboursement et prouvant l'exonération du ticket modérateur,
- La pharmacie devait être conventionnée pour faire profiter de l'avance de frais à l'assuré social. [12]

Cette convention a donc révolutionné la prise en charge des traitements chez les patients aux thérapeutiques onéreuses, en facilitant leur accès par la mise en place du premier tiers-payant de l'Assurance Maladie. Le pharmacien délivrait donc les médicaments, puis se faisait directement rembourser par l'Assurance Maladie.

Ce sont les pharmacies de la région parisienne qui ont été les précurseurs de ce système puisqu'elles ont pu proposer la dispense d'avance de frais aux premiers assurés sociaux dès le 1e mars 1977. Et ce n'est qu'en décembre 1982 que ce dispositif de dispense d'avance de frais a été étendu à tous les assurés sociaux de l'Assurance Maladie, pour répondre à la demande originelle d'uniformité voulu par les créateurs de la protection sociale. [12]

3. *L'amélioration du système avec SESAM-Vitale*

a) *LE GIE SESAM-Vitale*

La pratique du tiers-payant par les professionnels de santé, et en particulier des pharmaciens d'officine, ne cesse de s'accroître depuis 1982, mais le tri manuel des factures, les envois aux différentes caisses d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire rendent cette gestion ingrate et chronophage pour les officines et les caisses elles-mêmes.
Les trois plus importants organismes d'Assurance Maladie Obligatoire (les régimes général, agricole et des professions indépendantes) décident donc de créer communément, en 1993, le Groupement d'Intérêt Economique en vue de mettre en œuvre le projet Système Électronique de Saisie de l'Assurance Maladie – Vitale : Le GIE SESAM-Vitale est né. [13]
L'Union Nationale des Régimes Spéciaux, créée la même année, permet aux régimes spéciaux d'adhérer collectivement eux-aussi, au GIE SESAM-Vitale, et ce n'est qu'en 2000 que les grandes fédérations d'Assurance Maladie Complémentaire font de même. [14]

Le GIE SESAM-Vitale a pour but de faciliter les échanges sécurisés entre les professionnels de santé et les différentes organisations d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire. C'est grâce à son développement que vont être créées les Feuilles de Soins Électroniques (FSE) et la dématérialisation des facturations de santé, ce qui va largement favoriser l'essor du tiers-payant.

Ses missions, au-delà d'être cohérent et simple d'usage pour les professionnels de santé, sont résumées en 3 points :

- Imaginer et développer des outils de sécurisation des échanges, et plus particulièrement dans l'identification et l'authentification des assurés et des professionnels de santé,
- Travailler en collaboration avec les industriels et les éditeurs fournisseurs de solutions aux professionnels de santé pour garantir la cohérence et l'inclusion des services AMO-AMC via leurs systèmes d'informations,
- Exécuter, surveiller et superviser les échanges électroniques entre les professionnels de santé et les organismes d'Assurance Maladie pour assurer sa totale sécurité et le bon remboursement des praticiens. [13]

b) La naissance de la Carte Vitale

Pour faciliter et dynamiser la gestion des factures et des remboursements de frais de santé, pour les caisses d'Assurance Maladie et les professionnels de santé, le GIE SESAM-Vitale fait le choix de se diriger vers un système numérique et une dématérialisation des données. Cette modernisation souhaitée a pour but de rendre le remboursement des dépenses de soins plus rapide, plus sûr et plus économique.
C'est dans ce sens que le GIE SESAM-Vitale crée et met en place dès 1998 la Carte Vitale, contribuant ainsi à aider les professionnels de santé à la pratique du tiers payant. Elle permet au patient de justifier auprès des médecins, pharmaciens… de ses droits à l'Assurance Maladie et donc de s'affranchir des feuilles de soins papier pour un envoi manuel à sa caisse de rattachement. Le professionnel a toutes les informations nécessaires en sa possession pour demander directement à la caisse concernée un remboursement des frais avancés. [15] [16]

La Carte Vitale est gratuite, et est octroyée à chacun en qualité de bénéficiaire de l'Assurance Maladie dès 16 ans. Elle contient tous les renseignements nécessaires au remboursement des frais de santé et à la prise en charge hospitalière, ainsi que toutes les informations à l'identification du ou des assurés :

- Nom et prénom de l'assuré et de ses ayants droits : enfants de moins de 16 ans, enfants à charge du foyer,
- Numéro de Sécurité Sociale,
- Régime d'Assurance Maladie auquel est rattaché l'assuré,
- Caisse primaire d'Assurance Maladie dont relève l'assuré, en fonction du lieu d'habitation,
- Et dans certains cas :
    - Exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% des frais de santé remboursables par l'Assurance Maladie (Affection Longue Durée (ALD), Maternité, Accident de Travail (AT) ou maladie professionnelle…)
    - Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC),
- Tiers payant intégral au titre de l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS). [17]

Grâce à la Carte Vitale, le patient justifie de son identité et de sa prise en charge par l'Assurance Maladie : Le professionnel de santé a donc obligation de procéder à la pratique du tiers payant. Elle permet un remboursement dans un délai de 5 jours. [18]

c) L'explosion de la télétransmission des feuilles de soins électroniques

Historiquement, les premières Feuilles de Soins Électroniques sont télétransmises en juin 1998. La démocratisation de l'utilisation de la Carte Vitale, par sa distribution massive à tous les assurés, l'évolution rapide des systèmes informatiques des professionnels de santé, et la mise à disposition d'aide pour accompagner les différents acteurs du tiers payant conduira à

une explosion du nombre de télétransmission de feuilles de soins électroniques et à la diminution progressive des demandes de remboursement papier à l'Assurance Maladie.

En 2017, le programme GIE SESAM-Vitale a recensé 1,245 milliard de feuilles de soins électroniques télétransmises par les professionnels de santé français, et le pharmacien est le leader dans ce domaine, puisque 93% des actes exécutés en officine et demandant un remboursement sont réalisés en tiers-payant. [13]
Mais malgré cette avancée majeure dans la simplification de la pratique du tiers-payant pour les équipes officinales, certains actes font toujours l'objet d'une demande de remboursement manuel de la part du pharmacien, avec l'envoi d'une feuille de soins papier aux différents organismes d'Assurance Maladie. Cette persistance d'un tiers-payant manuel représente un frein à l'évolution complète de cette pratique à l'officine, et à l'heure du « tout numérique », il est important de souligner qu'il est encore présent aujourd'hui, sous différentes formes.

4. La persistance d'un tiers-payant manuel

Le nombre de feuilles de soins électroniques gérées par les différentes caisses d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire est donc considérable depuis plusieurs années, et facilite la mise en place du tiers-payant pour le patient, grâce à la télétransmission sécurisée des données, mais il apparaît encore certains cas de dispenses d'avance de frais procédés par les pharmaciens, qui ne sont pas accompagnés de la création d'une FSE et d'une télétransmission. En effet, selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant d'octobre 2017, il reste 1% du nombre de factures totales généré par les pharmaciens qui est encore géré par une facturation papier et un envoi aux caisses manuel pour un remboursement. Cette pratique, encore présente, est plus lente et beaucoup moins fiable que la télétransmission d'une FSE, et ne bénéficie pas des garanties de paiement d'une FSE sécurisée.

Il existe donc encore des exceptions à la télétransmission, où le pharmacien avance lui-même les frais liés à la dispense de médicaments, et où les facturations se font en tiers-payant manuel, sans FSE :

- Les accidents de travail hors télétransmission,
- Les facturations concernant une Hospitalisation À Domicile (HAD),
- Les patients bénéficiant de l'Article 115,
- Les reprises manuelles de factures non réglées par télétransmission.

a) Les accidents de travail hors télétransmission

Lorsqu'un assuré est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, la prise en charge des soins liés à cette affection est de 100%, et le professionnel de santé à obligation de procéder à la dispense d'avance de frais du patient. Or, si dans certains cas, selon les conditions du contrat de travail du patient, cette prise en charge est faite par l'Assurance Maladie de l'assuré et permet donc la création d'une FSE et sa télétransmission à

la caisse concernée, dans d'autres cas, c'est une assurance privée, ou la société employant le patient elle-même, qui règle les dépenses de santé. [19] [20]
Dans ces cas précis, le patient doit absolument présenter au pharmacien le bon de prise en charge de l'organisme responsable de son accident de travail, pour que le professionnel de santé puisse lui envoyer la facture et se faire rembourser des frais avancés. Cependant, ces organismes étant la plupart du temps des sociétés privées, la télétransmission des factures est impossible, et le pharmacien doit se résoudre à un envoi des justificatifs en format papier. Cette pratique administrative est donc chronophage, peut prendre un temps conséquent dans le suivi de ces factures, et implique dans de nombreux cas un délai de paiement bien plus important que lorsqu'une FSE est envoyée aux caisses de protection sociale par télétransmission.

b) Les facturations concernant une Hospitalisation À Domicile

L'Hospitalisation À Domicile est une prise en charge à temps complet des soins du patient à son propre domicile. Elle permet, théoriquement, des soins non réalisables en ville car trop techniques et assure une continuité dans le parcours de soins du patient à la sortie de l'établissement hospitalier. Ainsi, le confort du patient est garanti puisqu'il est chez lui, et l'HAD permet un désengorgement des hôpitaux, et une économie non négligeable pour l'Assurance Maladie dans la plupart des cas. [21]
En 2016, le nombre de structures proposant une HAD s'élevait à 302, tous étant des établissements de santé, et ce chiffre ne cessent de s'accroître tant l'Hospitalisation À Domicile prend de plus en plus d'importance dans le système de soins français. [22]
Une coordination des différents professionnels de santé est nécessaire pour la bonne mise en place d'une HAD, et le pharmacien d'officine joue lui aussi son rôle dans la prise en charge des soins du malade : En effet, même si les médicaments et autres dispositifs médicaux peuvent être fournis par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'établissement de santé duquel dépend l'HAD concernée, il est aussi possible de faire entrer une pharmacie de ville dans le processus de l'hospitalisation. Ainsi, les prescriptions sont réalisées par le médecin traitant ou le médecin coordinateur de l'HAD, puis transmises à la pharmacie d'officine qui délivre les médicaments au personnel de l'HAD, au patient lui-même ou à son entourage.
Cependant, une Hospitalisation À Domicile devant dépendre d'un établissement de santé, tous les frais de santé liés à cette structure sont pris en charge par l'hôpital lui-même, et les dépenses en pharmacie ne dérogent pas à la règle. Ainsi, lorsque le pharmacien délivre les médicaments au patient en HAD, il ne facture pas à son Assurance Maladie, mais à l'établissement responsable de l'HAD. Il procède donc à un tiers-payant, le malade ne réglant pas la facture des produits délivrés, et à une facturation manuelle en envoyant les feuilles de soins papier à l'hôpital pour un remboursement ultérieur. [23]

c) Les patients bénéficiant de l'Article 115

Dans un souci de solidarité nationale et d'aide aux anciens combattants, le gouvernement français a mis en place, peu après la Première Guerre Mondiale, un dispositif d'intervention

publique reconnaissant un droit à réparation par l'Etat aux victimes de tous faits de guerre, militaires ou civiles, ou d'actes de terrorisme.
De ce fait, et selon les articles L.212-1 et L.213-1 (anciennement articles L.115 et L.128) du Code des Pensions Militaires d'Invalidité et des Victimes de Guerre (CPMIVG) :

> « Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement l'ensemble des séquelles résultant de la blessure ou de la maladie pensionnée. » [24] [25]

Ainsi, ce dispositif donne droit à une prise en charge à 100% des frais de santé concernant les dommages liés à cette invalidité, par la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS). Le professionnel de santé a obligation de procéder au tiers-payant pour ces dépenses, mais la demande de remboursement se fait manuellement. [26]
Le pharmacien procède donc à la création d'une feuille de soins papier, qu'il envoie à la CNMSS accompagnée des pièces justificatives (factures, prescriptions médicales…) pour un remboursement ultérieur. Les délais de paiement sont beaucoup plus longs que pour une facturation électronique, ce qui pénalise la trésorerie du pharmacien.

Même si la CNMSS propose depuis peu la télétransmission des facturations liées à l'article 115, la pratique traditionnelle d'un tiers-payant manuel dans ces cas précis, par habitude ou par non connaissance de cette innovation, ne permet pas le bon développement des envois électroniques des feuilles de soins. [27]

d) Les reprises manuelles de factures non réglées par télétransmission

Le pharmacien télétransmet ses FSE régulièrement aux différentes Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire, de façon quotidienne, hebdomadaire ou bihebdomadaire selon l'organisation de l'officine. Mais en retour de cet envoi, le professionnel fait face, très souvent, à un nombre plus ou moins important de factures rejetées par ces mêmes organismes. Ces rejets, ou Rejet Signalement Paiement (RSP) peuvent avoir plusieurs origines, mais pour faciliter le travail du pharmacien et aider à la compréhension de ces retours négatifs, les organismes obligatoires ont harmonisé leur retour d'information par une codification unique.
Les causes de rejets sont multiples, et en faire une liste exhaustive ne serait pas judicieux. On pourra tout de même citer les plus importants :

- Une erreur dans l'enregistrement des informations de l'assuré par le professionnel de santé,
- Le prix unitaire d'un médicament erroné, ou plus à jour,
- Une facture déjà payée,
- Le prescripteur de l'ordonnance inconnu dans la base de données de l'Assurance Maladie,
- …

Toujours est-il que le pharmacien, malgré le rejet de la facturation mis en cause, a tout de même procédé au tiers-payant pour le patient. Il se retrouve donc avec un déficit qui ne va pas être remboursé s'il ne retransmet pas la facture concernée.
Ici se trouve tout l'enjeu de la gestion du tiers-payant dans les officines, car si bon nombre de FSE rejetées sont retransmises après correction, il reste malgré tout une partie de ces factures qui ne contiennent pas d'irrégularité, et qui doivent pourtant faire l'objet d'un remboursement par la caisse concernée. Le professionnel de santé procédera donc à une facturation manuelle pour un envoi de la feuille de soins papier à l'Assurance Maladie, et fera l'objet d'un traitement manuel par cette dernière.

Il apparaît donc clair que la télétransmission des FSE est une avancée majeure dans la pratique du tiers-payant en officine, mais il reste malgré tout un nombre important d'actes délivrés par les pharmaciens qui font l'objet d'une dispense d'avance de frais du patient avec une demande de remboursement manuelle du professionnel de santé aux caisses de protection sociale. C'est l'un des grands axes possibles de progression dans la pratique du tiers-payant, pour améliorer et parfaire au mieux cette mission du pharmacien.

La dispense d'avance de frais de santé existe donc depuis longtemps dans notre système de soins, et son fonctionnement n'a cessé d'évoluer au fil des années avec toujours plus d'innovations pour devenir plus performant, rapide et efficace. Aujourd'hui, malgré la persistance d'un tiers-payant manuel, cette pratique est très structurée, répond à des normes, et met en relation différents acteurs pour en assurer son bon fonctionnement. Pour comprendre le cheminement du tiers-payant actuel, nous allons donc décortiquer chaque étape du processus d'une facturation officinale jusqu'à son règlement au professionnel de santé, en présentant à tour de rôle les personnes ou organismes participant à cette démarche.

B. Les acteurs du tiers-payant

Lorsqu'un patient entre dans une pharmacie avec une ordonnance de médicaments remboursés par la Sécurité Sociale prescrite par son médecin, de nombreux acteurs entrent en jeu pour que celui-ci ressorte de l'officine avec ses traitements sans avoir à régler la facture correspondante au pharmacien. En effet, la possibilité pour le professionnel de santé de procéder à la dispense d'avance de frais pour le malade requiert des conditions, du matériel, et différentes personnes et organismes. Le processus de création d'une Feuille de Soins Électronique, son bon envoi aux Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire, sont très structurés, et largement encadrés par de nombreuses normes numériques qui certifient de la sécurisation des données de santé. Du patient à la Sécurité Sociale, en passant par les Organismes Concentrateurs Techniques (OCT), chacun a son rôle à jouer dans l'élaboration d'une FSE et de son bon traitement.

1. Le patient

a) L'ordonnance

Le patient est le premier acteur de la dispense d'avance de frais. En effet, c'est pour faciliter son accès aux soins que le tiers-payant a été mis en place par le gouvernement français, permettant à tous les malades, quelques soient leurs revenus, de pouvoir se soigner. Cependant, il existe des pré-requis pour que le pharmacien engage les frais liés aux médicaments délivrés afin de faire bénéficier au patient du tiers-payant. [28]
Pour cela, le patient doit tout d'abord présenter au pharmacien d'officine une ordonnance valide, conforme à la réglementation en vigueur, et contenant les mentions obligatoires (nom, spécialité et signature du prescripteur, date…). Les médicaments ou dispositifs médicaux doivent être prescrits par un professionnel de santé (médecin généraliste, médecin spécialiste, infirmière, kinésithérapeute, sage-femme, dentiste) dans la limite de ses droits de prescriptions et des indications de prises en charge, qui seront développés dans la partie réservée au professionnel de santé. En effet, par exemple, une infirmière prescrivant un antiseptique ne pourra pas faire l'objet d'un remboursement de l'Assurance Maladie, les antiseptiques sortant des limites du droit de prescription des infirmières. Dans ce cas le pharmacien ne procédera pas au tiers-payant, puisque les conditions de prescription du produit ne font pas l'objet d'un remboursement par la Sécurité Sociale. [29]
Si les conditions de prescription sont valides, les produits prescrits peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie s'ils sont inscrits sur la liste des médicaments remboursés pour les assurés sociaux, régie par l'article L162-17 du code de la Sécurité Sociale. Une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) et des essais cliniques pour déterminer le Service Médical Rendu (SMR) sont nécessaires pour inscrire un médicament sur cette liste, et ainsi donner droit à une prise en charge de sa délivrance. [30]
Un nombre important de conditions est donc requis pour qu'une ordonnance soit valable et qu'elle puisse donner lieu à un remboursement par les différents organismes d'Assurance Maladie. Or, pour que le pharmacien pratique l'avance de frais pour le patient, ce dernier doit également donner preuve de son affiliation à un service de Sécurité Sociale, en présentant au professionnel de santé sa Carte Vitale ou une attestation de droits AMO.

b) La Carte Vitale ou L'attestation de droits AMO

La Carte Vitale est indispensable pour toutes dépenses de frais de santé, car elle permet la dispense d'avance de frais avec certains professionnels comme le pharmacien ou l'infirmière, mais elle permet aussi un remboursement ultérieur et automatique des frais avancés chez d'autres professionnels par l'Assurance Maladie, comme avec le médecin, sans démarche particulière de la part du patient.
Elle est essentielle pour la pratique officinale du tiers-payant car elle apporte une preuve d'identité du patient ainsi que des données relatives à sa prise en charge par son organisme d'Assurance Maladie Obligatoire.
La Carte Vitale 2, mise en circulation en 2006, contient des informations visibles imprimées sur la carte, telles que les nom et prénom de l'assuré, son Numéro d'Inscription au Répertoire

des personnes physiques (NIR, ou plus souvent nommé « numéro de Sécurité Sociale ») et sa photo d'identité. Tous ces renseignements permettent une identification rapide et claire du propriétaire de la carte. A noter qu'il est possible que d'autres personnes que le titulaire soient assurés sur la même carte, comme les ayant-droits ou les conjoints, partageant les mêmes informations concernant leur protection sociale. [31]

Figure 1 : Designs des 1ère et 2ème générations de la Carte Vitale

Cette Carte d'Assurance Maladie est également composée d'une puce électronique contenant de nombreuses données sécurisées et ne pouvant être consultée qu'avec un lecteur de Carte Vitale, par un professionnel de santé ou une personne employée des organismes de Sécurité Sociale. On y retrouve les mêmes informations que sur la carte physique, c'est-à-dire l'identité du titulaire, son NIR, mais aussi sa date de naissance, ainsi que les identités de ses ayant-droits, pour assurer la bonne identification des assurés à chacune de ses utilisations. Elle contient toutes les données relatives aux droits au regard d'un régime d'Assurance Maladie, comme :

- La Caisse d'Assurance Maladie rattachée,
- Une éventuelle Assurance Maladie Complémentaire,
- La prise en charge possible d'accidents de travail ou de maladies professionnelles,
- Le cas échéant, les droits à une exonération du ticket modérateur ou une Assurance Maladie Spécifique : Affection Longue Durée, Exonération Maternité, éligible à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, ou à l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé. [32]

De plus, on retrouve un nombre important de données concernant la santé du patient, comme par exemple sa déclaration de médecin traitant, ou s'il a été informé de l'importance du don d'organe. Ces informations sont disponibles à certains professionnels seulement, et le titulaire de la carte peut choisir de rendre ses choix accessibles ou non. Le pharmacien peut également accéder, à l'aide de la Carte Vitale, à l'historique des médicaments délivrés dans les 4 derniers mois à l'assuré, dans son Dossier Pharmaceutique (DP). Ce dernier peut être activé seulement par un professionnel de santé, avec l'accord express du patient. Ce Dossier Pharmaceutique, mis en place en 2007, permet surtout aux pharmaciens de mieux sécuriser la dispensation des traitements médicamenteux pour limiter les risques de redondance et d'interactions médicamenteuses. Ce service est devenu un outil indispensable dans les bonnes pratiques de dispensation aujourd'hui. [33]

Enfin, depuis novembre 2018, chaque français peut ouvrir, s'il le souhaite, son Dossier Médical Partagé (DMP), par son pharmacien grâce à sa Carte Vitale ou directement sur Internet, pour permettre aux différents professionnels de santé rencontrés dans son parcours de soins, d'y renseigner toutes données relatives à sa santé : résultats d'analyses biologiques, antécédents d'allergies, et surtout les médicaments délivrés pour le pharmacien… Le patient peut opter pour une confidentialité de certains résultats, et il peut également consulter lui-même son Dossier Médical Partagé sur son compte accessible sur le site dmp.fr. [34] [35] [36] La Carte Vitale est donc un outil vaste et complet pour le suivi de la santé du patient, mais elle est surtout essentielle à la bonne pratique du tiers-payant, car c'est elle qui garantit l'ouverture des droits du malade à l'Assurance Maladie.

Si le patient n'a pas sa Carte Vitale, pour diverses raisons (renouvellement de la carte, perte, vol…), il peut tout de même faire l'objet d'une dispense d'avance de frais en justifiant de son Assurance Maladie et de sa prise en charge par la présentation d'une attestation au professionnel de santé. Disponible à l'impression sur le site ameli.fr, ou éditable depuis une borne mis à disposition à cet effet dans les établissements de l'Assurance Maladie, elle reprend toutes les données nécessaires à la garantie des droits de l'assuré (nom, prénom, numéro de Sécurité Sociale, caisse et organisme de rattachement, date d'ouverture des droits...)

Lorsque le patient ne possède aucun justificatif de prise en charge AMO, mais qu'il connaît son numéro NIR, le pharmacien a malgré tout la possibilité de consulter ses droits sur l'espace professionnel du site ameli.fr, si sa caisse de protection sociale est partenaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. A ce titre, il peut recueillir les droits de l'assuré ainsi que ses possibles exonérations, mais si le professionnel de santé pratique le tiers-payant grâce à ces informations, le paiement ne sera pas garanti comme cela peut être le cas avec l'utilisation de la Carte Vitale.

c) L'attestation AMC ou la « carte Mutuelle »

L'Assurance Maladie Obligatoire prend en charge de nombreux frais de santé de ses adhérents, mais il demeure très souvent un reste à charge pour le patient, en particulier lors de la dispense de médicaments ou dispositifs médicaux. En effet, les taux de remboursements des traitements médicamenteux sont divers, et la plupart du temps la Sécurité Sociale n'en rembourse qu'une partie. La majorité des français a donc recours à une Assurance Maladie Complémentaire qui l'aide, en contrepartie d'une cotisation mensuelle, à payer ces dépassements.
L'AMC fournit à ses membres une attestation d'affiliation prouvant son adhésion à l'organisme, et garantissant la prise en charge de ses dépenses de santé selon les engagements résumés sur la carte. Les nom, prénom, date de naissance, et NIR du titulaire y sont indiqués, ainsi que ceux de ses ayant-droits, et les taux de remboursements considérés par l'organisme, selon la spécialité de santé concernée : ainsi, les garanties ne sont pas les mêmes en pharmacie ou chez le dentiste par exemple. [4]

Un numéro de télétransmission est également visible sur l'attestation, indispensable pour que le professionnel de santé puisse télétransmettre directement la facture à la mutuelle intéressée et pratiquer la dispense d'avance de frais pour le patient. Sans cette attestation, le pharmacien se retrouve dans l'impossibilité de proposer le tiers-payant au malade, ne connaissant ni l'organisme gestionnaire concerné, ni les taux de remboursements exercés par l'AMC.

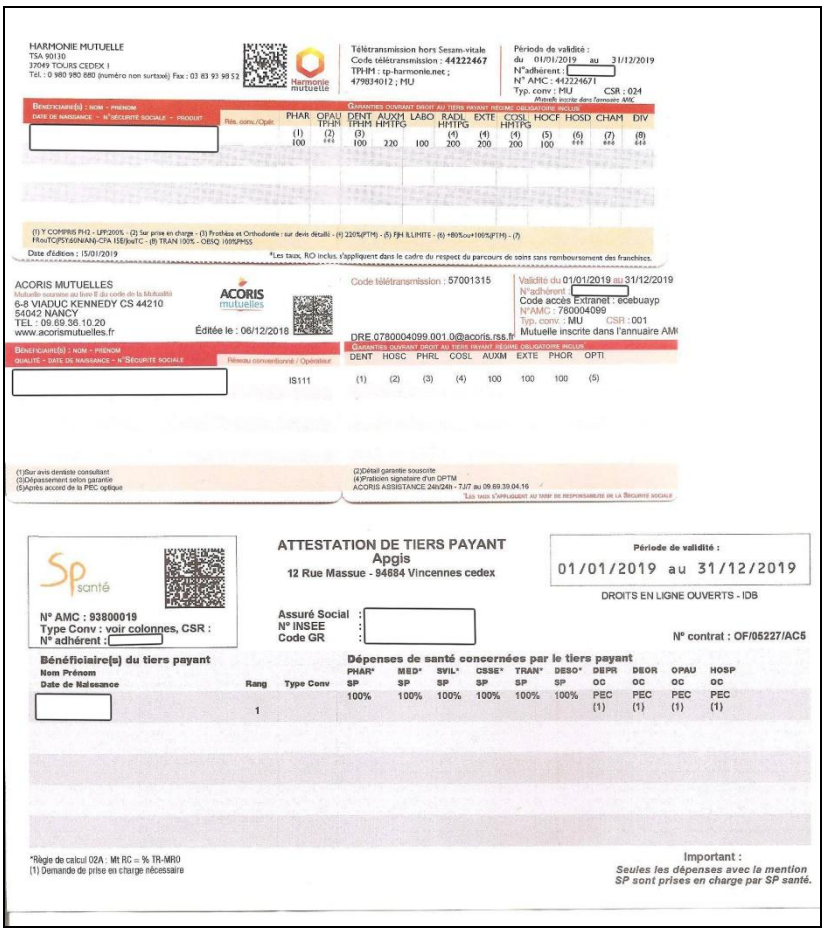


Figure 2 : Exemples d'attestations de tiers-payant d'Assurance Maladie Complémentaire

Pour qu'un patient puisse disposer du tiers-payant par le pharmacien d'officine, et éviter d'avancer les frais liés à son traitement médicamenteux, il doit obligatoirement présenter plusieurs documents au professionnel : Dans un premier temps, une ordonnance valide d'un prescripteur qualifié, incluant un ou plusieurs médicaments remboursables par la Sécurité Sociale, et dans un second temps, un justificatif garantissant ses droits à l'Assurance Maladie Obligatoire (La Carte Vitale, ou le cas échéant, une attestation de droits). Il peut également présenter, s'il en a une, son attestation d'Assurance Maladie Complémentaire, couvrant une partie ou la totalité des frais non pris en charge par l'AMO.
C'est ensuite au pharmacien d'officine de procéder à la bonne lecture de ces documents pour délivrer les traitements au patient et pratiquer le tiers-payant.

2. *Le professionnel de santé*

Lorsqu'un patient présente une ordonnance au pharmacien, ce dernier doit en tout premier lieu vérifier l'authenticité du document, ainsi que l'éligibilité des traitements prescrits à un possible remboursement auprès des organismes d'Assurance Maladie. En effet, un médicament peut être prescrit par un médecin pour une indication ne relevant pas de son Autorisation de Mise sur le Marché, et ne peut donc pas faire l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale. De même, comme précisé précédemment, un même traitement peut faire l'objet d'un remboursement par les caisses de protection sociale ou non, selon la spécialité du prescripteur. Le pharmacien est donc le garant principal de la bonne utilisation de l'Assurance Maladie concernant le remboursement des traitements médicamenteux. [37]

Ensuite, si le malade dispose de ses justificatifs nécessaires (Carte Vitale ou attestation AMO, et attestation AMC), le professionnel de santé peut lui proposer la dispense d'avance de frais. A noter que, même si le patient présente les documents cités ci-dessus, le pharmacien n'est pas dans l'obligation de procéder au tiers-payant (sauf en cas d'exonération maternité ou ALD). Selon la Convention Nationale, convenu entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les différents syndicats de pharmacies d'officine (FSPF, Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine (USPO) et Union Nationale des Pharmacies de France (UNPF)), « le paiement direct reste le principe de facturation », et pour permettre de favoriser l'accès aux soins, « Le pharmacien peut pratiquer la dispense d'avance de frais, […] se substituant à l'assuré pour l'obtention du paiement dû par la caisse. ». [38]

Pour procéder au tiers-payant direct et à la télétransmission des Feuilles de Soins Électroniques aux différents organismes de remboursement, le pharmacien doit disposer de différents outils techniques répondant à certaines normes.
Il doit tout d'abord être titulaire et utiliser une Carte de Professionnel de Santé (CPS) pour permettre l'acte de dispensation. Distribuée à toute personne figurant dans le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) par l'Agence Française de la Santé Numérique (ASIP Santé), cette CPS fait office de carte d'identité professionnelle électronique dans le secteur de la santé, contenant plusieurs données comme l'identité de son propriétaire (numéro d'identification, nom…), sa profession, sa spécialité, l'identification de son mode d'exercice et de son lieu d'exercice. C'est son utilisation simultanée avec la Carte Vitale qui assure la signature de la FSE par le patient et le pharmacien, pour sécuriser les échanges électroniques selon les recommandations de l'article R.161-43 du code de la Sécurité Sociale. Ces 2 supports attestent de l'authentification des protagonistes, de leurs identités et de leurs droits respectifs, en protégeant également la confidentialité de ces échanges. Ce travail commun des 2 cartes est possible lorsque celles-ci sont insérées en même temps dans un lecteur bi-fentes homologué et que son code porteur est renseigné pour assurer son identification (code à 4 chiffres). La CPS est très souvent laissée à demeure dans le lecteur par le pharmacien, pour éviter des actions superflues pendant la dispensation. [39] [40]
Il est également intéressant d'évoquer l'existence des Cartes de Personnel d'Etablissement (CPE) utilisées par les non professionnels de santé, salariés du secteur de la santé ou du médico-social qui pratiquent une activité demandant l'accès à un système d'information de

santé (structures de soins par exemple). De la même manière, les étudiants en pharmacie peuvent faire une demande de Carte de Personnel en Formation (CPF) pour exercer pendant leur année de thèse et être enregistré auprès de l'Ordre des Pharmaciens. [40]

Figure 3 : Design de la Carte de Professionnel de Santé Pharmacien

Le lecteur bi-fente doit bien évidemment être relié à un ordinateur pour que le pharmacien puisse lire les informations contenues sur ces cartes, et procéder à la facturation par la création d'une Feuille de Soins Électronique. Tout ce cheminement de conception est possible grâce à un acteur prépondérant du tiers-payant et allié principal du professionnel de santé dans son travail quotidien de dispensation : Le Logiciel de Gestion d'Officine du pharmacien.

3. Le Logiciel de Gestion d'Officine

Le Logiciel de Gestion d'Officine (LGO) est un véritable partenaire dans l'exercice du métier de pharmacien. Il facilite toutes les tâches administratives de l'officine, permet une gestion du stock optimisée, une préparation des commandes améliorée, mais surtout rend possible la télétransmission de FSE par la création de celle-ci.
Les LGO suivent des normes bien précises et doivent être certifiés et agréés par le Centre National de Dépôt et d'Agrément pour être disponibles sur le marché et garantir le suivi des protocoles mis en place dans les flux de données par télétransmission. Ces protocoles sont très stricts et assurent la sécurité des informations, très importante lorsqu'il s'agit de données sensibles comme celles de santé. [41]

Dans le cas d'une pratique du tiers-payant idéale, pour dispenser les traitements médicamenteux au patient, après avoir étudié l'ordonnance, le pharmacien insère la Carte Vitale dans le lecteur bi-fente en compagnie de la CPS pour révéler les informations concernant l'assuré (Nom, prénom, NIR, régime et nature de l'Assurance Maladie Obligatoire, possibles exonérations, éventuelles AMC visibles sur la Carte Vitale (le cas échéant, il renseignera les droits AMC manuellement suivant le justificatif présenté)). Ainsi le LGO possède toutes les données liées au patient pour débuter la dispensation. Le professionnel de santé renseigne ensuite la date de la prescription, la date de facturation et l'identité du prescripteur (nom, prénom, adresse et numéro RPPS), pour que la facturation soit complète et que le progiciel soit en capacité de produire une Feuille de Soins Électronique. Le pharmacien notifie ensuite les produits délivrés au moyen des Codes Identifiants de

Présentation (codes CIP) ou des DataMatrix présents sur les boites, ainsi que du nombre d'unités remis au patient.
Pour finaliser l'acte de facturation, il est indispensable pour le pharmacien de scanner les justificatifs relatifs à la délivrance des traitements médicamenteux, en particulier l'ordonnance, permis par la fonctionnalité Scannérisation des Ordonnances (SCOR). Ce procédé voulu par l'Assurance Maladie et les représentants des pharmaciens, favorise la dématérialisation des documents joints aux FSE. De ce fait, ces justificatifs sont transmis aux caisses d'Assurance Maladie et restent nécessaires pour le bon remboursement des frais avancés. Il est donc primordial que l'ordinateur utilisé par le pharmacien pour la dispensation des ordonnances soit relié à un scanner, compatible avec le Logiciel de Gestion d'Officine. [42]

A ce stade de la facturation, et selon les différents taux de remboursements présents sur la Carte Vitale (exonération comprises) et renseignés par le pharmacien pour l'AMC, le LGO va procéder directement au calcul des parts transmises à l'AMO, à l'AMC, et le ticket modérateur restant à la charge du patient. Le LGO s'appuie sur le service SRT pour la part obligatoire et sur le service STS pour la part complémentaire pour déterminer ces montants, selon le cahier des charges pour la facturation SESAM-Vitale. [4]
C'est également à ce moment précis que le progiciel va entreprendre la création d'une Feuille de Soins Électronique pour la part AMO et d'une Demande de Remboursement Électronique (DRE) pour la part AMC, remplaçant donc la feuille de soins papier. Le pharmacien envoie donc lui-même la facture aux différents organismes de remboursements, et se soustrait au patient pour un remboursement ultérieur.

Tout d'abord, pour télétransmettre ces FSE et DRE aux différentes caisses, et pour créer un flux de données sécurisé, le pharmacien a besoin d'une connexion Internet. Pour ce faire, il peut faire appel, soit directement au Réseau Santé Social (RSS), soit à un réseau associé au RSS, ou à un fournisseur d'accès autre. [43]

Ensuite, chaque FSE est associée à ses pièces justificatives, pour un envoi groupé à la caisse. Les FSE sont regroupées en différents lots, chaque lot ayant un organisme destinataire différent. Ces lots répondent à une norme, qui définit les lignes directrices et les caractéristiques données garantissant un niveau d'ordre optimal à ce fichier, permettant ainsi une harmonisation et une sécurité dans les échanges. Cette norme est appelé norme B2 et sert à l'élaboration des flux électroniques « aller », au départ des professionnels de santé et remontant vers les caisses d'Assurance Maladie Obligatoire. De la même manière, les DRE suivent une norme, appelée simplement norme DRE, et suivent la direction des organismes complémentaires. Ces normes sont standardisées pour toutes les AMO et AMC.
La plupart du temps, le pharmacien adresse les flux par télétransmission en gestion séparée : Ainsi, pour une facture donnée, si la FSE et sa DRE correspondante sont créées simultanément, leur désynchronisation est nécessaire pour un envoi séparé à l'AMO et à l'AMC. Le logiciel procède à cette segmentation, en télétransmettant 2 fichiers, la FSE à l'organisme obligatoire et la DRE à l'organisme complémentaire. La gestion séparée implique un remboursement divisé en deux. La gestion unique, en revanche, permet l'envoi simple de

la FSE à l'AMO, et c'est la caisse obligatoire qui transmettra la facture à l'AMC. Cette gestion est utilisée lorsque c'est la même caisse qui rembourse la part obligatoire et complémentaire (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale par exemple). [43]

Le pharmacien, de par son logiciel, télétransmet donc ses FSE et DRE aux différents organismes de protection sociale, en répondant aux normes d'échanges B2. Les retours d'informations électroniques suivent également une norme, appelée norme NOEMIE pour Norme Ouverte d'Échange entre l'assurance Maladie et les Intervenants Extérieurs. C'est la norme informatique des flux entre les AMO et les autres acteurs de santé. Celle-ci est divisée en sous-catégories :

- NOEMIE PS : norme pour les échanges entre les organismes d'Assurance Maladie (AMO et AMC) et les professionnels de santé, pour les retours de facturation,
- NEOMIE OC : norme pour les échanges entre les AMO et les AMC.

Ces retours électroniques suivent donc la norme NOEMIE PS et peuvent être de 2 types :

- L'Accusé de Réception Logique (ARL) : Suite à la télétransmission d'un flux, l'ARL est généré par le réseau SESAM-VITALE et peut être positif (la caisse a bien reçu la FSE et le pharmacien n'est plus responsable du flux concerné) ou négatif (une anomalie dans le flux a conduit à un rejet de ces FSE, la caisse n'a donc rien reçu. Le pharmacien doit donc retransmettre ce lot).
- Les flux retour Rejet Signalement Paiement (RSP) : Ces retours attestent de la bonne liquidation ou non des factures télétransmises, et peuvent être de plusieurs types :
    - Le règlement total des FSE correspondantes, par virement bancaire,
    - Les règlements partiels ou la régularisation d'impayés pour des factures données,
    - Les factures rejetées, comportant une anomalie, accompagnée de leur identification et de l'erreur détectée. Ces anomalies sont codifiées et uniformisées pour faciliter la reprise de ces factures. [43] [44]

Voici un schéma récapitulatif des différents échanges entre le professionnel de santé et les caisses de protection sociale, répondant aux normes en vigueur :

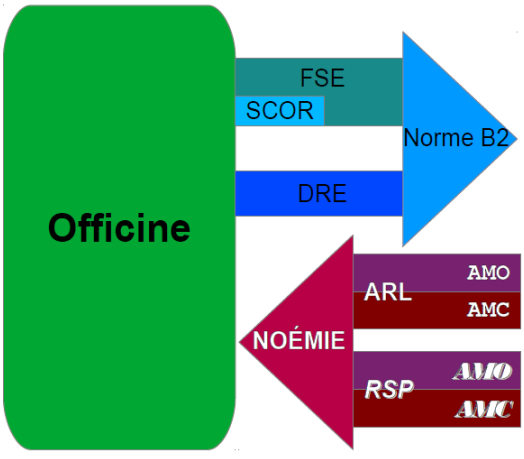


Illustration 2: Schéma des flux d'information au sein de SESAM-Vitale
[auteur : C.BRISSET - 2014]

Figure 4 : Schéma des flux d'informations au sein de SESAM-Vitale [43]

Grâce à ces normes d'échanges sécurisées et harmonisées, le pharmacien reçoit donc différents retours lui permettant de suivre simplement l'état de ses télétransmissions, et grâce au LGO, toutes ces manipulations sont automatisées et respectent ces normes.

Le Logiciel de Gestion d'Officine permet donc la création des FSE et l'envoi groupé de ces factures aux différents organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire. La constitution des lots de factures par caisses est primordiale pour faciliter le cheminement des données à chaque interlocuteur souhaité. Cependant, il existe des Organismes Concentrateurs Techniques qui facilitent ce travail de diffusion, respectent les normes d'échanges en vigueur et accompagnent réellement le professionnel de santé dans le processus de gestion du tiers-payant.

4. Les Organismes Concentrateurs Techniques : Resopharma

L'Organisme Concentrateur Technique (OCT) est un organisme essentiel au bon fonctionnement du tiers-payant officinal, et c'est pourtant l'un des acteurs les moins connus de ce système. Plusieurs OCT ont vu le jour suite à l'essor de la dispense d'avance de frais en pharmacie, et il en existe encore plusieurs actuellement (AGETIP, Codelis,…). Cependant, nous allons ici nous concentrer sur l'OCT leader qui gère le tiers-payant de 86 % des pharmacies françaises : Resopharma.

a) Présentation

Resopharma, né en 1991, et mis en place par la FSPF, a pour but de : « faciliter et optimiser les échanges électroniques instaurés entre les professionnels de santé et les différents organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire ». Lorsque la généralisation du tiers-payant est envisagée, la FSPF décide de prendre les devants en acceptant de prendre part à cette gestion par la création d'une plateforme d'échanges pour aider les pharmaciens d'officine dans cette démarche. Resopharma est donc fondé par des pharmaciens, pour les professionnels de santé, et propose depuis 1991, de plus en plus de solutions informatiques, de digitalisation et de prestations technologiques innovantes.
Séparé en 3 pôles distincts, deux en région parisienne et un à Toulouse, Resopharma regroupe 46 employés répartis en différentes branches professionnelles : informaticiens, experts métier santé et digital, professionnels de santé… Grâce à ses 26 années d'expérience dans le domaine, Resopharma a su acquérir un savoir-faire et une expertise technologique reconnus par ses clients. Même si cette société a été tout d'abord lancée pour les pharmaciens, elle compte maintenant plus de 25000 abonnés dans différentes branches de la santé : Ainsi, non seulement 86 % des pharmacies d'officine françaises font appel à ses services, mais Resopharma travaille également en collaboration avec des laboratoires d'analyse médicales, des opticiens, des infirmiers, des prestataires de service médical, et des établissements de santé. De plus, au vu de sa place d'acteur prépondérant dans la gestion du tiers-payant, et grâce à ses activités de conseil et de prestations informatiques, Resopharma est en contact permanent avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire et les éditeurs de LGO.

Figure 5 : Pourcentage de clients Resopharma par type de professionnels de santé

Resopharma se positionne donc, à l'heure actuelle, comme la société leader dans la gestion des flux de facturation de santé et dans l'organisation du tiers-payant pour les professionnels, grâce notamment à une installation complète et un réseau généralisé sur tout le territoire français. Mais de par ses missions d'amélioration continuelle de la technologie dans ce domaine et d'aide aux pharmaciens, elle a su diversifier les services proposés et offre maintenant un panel très large de prestations à ses adhérents.

b) La gestion des flux de tiers-payant

La mission principale de Resopharma, et des Organismes Concentrateurs Techniques en général, reste avant tout la gestion du tiers-payant par une prise en charge du flux de télétransmission des factures émises par le professionnel, et son suivi jusqu'à sa bonne réception par les caisses de remboursements concernées. Cela simplifie qualitativement le rôle du pharmacien dans le processus de dispense d'avance de frais : en effet, le professionnel de santé ne transmet qu'une seule fois l'ensemble de ses factures du jour pour tous les organismes d'Assurance Maladie, et c'est Resopharma qui se charge d'accuser la réception de ces émissions et de les faire suivre aux différents organismes destinataires via son réseau. L'OCT justifie de cette bonne réception par l'envoi à l'officine d'un ART (Accusé de Réception Temps réel), juste après la télétransmission, contenant plusieurs informations : les détails des lots émis (bordereaux d'accompagnement des ordonnances, lots constitués pour les complémentaires), le tableau des règlements par lot…
Lorsque les organismes procèdent au paiement des factures incriminées, ou les rejettent pour un problème sur la facturation, Resopharma se charge de mettre à disposition du pharmacien un seul fichier synthétisant l'ensemble de ces retours avec le fichier RSP. Le professionnel obtient ainsi en un seul document la totalité des avis de règlements traités par les organismes obligatoires et complémentaires, à partir desquels un rapprochement bancaire peut être aisément effectué. Une création en format texte de ces retours permet également une gestion plus simple des rejets de factures pour l'officine.
Il apparaît donc que l'Organisme Concentrateur Technique offre une solution de simplification dans la gestion de la télétransmission des factures puisqu'il permet au pharmacien de distribuer facilement l'ensemble de ses factures en une seule communication à tous les organismes de protection sociale, de recevoir, en un retour unique, tous les décomptes

électroniques de règlement et de rejets, et de gérer rapidement les rapprochements comptables des sommes attendues.

Resopharma est également une source de sécurité pour tous les pharmaciens d'officine y adhérant, puisque la société possède un circuit unique où circulent toutes les données sensibles. Le réseau privé de Resopharma permet ainsi une sécurisation et une traçabilité des flux échangés, du poste de travail de l'officine, jusqu'à l'organisme destinataire. Il utilise aussi le réseau SESAM-Vitale, garantissant un suivi protégé pour les Assurance Maladie Obligatoire.
Pour garantir cette sécurité à toutes épreuves, Resopharma s'est doté d'une installation technique ultra-performante et garantissant l'accueil des flux sur ses serveurs en tout temps et à toute occasion. Ainsi, il est important à noter que tout le complexe informatique nécessaire au bon fonctionnement de ses missions est aménagé dans les locaux de Resopharma, pour ne pas être dépendant d'une société tierce. De plus, l'équipement informatique est disposé au complet dans les deux établissements parisiens de Resopharma, ce double permettant ainsi au système de marcher même si l'un des bâtiments venait à être détruit par exemple. Toute cette installation est composée :

- D'arrivées électriques, source d'énergie principale,
- De la partie Réseau, regroupant les modems nécessaires à la bonne réception des données,
- Des serveurs, lieu de stockage des données,
- De systèmes de refroidissement, pour éviter la surchauffe des serveurs,
- D'onduleurs, qui prennent le relais des arrivées électriques en cas de coupure d'électricité,
- De batteries chargées pour les onduleurs,
- D'un groupe électrogène, pour prendre la suite des onduleurs pour les coupures d'électricité de longue durée.

Chaque partie de cette installation est également doublée, pour pallier un éventuel dysfonctionnement (même les arrivées électriques sont en double, et ne proviennent pas de la même rue pour permettre aux serveurs de rester en marche en cas de travaux sur une des lignes).
La sécurité et l'accueil permanent des données des officines sont donc garantis par l'installation complète de Resopharma, depuis ses serveurs jusqu'à son réseau de communication privé, et sont source d'une véritable confiance pour leurs adhérents.

Au-delà de la « simple » gestion de télétransmission et des flux de facturation, Resopharma propose également d'autres options pour rendre cette mission encore plus aisée pour ses clients. Par exemple, Résoflux, le service de consultations en ligne, donne accès au pharmacien à un espace personnel en ligne, disponible 24h/24, qui lui permet de visualiser les derniers accusés de réception, d'imprimer un récapitulatif mensuel des envois par organismes, de consulter des états de règlements de factures… Cet outil ouvre la possibilité d'une vision globale de la télétransmission et du tiers-payant de l'officine.

Il est également possible pour le professionnel de santé de souscrire auprès de Resopharma au service ART PLUS+, qui offre l'avantage de recevoir une copie mail des accusés de réception et des avis de règlements, pour une économie d'impression papier, et un classement facile des formats électroniques pour les pharmaciens intéressés.
Un autre service de l'OCT, appelé TransRIB online, met à disposition des organismes d'Assurance Maladie agréés les informations de domiciliation de l'officine pour faciliter les remboursements. Une option de ce service, payante cette fois-ci, offre la possibilité à tout nouvel abonné de Resopharma, d'envoyer ses coordonnées à tous les organismes auxquels son prédécesseur télétransmettait ses factures, une solution pratique pour tous les nouveaux propriétaires d'officine nécessitant de l'aide dans les débuts d'exercice de titulaire.
Enfin, Resopharma met à disposition de ses adhérents un service de rapprochement bancaire, nommé Résobank. En effet, même si l'OCT vérifie et justifie de la bonne réception des demandes de remboursements envoyées par le pharmacien aux caisses de protection sociale, il ne garantit pas le règlement final sur le compte bancaire du professionnel de santé. C'est donc Résobank qui est destiné à surveiller et à pointer de façon automatique un maximum de factures correspondant aux virements reçus en banque émanant des caisses d'Assurance Maladie. Ainsi, il met en évidence les avis de règlements pour lesquels aucun versement correspondant n'a été trouvé sur le compte bancaire de l'officine. Resopharma estime que son service permet de rapprocher plus de 98 % des demandes de remboursements avec les virements reçus, ce qui évite au pharmacien une perte sèche d'un nombre trop important de factures impayées.

Resopharma est donc un Organisme Concentrateur Technique complet et très qualifié dans la gestion du tiers-payant, puisqu'il est à la fois leader dans ce domaine, avec plus de 1900 pharmacies d'officine adhérentes, mais également proactif dans les solutions nouvelles de simplification de cette mission pour le pharmacien. Il est à noter par ailleurs, que Resopharma procédait déjà à l'aide au tiers-payant avant la mise en place de la télétransmission informatique : en effet, les pharmacies adhérentes stockaient toutes les demandes de remboursement sur CD-ROM, que les employés de Resopharma venaient récupérer à l'officine pour les ramener au centre de gestion, et les faire parvenir aux caisses d'Assurance Maladie.
Mais Resopharma se diversifie de plus en plus au fil des années, et regroupe dorénavant de nombreuses autres innovations qui s'étendent bien au-delà des flux de télétransmission et du tiers-payant.

c) Les autres missions de Resopharma

Grâce à sa notoriété de leader des OCT dans la gestion du tiers-payant, et dans un souci d'optimisation continuelle de l'activité des professionnels de santé, Resopharma développe encore actuellement de nouvelles missions pour aider et simplifier au mieux le travail des pharmaciens d'officine. Nous allons ici en dresser les grandes lignes.

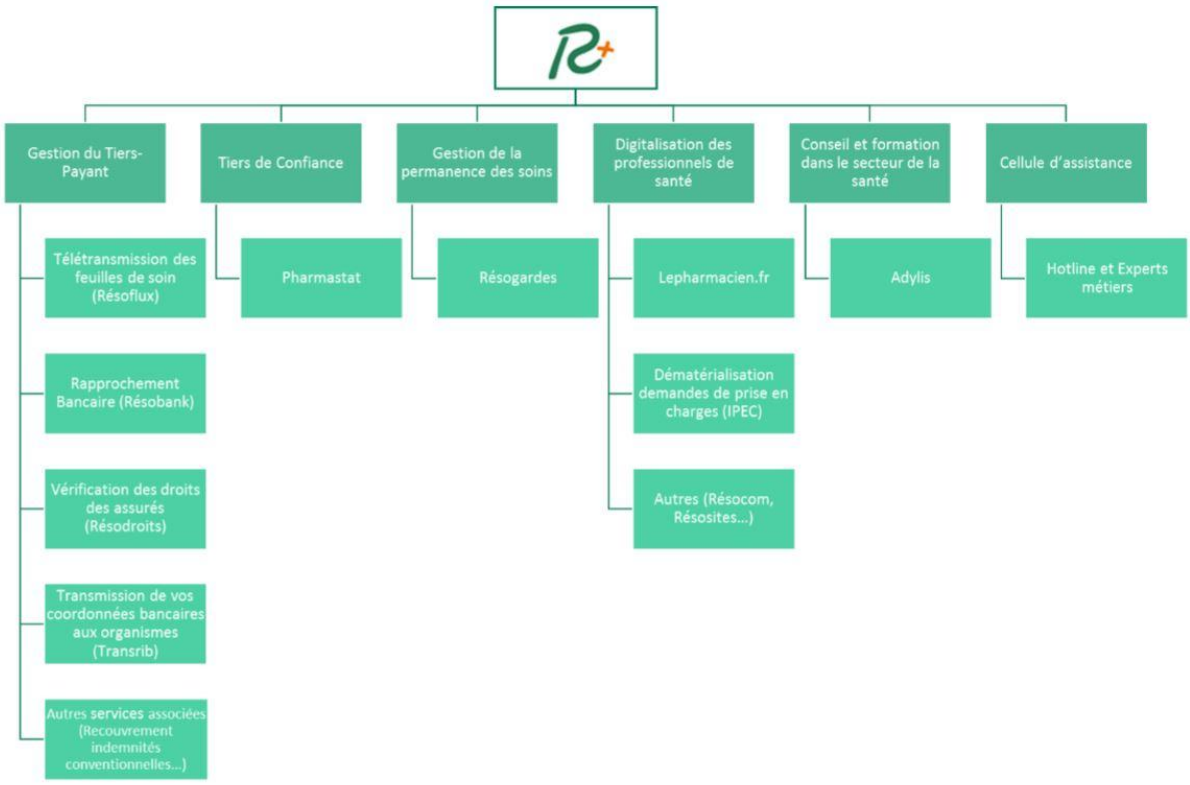


Figure 6 : Les missions de Resopharma

- *Marque blanche*

Resopharma assure l'activité d'Organisme Concentrateur Technique avec son réseau privé d'échanges de flux de données. Il travaille donc en son nom propre pour des milliers d'adhérents, mais il permet également à d'autres OCT, syndicats, groupements… d'utiliser pour leur propre compte ce réseau de communication étendu. Ainsi, ces différents organismes proposent à leurs clients un service de gestion du tiers-payant, et eux-mêmes souscrivent une offre dédiée auprès de Resopharma pour l'utilisation de son système de télétransmission : Resopharma garantit également son activité en tant que marque blanche.

- *Tiers de confiance pour Pharmastat*

Le réseau Pharmastat, géré par la société IQVIA, a été créé en même temps que Resopharma par la FSPF, pour permettre, entre autres, de recueillir des données fiables sur le marché du médicament officinal, et ainsi de se doter d'informations opposables à l'Assurance Maladie. Ce système donne aussi aux pharmaciens la possibilité de comparer leurs prix affichés en officine avec leurs confrères à l'échelle locale et nationale. Pharmastat regroupe 14000 pharmacies sur tout le territoire français, pour un objectif commun : donner aux professionnels de santé une meilleure connaissance du marché, dans un souci d'intérêt respectif.

Toutes les données réceptionnées et analysées par Pharmastat, sont recueillies par Resopharma chez tous les adhérents ayant souscrits à cette option : En effet, Resopharma assure ici sa mission de tiers de confiance, car c'est sous sa responsabilité que se pratique la confidentialité des données. Ainsi, les pharmaciens participent à ces statistiques en toute sécurité, et ont accès à leurs données finales pour connaître au mieux le marché actuel. Il est à noter qu'une souscription à ce service Pharmastat donne droit à une réduction de l'adhésion à Resopharma, toujours dans l'objectif d'aider au plus juste le pharmacien adhérent à cette opération. [45]

- *Permanence des soins par Resogarde*

Resopharma est un acteur prépondérant dans le bon fonctionnement de l'économie officinal français, mais il est également force de proposition dans la santé publique et l'accès aux soins des patients : C'est pour garantir ces objectifs que Resopharma a fusionné avec lui il y a quelques temps le service Resogarde, pour le rendre plus performant et lui donner plus de visibilité. Resogarde, de par son site internet, son numéro de téléphone (3237) et ses affichages dans les officines, permettent aux patients de connaître facilement la pharmacie de garde du secteur dans lequel ils se trouvent, et ainsi assurer la permanence des soins. C'est maintenant Resopharma qui garantit la gestion, le fonctionnement et la coordination téléphonique et numérique de Resogarde. [46]

- *Digitalisation des professionnels de santé*

Toujours dans un objectif de simplification du travail du pharmacien, Resopharma, de par son expertise métier et réglementaire, innove dans la digitalisation de leur activité : Ainsi, l'OCT leader propose différents services dans ce domaine, comme la création de sites internet, de plateformes Web, de Web services… Et pour parfaire la relation et la communication entre patients et pharmaciens, Resopharma a présenté il y a quelques mois sa toute nouvelle application « LePharmacien, mon partenaire santé ». Cette application permet de connaître la pharmacie de garde, l'envoi direct de l'ordonnance à la pharmacie souhaitée, la réservation de médicaments spécifiques, des actualités santé… Chaque pharmacie peut créer sa propre page sur cette application, et un site internet, gratuitement, pour donner différentes informations à leurs patients. Cet outil est également intéressant pour le pharmacien qui lui fournit un outil statistique complet pour son back office. Une innovation de plus par Resopharma qui met en avant la profession auprès du grand public, et incite les pharmacies à évoluer vers le digital, dans le respect des réglementations sur la santé connectée.

- *Formation, conseil et assistance dans la santé*

De plus, grâce à sa filiale spécialisée Adylis, Resopharma offre un conseil personnalisé dans la santé et la protection sociale à ses clients : du conseil en stratégie et en management à la direction de projet précis, en passant par la formation, toutes les étapes d'une opération

peuvent être contrôlées par la filière de Resopharma (par exemple, Adylis a assisté au déploiement du Dossier Médical Personnel en France).
Enfin, la cellule d'assistance de Resopharma est toujours à l'écoute de ses adhérents et permet une réponse claire, rapide et adaptée à leurs demandes : une équipe hotline et un groupe d'experts les assistent dans l'utilisation des services de Resopharma, et fournissent une analyse sur-mesure sur les éventuels problèmes rencontrés.

Le rôle de l'Organisme Concentrateur Technique est donc crucial dans le bon déroulement du tiers-payant par les pharmaciens, puisqu'il gère et sécurise les échanges de flux entre les officines et les caisses de protection sociale. C'est une source de simplification devenue indispensable pour les professionnels, qui a été mise en place par les pharmaciens pour leur faciliter cette mission de dispense d'avance de frais, et donc d'accès aux soins du patients. En complément de cet OCT, certaines officines ont recours à d'autres sociétés, appelées Organismes de Gestion du Tiers-Payant, pour se libérer totalement de cette tâche administrative.

5. *Les Organismes d'Externalisation et de Gestion du Tiers-Payant*

Malgré toutes les aides développées par les Organismes Concentrateurs Techniques et les Logiciels de Gestion d'Officine, la gestion de la dispense de frais, et en particulier du traitement des rejets de remboursements et des impayés, reste une mission chronophage et contraignante pour le pharmacien. Cette étape administrative de vérification et de relance des factures qui posent problème peut prendre beaucoup de temps pour les officines, et si cela n'est pas correctement suivi, peut poser de réelles difficultés dans le chiffre d'affaire de l'entreprise. C'est dans cette optique que plusieurs sociétés sont nées pour proposer une alternative à cette débauche de moyens employés par les pharmaciens pour cette gestion, sans forcément déboucher sur un résultat acceptable : les Organismes d'Externalisation et de Gestion du Tiers-Payant. En effet, ces entreprises proposent, en échange d'une rémunération, de prendre en main la gestion totale du tiers-payant de la pharmacie en l'externalisant de l'officine et ainsi soulager le travail de l'équipe officinale. Ces organismes peuvent offrir plusieurs prestations, comme un suivi régulier et quotidien du tiers-payant, un référencement auprès de tous les organismes de protection sociale, un contrôle du fichier organisme, et surtout un traitement des factures rejetées et impayées de la pharmacie. Un certain nombre de société de ce type existe, comme ConseilTiersPayant, Sephira avec son offre Tip-Top, ou encore TP Gestion… et elles se différencient par le choix de leurs prestations ou leurs cotisations d'adhésion. [47] [48] [49]

On peut noter que cette étape d'externalisation du tiers-payant peut être effectuée par une société spécialisée, comme ces organismes, mais elle peut être également proposée par un autre acteur du tiers-payant cité précédemment : Ainsi, certains Logiciels de Gestion d'Officine, ou encore Organismes Concentrateurs Techniques développent ce nouvel objectif, pour simplifier toujours plus le rôle du pharmacien dans la dispense d'avance de frais.

Le tiers-payant est mis en place pour faciliter l'accès aux soins du patient. De ce fait, le pharmacien donne la possibilité au patient, grâce à divers acteurs, de ne pas avancer la somme correspondant aux factures de ses traitements. Il crée une Feuille de Soins Électronique qu'il envoie directement aux caisses de protection sociale, derniers maillons de la chaîne du tiers-payant, pour demander le remboursement de l'argent avancé : C'est le tiers qui prendra en charge cette somme.

6. *Les Caisses d'Assurance Maladie*

Le tiers-payant officinal ne peut se pratiquer qu'à la condition expresse que le patient soit affilié à une Assurance Maladie Obligatoire et qu'il le justifie auprès du professionnel de santé. En effet, c'est cet organisme qui prendra en charge les dépenses de santé de son assuré en remboursant la partie concernée directement au pharmacien. Le patient peut également souscrire à une Assurance Maladie Complémentaire pour une prise en charge plus importante de ces dépenses, et un reste à sa charge considérablement réduit. Ces deux régimes de remboursement sont bien distincts, et sont représentés par des organismes bien spécifiques.

a) Les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire

Les Organismes d'Assurance Maladie Obligatoire sont nombreux. Depuis la création du régime général et de la Sécurité Sociale en 1945, qui assure la protection sociale des français, par, entre autres, le remboursement des frais de santé, sa branche Santé a connu diverses réformes pour conduire à l'Assurance Maladie d'aujourd'hui. Nous distinguerons ces organismes en 2 parties : Le régime général, géré par la CNAMTS, et les autres régimes, dit régimes spéciaux, dirigés par d'autres organismes. C'est la situation professionnelle de l'assuré qui définit le régime duquel il dépend. [50]

- *La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)*

La CNAMTS couvre essentiellement les salariés du secteur privé, mais également les fonctionnaires, les agents de collectivités territoriales, ou les demandeurs d'emploi. Ces assurés dépendent d'une des 102 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), réparties sur le territoire métropolitain français, facilitant la relation de proximité avec ses adhérents (dans les DOM TOM, le relai de la CNAMTS est assuré par 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) en Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion, et par une Caisse de Sécurité Sociale (CSS) à Mayotte). Ce sont ces entités départementales qui sont responsables du traitement des Feuilles de Soins Papier ou Électronique, et donc du remboursement des frais de santé au professionnel de santé en cas de tiers-payant, ou directement à l'assuré. [51] [52]

Depuis la rentrée 2018-2019, il est à noter que les étudiants sont également couverts par le régime général, et ne sont plus assurés par le régime spécifique de sécurité sociale étudiante. De même, depuis 2018, les artisans, commerçants et professions libérales, affiliés au Régime Social des Indépendants (RSI), se sont vu basculer au régime général, dépendant maintenant de la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI), branche de la CNAMTS. [53]

En 2017, près de 60 millions de bénéficiaires dépendait de la CNAMTS, soit 89 % de la population française. Ainsi, moins d'un français sur 5 appartenait à un autre régime de Sécurité Sociale.

- *Les régimes spéciaux*

Avant même la mise en place de la protection sociale en 1945, certains corps de métier ont vu la création de régimes d'Assurance Maladie spécifiques, modelant leurs conditions de prise en charge au plus proche de leurs besoins. Certaines branches professionnelles ont conservé cette spécificité, et possèdent encore aujourd'hui des régimes de protection sociale qui leurs sont propres :

- La Mutualité Sociale Agricole (MSA)

La Mutualité Sociale Agricole est l'un des régimes spéciaux les plus développés en France. Elle est indépendante de la CNAMTS et a un statut particulier dans le paysage de la Sécurité Sociale française. Elle assure la protection sociale des non-salariés et salariés agricoles. Ainsi, ce sont 3,2 millions de personnes (agriculteurs chefs d'entreprise, salariés, conjoints, enfants...) qui ont été protégées au risque maladie par la MSA au 1er janvier 2017. [54]

- Les autres régimes spéciaux

Une large partie des régimes spéciaux sont partenaires de la CNAMTS, pour faciliter les échanges entre les différentes caisses. Tous ces organismes se sont réunis au sein de l'Union Nationale des Régimes Spéciaux pour permettre une coordination des actions, une représentation devant les institutions et un suivi des échanges inter-régimes. Cet association regroupe par exemple la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les Mines (CANSSM), la Caisse d'Assurance Vieillesse, Invalidité et Maladie des Cultes (CAVIMAC), la Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale (CNMSS), le Régime Autonome de Sécurité Sociale du Sénat (RA3S) ou encore la Caisse de Coordination aux Assurances Sociales de la RATP (CCAS RATP). [14]

Pour procéder au tiers-payant et créer une FSE, le pharmacien a besoin de connaître l'organisme obligatoire auquel le patient est affilié. Pour cela, l'assuré doit présenter à ce professionnel de santé sa Carte Vitale, ou une attestation de prise en charge. Ces justificatifs contiennent un code payeur, signature de la caisse auquel est rattaché le patient. Ce code payeur sera, à la fin de la facturation, inclut dans la FSE, afin que la demande de remboursement soit envoyée et adressée au bon organisme. Ce code, à 9 chiffres, est composé par :

- Le Code régime (2 chiffres), précisant le régime d'affiliation de l'assuré,
- Le Code caisse gestionnaire (3 chiffres), précisant la caisse d'affiliation de l'assuré,
- Le Code centre gestionnaire (4 chiffres), précisant le centre de paiement auquel l'assuré est affilié.

Ainsi, le code payeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Épinal est le 01-881-0000.

b) Les Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire

Dans la grande majorité des cas, le régime général ne couvre pas la totalité des dépenses de santé des patients, en particulier lorsqu'il s'agit de traitements médicamenteux. Il existe donc des organismes complémentaires qui donnent la possibilité de prendre en charge ces dépassements d'honoraires, en échange d'une cotisation de la part de l'assuré. Ces organismes peuvent être regroupés en 3 classes : [55]

➢ *Les mutuelles santé*

Une mutuelle santé se construit selon le modèle suivant : les adhérents règlent une cotisation à leur mutuelle, et cette dernière rembourse en contrepartie leurs frais de santé. Ce sont des organismes complémentaires à but non lucratif, la structure réinvestissant les bénéfices au profit des adhérents. Elles relèvent du Code de la Mutualité. [56] [57]

➢ *Les compagnies d'assurance*

Elles sont régies par le code des Assurances, et peuvent être à but lucratif ou non lucratif. Ces assurances n'ont pas l'objectif d'être des organismes complémentaires à proprement parlé, mais peuvent le proposer en suivant les règles tacites à ce domaine. [58]

➢ *Les institutions de prévoyance*

Ces institutions de prévoyance sont des organismes complémentaires privés à but non lucratif. Suivant globalement le même modèle que les mutuelles, les bénéfices servent ici à diminuer les cotisations des d'adhérents ou à faire évoluer les garanties des contrats. [59]

L'ensemble de ces organismes complémentaires est représenté par une seule instance, l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaires (UNOCAM), au sein duquel ces différentes institutions construisent des positions communes et prennent part aux débats sur la santé en France.

Le mode de fonctionnement de ces organismes n'interfère pas dans le déroulement du tiers-payant pour le pharmacien. En effet, lorsque le patient présente sa carte de complémentaire au professionnel pour qu'il puisse effectuer la dispense d'avance de frais, le justificatif contient un numéro préfectoral, ou code de télétransmission, de 8 chiffres, indispensable à la création

de la FSE. Ce code est renseigné au moment de la facturation et permet à l'OCT d'envoyer la demande de remboursement au bon organisme par télétransmission, et ainsi différencier les différentes caisses.

Depuis plusieurs années, de nombreuses mutuelles ou compagnies d'assurances se regroupent en faisant appel à des opérateurs de tiers-payant pour faciliter leur propre gestion administrative des demandes de remboursements. Ainsi, ces opérateurs jouent le rôle d'interface entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé, gèrent le prélèvement sur le compte de l'AMC et effectue l'ordre de virement au pharmacien. De ce fait, pour plusieurs caisses complémentaires collaborant avec un seul opérateur, le pharmacien recevra un paiement unique pour l'ensemble des clients adhérant à l'une de ces AMC, facilitant également son travail de vérification des règlements.

On peut également souligner que certains organismes d'Assurance Maladie font l'objet d'une prise en charge pour la part à la fois obligatoire et complémentaire. La facture créée par le pharmacien se transmet donc en « gestion unique », la caisse de remboursement étant la même pour les 2 montants.

Les caisses de protection sociale, qu'elles relèvent du régime général ou complémentaire, sont donc le dernier maillon de la chaîne du tiers-payant officinal, puisque ce sont elles qui ont la responsabilité de rembourser les sommes avancées par le pharmacien, évitant ainsi au patient de régler ses frais. Mais d'autres acteurs, comme les comptables ou les banques, peuvent encore avoir un dernier rôle à jouer dans ce processus.

7. Les autres acteurs

Chaque Feuille de Soins Électronique comprend un numéro de facture, ainsi qu'un numéro de lot pour une identification rapide. Elle correspond à la demande de remboursement d'une délivrance pour un patient précis, avec une somme bien définie. Lorsque la caisse de protection sociale reçoit cette demande, et si elle ne relève aucune anomalie dans l'acte, elle procède à un virement bancaire sur le compte de l'officine. Une étape supplémentaire peut être entreprise ici, de façon facultative, pour vérifier si les montants demandés correspondent bien aux montants versés : Le rapprochement bancaire. Cette mission est remplie par le LGO, l'OCT, ou l'équipe officinale elle-même, mais peut également être validée par le comptable ou la banque.

a) La banque

Le banquier est un allié du pharmacien, dès ses débuts lors de l'acquisition de l'officine, jusqu'à la revente de sa société. Il surveille la bonne trésorerie de la pharmacie, le cas échéant il informe le titulaire des possibles anomalies financières, et remplit différentes missions sur la tenue des comptes. A ce titre, le banquier a la possibilité de proposer un rapprochement bancaire au pharmacien pour contrôler le bon règlement des factures transmises aux caisses de remboursement.

b) Le comptable

Pour simplifier la gestion financière de son officine, le pharmacien fait appel à un comptable dans la plupart des cas. Ce dernier offre une sécurité de par ses connaissances dans le domaine financier, et permet d'être toujours juste suivant la loi. Il surveille la gestion des comptes bancaires, rédige les fiches de paie, alerte d'une mauvaise trésorerie… Il est à noter que la certification des comptes de l'entreprise doit être obligatoirement pratiquée par un expert comptable, il arrive donc que certaines officines fassent appel à lui seulement pour cette mission. Mais il peut également, comme le banquier, procéder au rapprochement bancaire des sommes avancées avec celles réglées par les organismes d'Assurance Maladie.

Le rapprochement bancaire reste encore aujourd'hui une option dans la gestion du tiers-payant à l'officine, mais elle permet une sécurité et un contrôle dans cette tâche administrative chronophage, et assure une bonne trésorerie en limitant les pertes.

De nombreux acteurs rentrent donc dans le processus de tiers-payant mis en place en pharmacie depuis de nombreuses années, et tous ont un rôle primordial à jouer pour le bon déroulement de celui-ci. Du patient au professionnel de santé, en passant par le LGO, l'OCT, jusqu'aux organismes de protection sociale, chaque étape est importante pour la bonne télétransmission de la Feuille de Soins Électronique et le bon remboursement des frais avancés au pharmacien.
Cependant, même si de nouvelles institutions ont vu le jour pour simplifier au mieux cette charge administrative du pharmacien, il apparaît que de nombreuses difficultés restent encore présentes pour mener à bien cette gestion du tiers-payant. Grâce à 2 rapports d'enquêtes, nous allons donc poser un état des lieux de cette gestion du tiers-payant en 2017.

C. États des lieux actuels du tiers-payant

1. Enquête de l'USPO de Décembre 2016

En 2007, l'Union des Syndicats de Pharmaciens de France a proposé à ses adhérents une enquête relative aux « coûts cachés » du tiers-payant en pharmacie. Afin de comparer ces résultats 9 ans plus tard, et dans l'éventualité de la mise en place du tiers-payant généralisé voulu par le Ministre de la Santé, Marisol Touraine, l'USPO a renouvelé cette étude avec une méthodologie similaire. Il s'agissait essentiellement de mettre en avant le point de vue économique du coût de la gestion du tiers-payant dans chaque officine, mais cela donnait une vue d'ensemble des difficultés qu'engendrent cette obligation administrative. [60] [61]

La méthodologie utilisée par l'USPO pour cette enquête, met en exergue plusieurs paramètres pour évaluer les coûts de gestion du tiers-payant. Ainsi, le montant par officine prenait en compte :

- Les frais informatiques, c'est-à-dire l'abonnement au concentrateur et 40 % du coût du Logiciel de Gestion d'Officine, indispensable au tiers-payant,

- Les frais du personnel dédié à cette gestion,
- Les impayés des différentes Assurance Maladie Obligatoire et Complémentaire.

A cette somme était soustraite les indemnisations versées aux pharmaciens par les AMO et AMC correspondant à l'aide à la mise en place du tiers-payant, facilitant également leur propre gestion interne. Les résultats ont montré que ce coût total avait augmenté de 6 % depuis 2007, tandis que le temps passé sur cette gestion administrative avait bondi de 10 %. Ces chiffres ont pu être expliqués par des dépenses supplémentaires, pour des rapprochements bancaires essentiellement, seule alternative concrète pour diminuer le nombre d'impayés, mais également par une complexité croissante dans la gestion des droits administratifs, par la multiplication des AMC, l'hétérogénéité des justificatifs, et les différents contrats de droits. De plus, le nombre de réclamations et de contentieux avec les caisses a également explosé en 9 ans, passant d'une moyenne de 366€ à 1697€.

Le temps de pointage des impayés est l'un des paramètres qui a le plus évolué entre 2007 et 2016, de façon significative. En effet, même si de plus en plus de pharmacies font le choix d'externaliser cette mission, par une société extérieure, cette aide ne se substitue pas totalement à l'équipe officinale, et ce temps de travail d'un préparateur ou d'un pharmacien compte dans la balance de ce coût.

L'enquête de l'USPO met aussi en avant une baisse des incidents de paiements pour la part AMO, mais une augmentation pour celle gérée par les caisses complémentaires. De la même façon, la garantie de paiement est mieux respectée par les caisses de protection sociale obligatoires, contrairement aux mutuelles et assurances qui montrent des délais plus élevés de règlements depuis 2007. Ces délais sont en partie dus à la multiplication des contrats.

Enfin, cette étude illustre la complexité de gestion des accidents de travail, acte pour lequel le pharmacien a l'obligation de pratiquer le tiers-payant, mais dans lequel très peu de facturation peuvent se solder par télétransmission. En effet, l'enquête affirme que 86 % des pharmaciens effectuent la facturation des accidents de travail en format papier, ce qui implique une gestion encore plus chronophage de cette tâche administrative, et des délais de paiements beaucoup trop important (95 % des pharmaciens déclarant des délais moyens supérieurs à 30 jours).

Même si l'enquête de l'USPO était surtout axée sur le point de vue économique de la gestion du tiers-payant des officines, elle a permis de mettre en avant plusieurs points importants sur l'évolution de cette pratique au fil des années. Les chiffres ont tout d'abord illustré une difficulté croissante des pharmacies dans cette gestion, de par une dépense de plus en plus importante d'accompagnement et d'aide dans cette tâche (concentrateurs, sociétés externes de rapprochement bancaire…), mais également un temps de travail dédié augmenté pour l'équipe officinale. L'étude met aussi en avant une disparité de résultats entre les caisses obligatoires et complémentaires : si le tiers-payant est de mieux en mieux géré par les AMO, les parts AMC posent encore de nombreux problèmes aux pharmaciens. Enfin, les accidents de travail et leur gestion en format papier restent une difficulté à part entière dans la pratique du tiers-payant à l'officine.

Après avoir étudié les conclusions de l'enquête menée par l'USPO en 2016, il est intéressant de se pencher sur les résultats apportés par le rapport de l'IGAS d'Octobre 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers-payant.

2. *Rapport de l'IGAS d'Octobre 2017*

Dans le but de généraliser le tiers-payant aux médecins généralistes, le ministère de la Santé a mandaté, en 2017, l'Inspection Générale des Affaires Sociales d'expertiser le tiers-payant, en dressant un état des lieux des pratiques actuelles, et surtout une mise en lumière des difficultés persistantes dans cette mission. Les résultats de cette enquête ont été résumés dans le rapport « Évaluation de la généralisation du tiers-payant » d'octobre 2017. Nous nous intéresserons essentiellement aux données concernant les pharmaciens, et les difficultés que rencontrent l'ensemble des professionnels lors de la dispense d'avance de frais. [62]

a) Le pharmacien, premier professionnel de santé à pratiquer le tiers-payant

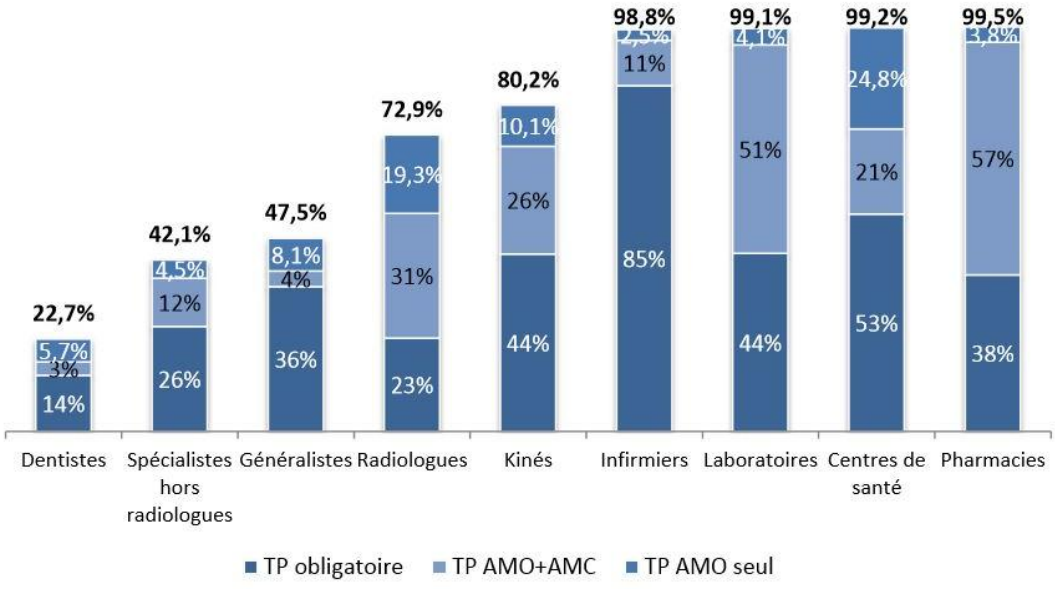
Le rapport de l'IGAS nous permet de confirmer, de par ses chiffres, que le pharmacien est le professionnel de santé qui pratique le plus largement la dispense d'avance de frais. En effet, selon le tableau ci-dessous, les pharmaciens ont recours au tiers-payant intégral, c'est-à-dire pour les parts obligatoire et complémentaire, dans 93,2 % des cas, ce qui les placent au premier rang des professions de santé, juste devant les laboratoires d'analyses (91,2%), et les infirmiers (75,5%). Le pharmacien est donc proactif et leader dans la pratique du tiers-payant, et cela est favorisé par plusieurs paramètres : tout d'abord historiquement, puisque c'est le premier professionnel à avoir mis en place cette révolution, en partie grâce aux pharmacies mutualistes, et que le tiers-payant est maintenant ancré dans le système de soins français, la demande sociale est donc importante. Ensuite, cette quasi généralisation du tiers-payant des pharmaciens a été facilitée par une adaptation des officines, en développant les recours aux intermédiaires (OCT, sociétés d'externalisation) et en répartissant convenablement les charges administratives au sein de l'entreprise. Enfin, le conventionnement entre les différents syndicats pharmaceutiques et les organismes de protection sociale ont permis d'accroître notablement cette pratique à l'ensemble de la profession.

Tableau I : Pratique du tiers-payant non obligatoire au régime général par profession de santé au 2ème trimestre 2017 selon le rapport de l'IGAS d'octobre 2017

	TP intégral (AMO+AMC)	TP portant au moins sur la part AMO	Hors tiers payant
Dentistes	3,9 %	10,5 %	89,5 %
Généralistes	6,5 %	20,3 %	79,7 %
Spécialistes hors radiologues	17,4 %	23,9 %	76,1 %
Radiologues	40,1 %	65,2 %	34,8 %
Kinés	47,4 %	65,5 %	34,5 %
Infirmiers	75,5 %	92,4 %	7,6 %
Centres de santé	45,1 %	98,4 %	1,6 %
Laboratoires	91,2 %	98,5 %	1,5 %
Pharmacies	93,2 %	99,3 %	0,7 %
Total PS	**78,4 %**	**87,3 %**	**12,7 %**

Source : CNAMTS

Si l'on s'intéresse ensuite au tiers-payant pratiqué par les pharmaciens dans le détail, on s'aperçoit qu'il n'est pas seulement proposé aux patients pour la part obligatoire. Dans plus d'une facture sur deux (57%), le pharmacien exerce la dispense d'avance de frais pour la part obligatoire et complémentaire. S'ajoute à ce pourcentage, les 38 % des actes de tiers-payant obligatoires, regroupant les Affections Longue Durée ou les actes répondant d'une exonération maternité par exemple. Enfin, 3,8 % des facturations sont sujettes à la dispense d'avance de frais pour l'AMO seule. Ces données montrent bien que le pharmacien ne pratique pas le tiers-payant seulement lorsqu'il y est contraint, mais qu'il propose cette aide à tous les patients.



Source : CNAMTS

Figure 7 : Répartition des modalités de tiers-payant par profession de santé au 2ème trimestre 2017, régime général, selon le rapport de l'IGAS d'octobre 2017

Le tiers-payant en officine est largement favorisé par la télétransmission directe des factures par flux aux différentes caisses de protection sociale. L'étude de l'IGAS affirme que 22 200 pharmacies françaises sont équipées pour télétransmettre (99 % des officines), et que tous les Logiciels de Gestion d'Officine utilisés dans celles-ci sont certifiées par le GIE SESAM-Vitale et permettent l'envoi de ces flux de données. Ainsi, 87 % des actes sont télétransmis en factures électroniques sécurisées (avec utilisation de la Carte Vitale), 12 % des facturations sont également envoyées électroniquement mais en mode dégradé (sans Carte Vitale), et seulement 1 % des actes font l'objet d'une gestion manuelle en facturation papier. La télétransmission des feuilles de soins électroniques est donc une innovation indispensable permettant au pharmacien d'être le premier professionnel de santé à pratiquer le tiers-payant.

Ce rapport de l'IGAS met en évidence que le pharmacien reste le leader dans la pratique du tiers-payant, la généralisation de la télétransmission contribuant largement à cette tâche. Les officines proposent la dispense d'avance de frais intégralement dans la grande majorité des cas, sur les parts obligatoire et complémentaire. Mais cette enquête démontre aussi que le fonctionnement du tiers-payant s'actionne à 2 vitesses, où l'on assiste à un tiers-payant fiable du côté obligatoire, mais fastidieux pour la part complémentaire.

b) Un tiers-payant AMO fiable, mais fragile

Globalement, d'après ce rapport, la pratique du tiers-payant pour la part gérée par les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire reste sûre et correcte. En effet, la facilité d'identification des assurés et de leurs droits grâce à la Carte Vitale contribue à un bon déroulement de la dispense d'avance de frais pour la part obligatoire. De plus, les délais de paiement sont raisonnables et le nombre de rejets demeure faible (moins de 1 % des factures pour les pharmaciens). L'IGAS relève tout de même que la gestion de ces quelques rejets reste contraignante pour les équipes officinales de par un manque de lisibilité dans les motifs de rejets, et en conséquence un rapprochement bancaire pénible.

Les conclusions de l'enquête affirment que, malgré quelques obstacles dans la gestion des rejets, la pratique du tiers-payant pour la part obligatoire est une réussite et paraît assez efficace pour sa généralisation à tous les professionnels de santé, à l'inverse de la part complémentaire.

c) Un tiers-payant AMC fastidieux

Contrairement à la part obligatoire, le tiers-payant sur la part complémentaire posent beaucoup plus de problèmes aux professionnels de santé le pratiquant. En effet, toujours selon le rapport de l'IGAS, l'identification des droits des assurés reste hasardeuse : la non harmonisation des cartes de mutuelles et autres justificatifs ne permet pas aux professionnels, et en particulier aux pharmaciens, de procéder à une pratique facile et juste du tiers-payant. La mise en place d'un téléservice pour acquérir les droits de l'assuré en ligne peut éliminer ces difficultés, mais la diffusion encore mineure de cette option ne permet pas d'aborder cette pratique de façon sereine. De plus, les délais de règlements des AMC sont beaucoup plus

hétérogènes que les AMO, et aucun conventionnement clair avec les syndicats de pharmaciens n'a permis d'assurer les garanties de paiements. Enfin, la difficulté d'identification des droits a pour conséquence un taux de rejets de factures plus élevé que la parte obligatoire. Même si l'IGAS rapporte que moins de 2 % des facturations font l'objet d'un rejet chez les pharmaciens, le nombre extrêmement important d'actes télétransmis par les officines implique que ce faible taux amène toujours plus de factures à gérer manuellement.

Le rapport de l'IGAS d'octobre 2017 nous a permis de mettre en lumière différents arguments concernant la pratique du tiers-payant par les pharmaciens : Tout d'abord, c'est le premier professionnel à proposer la dispense d'avance de frais à ses patients, ce qui implique un nombre grandissant de factures et une gestion toujours plus importante de cette tâche par les officines. De plus, le tiers-payant pour la part obligatoire demeure fiable et efficace, mais reste contraignante à gérer pour la part complémentaire.

Partie 2 : Questionnaire sur les pratiques du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est : Évaluation de l'organisation et du ressenti

Nous avons vu dans la première partie, que le tiers-payant en pharmacie tirait sa source dans la création de la Sécurité Sociale et du système de santé français, et qu'il demeurait cher aux patients. Celui-ci a évolué aux fils des années, accompagné par des innovations comme la Carte Vitale ou la télétransmission des feuilles de soins. La dispense d'avance de frais du patient est une vraie mission proposée par les pharmaciens, et elle est permise par de nombreux acteurs qui aident le professionnel de santé dans sa tâche. Mais des contraintes persistent, mis en avant par différents rapports de syndicats et organismes indépendants. Il est donc important de se poser la question du ressenti du pharmacien d'officine concernant cette gestion devenue chronophage et lourde pour son équipe. Quel organisation est mise en place dans les officines pour gérer cette pratique ? Est-elle suffisante, ou demande-t-elle des modifications et des améliorations ? C'est pour répondre à toutes ces questions qu'a été mise en place l'étude « Questionnaire sur les pratiques du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est : Évaluation de l'organisation et du ressenti ».

A. Objectifs de l'étude

L'étude menée par l'USPO en 2016 à travers ses adhérents revendiquait une volonté de mettre en évidence les complications d'ordre économique du tiers-payant des pharmaciens. Quant au rapport de l'IGAS d'octobre 2017, les conclusions s'intéressaient également au registre financier et à la mise en place ou non de la généralisation du tiers-payant à tous les professionnels de santé. Mais la gestion interne du tiers-payant par les officines n'étaient pas mise en avant. Il est donc intéressant d'étudier comment l'équipe officinale s'organise pour mener à bien cette charge administrative non standardisée. Les objectifs de cette étude sont donc multiples :

- Évaluer l'organisation générale de la gestion du tiers-payant au sein de l'officine,
- Mettre en évidence des indicateurs de cette bonne gestion,
- Comprendre et inventorier les causes de complications, essentiellement dans le traitement des rejets de remboursement,
- Évaluer le ressenti global des pharmaciens sur cette mission,
- Synthétiser en vue de dégager plusieurs axes d'amélioration dans la gestion du tiers-payant.

B. Matériels et méthodes

1. Matériels

L'enquête a été réalisée en format numérique, sur Internet, pour simplifier l'envoi des réponses de la part des pharmaciens participants, et ainsi augmenter le nombre de contributions. Le choix du formulaire en ligne s'est porté sur le site « Framaforms » pour plusieurs raisons : Il est gratuit, facile à utiliser et rapide. Il permet également de synthétiser directement les résultats de l'enquête depuis sa plateforme, sous forme de diagrammes circulaires ou tableaux.

2. *Méthodes*

L'étude menée se présente sous la forme d'un questionnaire, divisée en 6 parties distinctes :

- Partie I : Situation de l'officine
- Partie II : Organisation de la gestion du tiers-payant
- Partie III : Indicateurs de la gestion du tiers-payant
- Partie IV : Causes de rejets
- Partie V : Ressenti global
- Partie VI : Propositions d'améliorations

Cette enquête se nomme « Questionnaire sur les pratiques du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est : Évaluation de l'organisation et du ressenti ». Chaque partie comprend des questions ouvertes ou fermées, et certaines proposent des réponses à choix multiples. L'enquête englobe 21 questions, certaines étant composées de sous-questions. Le questionnaire diffusé aux pharmacies est disponible dans sa totalité en annexe.

Le choix du territoire de diffusion de cette étude s'est porté sur les pharmacies de la nouvelle région Grand Est, pour brasser un nombre d'officines assez important et récolter une quantité suffisante de réponses. Cette enquête se voulait malgré tout régionale, pour pouvoir éventuellement en extrapoler les résultats au national. La diffusion du questionnaire devait donc concerner toutes les pharmacies du Grand Est (1616 pharmacies) [63] , et elle a été possible par 3 branches de communications :

- Les Ordres régionaux des Pharmaciens (Lorraine, Alsace et Champagne-Ardenne)
- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Pharmacie Grand Est
- Les réseaux sociaux (Facebook personnel et groupe de pharmaciens « Pharma Cool »)

La diffusion par les Ordres et l'URPS a fait l'objet d'un mail de présentation du questionnaire disponible en annexe.

L'envoi du mail comprenant le lien vers le questionnaire a été envoyé par les organismes ci-dessus aux pharmaciens de la région le 2 novembre 2018. Un rappel a été effectué le 28 janvier 2019.

Il est à noter que l'Ordre des Pharmaciens de Champagne-Ardenne n'a pas souhaité diffuser le questionnaire de cette enquête. Les données relatives à cette région ne sont donc pas représentatives par rapport aux réponses venant d'Alsace et de Lorraine.

C. Résultats

Un nombre total de 134 contributions a été recueilli sur les 1616 pharmacies que comptent la région Grand Est, ce qui amène un taux de réponses à cette enquête de 8,3 %.

1. *Situation de l'officine*

a) Par département

Le tableau I résume le nombre de réponses au questionnaire reçu par département.

Tableau II : Enquête : Nombre de réponses par département du Grand Est

Département	Nb de réponses
57 – Moselle	33
54 – Meurthe-et-Moselle	23
67 – Bas-Rhin	23
88 – Vosges	21
68 – Haut-Rhin	17
55 – Meuse	12
51 – Marne	3
08 – Ardennes	1
10 – Aube	1

On remarque que les contributions sont plus importantes dans 3 départements de la région : Moselle (33), Meurthe-et-Moselle (23) et Bas-Rhin (23). En effet, on retrouve un nombre supérieur de pharmacies dans ces 3 départements par rapport aux autres préfectures analysées, dépassant le stade des 200 officines. Les autres départements recensent une participation moyenne, comme les Vosges (21), Le Haut-Rhin (17) et la Meuse (12).

En revanche, la participation en Champagne-Ardenne est extrêmement faible (seulement 5 réponses pour 3 départements), expliquée en grande partie par le refus de l'Ordre des Pharmaciens de diffuser le questionnaire à l'ensemble des officines de la région. Si nous prenons en compte seulement les contributions des régions Alsace et Lorraine, nous obtenons un taux de réponses de 11,0 %.

b) Selon la typologie de l'officine

Pour connaître le fonctionnement interne d'une pharmacie, et en particulier sa gestion du tiers-payant, il est intéressant de se pencher sur son profil général. Le lieu où elle exerce son activité est un bon indicateur de l'organisation d'une pharmacie. De ce fait, voici le tableau II présentant la localisation des officines ayant répondu à l'enquête.

Tableau III : Enquête : Nombre de réponses par typologie de l'officine

Typologie de l'officine	Nb de réponses
Rurale	62
Quartier	44
Centre-ville	26
Centre commercial	2

La segmentation des différents lieux d'exercice est basée sur les mêmes paramètres que « Le carnet de route de votre installation » d'Alliance Healthcare, le choix de réponse étant unique parmi ces 4 possibilités.
Les pharmacies contribuant à l'étude sont majoritairement installées en zone rurale (62). Ce chiffre important s'explique par une région Grand Est où la campagne est très représentée, au détriment de grandes villes. Malgré tout, on recense 44 officines de quartier dans cette enquête, ainsi que 26 exerçant en centre-ville. Enfin, seulement 2 réponses concernent des pharmacies de centre commercial.
Ainsi, ce paramètre nous permet de mettre en évidence une différence d'organisation dans la gestion du tiers-payant selon la typologie de la pharmacie.

c) Selon l'effectif de la pharmacie

Il est également indispensable de connaître l'effectif des officines ayant répondu à ce questionnaire pour comprendre leur organisation générale. Nous avons donc recensé le nombre de pharmaciens et le nombre total de salariés dans chaque pharmacie de l'étude. La question permettait de renseigner dans un tableau, le nombre de pharmaciens, de préparateurs en pharmacie, et les autres personnes travaillant au sein de l'officine (apprentis, conditionneurs…).

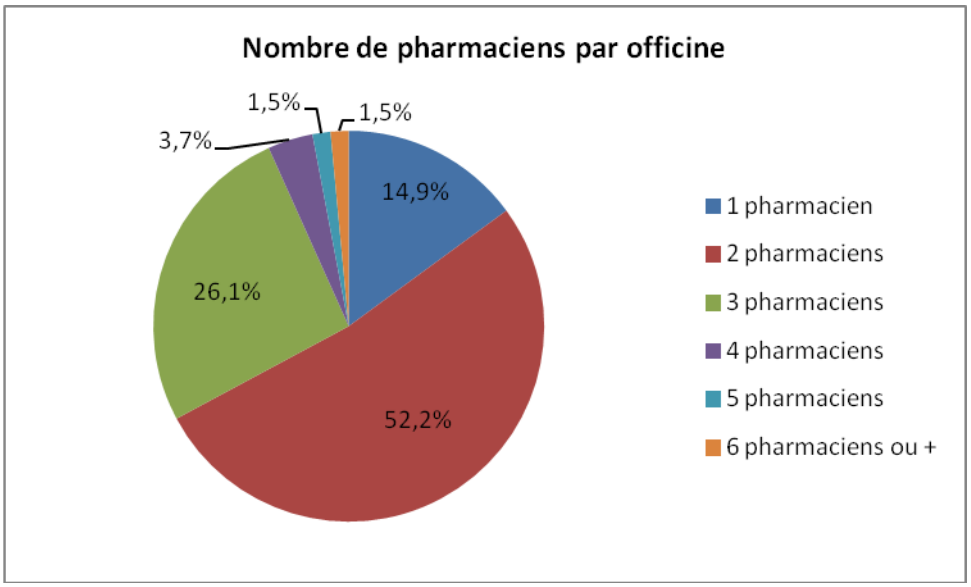


Figure 8 : Enquête : Nombre de pharmaciens par officine

La figure 8 représente le nombre de pharmaciens par officine : Plus de la moitié des réponses dénombre 2 pharmaciens dans l'entreprise (52,2%), alors qu'ils ne sont que 14,9 % à être seul diplômé dans leur officine. Ils sont ensuite 26,1 % à compter 3 pharmaciens dans leurs rangs, seulement 3,7 % officines font état de 4 collaborateurs, et 1,5 % des réponses en recense 5. Une minorité des contributeurs affirme avoir 6 pharmaciens ou plus au sein de leur officine (1,5%).

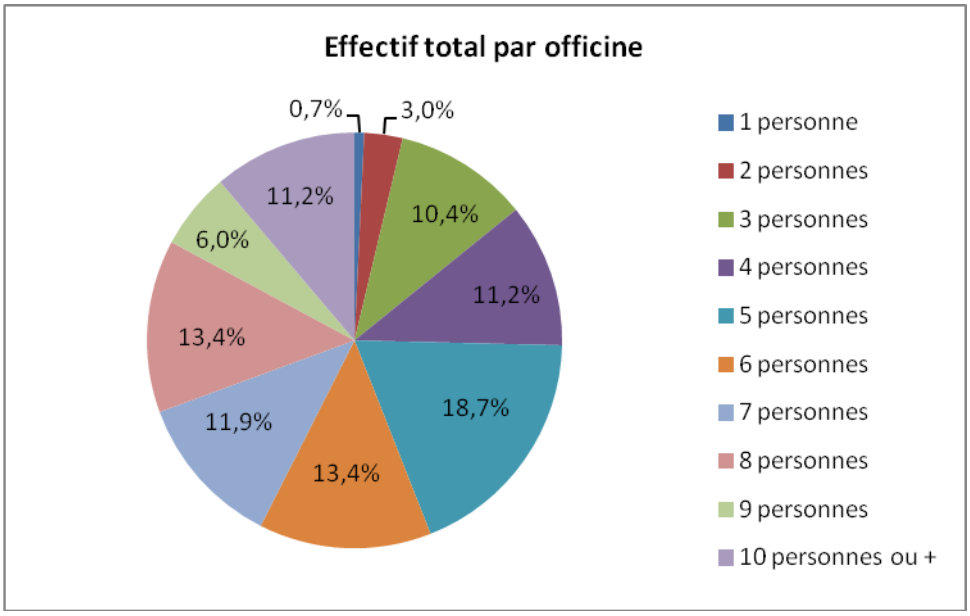


Figure 9 : Enquête : Effectif total par officine

L'effectif total des officines comprend les pharmaciens titulaires et adjoints, les préparateurs ainsi que les autres personnels qualifiés (conditionneurs, secrétaires, apprentis…). La figure 9 ci-dessus reprend les chiffres recueillis lors de l'enquête. Ainsi, les pharmacies ayant participé à l'étude sont très diversifiées en termes d'effectif total : une seule pharmacie ne compte qu'une personne au sein de l'entreprise, à savoir le pharmacien titulaire. Viennent ensuite les officines comptant 2 personnes (3,0%), 3 personnes (10,4%) puis 4 personnes (11,2%). Une partie non négligeable des pharmacies ayant répondu à ce questionnaire affirme compter 5 personnes dans leur effectif (18,7%). Ensuite, les sociétés de plus grande envergure font état de 6 collaborateurs dans 13,4 % des cas, de 7 personnes dans 11,9 % des réponses et de 8 dans 13,4 % des contributions. Enfin, les très grandes pharmacies ont un effectif de 9 personnes pour 6,0 % des réponses et 10 ou plus dans 11,2 % des cas.

d) Selon la segmentation de la patientèle

Pour connaître au mieux l'organisation au sein d'une officine, il est également intéressant de se pencher sur la segmentation de la patientèle. En effet, une pharmacie avec une majorité de patients réguliers n'aura pas forcément la même gestion du tiers-payant qu'une officine délivrant un nombre important de médicaments à des personnes de passage, comme des vacanciers par exemple. Le choix de réponse était unique dans un panel de ratios proposé. Selon les chiffres de l'enquête disponible en figure 10, une large partie des répondants estime que leur patientèle est majoritairement régulière, tandis qu'une petite proportion se revendique de passage (56 pharmaciens considère un ratio de 80 % de patients réguliers pour 20 % de patients exceptionnels, 48 parlent d'un pourcentage 90/10, et 16 professionnels d'un pourcentage 70/30). Il est important de préciser aussi que 5 contributions font état d'une patientèle uniquement régulière, alors que 9 pharmaciens évaluent leurs visiteurs équitablement entre ces 2 catégories.

Aucune réponse à cette enquête ne fait état d'une patientèle exclusivement ou majoritairement de passage.

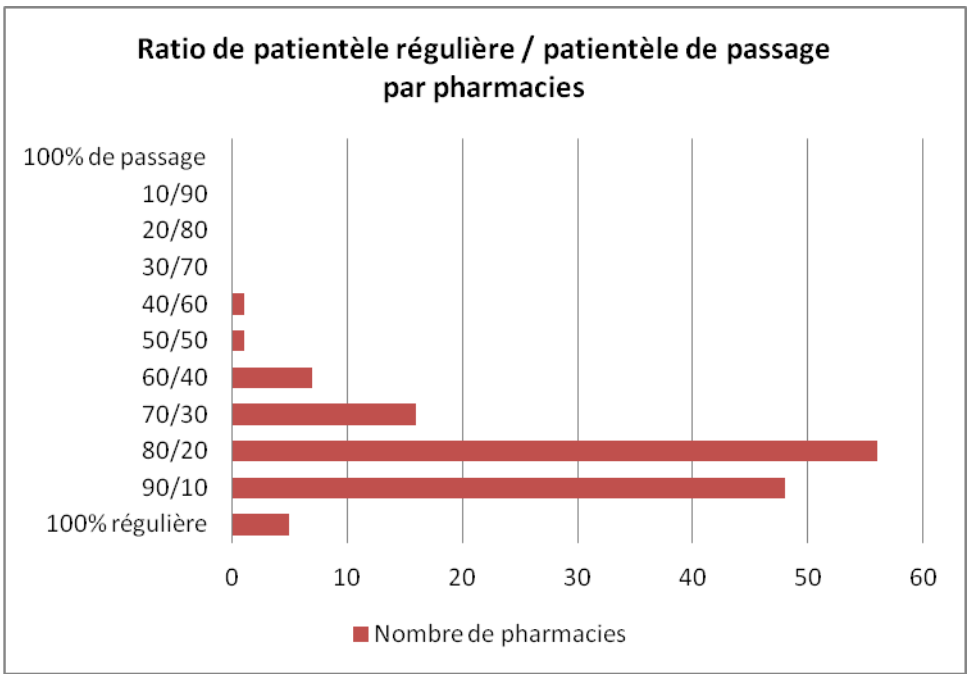


Figure 10 : Enquête : Ratio patientèle régulière / patientèle de passage par officine

Il est à noter pour cette question, la présence d'un biais de mesure, la segmentation de la patientèle demeurant un critère subjectif et n'appelant pas forcément à la même réponse pour des chiffres similaires selon 2 pharmacies différentes.

2. *Organisation de la gestion du tiers-payant*

La partie 2 du questionnaire se focalise sur l'organisation générale de l'officine pour gérer au mieux le tiers-payant, en particulier la reprise des factures rejetées et le suivi des impayés.

a) Le choix d'une société d'externalisation du tiers-payant

Certaines pharmacies font le choix de ne pas s'occuper de cette charge administrative et préfère la déléguer à une entreprise spécialisée, comme les sociétés d'externalisation du tiers-payant. La figure 11 nous permet de mettre en évidence la proportion des pharmacies interrogées faisant appel à cette solution : 10,4 % (soit 14 réponses) des contributeurs ont recours à une société externe responsable de la gestion de leurs rejets et impayés, tandis que la grande majorité (89,6%) procède à une gestion interne de cette mission.

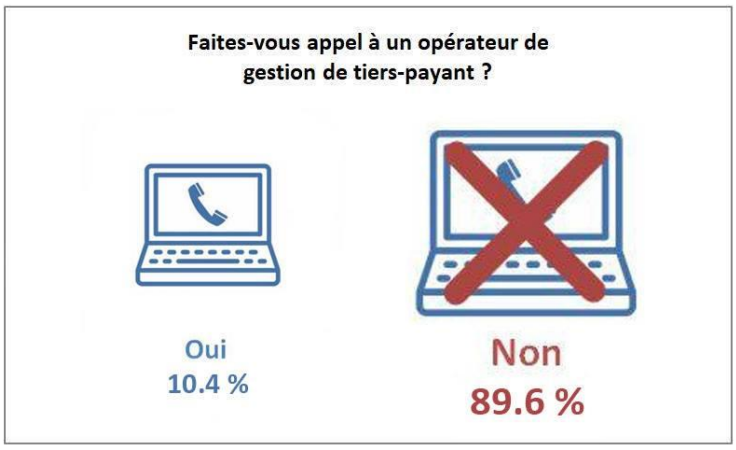


Figure 11 : Enquête : Ratio des officines faisant appel à un opérateur de gestion du tiers-payant

Nous nous sommes ensuite intéressés aux raisons qui motivaient le choix d'externalisation de cette gestion aux pharmaciens utilisant une entreprise spécialisée, et surtout pour quelles missions faisaient-ils appel à eux. Ces 2 questions proposaient des réponses à choix multiples.
Tout d'abord, sur les 14 pharmacies faisant appel à une société d'externalisation du tiers-payant, 12 considèrent que cette solution leur procure un gain de temps, en éliminant totalement cette charge administrative de l'officine. Ensuite, 8 répondants sur 14 prétendent à une solution de simplicité pour la pharmacie, et 8 également estiment que ce choix est motivé par des raisons économiques. Ces résultats sont résumés en figure 12.
De plus, nous avons questionné ces utilisateurs pour comprendre quelles missions remplissaient l'entreprise concernée au nom de la pharmacie (leurs réponses sont disponibles en figure 13) : La totalité des répondants (14 sur 14) leur demandent un service de gestion du tiers-payant (impayés, rejets, réclamations...), qui est le but principal de ces sociétés, mais 9 pharmacies font également appel à eux pour effectuer un rapprochement bancaire, tandis que 4 contributeurs affirment qu'un service de paiement d'avance est mis en place.

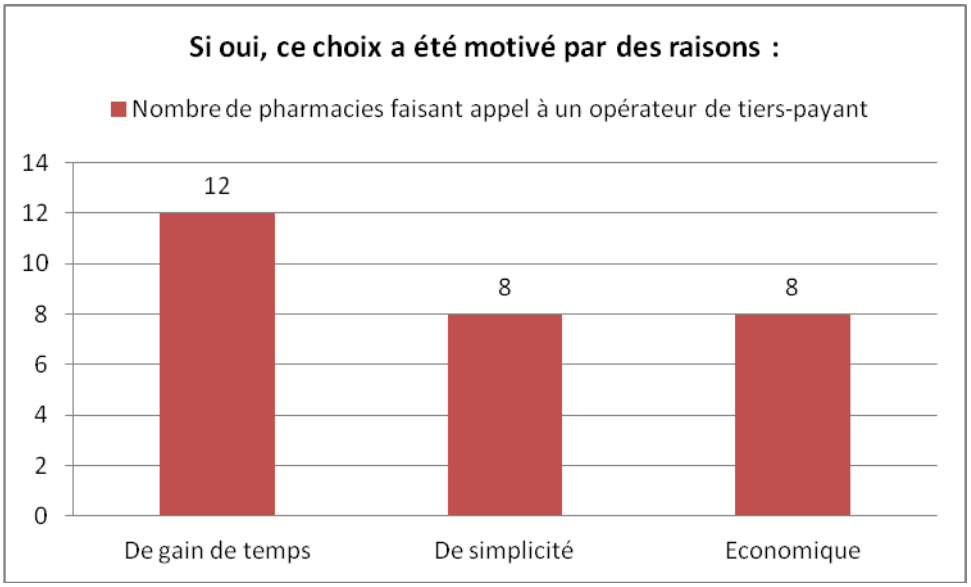


Figure 12 : Enquête : Motivations du choix d'un opérateur de gestion du tiers-payant

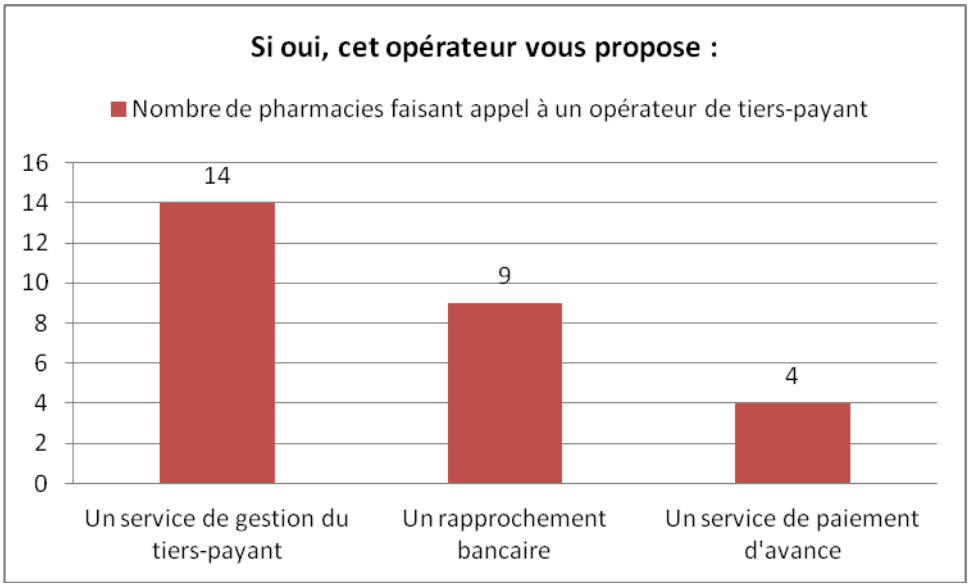


Figure 13 : Enquête : Services proposés par l'opérateur de gestion du tiers-payant

Nous avons également interrogé les pharmacies ne faisant pas appel à ce genre d'aide extérieure pour connaître les raisons de leur choix concernant une propre gestion interne de leur tiers-payant. La figure 14 ci-dessous exprime les différentes justifications apportées par ces pharmaciens : Les résultats de l'étude montre qu'une écrasante majorité des contributeurs ne faisant pas appel à ces sociétés n'en estiment pas le besoin et préfèrent gérer eux-mêmes leurs rejets et impayés (94 sur 120), tandis que 31 pharmaciens trouvent leurs cotisations trop onéreuses, et 17 ne leur font pas confiance dans l'utilisation de leurs données financières et de santé. Seulement 3 officines ont précisé que ces sociétés d'externalisation n'étaient pas assez connues de la profession.

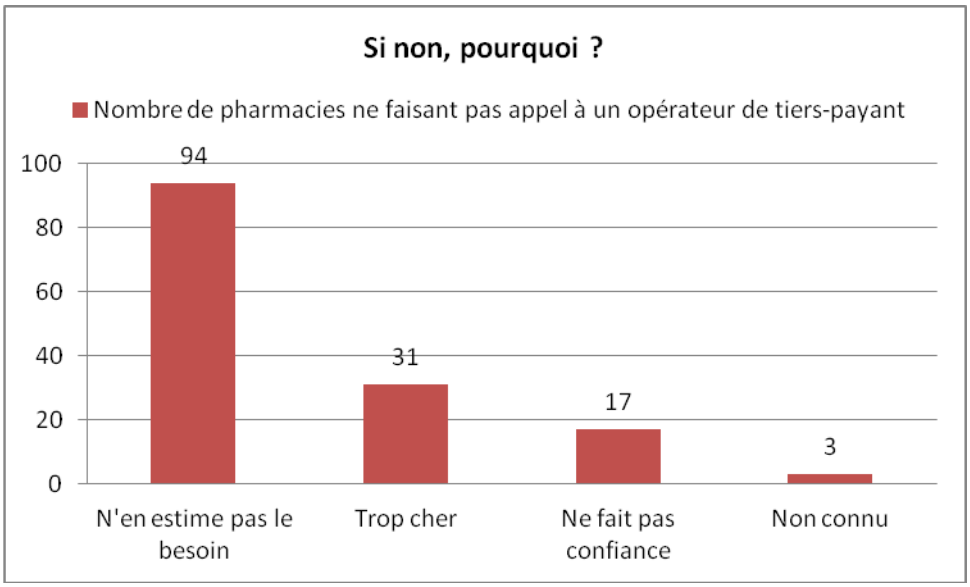


Figure 14 : Enquête : Motivations du choix de ne pas faire appel à un opérateur de gestion du tiers-payant

b) Le choix d'un Organisme Concentrateur Technique

Les Organismes Concentrateurs Techniques jouent un rôle primordial dans la télétransmission des factures aux différentes caisses de protection sociale, et c'est un allié de taille du pharmacien dans la dispense d'avance de frais. La figure 15 nous fait part du pourcentage de pharmacies ayant répondu au questionnaire faisant appel à un OCT :

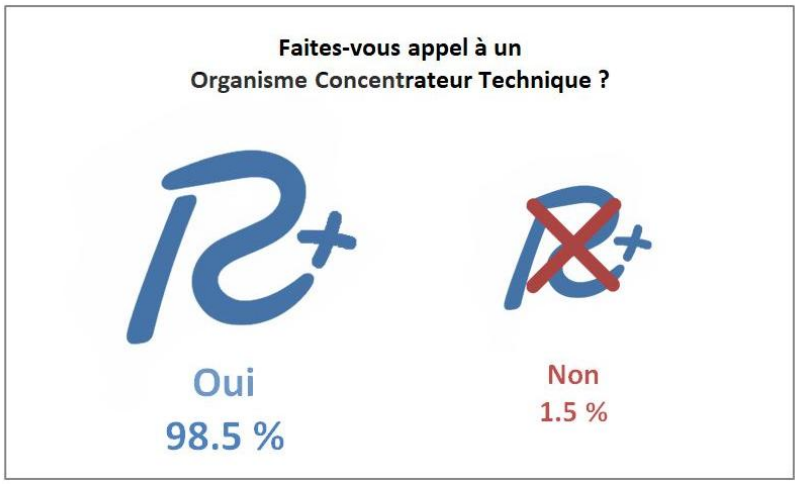


Figure 15 : Enquête : Ratio des officines faisant appel à un Organisme Concentrateur Technique

D'après ces chiffres, on peut voir que 98,5 % des réponses reçues affirment qu'un Organisme Concentrateur Technique est utilisé dans leur pharmacie et qu'il est responsable de la télétransmission des flux. Ainsi, seulement 2 pharmacies sondées dans l'étude ne travaillent pas en collaboration avec un OCT.

c) Qui s'occupe de la gestion du tiers-payant au sein de l'officine ?

Le suivi des rejets et des impayés, ainsi que la gestion des réclamations, sont des étapes essentielles dans la gestion du tiers-payant. Dans les pharmacies n'externalisant pas cette opération, une ou plusieurs personnes sont responsables de cette pratique, il a donc été nécessaire de déterminer qui assurait cette mission. Cette question pouvait recueillir plusieurs réponses, et les résultats sont disponibles en figure 16.

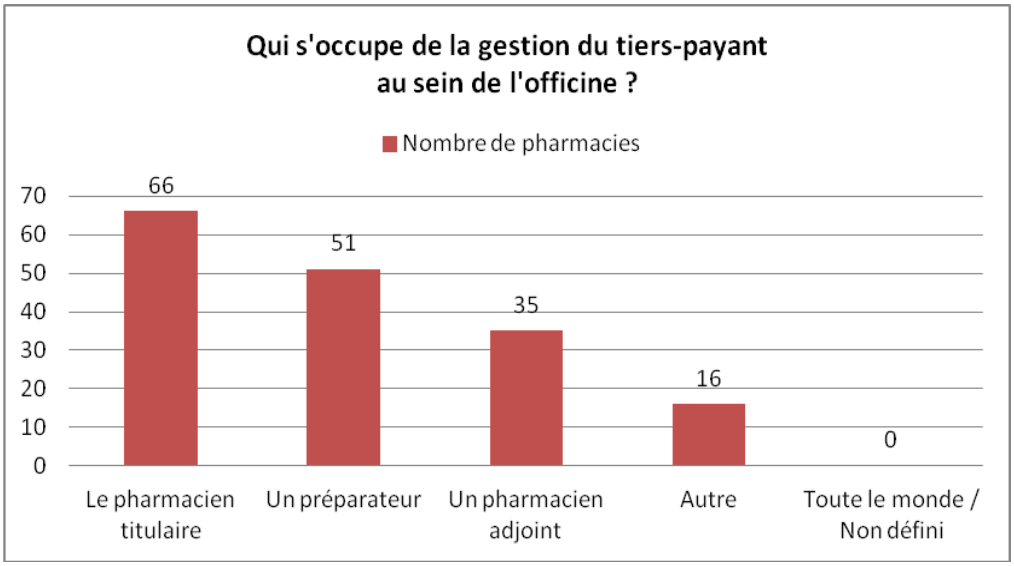


Figure 16 : Enquête : Réponses concernant la personne en charge du tiers-payant au sein de l'officine

Il apparaît que dans plus d'une pharmacie sondée sur 2 (66 sur 120), le pharmacien titulaire gère lui-même le tiers-payant. Arrive ensuite les préparateurs ou préparatrices, qui prennent en charge cette mission dans 51 pharmacies répondantes, puis les pharmaciens ou pharmaciennes adjoints, dans 35 cas sur 120. Enfin, une proposition « Autre » était disponible lorsque la gestion du tiers-payant au sein de l'officine tenait de la responsabilité d'une secrétaire par exemple, et ce fût le cas dans 16 réponses. Cependant, aucune contribution ne prend le parti de répondre « Tout le monde / Non défini », ce qui montre que cette gestion est malgré tout affiliée à une ou plusieurs personnes en particulier.
Il est nécessaire de préciser que cette question présentait des réponses à choix multiples, et que certains contributeurs ont coché plusieurs propositions, la gestion du tiers-payant est donc partagée dans certaines officines.

d) Une plage horaire est-elle définie pour cette gestion ?

La gestion du tiers-payant au sein même de l'officine peut être parfois contraignante, fastidieuse, et prendre du temps. Pour pouvoir améliorer cette opération, nous nous sommes donc intéressés à la mise en place ou non d'une plage horaire destinée, à sa longueur et si elle paraissait suffisante. Les figures 17, 18 et 19 condensent les résultats de ces 3 questions. Il est à noter que, pour la question faisant référence à la durée de la plage horaire, seules 3 propositions étaient disponibles dans le choix des réponses : « Une demi-journée », « Une journée » ou « Autre ».

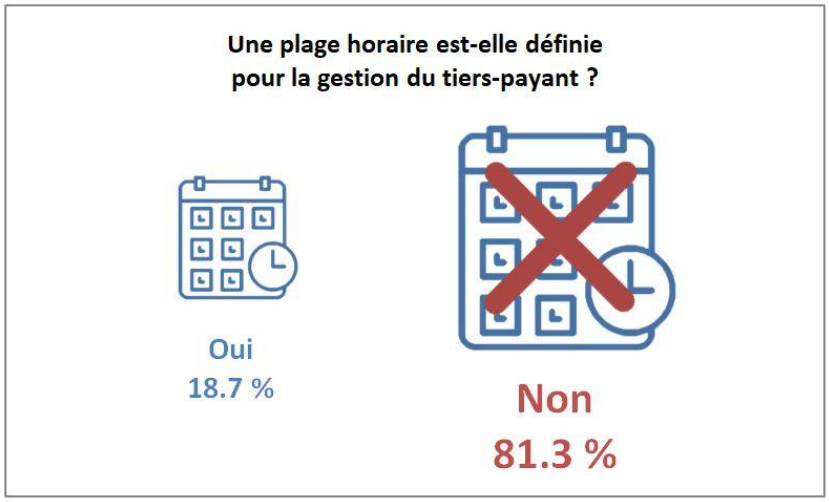


Figure 17 : Enquête : Ratio des officines ayant défini une plage horaire pour la gestion du tiers-payant

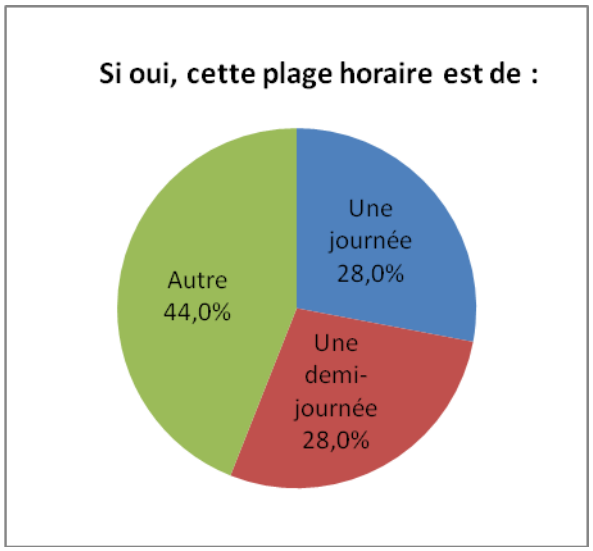


Figure 18 : Enquête : Durée de la plage horaire définie par officine

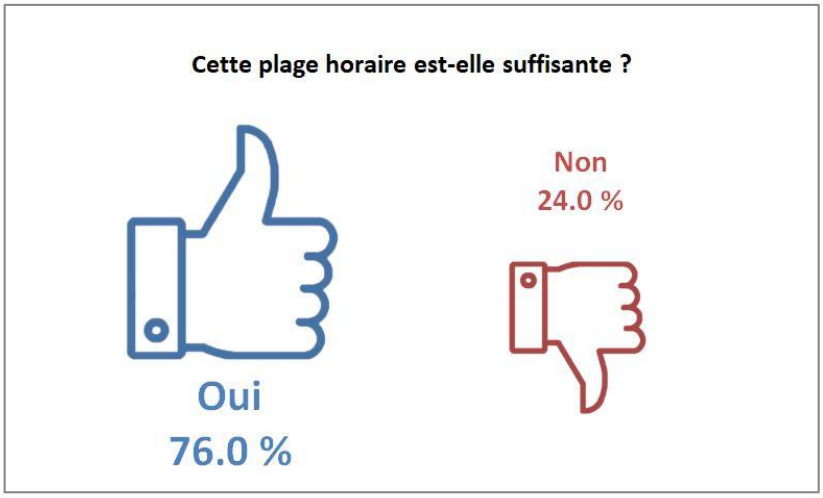


Figure 19 : Enquête : Ratio des officines trouvant la plage horaire dédiée suffisante

Cette illustration nous montre que 81,3 % (109 réponses) des interrogés n'ont pas mis en place de plage horaire dédiée pour la gestion du tiers-payant dans la pharmacie, et une minorité (18,7%, soit 25 réponses) ont fait le choix de cadrer cette pratique dans un temps donné. Concernant ces dernières officines, une demi-journée est consacrée à cette tâche dans 7 cas sur 25, une journée complète dans 7 autres pharmacies, et 11 réponses parlent d'une autre plage horaire (plus ou moins longues que les propositions décrites). Enfin, ces professionnels ayant mis en place cette tranche horaire l'estiment comme suffisante pour 76 % d'entre eux, alors que le restant n'est pas satisfait par ce temps imparti (24%).

e) La possibilité d'un rapprochement bancaire

Une étape de vérification des virements bancaires des organismes d'Assurance Maladie peut être mise en place par rapport aux sommes attendues : c'est le rapprochement bancaire. Cela permet de mettre en lumière les anomalies et d'éviter les pertes financières dues au non règlement de certaines factures. C'est une partie optionnelle de la gestion du tiers-payant, qui peut prendre beaucoup de temps. Nous nous sommes donc interrogés sur le nombre de pharmacies pratiquant le rapprochement bancaire, et si oui, par qui il était effectué (les réponses à cette question étaient présentées sous forme de propositions à choix unique, toutes représentées dans le graphique ci-dessous). Les figures 20 et 21 expriment ces résultats.

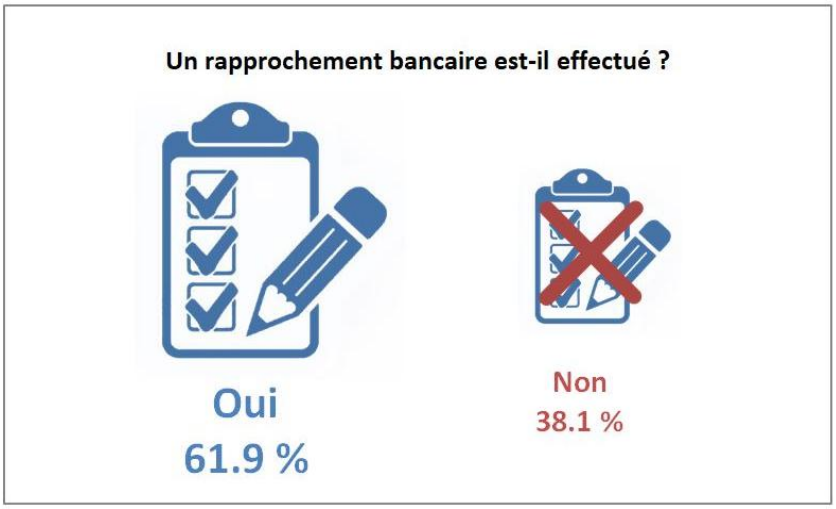


Figure 20 : Enquête : Ratio des officines effectuant un rapprochement bancaire

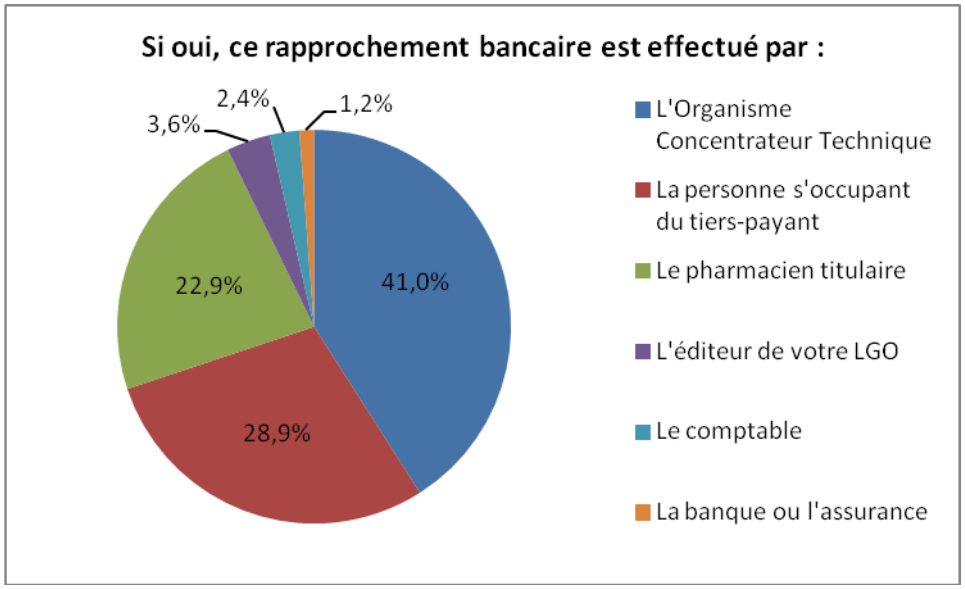


Figure 21 : Enquête : Réponses concernant la personne en charge du rapprochement bancaire

Il apparaît dans les réponses que la mise en place d'un rapprochement bancaire est partagée : En effet, 61,9 % des réponses témoignent d'un rapprochement bancaire effectué dans les pharmacies concernées alors que 38,1 % des officines sollicitées ne sont pas investis dans cette pratique.
Dans les officines où un rapprochement bancaire est réalisé, celui-ci est accompli par l'Organisme Concentrateur Technique dans 41 % des cas, par la personne s'occupant de la gestion du tiers-payant au sein de l'officine (hors titulaire) dans 28,9 % des cas, et par le pharmacien titulaire dans 22,9 % des cas. Plus minoritairement, un autre acteur peut être responsable du rapprochement bancaire : Ainsi, 3,6 % des réponses positives font état d'un rapprochement effectué par l'éditeur du Logiciel de Gestion d'Officine, 2,4 % par le comptable de la pharmacie, et 1,2 % par la banque ou une assurance.

3. Indicateurs de la gestion du tiers-payant

La partie 3 de ce questionnaire cherche à mettre en évidence des indicateurs de la bonne gestion du tiers-payant, par l'utilisation de données chiffrées précises des pharmacies questionnées.

a) Le temps chiffré consacré à la gestion du tiers-payant

La personne chargée de la gestion du tiers-payant au sein de l'officine use de son temps de travail pour cette mission. Que cette plage horaire soit définie ou non, le temps consacré à cette charge administrative peut être variable selon les pharmacies. Le participant pouvait choisir entre 3 propositions, à savoir : « De 1 à 2 heures », « De 2 à 5 heures » ou « Plus de 5 heures ». La figure 22 évalue la période dédiée à cette gestion par semaine.

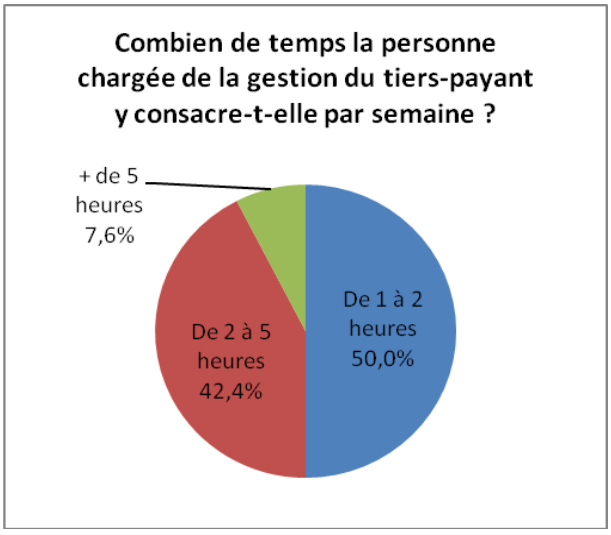


Figure 22 : Enquête : Réponses concernant le temps consacré à la gestion du tiers-payant par semaine

La moitié des pharmacies ayant répondu à l'étude affirme que la gestion du tiers-payant prend entre 1 et 2 heures par semaine à la personne responsable. Ils sont 42,4 % (56 officines) à estimer que cette tâche administrative demande plus de temps, c'est-à-dire entre 2 et 5 heures hebdomadaires. Enfin, une minorité (7,6%) n'envisage pas le temps imparti dans ces 2 périodes proposées et considère que la gestion du tiers-payant réclame plus de 5 heures de travail par semaine.

Nous avons ensuite posé la question aux pharmaciens de savoir si ce temps imparti était acceptable, améliorable ou trop long (cette question était à choix unique selon ces 3 propositions). Une grande partie des participants de l'enquête (61,2%) assure que la période dédiée à la gestion des rejets et impayés est convenable par rapport à la charge de travail que cela implique. Ensuite seulement 11,9 % trouvent que le temps hebdomadaire affecté pourrait être raccourci et donc amélioré. Enfin, un certain nombre de contributeurs conclut que la gestion du tiers-payant prend beaucoup trop de temps à la personne responsable (26,9%). Ces données sont regroupées en figure 23.

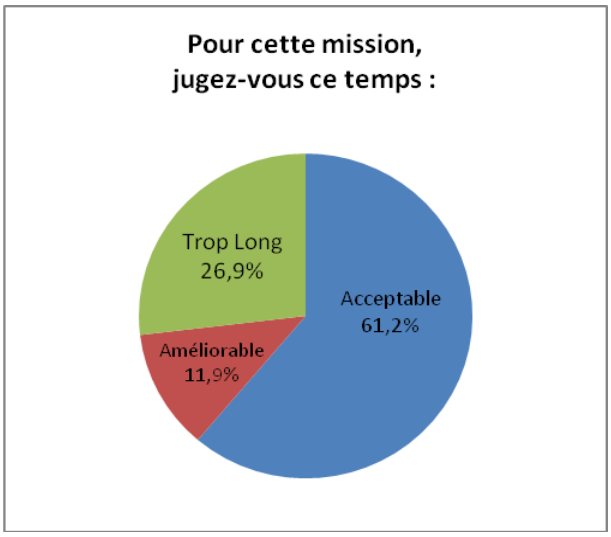


Figure 23 : Enquête : Réponses concernant le jugement du temps dédié au tiers-payant

b) Pourcentage moyen du nombre de rejets de facturation en tiers-payant de l'officine

Une donnée importante du travail à fournir par la personne responsable de la gestion du tiers-payant est le nombre de rejets de facturation à traiter pour relancer ces demandes de remboursements et suivre les impayés. Plus ce nombre sera élevé, plus le travail de relances sera important. La question suivante recense donc le pourcentage moyen de rejets de l'officine, pour la part AMO puis pour la part AMC.

- Pour la part AMO

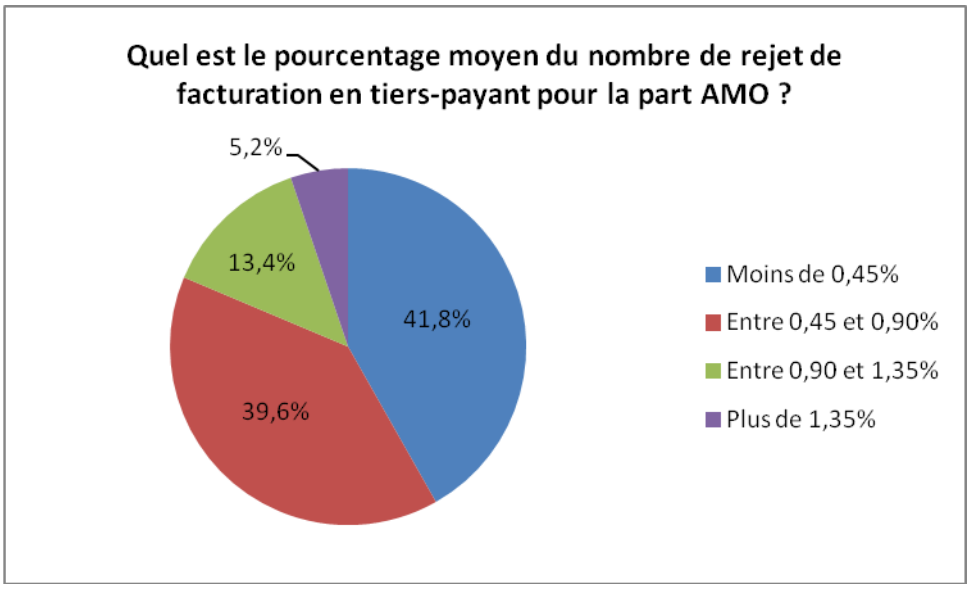


Figure 24 : Enquête : Pourcentage moyen du nombre de rejet de facturation en tiers-payant pour la part AMO

Les résultats du graphique de la figure 24 nous apportent des réponses sur le nombre de rejets recensés par les répondants concernant la part AMO. A noter que, selon l'IGAS, au 1e semestre 2016 le pourcentage de rejets moyen pour les officines françaises étaient de 0,90 %, les 4 intervalles proposées dans ce questionnaire et disponible en réponse unique font donc référence à ce chiffre. Plus de 75 % des pharmaciens s'exprimant dans cette enquête montrent un taux de rejets AMO inférieur à la moyenne nationale (41,8 % ayant moins de 0,45 % de rejets, et 39,6 % ayant un nombre de rejets compris entre 0,45 et 0,90 % des facteurs totales). Les autres pharmaciens contributeurs considèrent que leur taux de rejets est plus élevé que la normale, 13,4 % estimant ce chiffre entre 0,90 et 1,35 % des factures totales, et 5,2 % un taux encore plus haut.

- Pour la part AMC

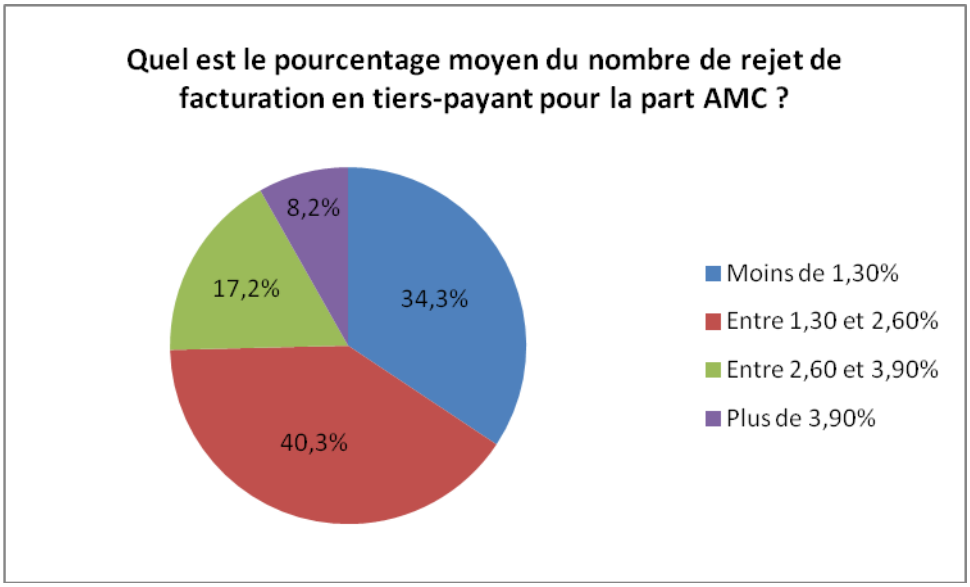


Figure 25 : Enquête : Pourcentage moyen du nombre de rejet de facturation en tiers-payant pour la part AMC

Pour connaître le pourcentage moyen du nombre de rejets de factures pour les officines françaises, il a été calculé selon les données de novembre, décembre 2017 et janvier 2018 de Resopharma (nombre total de factures télétransmis à Resopharma divisé par le nombre de rejets total). Cette moyenne était de 2,60 %, et de la même manière que pour la part AMO, les intervalles de réponses à cette question se sont reposés sur ce chiffre. Et les conclusions du graphique en figure 25 sont les mêmes que la part AMO : Une majorité des pharmacies atteste d'un taux de rejets AMC inférieur à la moyenne nationale (34,3 % possède un taux inférieur à 1,30 % de rejets, et 40,3 % un taux compris entre 1,30 et 2,60 %). Mais une part plus importante de répondants témoignent d'un taux plus élevé de rejets AMC par rapport à la moyenne française, que de rejets AMO (17,2 % considère un nombre de rejets compris entre 2,60 et 3,90 % de factures totales, et 8,2 % ont plus de 3,90 % de rejets).

c) L'estimation des pertes réelles dues aux rejets

Toujours dans l'optique de mettre en évidence des indicateurs de bonne ou mauvaise gestion du tiers-payant, nous avons demandé aux pharmaciens d'estimer leurs pertes réelles dues aux rejets de remboursements, d'une part pour la part AMO, et d'autres parts pour la part complémentaire, et quelles sommes représentaient ces préjudices. Pour ces questions, la zone de réponse était laissée en saisie libre au participant, et une explication était donnée par LGO pour retrouver ces chiffres (par exemple, pour le logiciel LGPI : D-Suivi administratif, J-Encours règlements, puis V-Encours TP). Les figures 26 et 27 exposent les réponses à cette question pour la part AMO, puis pour la part AMC.

- Pour la part AMO :

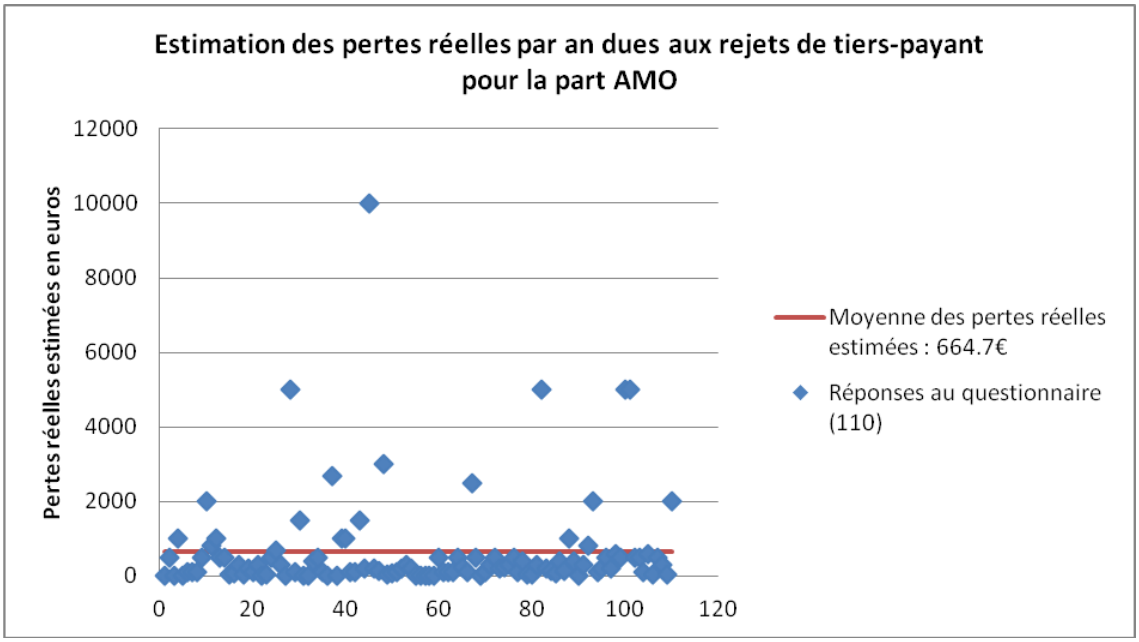


Figure 26 : Enquête : Estimation des pertes réelles par an dues aux rejets de tiers-payant pour la part AMO

Il est important de noter que ces chiffres sont très fluctuants selon les pharmacies. En effet, les pertes estimées pour la part AMO oscillent entre 0 et 10000€, avec une moyenne calculée de 664,7€ pour les 110 répondants à cette question.

- Pour la part AMC :

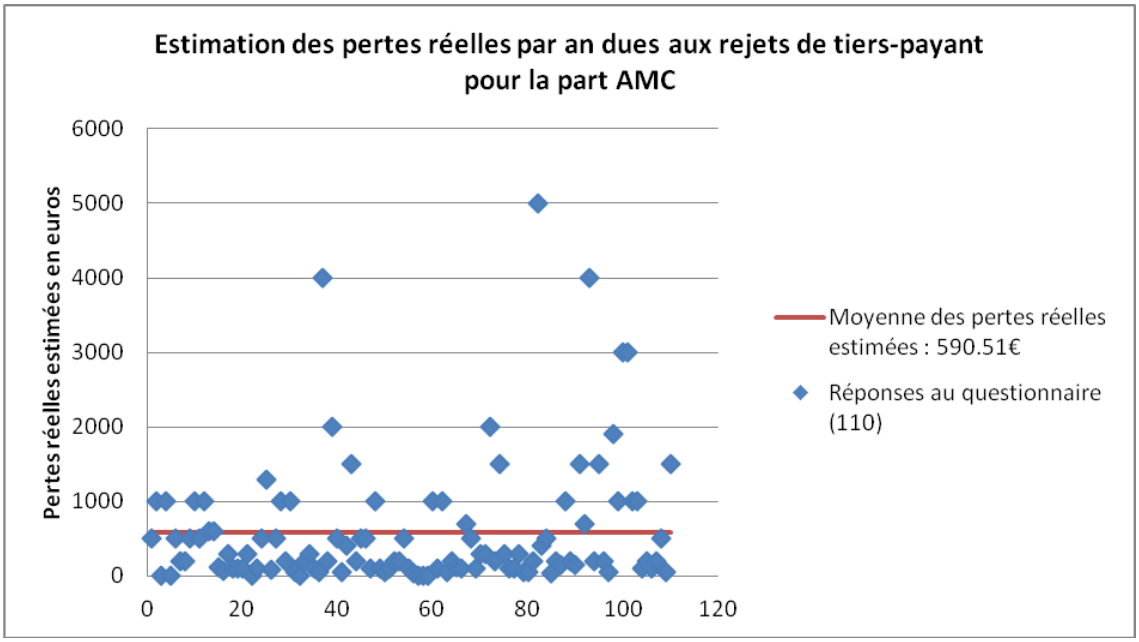


Figure 27 : Enquête : Estimation des pertes réelles par an dues aux rejets de tiers-payant pour la part AMC

De la même manière que pour la part AMO, l'estimation des pertes pour la part AMC est très dépendante de l'officine ayant répondu à l'enquête. Nous pouvons tout de même affirmer que les chiffres pour la part complémentaire sont globalement plus faibles que pour la part obligatoire, puisque l'on retrouve une moyenne de 590,51€ de pertes estimées pour les 110 contributeurs, avec des données comprises entre 0 et 5000€.

d) Les sommes non réglées des factures rejetées

Après avoir proposé aux pharmaciens d'estimer leurs pertes, il était logique de s'intéresser aux sommes non réglées effectives des factures rejetées, au moment du remplissage du questionnaire de l'étude. Une aide selon le LGO utilisé était jointe à cette question pour connaître cette somme réelle manquante dans la trésorerie de l'officine. Il était également demandé aux pharmaciens de ne pas prendre en compte les 7 derniers jours d'exercice, les sommes demandées aux organismes durant ce délai n'étant pas réglées mais ne faisant pas l'objet de rejets. La saisie des réponses était libre pour les contributeurs. Voici les données recueillies concernant les sommes non réglées pour la part AMO puis pour la part AMC, résumées en figures 28 et 29 :

- Pour la part AMO

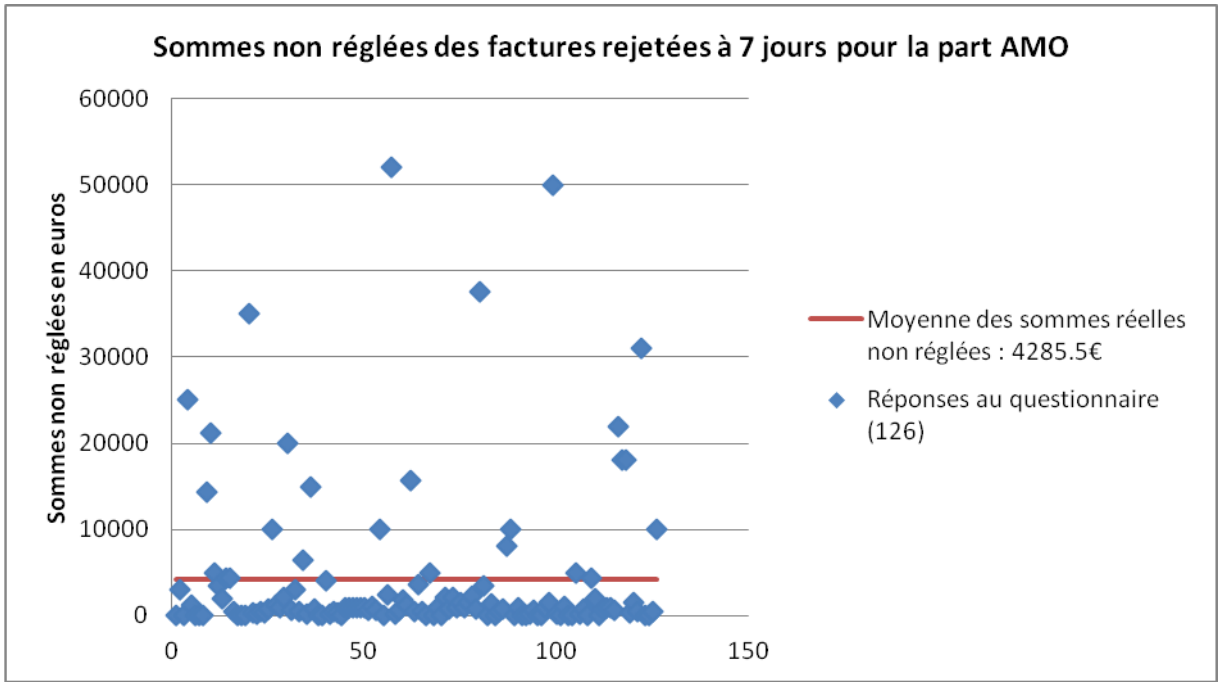


Figure 28 : Enquête : Sommes non réglées des factures rejetées à 7 jours pour la part AMO

Les réponses apportées par les contributeurs varient énormément selon les officines. Si certaines pharmacies assurent n'avoir aucune perte due aux rejets AMO (0€), d'autres peuvent monter jusqu'à des sommes perdues de 52000€. La moyenne fait malgré tout état d'une somme non négligeable de pertes pour les 126 contributeurs (4285,5€).

- Pour la part AMC

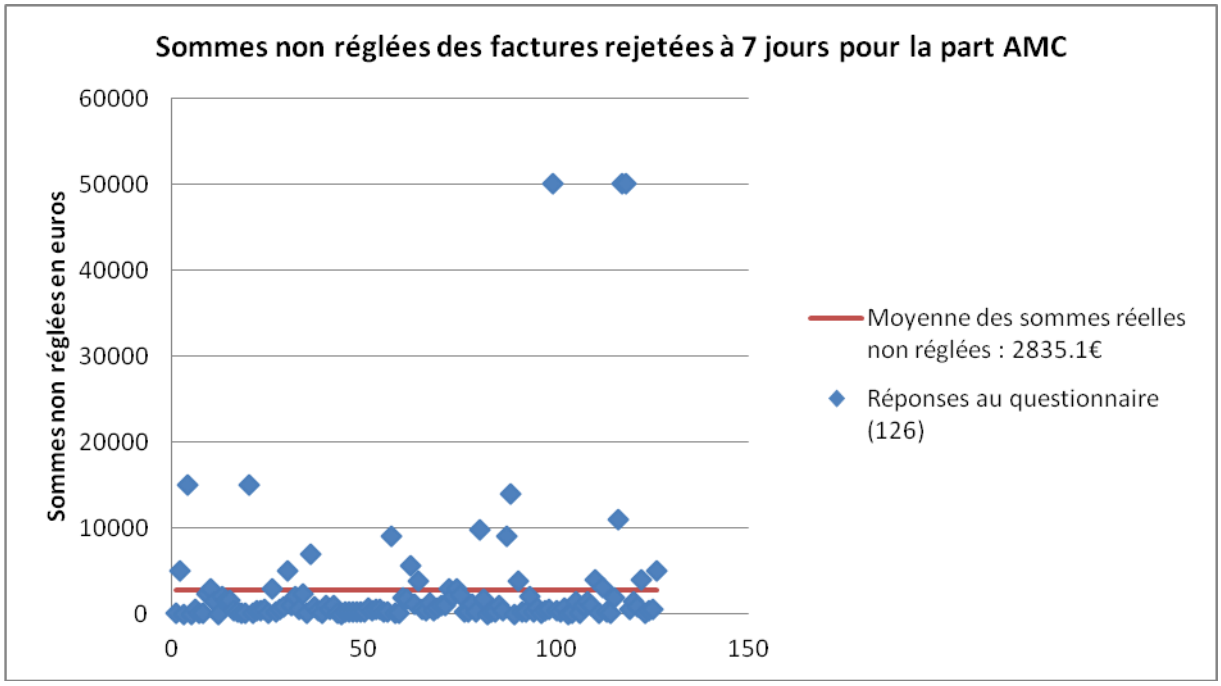


Figure 29 : Enquête : Sommes non réglées des factures rejetées à 7 jours pour la part AMC

Les résultats sont identiques pour la part complémentaire. Elles sont 3 pharmacies à avancer que leurs pertes dues aux rejets AMC s'élèvent à 50000€ alors que d'autres certifient n'en avoir aucune (0€). Ces pertes AMC réelles sont en moyenne de 2835,1€ pour les 126 répondants.

4. *Les causes de rejets*

La partie 4 de ce questionnaire s'intéresse aux différentes causes impliquant des rejets de remboursements lors de la mise en place du tiers-payant. La quantification de ces causes et son étude est une étape essentielle pour faire évoluer positivement la gestion du tiers-payant.

a) Les causes internes et externes de rejets à l'officine

La première question de cette partie du questionnaire demandait aux pharmaciens de définir le ratio des causes internes à l'officine des rejets par rapport aux causes externes, mettant en lumière la responsabilité de l'équipe ou des organismes de protection sociale dans ces anomalies de remboursements. Le choix des réponses devait se faire dans un panel de différents ratios proposés dans la question. Les 2 graphiques suivants, en figures 30 et 31, nous montrent les réponses apportées par les pharmaciens, dans un premier temps pour la part AMO, puis pour la part AMC :

- Pour la part AMO :

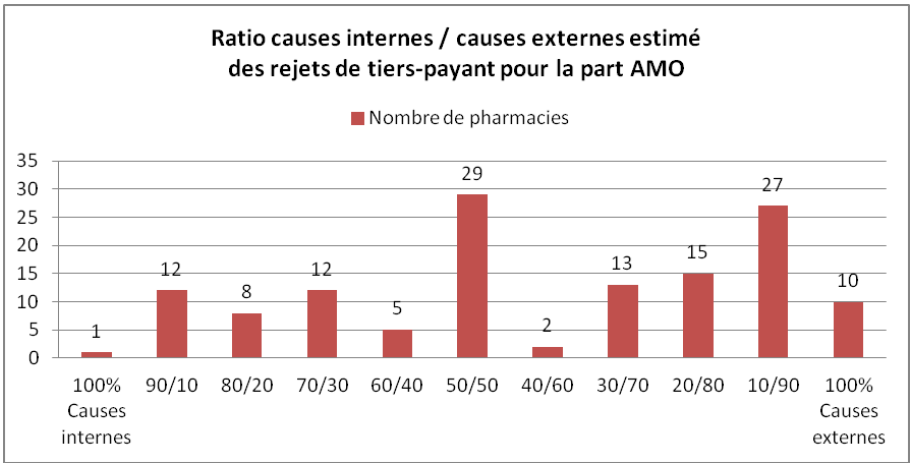


Figure 30 : Enquête : Ratio estimé des causes internes et externes des rejets de tiers-payant pour la part AMO

Ils sont une majorité de contributeurs à estimer que le la responsabilité des rejets AMO est plus importante pour les acteurs du tiers-payant hors officine, 10 réponses affirmant même que les causes de ces rejets sont 100 % extérieures à la pharmacie (27 pharmaciens parlent d'un ration de 10 % de causes internes pour 90 % de causes externes, 15 observent un ratio 20/80, 13 d'un ratio 30/70 et seulement 2 d'un ration 40/60). En revanche, ils sont un certain nombre à considérer que la faute revient le plus souvent à l'équipe officinale, car 37 réponses parlent d'un ratio supérieur de causes internes (5 réponses font état d'un pourcentage de 60 % de responsabilité interne, 12 de 70 %, 8 de 80 % et 12 de 90%). Enfin, une seule pharmacie prétend que la pharmacie est seule responsable des rejets de factures en tiers-payant.
Il est intéressé de noter également que beaucoup de pharmaciens avouent une responsabilité partagée équitablement entre l'officine et les autres acteurs du tiers-payant, puisque 29 réponses envisagent une responsabilité de causes internes/externes à 50/50.

- Pour la part AMC :

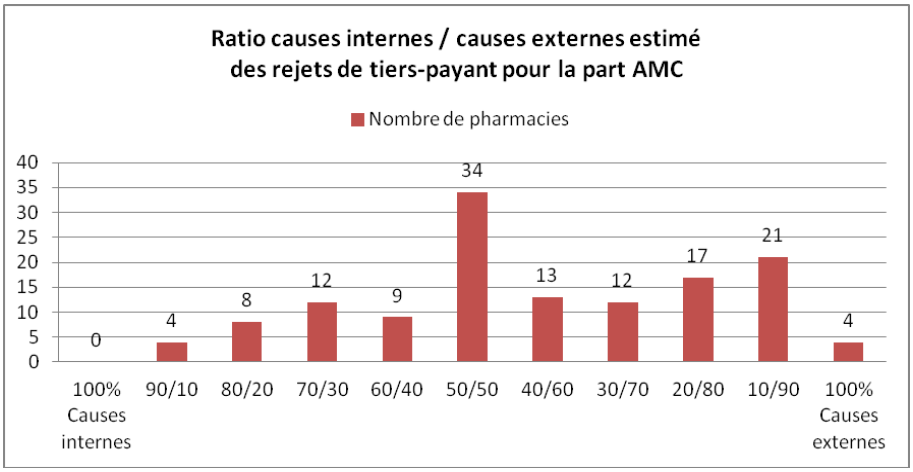


Figure 31 : Enquête : Ratio estimé des causes internes et externes des rejets de tiers-payant pour la part AMC

Les résultats recueillis pour la part AMC sont comparables à ceux retranscrits pour la part AMO, avec un taux de réponses légèrement plus élevé pour des causes externes à l'officine : En effet, 63 d'entre eux mettent en avant un taux de rejets plus important dans lequel les acteurs extérieurs sont mis en causes, voire même tout le temps impliqués dans 4 pharmacies questionnées. Il apparaît également que 33 réponses confirment une responsabilité plus importante de l'équipe officinale dans ces rejets (9 à 60 %, 12 à 70 %, 8 à 80% et 4 à 90%). Mais aucun ne considère que la pharmacie soit impliquée dans 100 % des cas de rejets. Enfin, une large proportion de réponses fait état d'une responsabilité partagée à 50/50 dans les rejets, entre la pharmacie et les autres acteurs (34 réponses).

b) Procédures d'améliorations et volonté de mise en place

Le nombre de rejets est plus ou moins élevé selon les officines, et les causes de ces rejets peuvent être internes à la pharmacie. Il est donc possible que celles-ci mettent en place des procédures d'améliorations pour éviter ces anomalies et diminuer le nombre de rejets. Les 2 questions suivantes évoquent la mise en place ou non d'éventuelles procédures pour faire baisser ces rejets causés par l'équipe officinale, et la volonté de la part du pharmacien d'en apporter de nouvelles. Les figures 32 et 33 résument les réponses apportées par les participants à ces questions.

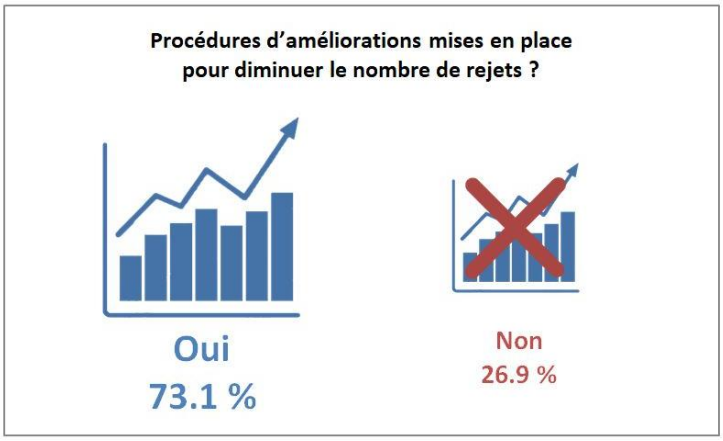


Figure 32 : Enquête : Ratio des procédures d'améliorations mises en place par officine

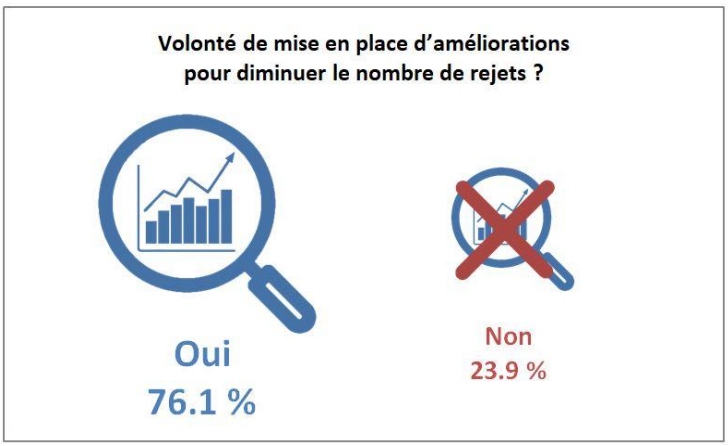


Figure 33 : Enquête : Ratio des volontés de mise en place d'améliorations par officine

De nombreux pharmaciens ayant répondu à cette enquête se sont déjà organisés pour diminuer la responsabilité de l'officine dans les rejets de facturations, puisque 73,1 % affirment avoir mis en place des procédures d'améliorations à ce sujet (un peu plus d'un quart des contributeurs de l'étude n'ont pas fait évoluer leur méthode pour faire baisser ces rejets). De la même manière, 76,1 % réfléchissent à progresser dans cette voie pour devenir plus performant et réduire au maximum le nombre de rejets causés par la pharmacie.

5. *Ressenti global*

La partie 5 fait référence au ressenti global perçu par les pharmaciens sur la gestion du tiers-payant et son évolution depuis sa mise en place.

a) De réelles avancées dans la gestion du tiers-payant

Nous avons demandé aux pharmaciens répondants leur sentiment sur l'évolution du tiers-payant depuis sa mise en place, et plus particulièrement sur les avancées apportées à cette pratique.

Figure 34 : Enquête : Ratio du ressenti sur les avancées réelles de la gestion du tiers-payant au sein des officines

Les résultats de l'étude, en figure 34, montrent que 91,8 % des professionnels questionnés sont satisfaits des progrès dans la gestion du tiers-payant en officine depuis son développement dans toutes les pharmacies françaises. Seul 8,2 % réponses de l'enquête font état d'un ressenti plutôt négatif sur ces avancées.

b) La gestion du tiers-payant depuis sa mise en place

Au-delà du ressenti global, nous avons interrogé les pharmaciens sur l'évolution concrète de la gestion du tiers-payant, et si cette charge administrative évoluait plutôt de façon positive ou négative. Ces résultats sont disponibles en figure 35.

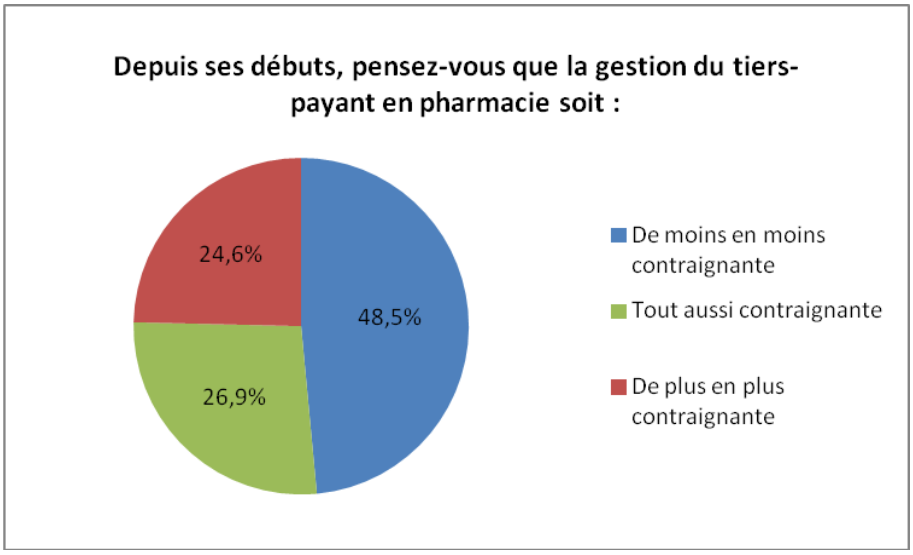


Figure 35 : Enquête : Réponses concernant le ressenti du tiers-payant depuis ses débuts

Selon les données de l'enquête, une majorité des professionnels (48,5%) estime que la gestion du tiers-payant est de moins en moins contraignante, grâce aux innovations et aux nouveaux acteurs simplifiant cette pratique. Environ un quart des participants (26,9%) ne perçoit ni amélioration ni dégradation dans cette mission et la trouve tout aussi contraignante par rapport à ses débuts, alors que le dernier quart (24,6%) rencontre de plus en plus de difficultés pour gérer les rejets et impayés.

6. Propositions d'améliorations

La partie 6 permet une ouverture sur la gestion du tiers-payant et propose plusieurs axes d'améliorations envisagés pour faire évoluer positivement cette mission. Les réponses proposées lors de cette enquête sont basées sur les innovations développées actuellement par les différents acteurs du tiers-payant, et sur des idées personnelles. Cette question permettait des réponses à choix multiples.

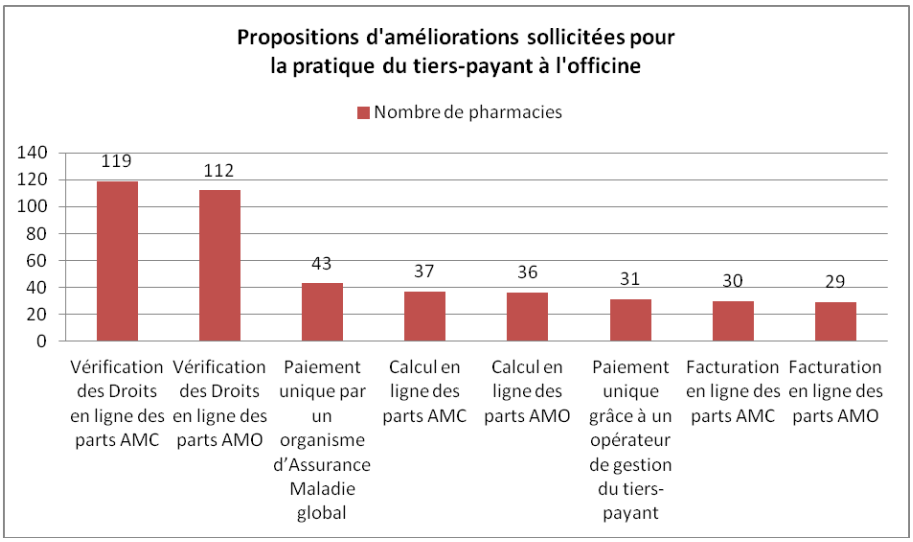


Figure 36 : Enquête : Réponses concernant les propositions d'améliorations pour la pratique du tiers-payant à l'officine

Les choix les plus plébiscités par les contributeurs de cette étude, et visibles en figure 36, sont les vérifications des droits en ligne pour les parts AMC (119 réponses) et AMO (112 réponses). Cette authentification des droits est déjà développée dans de nombreuses officines et continue son essor dans les différentes régions françaises. Une autre proposition mise en avant par les pharmaciens sondés est la possibilité d'un paiement unique par un organisme d'Assurance Maladie global (43 réponses). De la même manière, ils sont 31 professionnels à envisager également un paiement unique, mais grâce à un opérateur de gestion du tiers-payant cette fois-ci. De plus, le calcul en ligne des parts AMO et AMC représente une partie des réponses au questionnaire (37 pour la part AMC et 36 pour la part AMO). Enfin, une facturation complètement en ligne serait l'idée souhaitée par un certain nombre de répondants, 30 pour la part AMC et 29 pour la part AMO.

À la fin de ce questionnaire, un espace libre était laissé à disposition des pharmaciens ayant participé à cette enquête, pour connaître leurs propres propositions quant à l'amélioration de la gestion du tiers-payant au sein des officines. Ces idées seront développées à la fin de la discussion.

Partie 3 : Discussion

Au vu des résultats obtenus lors de cette enquête, ainsi que de l'interprétation de données croisées du questionnaire, il nous est possible de dresser plusieurs hypothèses quant à la gestion du tiers-payant dans les officines du Grand Est. Ainsi, ces conclusions nous permettrons de proposer une organisation globale et générale de la dispense d'avance de frais des pharmacies de la région.

Il est important de reprendre chaque paramètre étudié dans le questionnaire de l'étude, d'en tirer des conclusions selon les données issues des réponses et de les remettre en perspective avec 4 chiffres importants révélés par les pharmaciens participants :

- Les moyennes des estimations des pertes pour les parts AMO et AMC
- Les moyennes des sommes réelles non réglées pour les parts AMO et AMC

Pour ces données croisées, il a été décidé de soustraire 4 réponses de l'enquête, où les sommes renseignées paraissaient aberrantes aux vues des autres contributions. Ces chiffres auraient totalement faussés les résultats de l'étude.

A. Pourcentage moyen du nombre de rejets

Nous allons tout d'abord nous pencher sur le pourcentage moyen du nombre de rejets par officine, en comparant cette donnée aux moyennes des sommes perdues dues au tiers-payant, d'une part pour la part obligatoire, et d'autres parts pour la part complémentaire.

1. Pour la part AMO

D'après l'IGAS, le pourcentage de rejets moyen AMO pour les officines françaises était de 0,90 % au 1e semestre 2016. Or, d'après les chiffres de l'enquête, le taux de rejets par les caisses du Grand Est est inférieur au taux national, puisque 81,4 % des répondants sont en dessous de ce seuil. Il apparaît probable que les pharmaciens évaluent leur pourcentage de rejets à la baisse, n'ayant pas de données concrètes dans leur base informatique.

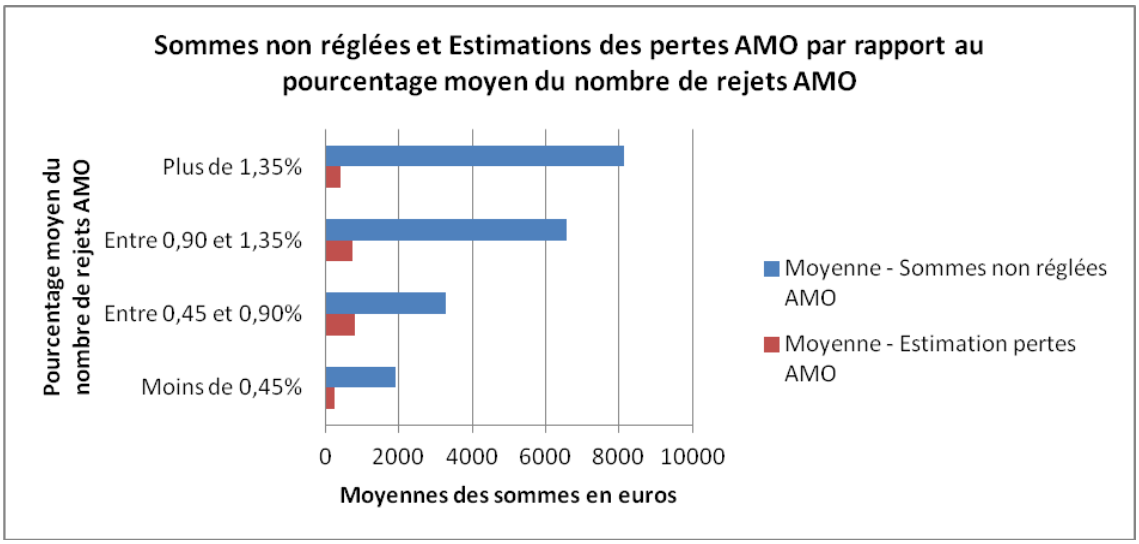


Figure 37 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO par rapport au pourcentage moyen du nombre de rejets AMO

Si l'on remet ensuite en perspective ce pourcentage moyen du nombre de rejets AMO avec les moyennes des sommes perdues dues au tiers-payant, en figure 37, nous constatons logiquement que plus le nombre de rejets est important, plus les sommes non récupérées par le pharmacien sont élevées. Il apparaît donc évident que diminuer le nombre de rejets de facturation diminuera les pertes financières de l'officine, l'amélioration de la pratique du tiers-payant à la base des facturations est donc cruciale pour faire baisser ces sommes perdues.

2. *Pour la part AMC*

D'après les chiffres de Resopharma sur la période de novembre 2017 à janvier 2018, le pourcentage de rejets moyen AMC pour les officines françaises était de 2,60 %. De la même manière que pour la part AMO, les chiffres recueillis par l'étude sont bien inférieurs à la moyenne nationale (74,6 % des réponses en dessous de 2,60 % de moyenne). Ce faible pourcentage est peut-être dû au régime local Alsace-Moselle qui rembourse les médicaments à des taux supérieurs pour la part obligatoire, par rapport au régime général. De ce fait, les parts prises en charge par les AMC sont beaucoup moins importantes, et le nombre de rejets est diminué par rapport aux autres régions. Cela peut également être dû à une minimisation des pertes, les pharmaciens estimant ce pourcentage en-dessous de la réalité.

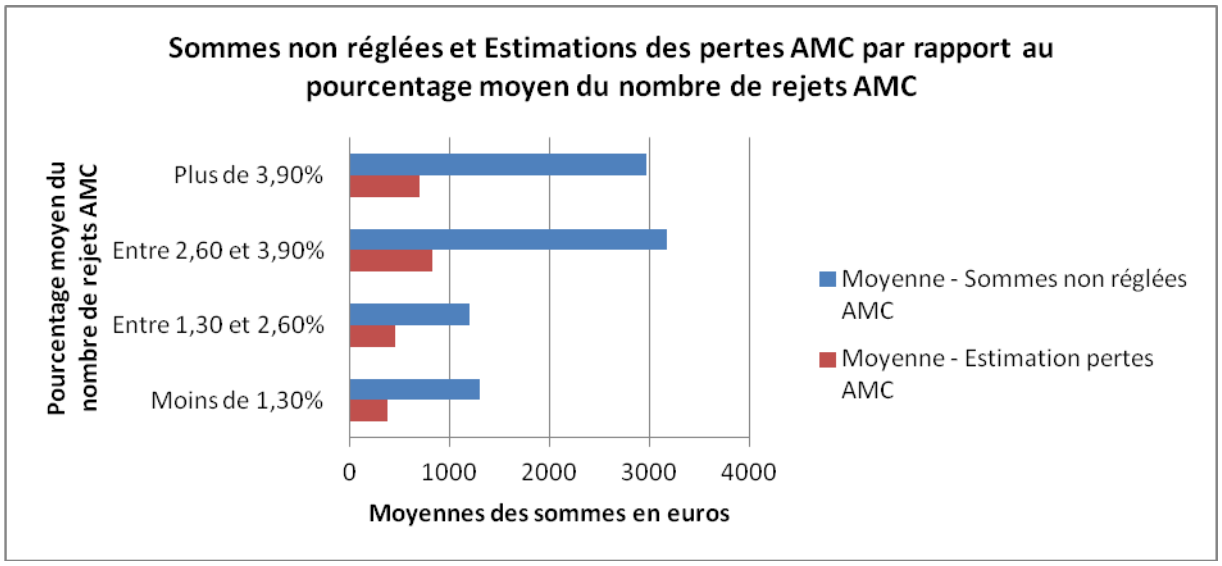


Figure 38 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMC par rapport au pourcentage moyen du nombre de rejets AMC

D'après les données croisées décrits en figure 38, les conclusions sont approximativement les mêmes que pour la part AMO : plus le taux de rejets AMC est élevé, plus les pertes financières sont importantes (malgré quelques fluctuations selon les différents taux de factures rejetées). Il est donc indéniable d'améliorer la pratique du tiers-payant, pour diminuer le nombre de rejets et ainsi limiter les sommes perdues dues au tiers-payant.

B. Sommes réelles non réglées selon l'estimation des pertes

Nous avons ensuite mis en perspective les différents paramètres du tiers-payant évalués dans cette étude, avec les moyennes des sommes non réglées et les estimations des pharmaciens sur les pertes financières correspondantes à chaque critère. Mais avant cela, nous devons analyser les sommes réelles perdues par rapport aux estimations des pharmaciens, pour évaluer leur sentiment sur ces chiffres souvent minimisés.

1. Pour la part AMO

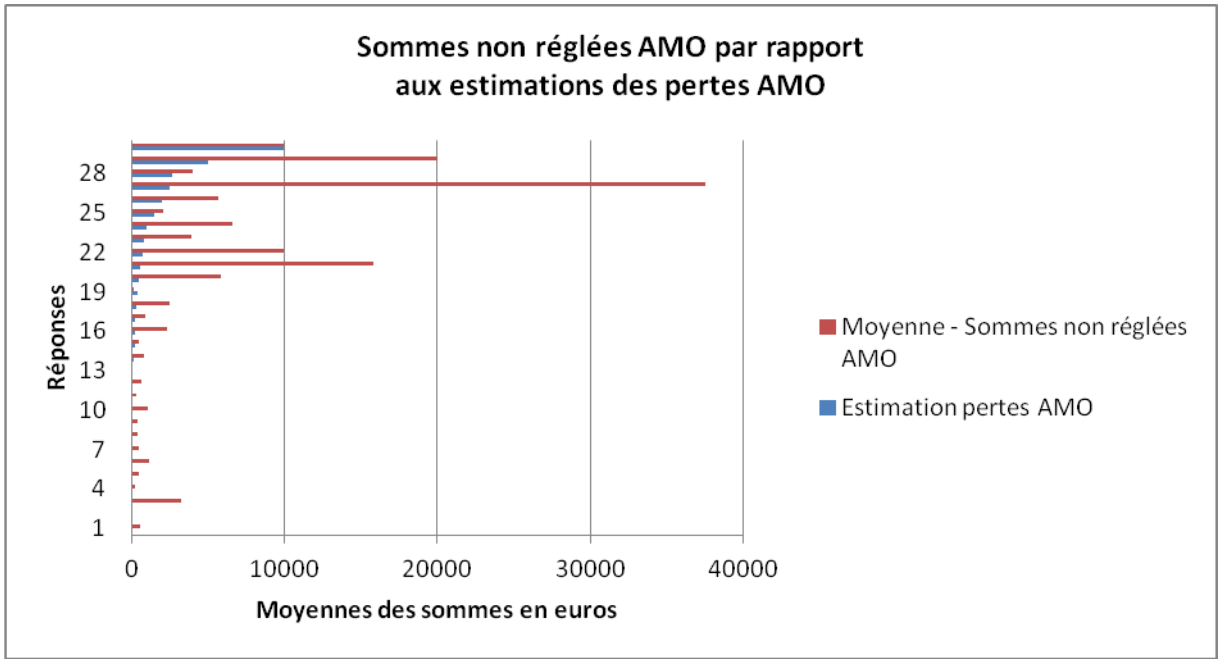


Figure 39 : Sommes non réglées AMO par rapport aux estimations des pertes AMO

Il apparaît très clairement, sur ce graphique de données croisées disponible en figure 39, que les estimations données par les pharmaciens sur les pertes financières dues au tiers-payant pour la part AMO sont bien plus faibles que les sommes réelles non réglées. Nous pouvons donc en conclure que ces sommes non récupérées sont encore trop sous-estimées par la profession, et qu'il est vital aujourd'hui, pour la bonne survie économique des officines, de travailler dans l'amélioration de la pratique du tiers-payant pour optimiser le travail des pharmaciens.

2. *Pour la part AMC*

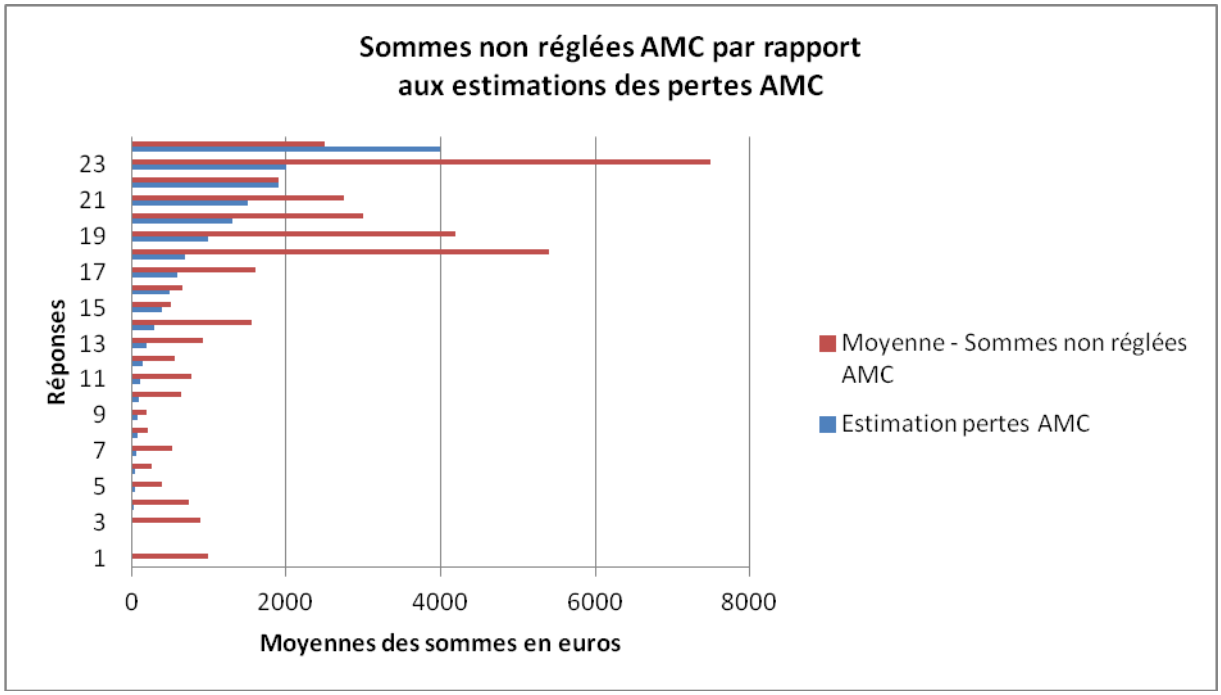


Figure 40 : Sommes non réglées AMC par rapport aux estimations des pertes AMC

Il en va de même, d'après la figure 40, pour la part complémentaire : Les estimations des pharmaciens concernant les sommes non réglées par les organismes AMC sont très en dessous des pertes réelles dues au tiers-payant. Ces sommes perdues sont minimisées, et un progrès dans la gestion du tiers-payant est nécessaire pour changer cela.

C. Le tiers-payant selon la typologie de l'officine

D'un point de vue global sur cette étude, un nombre plus important de réponses concernent des officines rurales, car le Grand Est est réputé être une région principalement de campagne. Malgré tout, un tiers des contributions concerne des pharmacies de quartier. Enfin, un quart des réponses représente des officines de villes ou de centres commerciaux, avec une patientèle beaucoup plus hétérogène et une pratique du tiers-payant potentiellement plus complexe. [64]

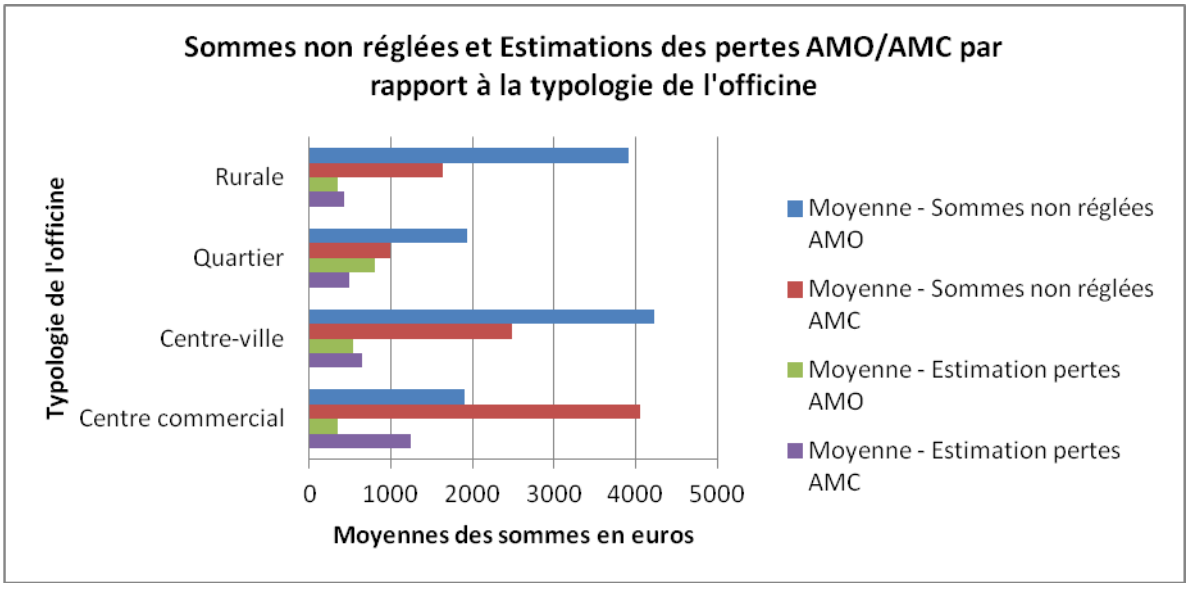


Figure 41 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la typologie de l'officine

Selon les données croisées entre les différentes moyennes d'estimations de pertes et de sommes réelles perdues pour les parts AMO et AMC selon la typologie de l'officine, résumées en figure 41, il n'apparaît pas de réelles disparités entre les différentes localisations des pharmacies. On peut malgré tout noter que les pertes réelles sont légèrement moins importantes dans les pharmacies de quartier, qui développent une vraie relation de proximité avec leur patientèle, facilitant ainsi leurs échanges pour éviter les difficultés dans la pratique du tiers-payant.
La typologie de l'officine n'est donc pas un critère déterminant dans le bon ou mauvais développement du tiers-payant au sein de l'officine.

D. Le tiers-payant selon le nombre de pharmaciens

Plus des trois quarts des réponses au questionnaire représentent des pharmacies moyennes, comptant dans leurs effectifs 2 ou 3 pharmaciens. Malgré tout, la diffusion large de l'enquête à toute la région nous a permis de récolter également des données concernant des petites officines avec un seul pharmacien, ou de plus grandes structures, avec 4, 5 ou 6 docteurs en pharmacie. Le nombre de pharmaciens nous permet d'apprécier la dimension de la pharmacie et ainsi donner une idée sur le chiffre d'affaire plus ou moins important de l'entreprise. De ce fait, nous pouvons conclure sur la difficulté de pratiquer le tiers-payant selon le nombre de pharmaciens, et le chiffre d'affaire de l'officine.

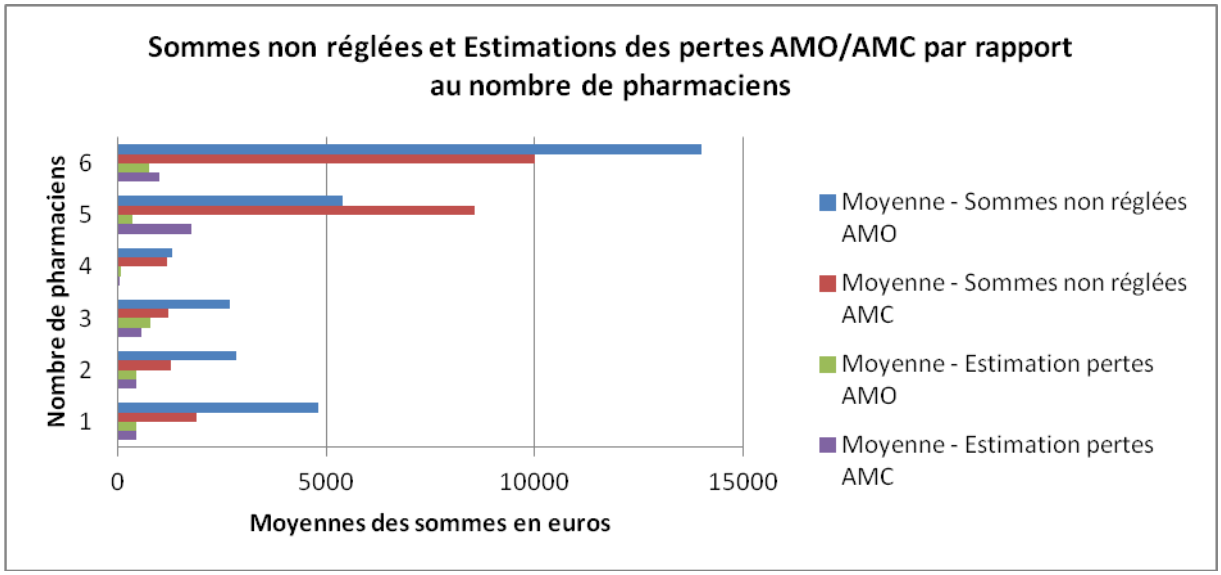


Figure 42 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport au nombre de pharmaciens

D'après les données croisées de la figure 42, il nous apparaît que les estimations données par les contributeurs sont globalement les mêmes et ne diffèrent pas selon le nombre de pharmaciens ou le chiffre d'affaire de l'officine. En revanche, concernant les moyennes des pertes réelles, on constate que les grandes pharmacies, avec 5 ou 6 pharmaciens au sein de leurs équipes, possèdent des sommes non reçues très importantes, par rapport aux petites et moyennes officines qui s'en sortent beaucoup mieux.
Ces données peuvent s'expliquer par un plus grand volume de factures créées et télétransmises par les grosses pharmacies, impliquant inéluctablement un nombre d'erreurs et donc de rejets de facturation plus important. Ainsi, les sommes non réglées sont considérables, et la charge de travail pour les récupérer trop élevée pour recouvrir toutes les pertes.

E. Le tiers-payant selon l'effectif total de l'officine

Les réponses de l'enquête nous ont permis de recueillir un panel important concernant les différents effectifs totaux des pharmacies. Ainsi, nous avons pu croiser les données des estimations de pertes et des sommes non réglées avec des effectifs d'officine allant d'une seule personne (le pharmacien titulaire) à 17 employés.

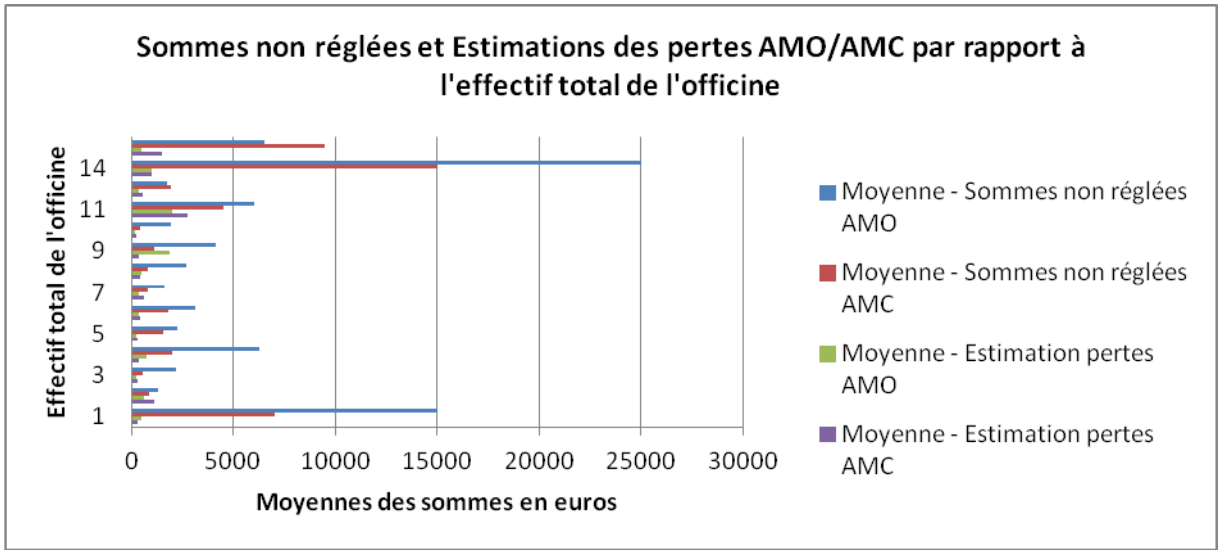


Figure 43 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à l'effectif total de l'officine

Si l'on étudie la figure 43 concernant les pertes dues au tiers-payant selon l'effectif total de l'officine, on observe que plus la pharmacie compte d'employés, plus les sommes perdues sont élevées, en particulier dans les grosses entreprises. L'explication à apporter est la même que précédemment, à savoir un volume supérieur d'actes facturés en tiers-payant, et automatiquement un nombre de rejets et de sommes perdues plus élevés.
Il est à noter également que les sommes non réglées sont hautes chez les petites pharmacies ne comptant en leur sein que le pharmacien titulaire. Nous pouvons expliciter ces chiffres par une gestion du tiers-payant et des rejets de remboursements beaucoup trop lourde pour un pharmacien titulaire seul et n'ayant pas assez de temps à y consacrer par rapport au reste de son exercice professionnel.
Enfin, les estimations des pertes ne sont pas influencées par l'effectif total de l'officine.

F. Le tiers-payant selon la segmentation de la patientèle

Il est important de connaître la segmentation de la patientèle pour étudier la pratique du tiers-payant d'une officine. En effet, les pharmacies possédant une patientèle majoritairement régulière auront beaucoup moins de difficultés à procéder aux dispenses d'avance de frais que des officines dans des lieux touristiques par exemple, où les patients sont seulement de passage, et où les complications pour la pratique du tiers-payant se cumulent facilement (pas de présentation de justificatifs, mutuelles peu connues, difficulté de recontacter le patient si une facture est rejetée…). Dans ce questionnaire, beaucoup de contributeurs estiment avoir une patientèle majoritairement régulière, ces chiffres s'expliquant par des pharmacies du Grand Est souvent rurales et s'occupant toujours de la même population. De plus, la région n'étant pas très touristique, la patientèle de passage reste minoritaire.

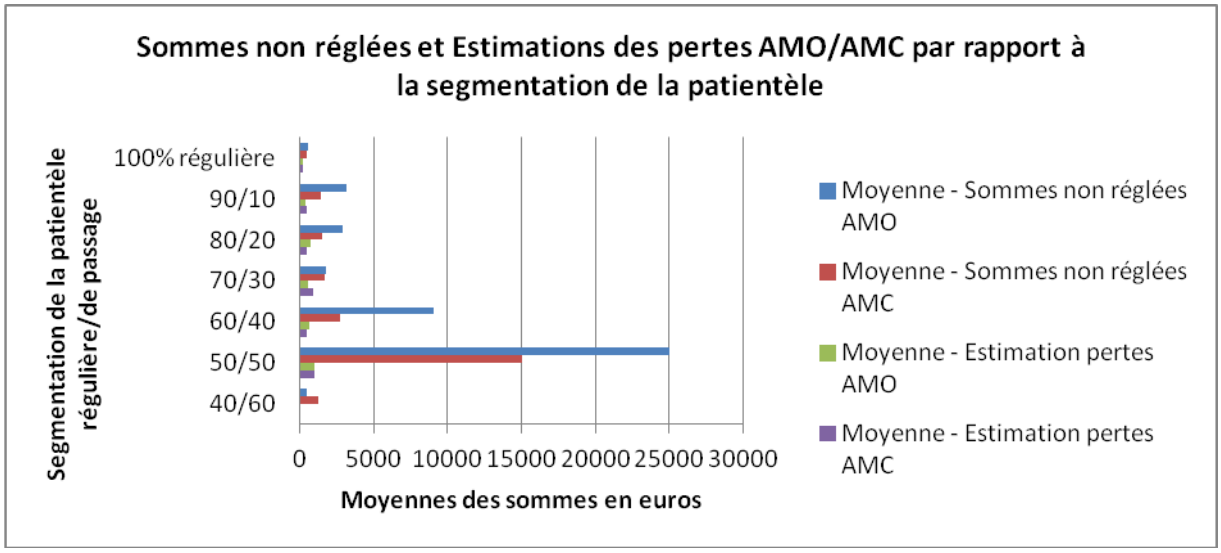


Figure 44 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la segmentation de la patientèle

Grâce aux données croisées de la figure 44, on peut observer que plus la patientèle est de passage, et plus les sommes non réglées sont importantes (hormis la pharmacie à 40 % de patientèle régulière et 60 % de passage, qui doit avoir une bonne gestion de son tiers-payant). C'est surtout lorsque les patients servis sont 50 % réguliers et 50 % de passage que les pertes sont les plus élevées : La patientèle de passage est donc une source plus importante de rejets et de non règlements des caisses d'Assurance Maladie, car, comme expliqué précédemment, les garanties de paiements sont moins présentes, comme les attestations de prises en charge non à jour, la difficulté de revoir la personne en cas d'anomalie… En revanche, la patientèle régulière permet une sécurité dans la pratique du tiers-payant, puisqu'une certaine habitude s'installe à chaque nouvelle facturation, assurant un peu plus le règlement des factures.

G. Le tiers-payant grâce à un opérateur de gestion du tiers-payant

L'appel à un opérateur de gestion du tiers-payant est un des nouveaux moyens utilisés par les pharmacies pour améliorer leur gestion du tiers-payant, il est donc intéressant de savoir si la présence de cet acteur entraîne une baisse dans les sommes perdues.
Selon les données brutes de l'enquête, la majorité des officines contributrices n'utilise pas de société d'externalisation de leur tiers-payant : L'argument principalement cité est qu'ils n'en estiment pas le besoin, ce qui démontre bien que la plupart des pharmacies interrogées considèrent avoir une bonne organisation du tiers-payant. Mais une partie non négligeable ne fait pas appel à elles pour des raisons financières. En effet, de par le contexte économique officinal précaire pour certaines pharmacies, possédant une trésorerie trop volatile, une dépense supplémentaire n'apparaît pas comme essentielle dans leur exercice professionnel. Enfin, une partie minime de ces pharmaciens ne fait pas confiance à ces opérateurs, sûrement par peur de rendre accessible des données de santé et financières à des sociétés hors du système de soins qui pourraient les utiliser à des fins commerciales.
Malgré tout, 10 % des interrogés utilisent un système externe de gestion des contentieux dus au tiers-payant principalement pour des raisons liées à un manque de temps dans leur exercice

officinal quotidien. De plus, ceux-ci estiment également que le ratio des montants investis par rapport aux montants récupérés leur est favorable, ce qui implique des raisons économique et de simplicité. Donc cela montre bien que l'administratif et en particulier la gestion du tiers-payant demande du temps à l'équipe officinale, et que celle-ci peut être facilitée par un acteur externe.
Les pharmacies faisant appel à un opérateur externe le font tous pour un service de gestion du tiers-payant, qui est la base de leur activité, mais certaines leur demandent également un rapprochement bancaire, dont l'importance sera développée plus tard, et seulement 4 utilisent un service de paiement d'avance, une option qui n'est pas très sollicitée par les officines.
Il est maintenant logique de se demander si l'aide d'une société de gestion de tiers-payant favorise des sommes perdues inférieures que dans les autres pharmacies.

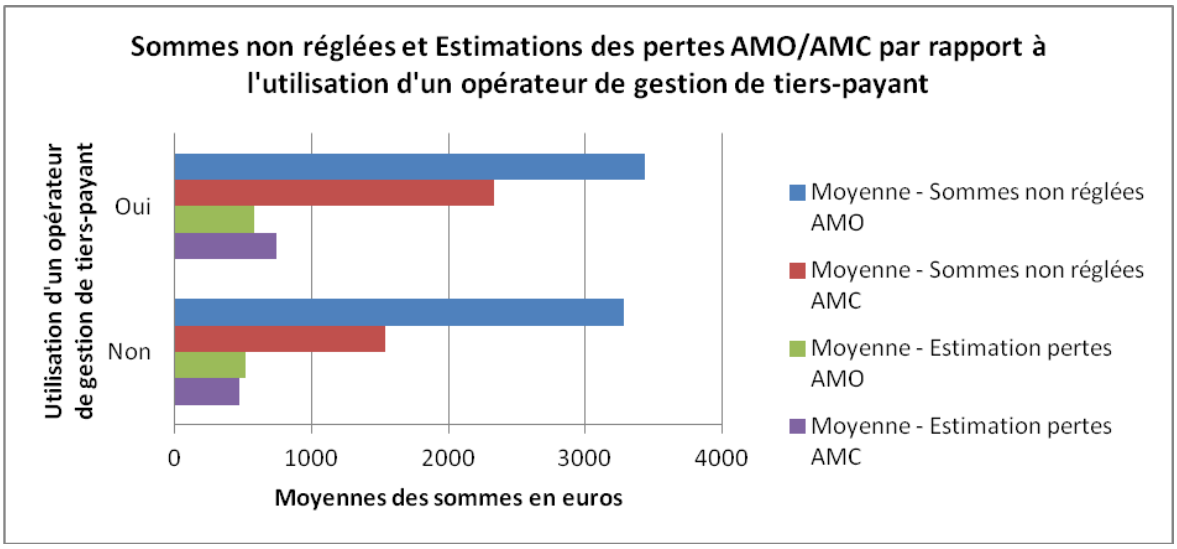


Figure 45 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à l'utilisation d'un opérateur de gestion de tiers-payant

D'après les données croisées de la figure 45, les pertes sont similaires dans les pharmacies faisant appel à un opérateur externe et dans celles n'en utilisant pas. Il n'y a donc globalement pas d'apport financier réel à l'emploi d'une société externe de gestion de tiers-payant, et les dépenses occasionnées par cet acteur ne se justifient pas aux regards des chiffres avancés par l'enquête. En effet, il est possible que les pharmacies travaillant avec ces opérateurs se sentent beaucoup moins concernées par la pratique du tiers-payant puisque l'équipe officinale n'est jamais confrontée à ses erreurs et aux factures rejetées. De ce fait, les anomalies de facturation sont plus élevées et il est plus difficile pour l'opérateur externe de récupérer les sommes non réglées.
Il est à noter que ces sociétés d'externalisation de gestion de tiers-payant présentent très souvent un discours très optimiste quant à leur capacité à recouvrir la presque totalité des sommes avancées par le pharmacien dans la pratique de dispense d'avance de frais. Mais au vu des données recueillies par cette enquête, ces promesses s'avèrent peu concluantes et posent la question de l'intérêt de ces opérateurs du point de vue budgétaire. En revanche, si le pharmacien recherche seulement dans le choix de ces sociétés, une décharge totale du temps de traitement des rejets pour l'équipe officinale, il peut paraître judicieux de faire appel à eux.

H. Le tiers-payant grâce à un Organisme Concentrateur Technique

La quasi-totalité (98,5%) des pharmaciens ayant répondu à l'enquête font appel à un Organisme Concentrateur Technique, que ce soit Resopharma ou une autre société du même type. Il est incontestable d'affirmer que l'OCT est un outil indispensable pour les pharmacies, afin de gérer au mieux la télétransmission des factures en tiers-payant, d'éviter de nombreuses complications, et ainsi d'assurer une bonne vie économique de l'officine. Le coût de l'utilisation d'un tel organisme est donc largement rentabilisé par l'aide apportée par cet acteur du tiers-payant.
Seulement 2 contributeurs sur 134 prétendent ne pas faire appel à un Organisme Concentrateur Technique, et il serait intéressant de savoir comment ils organisent leur télétransmission, l'emploi d'un OCT étant pratiquement obligatoire de nos jours. Leurs délais de règlement par les caisses de protection sociale doivent également être impactés par ce choix, l'OCT garantissant des paiements rapides et simplifiés. Nous pourrions émettre l'hypothèse d'un système de télétransmission différent, avec un autre acteur jouant le rôle d'interface entre l'officine et les organismes d'Assurance Maladie, ou tout simplement une absence presque totale de télétransmission de factures, comme le font encore certaines pharmacies situées dans des régions très touristiques (En effet, ces pharmacies rencontrent une patientèle exclusivement de passage, et le choix de ne pas pratiquer le tiers-payant peut s'avérer être une solution nécessaire pour éviter des non-paiements réguliers). Or, notre enquête étant anonyme, il nous est impossible d'identifier les officines ayant répondu négativement à cette question, nous ne pouvons donc pas recueillir d'autres informations sur la gestion de leur tiers-payant, ou savoir s'il s'agissait d'une erreur de remplissage à cette réponse. Le nombre de réponses trop faible quant à l'absence d'Organisme Concentrateur Technique ne permet pas d'interpréter des données croisées pour ce paramètre.

I. Le tiers-payant selon la personne en charge de sa gestion

Pour comprendre la gestion globale du tiers-payant dans une officine, il est important de connaître la ou les personnes en charge de cette pratique.
D'après les réponses du questionnaire, les pharmaciens titulaires sont très souvent investis dans cette tâche (66 sur 134). Cela démontre que la gestion du tiers-payant est une mission sensible, qui touche directement l'économie de l'officine. Les titulaires préfèrent donc prendre de leur temps pour cette gestion, et ainsi laisser l'équipe officinale gérer leurs propres missions. De plus, historiquement, toutes les obligations administratives sont réservées aux pharmaciens titulaires, qui plus est lorsque les données concernées touchent à la gestion financière de sa société. Dans la majorité des cas, le titulaire préfère donc s'occuper lui-même des rejets de remboursements, pour éviter de partager des informations sensibles d'ordre comptable au reste de l'équipe.
Dans beaucoup d'autres contributions, ce sont des pharmaciens adjoints (35) ou des préparateurs (51) qui sont en charge de la gestion du tiers-payant. Il est sûrement possible qu'une autre catégorie de pharmaciens titulaires, d'une nouvelle génération, délèguent

beaucoup plus facilement des missions d'ordre administratif à ses collaborateurs, pour se dégager du temps dans d'autres domaines qu'ils estiment plus importants que la gestion des rejets et des réclamations.
Enfin, une dernière partie des réponses (16) fait état d'un personnel dédié à cette pratique, ou à la section administrative de la pharmacie en général, pour laisser aux titulaires, adjoints et préparateurs tout leur temps à leur pratique professionnelle quotidienne. Il semblerait que ce choix soit réservé à des grandes officines brassant un nombre de factures très important, et rencontrant beaucoup de rejets de remboursements. La gestion du tiers-payant apparaît donc comme une tâche lourde, et une personne dédiée en partie à cette mission s'avère essentielle.

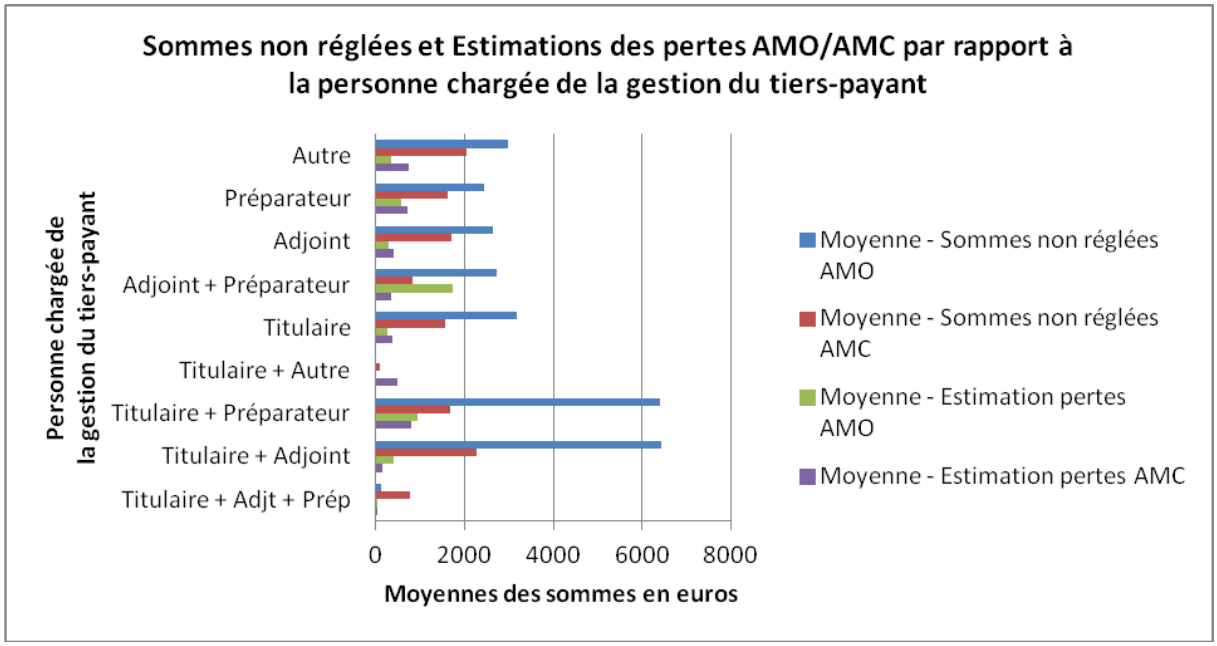


Figure 46 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la personne chargée de la gestion du tiers-payant

Si l'on croise les sommes non réglées et les estimations des pertes AMO et AMC par rapport à la personne en charge de la gestion du tiers-payant, on s'aperçoit que, d'après la figure 46, cette mission est très souvent partagée. Il est possible, pour expliquer cela, qu'une personne principale soit impliquée dans cette tâche, et qu'un ou plusieurs de ses collègues prennent le relais pour pallier une éventuelle absence (congés, arrêt maladie…). Pourtant, même si plusieurs personnes prennent en charge ce travail, les pertes sont malgré tout importantes. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un suivi partagé des rejets et des réclamations complexifie cette tâche et ne permet pas un travail correct dans cette pratique.
Malgré tout, ces données croisées ne mettent pas en avant une véritable ligne directrice quant à une conclusion possible sur la personne en charge de la gestion du tiers-payant.

J. La gestion du tiers-payant selon une plage horaire définie

Si la majorité des officines se charge elle-même de la gestion du tiers-payant, il est important de savoir si une plage horaire est définie pour cette mission.

Les pharmaciens ayant répondu à l'étude sont très nombreux (109) à ne pas avoir défini de plage horaire pour cette tâche administrative. Nous pouvons extrapoler en affirmant que ces officines ne placent pas la gestion du tiers-payant comme une priorité dans leur exercice quotidien, et y consacrent du temps seulement lorsqu'ils le peuvent et qu'ils en ont l'occasion, se concentrant plutôt sur le cœur de métier du pharmacien. Il est également possible que cela soit dû simplement à un manque d'organisation de l'officine.
A contrario, seules 25 pharmacies ont défini une plage horaire pour cette pratique, y consacrant un temps plus ou moins long : En effet, si 7 officines y dédient une demi-journée, et 7 également une journée complète, elles sont 11 à réserver une autre plage horaire à cette gestion. Il est donc difficile pour les officines de fixer un temps précis à la pratique du tiers-payant, tant cette mission apparaît comme chronophage et sans but précis.
Néanmoins, la majorité des pharmacies ayant fixé une plage horaire pour cette tâche est satisfaite de ce temps imparti, mettant en avant l'importance de cadrer cette pratique dans l'exercice quotidien de l'officine.

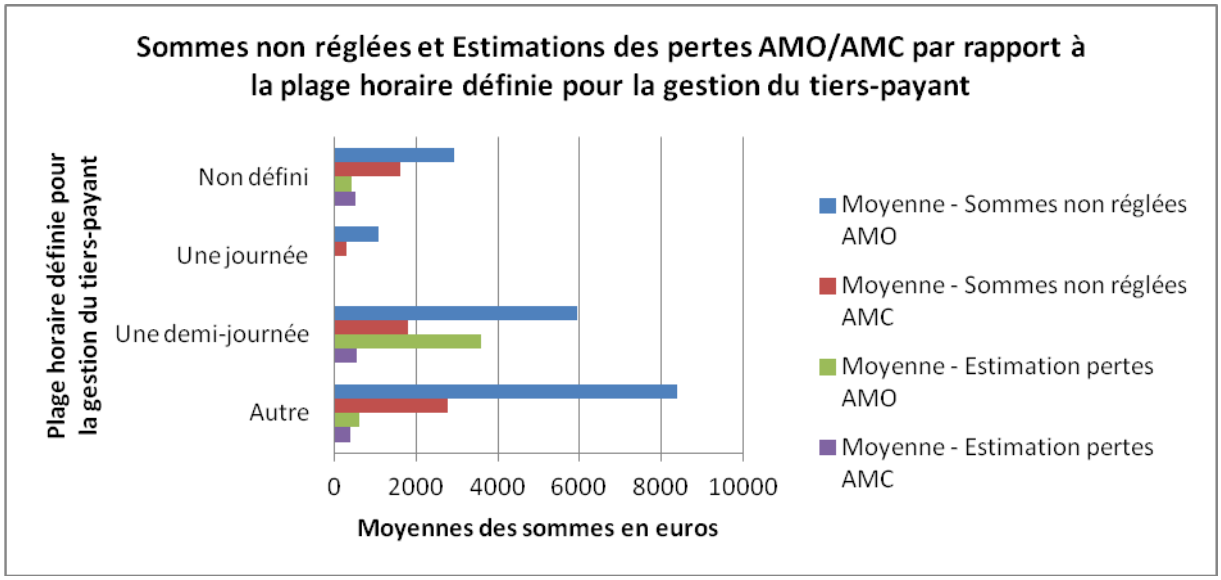


Figure 47 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la plage horaire définie pour la gestion du tiers-payant

Nous avons mis en relation, en figure 47, les données des sommes non réglées et des estimations des pertes du tiers-payant avec la plage horaire définie ou non, pour cette pratique. On constate que les informations recueillies sont très disparates, et qu'il serait difficile de tirer une conclusion quant à la nécessité ou non de réserver un temps donné pour cette mission. La plage horaire n'est donc pas un critère de bonne ou mauvaise gestion du tiers-payant.

K. Le tiers-payant selon le temps consacré à sa gestion

Pour mieux comprendre comment les pharmacies gèrent leur tiers-payant, il est important de se pencher sur le temps consacré à celui-ci, que la plage horaire soit définie ou non.

Selon les données brutes, la moitié des répondants (66 sur 132) affirme passer 1 à 2 heures par semaine à la gestion des rejets et impayés du tiers-payant. Si l'on reprend les données collectées par la question précédente sur la plage horaire, où la plupart des pharmacies répondaient qu'aucune tranche horaire précise n'était prévue pour cette mission, et que l'on remet en perspective avec ces chiffres, il apparaît clair que les équipes officinales consacrent seulement le temps dont ils peuvent disposer pour cette tâche, et que cette mission n'est pas du tout prioritaire. De plus, cette tâche étant chronophage et fastidieuse, la personne en charge du tiers-payant s'attèle à ces problèmes quand elle le peut seulement. D'ailleurs, l'autre moitié des contributeurs y passe de 2 à 5 heures par semaine (56), voire plus dans certains cas (10), prouvant une nouvelle fois que la pratique du tiers-payant et tout ce qui s'y rapporte prend beaucoup de temps.
Néanmoins, 61,2 % des répondants assurent que ce temps imparti est acceptable : En effet, chaque officine y consacre le temps qu'elle souhaite, n'étant pas une tâche administrative prioritaire malgré les enjeux économiques qui en émanent. Il est certain que si le temps consacré à la gestion du tiers-payant était diminué pour un même résultat, les pharmaciens en seraient encore plus satisfaits, d'où une recherche d'améliorations continuelle dans ce domaine.

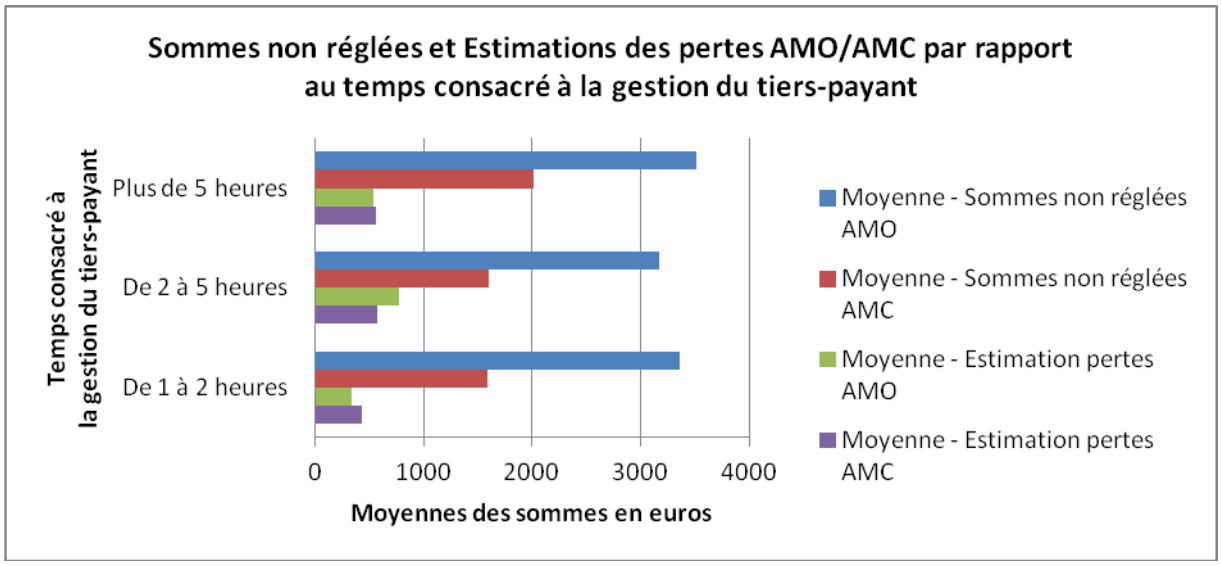


Figure 48 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport au temps consacré à la gestion du tiers-payant

D'après les données croisées de la figure 48, entre les sommes non réglées par les organismes payeurs et le temps consacré à la gestion du tiers-payant, il n'apparaît pas de différence claire entre les officines passant peu de temps sur cette tâche, et celles y dédiant plus d'heures. Les pertes sont approximativement les mêmes selon ce paramètre. Nous pouvons donc en conclure que les pharmacies passant plus de temps à la récupération des impayés ne sont pas forcément les officines ayant les meilleurs résultats en termes de sommes perdues dues au tiers-payant. La solution pour diminuer ce temps de travail serait inévitablement une meilleure organisation dans cette mission.

L. Le tiers-payant selon le choix d'un rapprochement bancaire

Pour contrôler au mieux le tiers-payant de leur officine, certains pharmaciens ont fait le choix de la mise en place d'un rapprochement bancaire. Nous nous sommes donc posés la question de savoir si cette pratique était étendue et si celle-ci permettait de réduire le nombre d'impayés.

Selon les données brutes des réponses du questionnaire, 61,9 % des pharmaciens de l'enquête font un rapprochement bancaire. En effet, malgré l'aspect chronophage des tâches administratives, et en particulier la gestion du tiers-payant, l'enjeu économique est tel que la majorité des officines opère un rapprochement bancaire contrôlé. Ils sont près des 2/3 à faire cette démarche pour vérifier le paiement complet des factures et mettre en lumière les impayés. Cela permet de rassurer le pharmacien et avoir une vision globale du tiers-payant, qui peut paraître très abstrait sans rapprochement bancaire.

Cependant, au vu de la multiplication des organismes payeurs différents, le temps consacré au rapprochement bancaire peut paraître très élevé par rapport à celui dédié au tiers payant en général.

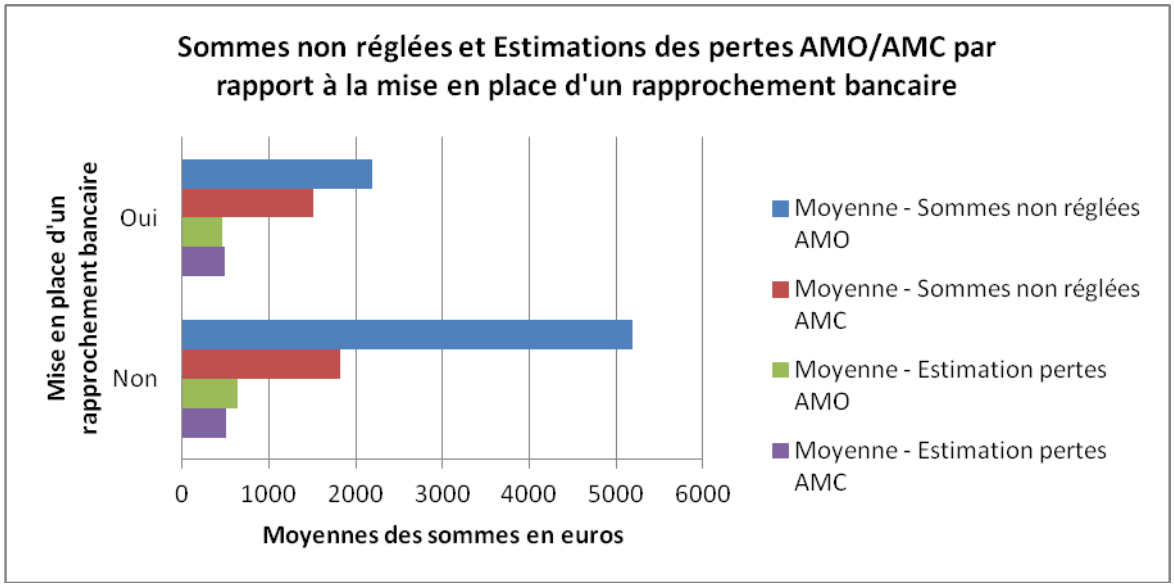


Figure 49 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la mise en place d'un rapprochement bancaire

En rapprochant les sommes non réglées par les organismes de protection sociale avec la mise en place ou non d'un rapprochement bancaire (disponible en figure 49), on s'aperçoit que les pertes sont moins importantes lorsque les règlements sont contrôlés. Nous pouvons donc en conclure que le rapprochement bancaire aide à mettre en évidence les anomalies de paiements, facilitant ainsi la récupération des sommes non réglées.

Malgré tout, les pertes dues au tiers-payant restent importantes même si un rapprochement bancaire est effectué. Il est donc logique de se pencher sur les conditions de mise en place du rapprochement bancaire pour en dégager les modalités d'application les plus efficaces, en particulier la personne en charge de cette mission.

M. Le tiers-payant selon la personne en charge du rapprochement bancaire

Nous avons vu précédemment que la mise en place d'un rapprochement bancaire pouvait jouer un rôle dans la gestion du tiers-payant de l'officine, il est intéressant de savoir maintenant qui procède au contrôle des règlements de factures, et si cela influe sur les pertes générées par la dispense d'avance de frais.
D'après les réponses de l'enquête, plus de la moitié des rapprochements bancaires par officines sont effectués par une personne interne à la pharmacie (28,9 % des réponses affirment que c'est la personne en charge de la gestion du tiers-payant qui pratique le rapprochement, et dans 22,9 % des cas, c'est le titulaire lui-même). Donc malgré le fait que ce travail soit long et fastidieux, certaines pharmacies ont fait le choix d'y consacrer un temps non négligeable, considérant cette mission comme importante pour la bonne vie économique de l'officine.
En revanche, 41,0 % des contributeurs ont fait le choix de léguer cette tâche à l'Organisme Concentrateur Technique, ce qui montre une nouvelle fois la présence incontournable des OCT dans le tiers-payant officinal. Enfin, quelques réponses font état d'un rapprochement bancaire mis en place par la banque, l'assurance, le comptable ou le LGO, confirmant que ces acteurs ne sont pas leaders dans le rapprochement bancaire officinal actuellement.

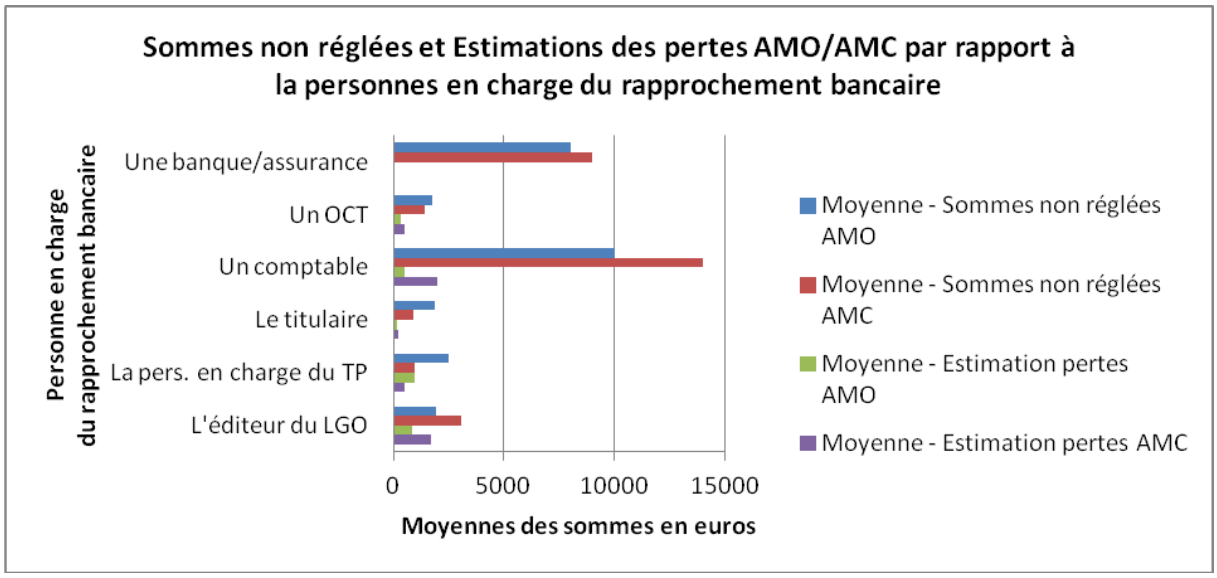


Figure 50 : Sommes non réglées et estimations des pertes AMO/AMC par rapport à la personne en charge du rapprochement bancaire

D'après les données croisées de la figure 50, il est important de noter que les pertes dues au tiers-payant sont très importantes lorsque le rapprochement bancaire est effectué par la banque, l'assurance ou le comptable. Les acteurs totalement extérieurs à la pratique du tiers-payant ne sont donc pas les mieux placés pour procéder au contrôle des règlements des organismes payeurs, ou ces personnes ne permettent pas de récupérer de façon notable les sommes perdues mises en lumière par le rapprochement bancaire.

A contrario, on peut voir d'après ces données, que si un rapprochement bancaire est effectué par une personne interne à la pharmacie ou l'Organisme Concentrateur Technique, les pertes dues au tiers-payant sont relativement faibles (au vu du nombre important de réponses apporté dans chacune des catégories). Il est donc clair qu'un rapprochement bancaire doit être mis en place pour gérer au mieux le tiers-payant de l'officine, et que celui-ci doit être conduit par une personne de l'équipe officinale, ou par l'Organisme Concentrateur Technique, pour qu'il apporte des résultats et permettent une baisse des sommes impayées de l'officine.

N. Le tiers-payant selon les causes internes ou externes de rejets

Pour comprendre au mieux les tenants et les aboutissants de la gestion du tiers-payant à l'officine, il faut également distinguer les causes des rejets, qu'elles soient internes ou externes à la pharmacie. Ainsi, en corrigeant celles-ci, le nombre de rejets pourra être diminué et la pratique du tiers-payant sera plus aisée.
Selon les données de l'étude, et les réponses des participants, les causes sont très partagées entre la pharmacie elle-même et les autres acteurs, en particulier les organismes d'Assurance Maladie. Pour la part AMO d'abord, une grande partie des réponses font état d'une part plus importante de causes de rejets externes à la pharmacie : Cela évoque un décalage entre la pratique du tiers-payant à l'officine et le traitement des factures télétransmises par les AMO. L'amélioration de cette pratique passera par une meilleure communication entre la profession et les différents organismes, pour travailler ensemble sur les axes d'améliorations à apporter dans ce domaine.
De plus, les causes internes à l'officine sont malgré tout fortement représentées dans les réponses : une grande marge de manœuvre et de progression est donc possible par la profession sur la gestion des rejets, et les pharmaciens le reconnaissent volontiers. Le travail est encore considérable dans les officines pour perfectionner cette pratique.
Il en va de même pour la part AMC où les causes de rejets sont également disparates entre la pharmacie et les autres acteurs du tiers-payant. La part où l'équipe officinale est impliquée est encore plus importante que pour l'AMO, la progression pour gérer au mieux la partie AMC en tiers-payant n'en est que plus forte.

Pour ce critère, l'analyse de données croisées n'a pas été nécessaire, la question ayant pour but principal de connaître l'avis des pharmaciens sur l'implication plus ou moins importante de l'officine dans le nombre de rejets de factures.

O. Des procédures d'améliorations et une volonté d'améliorations dans la gestion du tiers-payant

Les questions suivantes interrogeaient les participants sur la mise en place ou non de procédures d'améliorations dans la gestion du tiers-payant, ou la volonté d'une telle mise en place. Ces données nous permettent d'évaluer le souhait des pharmaciens de progresser dans cette pratique pour la rendre moins fastidieuse.

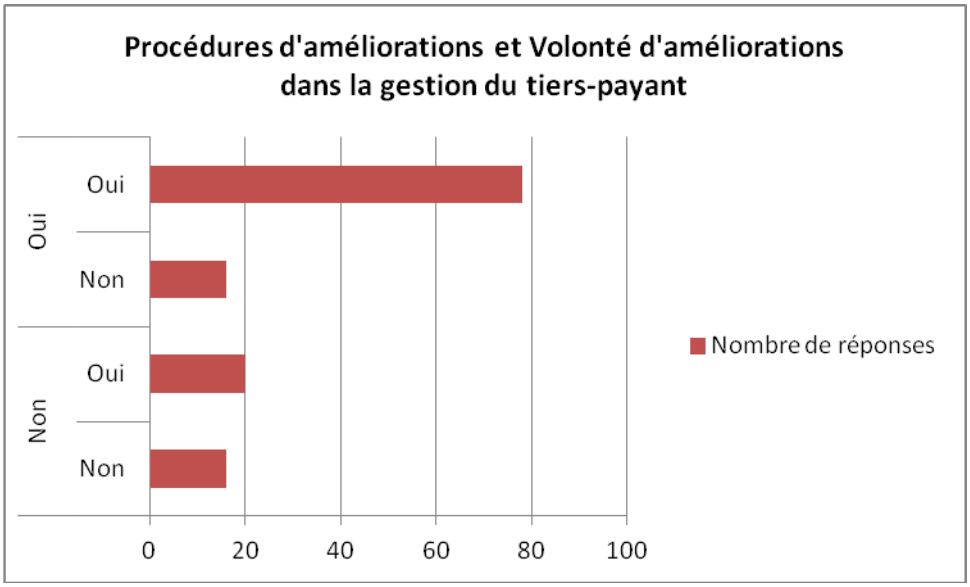


Figure 51 : Données croisées des procédures d'améliorations et de la volonté d'améliorations dans la gestion du tiers-payant

Nous avons croisé ces données pour mettre en avant les pharmaciens ayant déjà mis en place des procédures d'améliorations, tout en continuant de vouloir progresser dans ce domaine. Ces résultats sont disponibles en figure 51. Globalement, beaucoup de pharmacies ont eu recours à des procédures d'améliorations dans la pratique du tiers-payant, et certaines ont malgré tout la volonté de développer des idées dans cette gestion. Les pharmaciens sont donc conscients que des avancées sont nécessaires pour améliorer au mieux la gestion du tiers-payant, évitant ainsi des pertes financières, et c'est un objectif partagé par la majorité de la profession.

P. La gestion du tiers-payant : De réelles avancées ?

A la fin de l'étude, nous nous sommes intéressés au ressenti global de l'évolution du tiers-payant des pharmaciens, en leur demandant si de réelles avancées avaient vu le jour depuis les débuts de la dispense d'avance de frais, et si sa gestion était devenue plus ou moins contraignante.

Les pharmaciens sont conscients que la pratique du tiers-payant a largement évolué depuis sa mise en place (123 sur 134 affirment qu'il y a eu de réelles avancées), grâce aux innovations comme la télétransmission ou la création de la Carte Vitale. Il apparaît clair que cette pratique n'a cessé de se développer pour atteindre ce qu'elle est devenue aujourd'hui, et la profession le reconnaît volontiers. Malgré tout, des progrès sont encore possibles pour améliorer encore plus le tiers-payant en pharmacie.

Malgré la multiplication des acteurs, et en particulier le nombre considérable d'organismes AMC, il n'y a pas eu d'augmentation des difficultés dans sa gestion à l'officine (65 sur 134 reconnaissent que sa gestion est de moins en moins contraignante). Mais une part non négligeable de répondants estime tout de même que cette pratique s'est complexifiée avec le temps (33 sur 134), et ce chiffre montre encore une fois qu'une amélioration du tiers-payant officinal est nécessaire pour répondre au mieux aux attentes des pharmaciens.

Des propositions d'améliorations de la pratique du tiers-payant ont été présentées à la fin de cette étude, et les pharmaciens ont choisi celles qui leur paraissaient les plus concrètes et possibles. La quasi-totalité des contributeurs ont choisi la vérification des droits en ligne des parts AMO (112 réponses) et des parts AMC (119 réponses). Ces propositions faisaient références aux nouveaux services ADRi pour la part AMO et Visiodroits pour la part AMC, mis en place il y a peu par les organismes d'Assurance Maladie. Le développement de ces outils est donc en adéquation avec les attentes des pharmaciens, ces services seront présentés dans la partie 4.

Pour conclure sur cette analyse de l'enquête menée auprès des pharmacies du Grand Est, il est important de souligner que la connaissance des données concernant les pertes financières dues au tiers-payant est encore trop floue pour les pharmaciens, et qu'il est difficile d'apporter des réponses claires et objectives sur ces chiffres. La quantification des données a été délicate, les marqueurs du tiers-payant n'étant pas encore clairement établis. De plus, notre méthode, comme toute enquête basée sur l'autoévaluation et le déclaratif, créée une tendance à la minimisation de la mauvaise gestion ainsi qu'une surestimation de l'optimisation organisationnelle, entraînant un biais non négligeable dans l'interprétation des résultats obtenus. Malgré tout, nous pouvons tout de même affirmer, selon les résultats de l'enquête, qu'une pharmacie possédant un chiffre d'affaires élevé aura plus de chance d'avoir des pertes financières importantes dues au tiers-payant. Nous avons pu également constater qu'une patientèle de passage forte est un facteur favorisant les rejets de remboursements. Nous avons aussi démontré que le choix de faire appel à un opérateur de gestion de tiers-payant n'était pas judicieux aux vues des chiffres apportés par les réponses de l'enquête. Le rapprochement bancaire est un bon moyen de réduire les sommes non récupérées, si celui-ci est effectué par un acteur principal du tiers-payant, comme l'OCT ou l'équipe officinale. De plus, il n'est pas nécessaire de consacrer un temps trop important à la reprise des factures rejetées pour en recueillir de bonnes statistiques, une bonne organisation est essentielle. Enfin, il est important de réduire le nombre de rejets de facturation pour diminuer les sommes impayées des organismes d'Assurance Maladie.

Partie 4 : Propositions d'évolutions et d'axes d'amélioration du tiers-payant à l'officine

L'enquête menée dans les pharmacies du Grand Est nous a permis de mettre en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels dans la gestion du tiers-payant de leur officine. Cette charge administrative peut paraître importante dans certaines équipes, et chez la plupart des pharmacies, un temps non négligeable y est consacré. De plus, de nombreuses réponses à ce questionnaire font état de pertes financières liées au tiers-payant, ce qui peut être dommageable dans la situation économique actuelle dans laquelle se trouvent les petites pharmacies. Il apparaît donc intéressant de dégager des pistes pour améliorer cette gestion de la dispense d'avances de frais, en mettant en lumière différentes propositions d'évolutions dans ce domaine. De nombreuses innovations, essentiellement concentrées autour de la télétransmission, existent déjà et se développent de plus en plus sur le territoire français. Nous allons les décrire dans les grandes lignes. De plus, d'autres concepts, issus des réponses de l'enquête, plus hypothétiques et difficilement envisageables dans l'état actuel des choses, apporteraient de nombreux avantages et méritent d'être développées dans cette partie.

A. Évolutions techniques

La pratique du tiers-payant est un enjeu économique pour les officines et les organismes de protection sociale, et ce depuis plusieurs années. Il est donc primordial pour tous ces acteurs que cette mission soit des plus simples et permette à chaque professionnel de proposer la dispense d'avance de frais sereinement. De nombreuses innovations techniques ont donc déjà vu le jour pour faire évoluer de façon positive cette pratique. Ces progrès ont tous un objectif : rendre l'acquisition des droits de l'assuré par le professionnel plus simple et plus sécurisé, pour éviter toutes erreurs de facturation et ainsi diminuer le nombre de rejets.

1. Acquisition des droits intégrés (ADRi)

Nous avons vu précédemment que la présentation au professionnel de santé de la Carte Vitale à jour ou d'une attestation de droits de la Sécurité Sociale était indispensable pour que le pharmacien puisse pratiquer le tiers-payant. Or, dans certains cas, le patient a oublié sa Carte Vitale, ou celle-ci n'est pas à jour, ou bien c'est une tierce personne qui se présente à la pharmacie pour récupérer les traitements médicamenteux et elle n'a pas les pièces justificatives du malade. Dans cette situation, si le pharmacien propose la dispense d'avance de frais, en utilisant les données du patient qu'il possède dans son LGO, il s'expose à un risque de rejet de facturation, puisque celle-ci n'est plus sécurisée. En effet, les droits à la caisse d'AMO peuvent être fermés pour diverses raisons, ou le patient a pu changer d'organisme obligatoire. La pratique du tiers-payant sans Carte Vitale apparaît donc comme hasardeuse et la garantie de paiement n'est pas assurée.

C'est pour pallier ce problème que l'Assurance Maladie a développé et mis en place, en collaboration avec le GIE SESAM-Vitale, le téléservice Acquisition des DRoits Intégrés (ADRi). Cet outil, accessible depuis le LGO et compatible avec le système de facturation SESAM-Vitale, permet aux pharmaciens de consulter les droits d'un assuré directement en ligne, sur un serveur de l'Assurance Maladie. Ce service demande évidemment une connexion

Internet, et peut être consulté en l'absence de la Carte Vitale ou si celle-ci n'est pas à jour. Ainsi, l'Acquisition des DRoits Intégrés permet :

- De renseigner l'organisme d'affiliation de l'AMO,
- De s'assurer des droits à jour de l'assuré en temps réel,
- De connaître les possibles exonérations de l'assuré (ALD, invalidité, maternité…), la présence d'une ACS ou d'une CMUC.

Ainsi, la récupération des droits du bénéficiaire est automatique et ne demande pas de saisie supplémentaire du pharmacien, source d'erreurs et donc de rejets. De plus, la facturation est sécurisée même en l'absence de la Carte Vitale, grâce notamment à la carte CPS du professionnel. [65]

Pour adhérer au mieux aux attentes des professionnels de santé, le téléservice ADRi peut être activé selon 3 paramètres :

- Systématique : le service se déclenche à chaque création de Feuille de Soins Électronique,
- Automatique : le service est utilisé seulement en cas d'absence de la Carte Vitale ou si celle-ci n'est pas à jour,
- Manuel : le pharmacien fait appel à ce service seulement quand il le souhaite. [66]

L'outil ADRi est donc une innovation prometteuse, qui se développe dans de plus en plus d'officines françaises, et qui apporte un réel soutien dans la pratique du tiers-payant. Il est à noter que l'Assurance Maladie a également mis en place le téléservice AATi (déclarations en ligne d'accidents de travail) pour les médecins, dentistes et sage-femmes. Cet outil n'est pas consultable par les pharmaciens, mais il serait judicieux de le développer pour y inclure les prises en charge d'accidents de travail. Ainsi, les professionnels de santé, et en particulier les pharmaciens, pourraient accéder facilement aux données relatives à ces accidents, comme l'organisme de prise en charge et les modalités de remboursement, ce qui simplifierait largement la gestion de ces facturations au quotidien. [67]

2. Visiodroits par Resodroits

Le téléservice ADRi est une réelle avancée dans la pratique du tiers-payant au comptoir, de par sa simplicité d'utilisation et la garantie de paiement qu'il assure au professionnel. Mais cet outil renseigne la prise en charge de l'assuré sur la part obligatoire, et le pharmacien doit disposer de soutien pour garantir sa bonne gestion du tiers-payant sur les parts complémentaires. En effet, l'attestation AMC sous format papier du patient apparaît comme désuète sous l'ère nouvelle du numérique. De plus, les taux de prises en charge sont en constante évolution pour adhérer au mieux à la demande des patients, et le justificatif présenté au pharmacien n'est souvent plus à jour et dépassé, car généralement valable pour une année ou un semestre.
C'est dans une optique de mise à jour en temps réel qu'a été développé, par les représentants de la profession pharmaceutique, le protocole Visiodroits pour permettre aux professionnels de santé de télécharger les droits numériques des patients (dates de droits, taux de prises en

charge…) directement sur le LGO. Ainsi, cette solution normalisée de télé-mise à jour en ligne des droits complémentaires permet au pharmacien de télécharger des périodes entières de droits des bénéficiaires, ainsi que les prestations de prises en charge pour ce délai. Cette norme Visiodroits regroupe les échanges entre les différentes plateformes gestionnaires AMC des droits des patients, et le poste informatique de l'officine. [68]

Pour simplifier ces échanges et en restreindre leurs nombres, Resopharma a mis en place un guichet unique, le portail Resodroits, donnant accès à toutes les AMC signataires du protocole Visidroits. Cet interlocuteur unique évite les connexions multiples avec chaque organisme complémentaire, et étant géré par Resopharma, permet de répondre au mieux aux attentes des pharmaciens. [69]

Ce service Visiodroits permet une simple consultation des droits en ligne des bénéficiaires, et assure la garantie de paiement, essentielle pour la pratique du tiers-payant du pharmacien. Malheureusement, ce protocole ne regroupe qu'une certaine partie des organismes complémentaires ou plateformes d'AMC (Viamedis, I-santé, SP-santé…), les autres caisses ne proposant pas encore de solution du même type. Mais c'est un outil novateur qui se développe de plus en plus dans les pharmacies et qui répond aux attentes des professionnels quant à la consultation en ligne des droits des patients.

Une autre solution, proposée par Almerys et nommée TP3G pour Tiers-Payant 3ème Génération, consiste également en une consultation en ligne des prestations prises en charge par l'organisme complémentaire ainsi que des dates de droits. Mais cet outil demande l'installation d'un logiciel sur les postes informatiques du professionnel, et pose donc la question de la sécurisation des données de santé contenues dans les serveurs des pharmacies d'officine. D'ailleurs, la FSPF a appelé ses adhérents à ne pas utiliser ce service, au nom de cette sécurité des données. De plus, la garantie de paiement n'est pas assurée si la consultation en ligne des droits n'est pas établie. Or cette condition pose de réels problèmes à la profession, lors de coupures électriques ou de réseau par exemple. [70]
Il semblerait donc que Visiodroits soit une réponse beaucoup plus pertinente à l'aide au tiers-payant pour la part complémentaire, que le protocole TP3G.

3. Améliorations dans la prise en charge AMC

La source d'erreur la plus souvent rencontrée par les pharmaciens dans la pratique du tiers-payant reste la lecture de l'attestation de l'AMC du patient et l'enregistrement des taux de prises en charge correspondant dans le système informatique. C'est en effet ce que recense le rapport de l'IGAS d'octobre 2017.
Pour éviter ces fautes facilement corrigeables, plusieurs propositions sont déjà à l'étude ou pourraient faire l'objet d'améliorations dans le système de fonctionnement des organismes complémentaires :

a) Harmonisation des pièces justificatives AMC

L'IGAS pointe du doigt dans son rapport une normalisation inachevée des attestations de tiers-payant en octobre 2017. Aujourd'hui encore, de nombreuses complémentaires ne se sont pas mises à jour quant à la standardisation des paramètres visibles sur la carte et indispensables au pharmacien pour pratiquer l'avance de frais. Le numéro de télétransmission, les différents taux de prises en charge et les énoncés de certains libellés sont des données importantes qui diffèrent selon les complémentaires. De plus, la taille et la lisibilité des caractères restent encore maintenant des freins à la bonne lecture de l'attestation par les professionnels de santé.
Une harmonisation complète et totale de tous les paramètres apparaissant sur l'attestation de droits pour tous les organismes complémentaires est un enjeu majeur dans l'amélioration de la pratique du tiers-payant à l'officine. L'association inter-AMC en est consciente et travaille sur cette mission pour progresser dans ce domaine.

b) Simplification dans la lecture des taux de prises en charge

En complément de cette harmonisation des attestations de droits, il serait intéressant de développer une lecture automatique de ces justificatifs. En effet, même si toutes les cartes possèdent les mêmes caractéristiques à l'avenir, la saisie manuelle par le professionnel de santé de ces paramètres reste toujours une source d'erreur.
C'est dans cette optique de saisie automatique des données nécessaires au tiers-payant que certains organismes complémentaires ont développé et mis en place sur leur attestation un code Datamatrix regroupant un certain nombre de ces informations. Le pharmacien n'a plus à rentrer manuellement toutes les données, mais seulement à scanner ce code-barres pour que certains paramètres essentiels à la bonne pratique du tiers-payant soient enregistrés dans le LGO. Bien sûr, ce procédé implique un appareillage pour une lecture des Datamatrix, mais la grande majorité des officines possède déjà ces outils, et permettent ainsi l'enregistrement automatique de ces données. Seulement quelques caisses complémentaires ont déjà mis en place ce système, qui se développe de plus en plus.
Malheureusement, selon le dernier cahier des charges de l'harmonisation des attestations AMC, les informations contenues dans le Datamatrix ne sont pas complètes pour permettre une lecture automatique des paramètres essentiels à la facturation du pharmacien : En effet, même s'il renseigne le numéro AMC ou le type de convention de l'organisme, la période et les taux de prises en charge ne sont pas disponibles depuis cet outil. L'absence d'échanges entre les AMC et les organismes représentatifs des pharmaciens pour la mise en place de ce système peut paraître regrettable au vu de l'évolution que pourrait apporter cette innovation. Néanmoins, la présence de Datamatrix contenant la totalité des informations nécessaires à la facturation sur les justificatifs de prises en charge AMC serait une réponse fiable à la diminution des erreurs de saisie des données. [71]

c) Standardisation des taux de remboursements des organismes complémentaires

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les taux de prise en charge des organismes complémentaires ne cessent d'être modifiés chaque année pour adhérer au mieux aux demandes de leurs bénéficiaires. Ainsi, de nombreuses caisses proposent tout un panel de contrats contenant chacun des taux de remboursements différents. Si la prise en charge des traitements médicamenteux est déjà complexe pour la part AMO, de par les 4 taux de remboursements en vigueur (15, 30, 65 et 100%), celle concernant l'AMC peut être complète ou partielle selon chaque taux. Tous ces divers contrats sont une source d'erreur incontestable dans la saisie manuelle des paramètres de prise en charge pour la part complémentaire. Une simplification et une standardisation de ces conventions amélioreraient significativement la lecture des attestations AMC et éviteraient de nombreux problèmes de facturations.

Il est à noter qu'un certain nombre de pharmaciens ayant répondu à l'enquête soutiennent l'idée d'un plus grand développement des Cartes Avance Santé pour améliorer la pratique du tiers-payant. Ces cartes à puces, mises à disposition par certaines complémentaires santé (Crédit Mutuel par exemple), fonctionnent comme une carte bancaire et permettent le paiement direct de la part complémentaire et du reste à charge du patient au pharmacien. Les frais pris en charge par l'AMC sont ensuite remboursés directement sur le compte bancaire de l'assuré. Or, cette solution facilite le rôle du pharmacien, qui ne prend pas la responsabilité du tiers-payant, faisant régler directement la part complémentaire à son patient. Cette pratique peut donc être proposée comme une solution, mais ne rentre plus dans le domaine du tiers-payant pratiqué par le pharmacien. De plus, ces cartes de paiement incluent des coûts supplémentaires à la charge du pharmacien, puisque leur utilisation implique des frais d'interrogation bancaire, la consultation des droits étant automatique avec ce type de carte. La Carte Avance Santé n'est donc pas la meilleure solution pour les pharmaciens d'officine pour garantir un tiers-payant optimal et sans frais.

B. Évolutions politiques

Le temps consacré par l'équipe officinale à la gestion du tiers-payant, et en particulier aux rejets, aux impayés, et au suivi des réclamations, est important. La multiplication des organismes payeurs, surtout pour les parts complémentaires, ne facilite pas ce travail, qui est de plus en plus chronophage. Une des alternatives proposées pour un suivi plus rapide de ces factures et une simplification du tiers-payant serait la mise en place d'un organisme payeur unique, pour les parts obligatoire et complémentaire.
En effet, de la même manière que la télétransmission a été schématisée au maximum grâce à l'apparition des Organismes Concentrateurs Techniques (un seul organisme gestionnaire des échanges de flux), il n'est pas aberrant d'imaginer un seul organisme responsable du règlement de toutes les factures générées par les professionnels de santé. Ainsi, les rapprochements bancaires seraient plus simples, avec un payeur unique, et les réclamations seraient regroupées vers un seul guichet.

Bien évidemment, au vu du système de santé français actuel, il est difficilement envisageable que cette proposition soit mise en place prochainement. De plus, si actuellement certaines caisses peuvent présenter diverses pannes ou problèmes informatiques et retarder involontairement des remboursements, les officines reçoivent malgré tout les règlements des autres organismes, permettant ainsi une rentrée d'argent et une trésorerie viable. Si cette idée de payeur unique venait à voir le jour, il serait indispensable et fondamental d'assurer un fonctionnement optimal et une absence totale d'incidents de règlements pour la bonne survie de l'économie pharmaceutique.

Le tiers-payant pratiqué par le pharmacien à ses patients lui impose d'avancer les frais de santé en attendant un remboursement ultérieur des différentes caisses de protection sociale. Il serait donc possible d'envisager un système d'avance de trésorerie effectuée essentiellement par les AMO, pour donner une plus grande liberté dans les finances des officines, leur permettant ainsi d'accéder à une trésorerie plus souple, en particulier chez les petites pharmacies. Cette avance de trésorerie serait ensuite régulée par les différentes facturations réalisées par le pharmacien à cette caisse d'Assurance Maladie. Ce schéma financier existait déjà lors des débuts du tiers-payant, mais avec l'avènement des FSE, et la diminution des délais de remboursements des officines, l'avance de trésorerie aux pharmacies a été malheureusement abandonnée.

Les évolutions techniques précédemment cités concernent majoritairement la simplification de saisie des droits des organismes complémentaires. En effet, les taux de remboursements pour la part AMO apparaissent très peu comme une source d'erreur grâce à la Carte Vitale. Cet outil révolutionnaire mis en place en 1991 est entré dans les mœurs des français comme la clé indispensable donnant droit au tiers-payant. Malgré tout, ce justificatif permet, dans la majorité des cas, de ne procéder au tiers-payant que pour la part obligatoire, la part complémentaire nécessitant généralement une attestation papier.
Il serait donc judicieux d'utiliser la Carte Vitale pour renseigner les droits pour les parts obligatoire et complémentaire, comme c'est déjà le cas lorsqu'une même caisse gère ces 2 remboursements. Ainsi, toutes les informations nécessaires au tiers-payant intégral seraient concentrées dans une seule et même interface, la Carte Vitale. De plus, la lecture étant automatique via le lecteur bi-fente du pharmacien, les erreurs de saisies disparaîtraient.
Pour mettre en place une telle proposition, une révolution du système de santé français devrait avoir lieu : toutes les AMC devraient adhérer au programme SESAM-Vitale, avec une refonte totale des normes d'échanges de flux. Mais même si cette idée paraît difficile à mettre en œuvre, elle apparaît comme novatrice et sérieuse pour améliorer la pratique du tiers-payant en officine.

C. Évolutions organisationnelles au sein de l'officine

Le travail de gestion des rejets de remboursements et des factures impayées dans le cadre de la pratique du tiers-payant est une mission lourde et importante pour la personne en charge de cette tâche administrative. Mais des améliorations peuvent être déjà mises en place à l'échelle de l'équipe officinale pour rendre cette charge supportable et plus aisée. En effet, la

diminution du nombre de rejets ou la simplification des réclamations passent par une bonne formation de l'ensemble des praticiens susceptibles de procéder à une facture en tiers-payant.
Tout d'abord, la bonne lecture et le bon enregistrement des données des assurés lorsque ceux-ci présentent au professionnel de santé une attestation de prise en charge sont primordiaux. Une erreur de saisie est très souvent une source de rejet de remboursement. Il est donc impératif de bien connaître les différents paramètres à renseigner au LGO pour permettre la pratique de la télétransmission correcte des factures aux organismes payeurs. Pour les caisses complémentaires par exemple, il existe 6 informations importantes à identifier et à indiquer ou vérifier dans le logiciel :

- Le nom de l'assuré,
- Son prénom,
- Sa date de naissance,
- Son numéro de Sécurité Sociale,
- Le numéro de télétransmission de l'organisme payeur,
- Les taux de remboursement pris en charge par l'organisme.

Ces 6 paramètres sont indispensables pour une application juste de la dispense d'avance de frais et un bon règlement de la facture par la caisse. Lorsqu'une mise à jour des données doit être effectuée, il est capital de vérifier à nouveau ces 6 renseignements.
De plus, la gestion des ayants-droits grâce aux justificatifs AMC est une source d'erreur constante, en particulier chez les enfants pouvant être identifiés grâce au NIR de la mère ou du père, pour l'AMO ou l'AMC. Ce problème pourrait être facilement résolu par l'utilisation, dès la naissance, du numéro de Sécurité Sociale du nouveau-né, comme c'est déjà le cas aujourd'hui pour les enfants confiés au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Ainsi, même si l'enfant dépend du régime de Sécurité Sociale de l'un de ses parents, il sera malgré tout identifié par son propre NIR, permettant ainsi une facilité administrative pour son enregistrement à l'organisme complémentaire, et une diminution des complications dans la saisie des informations le concernant par le pharmacien. [72]

Pour chaque mise à jour des données concernant l'attestation AMC (chaque nouvelle année, les bénéficiaires doivent présenter la nouvelle carte mutuelle), il est également très important de scanner le justificatif. En effet, si la moindre anomalie est commise dans l'enregistrement des informations, et qu'un rejet de facture se présente, la personne en charge de la reprise des erreurs pourra aisément consulter l'attestation et visualiser le paramètre à modifier pour que la facturation soit correcte. De plus, il est crucial de posséder un fichier à jour des contacts des patients : si un problème de tiers-payant est rencontré, il est important de pouvoir joindre l'assuré concerné. Un renseignement de l'adresse complète et du numéro de téléphone, idéalement de portable, de l'assuré est donc indispensable, à chaque facturation en tiers-payant, et leur vérification à chaque mise à jour des attestations est primordiale.
De même, la bonne mise à jour des Cartes Vitales, à chaque fois que cela est nécessaire, permet une réduction du nombre de rejets de factures. Les LGO informent les praticiens lorsque celles-ci ne sont pas à jour. Cela peut assurer la prise en compte de possibles exonérations, impossibles à connaître si la Carte Vitale n'est pas actualisée (exonération Maternité par exemple).

Dans certains cas, le patient ne présente pas de justificatifs de prises en charge obligatoire ou complémentaire. Si celui-ci n'est pas un patient régulier de la pharmacie, ou si ces données enregistrées dans le LGO ne sont pas récentes, il est important de savoir s'abstenir de la pratique du tiers-payant. Ce refus peut parfois être délicat pour les équipes officinales, tant le tiers-payant en pharmacie est entré dans les mœurs des français. Mais lorsque les paramètres ne sont pas favorables, comme l'absence d'attestations, et donc un défaut de garantie de paiement pour le professionnel, cette capacité de refuser la pratique de dispense de frais est cruciale. Dans le cas inverse, le pharmacien s'expose à une difficulté supplémentaire dans le règlement de la facture. La notion de formation de l'équipe officinale dans ce domaine est donc un moyen supplémentaire pour réduire le nombre de rejets.

Enfin, si la gestion de la pratique du tiers-payant est interne à l'officine, il est indispensable que la personne en charge de cette mission soit très organisée et qu'elle y consacre du temps très régulièrement. Tout d'abord, si la télétransmission des factures est quotidienne, chaque retour de l'Organisme Concentrateur Technique doit être analysé rapidement. Une vérification des sommes des rejets de factures peut être faite, pour éviter des problèmes de trésorerie si celles-ci sont importantes. Si les anomalies sont vite repérées, cela permet de retransmettre tout de suite les factures incriminées et ainsi éviter qu'elles soient oubliées. Idéalement, consacrer quelques minutes chaque jour au traitement des rejets faciles à corriger est un excellent moyen de ne pas se laisser déborder dans cette tâche.
Il est primordial d'être minutieux dans l'organisation de la gestion des impayés : Ainsi, un classeur peut être mis en place pour ranger chronologiquement les feuilles de rejets, permettant ainsi une vérification facile des règlements des factures reprises. De la même manière, chaque réclamation doit être retranscrite et classée pour garder une preuve de la procédure en cours.

De plus, des aides sont déjà apportées par les organismes obligatoires pour faciliter la reprise des factures rejetées. En effet, les AMO mettent à disposition des officines des retours par mail expliquant les causes des rejets et la marche à suivre pour reprendre les factures incriminées et garantir leurs règlements. Il est important que les personnes en charge de leur gestion se réfèrent à ces documents pour faciliter leur travail.
La mise en place de fiches de progrès est également un excellent moyen de réduire les erreurs dans la pratique du tiers-payant : Si la personne chargée de reprendre les rejets réussit à mettre en évidence un problème récurrent dans l'analyse de ces factures, il est primordial qu'elle en informe l'ensemble de l'équipe officinale pour que cette anomalie ne se reproduise plus. De la même façon, la création de statistiques, ou de procédures, visent à améliorer la pratique du tiers-payant au sein de l'officine, garantissant une diminution des erreurs et favorisant un tiers-payant plus sûr.

Tous ces conseils sur l'organisation générale de la pratique du tiers-payant au sein de l'officine ont été résumés dans une fiche pratique, disponible en annexe 4, pour aider les pharmaciens et préparateurs en charge de cette mission à améliorer leur travail. Cette fiche est la concrétisation de mon travail sur le tiers-payant, d'une part grâce à la rédaction de cette thèse, mais également suite à ma propre expérience professionnelle dans cette tâche : En effet,

dès mes débuts au sein de l'officine dans laquelle j'exerce, j'ai hérité de la gestion des rejets de remboursements et des impayés dus au tiers-payant. Cette mission m'a paru assez complexe en premier lieu, et j'ai cherché à m'aider par différents outils pour améliorer mon organisation. J'ai pu, avec mes propres recherches et la collaboration de mes collègues et confrères, établir certaines règles pour progresser dans ce domaine.

Par la suite, et grâce à mon travail de rédaction sur le sujet, j'ai affiné mes connaissances sur la gestion du tiers-payant à l'officine et j'ai émis le souhait de retranscrire mon organisation personnelle à l'écrit, dans cette fiche pratique. Ces informations reflètent la méthode que j'utilise quotidiennement dans la gestion des rejets dans la pharmacie au sein de laquelle j'exerce, et j'espère qu'elle pourra également aider toutes les personnes éprouvant des difficultés à l'égard de cette tâche administrative.

Conclusion

La dispense d'avance de frais de santé tire son origine d'un souhait de rendre les soins accessibles à l'ensemble de la population, toutes classes sociales confondues. Cette notion existe depuis plusieurs dizaines d'années maintenant, et fait écho à la création de la Sécurité Sociale, véritable révolution dans le système de santé français. De ce fait, les patients d'aujourd'hui y sont très attachés, et appellent même à une généralisation de cette pratique pour toutes les dépenses de santé.

En effet, le tiers-payant est une avancée majeure qui n'est pas encore proposée par tous les professionnels. Cependant, les pharmaciens sont leaders dans ce domaine, puisqu'ils sont actuellement les professionnels de santé qui pratiquent le plus la dispense d'avance de frais à leurs patients. Historiquement, ce sont eux qui ont permis la mise en place d'un tel projet, accompagnés par de nombreuses innovations, et en collaboration avec les différentes caisses d'Assurance Maladie. De plus, ils sont aujourd'hui entourés de nombreux acteurs qui rendent possible ce processus de tiers-payant.

Mais la pratique de la dispense d'avance de frais en officine rencontre encore et toujours des obstacles dans sa bonne exécution, comme le montrent les 2 rapports de l'USPO et de l'IGAS de 2017. De nombreuses difficultés techniques, organisationnelles et financières mettent à mal cette mission pour les pharmaciens, pourtant essentielle aux yeux des patients.

Il était donc important de mettre en place une étude, à l'aide d'un questionnaire, pour connaître l'organisation générale de la pratique du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est, et le ressenti global des pharmaciens sur cette mission. Les réponses de cette enquête nous ont permis de dégager des perspectives et axes d'améliorations pour une bonne gestion du tiers-payant au sein des pharmacies. Il est à noter cependant que l'analyse et l'observation de cette pratique se sont avérées complexes et difficilement quantifiables pour les participants de l'étude, le tiers-payant demeurant une notion abstraite du métier du pharmacien.

Malgré tout, des propositions d'évolutions nouvelles ont pu être mises en lumière pour permettre un tiers-payant plus efficace et moins chronophage au sein des pharmacies françaises : la consultation des droits en ligne des assurés et l'une des suggestions les plus concrètes de cette enquête, cette idée se développant déjà dans le système actuel mais appelant à être dynamisée pour un déploiement plus global. De plus, un travail d'organisation générale dans l'officine est également nécessaire pour une bonne pratique du tiers-payant.

La pratique du tiers-payant par les professionnels de santé est devenue de plus en plus importante au fil des années, et apparaît actuellement comme l'une des pierres angulaires du système de santé français. Le pharmacien en est l'un des acteurs principaux, et il s'investit toujours plus pour rendre la dispense de frais possible pour les patients. Cette pratique n'a cessé d'évoluer et fait encore aujourd'hui appel à d'autres d'innovations pour la perfectionner au mieux.

Bibliographie

1. Ordonnance n°45-2259 du 4 Octobre 1945 portant sur l'organisation de la Sécurité Sociale. [En ligne]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/ordonnance_4_octobre_1945.pdf (Page consultée le 07/06/18)

2. Sécurité sociale. Les grandes dates de l'histoire de la Sécurité Sociale. [En ligne]. Disponible sur: http://www.securite-sociale.fr/Les-grandes-dates-de-l-histoire-de-la-Securite-sociale (Page consultée le 07/06/18)

3. Ordonnance n°45-2250 du 4 Octobre 1945 portant sur l'organisation de la Sécurité Sociale. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legislation.cnav.fr/Pages/texte.aspx?Nom=ORD_4510_04101945 (Page consultée le 07/06/18)

4. COULOMB C. Etat des lieux du tiers payant en officine et études auprès des pharmaciens d'officine de Midi-Pyrénées. Thèse de doctorat en pharmacie. Université Toulouse III - Paul Sabatier, 2016, 131 p. [En ligne]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1467/ (Page consultée le 07/06/18)

5. CHRSS Midi-Pyrénées (Comité Régional d'Histoire de la Sécurité Sociale de Midi-Pyrénées). L'histoire du régime minier à travers ses organismes du Sud-Ouest. [En ligne]. Disponible sur: http://www.histoiresecump.fr/publications/lettre_crhmp_5.pdf (Page consultée le 09/06/18)

6. CORMORECHE E. L'histoire du régime minier de Sécurité Sociale dans le bassin de la Loire. [En ligne]. Disponible sur: https://patrimoine.secumines.org/xspecial/fichiers/HIS_Histoire_de_la_Securite_sociale_miniere_-_bassin_loire.pdf (Page consultée le 09/06/18)

7. Code de la Sécurité Sociale. Article L111-1. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031686333&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20160101 (Page consultée le 09/06/18)

8. Sécurité Sociale. La Sécurité Sociale depuis 1945. [En ligne]. Disponible sur: http://communication-securite-sociale.fr/securite-sociale-70ans/ (Page consultée le 09/06/18)

9. Sécurité Sociale. La Sécurité Sociale depuis 1945 - De 1945 à 2015. [En ligne]. Disponible sur: http://communication-securite-sociale.fr/securite-sociale-70ans/frise-historique/ (Page consultée le 09/06/18)

10. USPO (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine). La convention pharmaceutique, comment ça marche ? Officines Avenir n°16, Septembre 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.uspo.fr/wp-content/uploads/2018/06/16-2017-09-Officines-Avenir.pdf (Page consultée le 14/06/18)

11. Tribunal des conflits. Lecture du 10 janvier 1983, n°02227. Recueil Lebon [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000007605962 (Page consultée le 14/06/18)

12. INA (Institut National de l'Audiovisuel). Sécurité Sociale et pharmacie conventionnée [Vidéo]. [En ligne]. Disponible sur: http://fresques.ina.fr/securite-sociale/fiche-media/Secuso00092/securite-sociale-et-pharmacie-conventionnee.html (Page consultée le 14/06/18)

13. GIE SESAM-VITALE (Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale). Site officiel. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sesam-vitale.fr/ (Page consultée le 06/09/18)

14. UNRS (Union Nationale des Régimes Spéciaux). Nous connaitre. [En ligne]. Disponible sur: https://www.unrs.fr/unrs-3.html?tx_felogin_pi1%5Bforgot%5D=1 (Page consultée le 06/09/18)

15. GIE SESAM-VITALE (Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale). Nous connaître - Notre histoire. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/nous-connaitre#histoire (Page consultée le 06/09/18)

16. Service Public. La Carte Vitale. [En ligne]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F265 (Page consultée le 08/09/18)

17. Assurance Maladie. La Carte Vitale. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/carte-vitale (Page consultée le 08/09/18)

18. Assurance Maladie. Rapport conjoint de l'Assurance Maladie Obligatoire et des Complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers-payant généralisé. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/347485/document/rapport_tpg_fevrier_2016.pdf (Page consultée le 09/09/18)

19. Assurance Maladie. Accident du travail. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/remboursements/indemnites-journalieres/accident-travail (Page consultée le 27/09/18)

20. Assurance Maladie. Accident du travail et maladies professionnelles : prise en charge des dispositifs médicaux. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/mp-et-prise-en-charge-des-dispositifs-medicaux/situation-patient-mp (Page consultée le 27/09/18)

21. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). L'hospitalisation à domicile. Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. [En ligne]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had (Page consultée le 27/09/18)

22. FNEHAD (Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile). Rapport d'activité 2016-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf (Page consultée le 27/09/18)

23. HAS (Haute Autorité de Santé). L'administration des médicaments en Hospitalisation à Domicile (HAD). [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/administration_des_medicaments_en_hospitalisation_a_domicile_had_synthese.pdf (Page consultée le 27/09/18)

24. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Article L212-1. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074068&idArticle=LEGIARTI000031709679&dateTexte=&categorieLien=cid (Page consultée le 04/10/18)

25. Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre. Article L213-1. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074068&idArticle=LEGIARTI000031709683&dateTexte=&categorieLien=cid (Page consultée le 04/10/18)

26. CNMSS (Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale). Site officiel. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cnmss.fr/caisse-nationale-militaire-de-securite-sociale-3.html (Page consultée le 04/10/18)

27. CNMSS (Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale). Télétransmission des factures APIAS. [En ligne]. Disponible sur: https://www.cnmss.fr/assure/en-1-clic/actualite-23/teletransmission-des-factures-apias-1241.html?no_cache=1&cHash=bbb4118975405c09e0dec6e455248dde (Page consultée le 04/10/18)

28. Service Public. Remboursement des médicaments. [En ligne]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21760 (Page consultée le 03/11/18)

29. Assurance Maladie. Droit de prescription des infirmiers. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/dispensation-prise-charge/droits-prescription/droit-prescription-infirmiers (Page consultée le 08/11/18)

30. Code de la Sécurité Sociale. Article L162-17. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740610&dateTexte=&categorieLien=cid (Page consultée le 08/11/18)

31. Code de la Sécurité Sociale. Article R161-33-1. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006747410&idSectionTA=LEGISCTA000006186376&cidTexte=LEGITEXT000006073189 (Page consultée le 08/11/18)

32. Service Public. Quelles informations contient la carte Vitale ? [En ligne]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21742 (Page consultée le 08/11/18)

33. Ordre National des Pharmaciens. Qu'est-ce que le Dossier Pharmaceutique ? [En ligne]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP (Page consultée le 08/11/18)

34. Assurance Maladie. DMP : Le Dossier Médical Partagé. [En ligne]. Disponible sur: https://www.dmp.fr/ (Page consultée le 02/05/19)

35. Service Public. En quoi consiste le Dossier Médical Partagé (DMP) ? [En ligne]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10872 (Page consultée le 02/05/19)

36. Huffington Post. Comment activer votre DMP, le nouveau carnet de santé numérique. Le Huffington Post, 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/2018/11/06/le-carnet-de-sante-numerique-est-disponible-pour-tous-mais-comment-lactiver_a_23581204/ (Page consultée le 02/05/19)

37. Assurance Maladie. Modalités et règles de facturation en tiers-payant. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/facturation-remuneration/pratique-tiers-payant/modalites-regles-facturation (Page consultée le 20/11/18)

38. Assurance Maladie. Convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/pharmacien/textes-reference/textes-conventionnels/convention-nationale (Page consultée le 20/11/18)

39. Code de la Sécurité Sociale. Articles R161-52 à R161-58. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=CEEA029310F6E93C25C3702F6E400C23.tplgfr26s_3?idSectionTA=LEGISCTA000006186378&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=20190314 (Page consultée le 20/11/18)

40. ASIPSANTE (Agence Française de la Santé Numérique). Carte de Professionnel de Santé (CPS). [En ligne]. Disponible sur: https://esante.gouv.fr/securite/cartes-et-certificats/CPS (Page consultée le 27/11/18)

41. CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément). Site officiel. [En ligne]. Disponible sur: https://cnda.ameli.fr/ (Page consultée le 29/11/18)

42. GIE SESAM-VITALE (Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale). Le Cahier des charges Éditeurs pour la facturation SESAM-Vitale et ses documents associés. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/cahier-des-charges (Page consultée le 27/12/18)

43. BRISSET C. Les logiciels de gestion d'officine : fonctionnalités et acteurs. Thèse de doctorat en pharmacie. Université de Poitiers, 2014, 112 p. [En ligne]. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01078999/document (Page consultée le 29/12/18)

44. RESOPHARMA. La télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE). [En ligne]. Disponible sur: https://www.resopharma.fr/services_lateletransmission.php (Page consultée le 13/12/18)

45. IQVIA (IMS Health & Quintiles are now). Site Officiel. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ims-pharmastat.fr/ (Page consultée le 13/12/18)

46. RESOGARDES. Site officiel. [Internet]. Disponible sur: https://www.resogardes.com/index.php (Page consultée le 13/12/18)

47. CTP (Conseil Tiers Payant). Externalisation et gestion du tiers payant. [En ligne]. Disponible sur: https://conseiltierspayant.com/ (Page consultée le 03/03/19)

48. SEPHIRA. TiPToP : Gestion Tiers Payant intégral. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sephira.fr/nos-produits/tiers-payant-tip-top/ (Page consultée le 03/03/19)

49. TP GESTION. Services de Gestion du Tiers Payant Santé. [En ligne]. Disponible sur: https://www.tp-gestion.fr/services-gestion-du-tiers-payant/ (Page consultée le 03/03/19)

50. RAVIGNON B, LAURENTY A, AUVIGNE F, CAYRE V, GARDETTE C, CHASTEL X. Les coûts de gestion de l'Assurance Maladie. [En ligne]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-146P_2_.pdf (Page consultée le 21/03/19)

51. Assurance Maladie. Rapport d'activité 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/ra-2017_agir-ensemble-proteger-chacun.pdf (Page consultée le 21/03/19)

52. Assurance Maladie. Un réseau de proximité. [En ligne]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/organisation/reseau-proximite (Page consultée le 21/03/19)

53. Sécurité Sociale des Indépendants. Suppression RSI. [En ligne]. Disponible sur: https://www.secu-independants.fr/nous-connaitre/qui-sommes-nous/suppression-rsi/ (Page consultée le 04/04/19)

54. MSA (Mutualité Sociale Agricole). Rapport Activité 2018. [En ligne]. Disponible sur: https://rapport-activite.msa.fr (Page consultée le 04/04/19)

55. UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire). Site officiel. [En ligne]. Disponible sur: http://www.unocam.fr/index.jsp (Page consultée le 06/04/19)

56. FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française). Les valeurs des mutuelles de la FNMF [En ligne]. Disponible sur: https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/cest-quoi-une-mutuelle/les-valeurs/ (Page consultée le 11/04/19)

57. Code de la mutualité. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006074067&dateTexte=20080505 (Page consultée le 11/04/19)

58. Code des assurances. [En ligne]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006073984 (Page consultée le 11/04/19)

59. CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance). Site officiel. [En ligne]. Disponible sur: https://ctip.asso.fr (Page consultée le 11/04/19)

60. USPO (Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine). Enquête coûts du tiers-payant - Résultats et débats. [En ligne]. Disponible sur: https://uspo.fr/wp-content/uploads/2015/03/2008-53-Enqu%C3%AAte-co%C3%BBts-du-tiers-payant-r%C3%A9sultats-et-d%C3%A9bats.pdf (Page consultée le 12/05/18)

61. MICAS C. Coûts cachés du tiers-payant : les résultats de l'enquête. Le Quotidien du Pharmacien, 2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2017/01/23/couts-caches-du-tiers-payant-les-resultats-de-lenquete_264024 (Page consultée le 12/05/18)

62. IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales). Évaluation de la généralisation du tiers-payant. [En ligne]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf (Page consultée le 10/05/18)

63. Ordre National des Pharmaciens. Données régionales - Les officines [En ligne]. Disponible sur: http://www.ordre.pharmacien.fr/Les-pharmaciens/Secteurs-d-activite/Officine/Nouvelle-carte-des-regions-Officine/Donnees-regionales (Page consultée le 27/10/18)

64. CARROUÉ L. La France des 13 régions. Armand Colin, 2017. 359 p. (Page consultée le 16/05/19)

65. Assurance Maladie. ADRi, votre logiciel de facturation SESAM-Vitale. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Memo_Plaquette_promo_ADRi.pdf (Page consultée le 04/05/19)

66. GIE SESAM-VITALE (Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale). ADRi. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/adri?inheritRedirect=true (Page consultée le 04/05/19)

67. GIE SESAM-VITALE (Groupement d'Intérêt Économique SESAM-Vitale). AATi. [En ligne]. Disponible sur: https://www.sesam-vitale.fr/web/sesam-vitale/aati (Page consultée le 04/05/19)

68. Visiodroits. Solution normalisée de télé mise à jour des droits complémentaires. [En ligne]. Disponible sur: https://www.visiodroits.fr/ (Page consultée le 04/05/19)

69. RESOPHARMA. Résodroits : portail d'accès standardisé aux droits AMC. [En ligne]. Disponible sur: https://www.resopharma.fr/services_resodroits.php (Page consultée le 04/05/19)

70. BONTE M. Almerys condamnée à verser 2000 euros à la FSPF. Le Quotidien du Pharmacien, 2016. [En ligne]. Disponible sur: https://www.lequotidiendupharmacien.fr/actualite/article/2016/03/18/almerys-condamnee-verser-2000-euros-la-fspf_236816 (Page consultée le 04/05/19)

71. Association Inter-AMC. Cahier des charges – Harmonisation des attestations AMC. [En ligne]/ Disponible sur: https://www.fnim.fr/IMG/pdf/cdc_harmonisation_des_attestations_amc_v2_0_0.pdf Page consultée le 04/07/19)

72. Assurance Maladie. Mention d'information Aide Sociale à l'Enfance. [En ligne]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/textes-reglementaires/informations-cnil/mention-d-information-aide-sociale-a-l-enfance.php (Page consultée le 04/07/19)

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête

Questionnaire sur les pratiques du tiers payant dans les pharmacies du Grand Est : Evaluation de l'organisation et du ressenti

Les pratiques du tiers payant au sein des pharmacies d'officine sont de plus en plus chronophages. La gestion des rejets de remboursement des organismes d'Assurance Maladie demande aux pharmaciens de ville plus de temps, d'organisation, et de moyens. A ce titre, je souhaiterais faire un état des lieux de ces pratiques du tiers payant dans les pharmacies du Grand Est, pour ma thèse de doctorat en Pharmacie. Cela me permettra de dégager l'organisation générale de la gestion du tiers payant dans le Grand Est, et me donnera une base de travail pour évaluer les possibles perspectives et axes d'amélioration dans ce domaine. Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes, et votre réponse m'aidera beaucoup dans la rédaction de mon travail. Je vous remercie de votre collaboration.

I. Situation de l'officine

1. Dans quel département du Grand Est est installée votre officine ? *

– Sélectionner –

2. Quelle est la typologie de votre officine ? *

- ○ Rurale
- ○ Quartier
- ○ Centre-ville
- ○ Centre commercial

3. Quel est l'effectif de votre officine ? *

	0	1	2	3	4	5	6 ou plus
Pharmacien(s)/enne(s) *	○	○	○	○	○	○	○
Préparateur(s)/rice(s) en pharmacie *	○	○	○	○	○	○	○
Autre(s) (apprenti(s)/e(s), conditionneur(s)/euse(s)...) *	○	○	○	○	○	○	○

4. Comment jugez-vous la segmentation de votre patientèle ? *

	100% régulière	90/10	80/20	70/30	60/40	50/50	40/60	30/70	20/80	10/90	100% de passage
Patientèle *	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

II. Organisation de la gestion du tiers-payant

1. Faites-vous appel à un opérateur de gestion du tiers-payant (société externe spécialisée uniquement dans la gestion des impayés, rejets, réclamations...) ? *

- ○ Oui
- ○ Non

1.a. Si oui, ce choix a été motivé par des raisons :

- ☐ De gain de temps
- ☐ De simplicité
- ☐ Economique

1.b. Si oui, cet opérateur vous propose :

- ☐ Un service de gestion du tiers-payant (impayés, rejets, réclamations...)
- ☐ Un rapprochement bancaire
- ☐ Un service de paiement d'avance

1.a. Si non, pourquoi ?

- ☐ Non connu
- ☐ Trop cher
- ☐ Ne fait pas confiance
- ☐ N'en estime pas le besoin

2. Faites-vous appel à un Organisme Concentrateur Technique (Resopharma, AGETIP...) ? *

- ○ Oui
- ○ Non

3. Qui s'occupe de la gestion du tiers-payant au sein de l'officine (rejets de remboursements, recyclage des factures, réclamations aux caisses...) ? *

- ☐ Le/la pharmacien/enne titulaire
- ☐ Un/une pharmacien/enne adjoint/e
- ☐ Un/Une préparateur/rice
- ☐ Toute le monde / Non défini
- ☐ Autre

4. Une plage horaire est-elle définie pour la gestion du tiers-payant ? *

- ○ Oui
- ○ Non

4.a. Si oui, cette plage horaire est de :

- ○ Une demi-journée
- ○ Une journée
- ○ Autre

4.b. Cette plage horaire est-elle suffisante ?

- ○ Oui
- ○ Non

5. Un rapprochement bancaire est-il effectué ? *

- ○ Oui
- ○ Non

5.a. Si oui, ce rapprochement bancaire est effectué par :

- ○ La personne s'occupant de la gestion du tiers-payant
- ○ Le/la pharmacien/enne titulaire
- ○ L'éditeur de votre logiciel de gestion officinale
- ○ Un Organisme Concentrateur Technique
- ○ Un opérateur de gestion du tiers-payant
- ○ Un comptable
- ○ Une banque ou une assurance

III. Indicateurs de la gestion du tiers-payant

1. Combien de temps la personne chargée de la gestion du tiers payant consacre-t-elle à cette mission (par semaine) ?

- ○ De 1 à 2 heures
- ○ De 2 à 5 heures
- ○ Plus de 5 heures

2. Pour cette mission, jugez-vous ce temps :

- ○ Améliorable
- ○ Acceptable
- ○ Trop long

3. Quel est le pourcentage moyen du nombre de rejet de facturation en tiers payant de votre officine :

3.a. Pour la part AMO : *

- ○ Moins de 0,45%
- ○ Entre 0,45 et 0,90%
- ○ Entre 0,90 et 1,35%
- ○ Plus de 1,35%

3.b. Pour la part AMC : *

- ○ Moins de 1,30%
- ○ Entre 1,30 et 2,60%
- ○ Entre 2,60 et 3,90%
- ○ Plus de 3,90%

4. A combien estimez-vous les pertes réelles dues aux rejets de tiers payant (sommes non récupérées) ?

Mode opératoire pour récupérer ces informations du logiciel de gestion officinale :
- LGPI : D-Suivi administratif, J-Encours règlements, V-Encours T.P.
- Caduciel : B-Tiers-payant, puis 1-Gestion, puis Type de dossiers à afficher : « Afficher les dossiers non soldés ayant été rejetés »
- Léo : Statistiques, puis visualisation des encours

Pour la part AMO : €

Pour la part AMC : €

5. A combien s'élève la somme non réglée des factures rejetées au moment du remplissage de ce questionnaire (hormis les 7 derniers jours) ?

Mode opératoire pour récupérer ces informations du logiciel de gestion officinale :
- LGPI : D-Suivi administratif, J-Encours règlements, V-Encours T.P.
- Caduciel : B-Tiers-payant, puis 1-Gestion, puis Type de dossiers à afficher : « Afficher les dossiers non soldés ayant été rejetés »
- Léo : Statistiques, puis visualisation des encours

Pour la part AMO : * €

Pour la part AMC : * €

IV. Causes des rejets

1. A combien estimez-vous le ratio des causes internes à la pharmacie par rapport aux causes externes des rejets de tiers payant ? *

	100% de Causes internes	90/10	80/20	70/30	60/40	50/50	40/60	30/70	20/80	10/90	100% de Causes externes
Part AMO *	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Part AMC *	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Exemple de causes internes : mauvais enregistrement des données de l'attestation de l'assurance complémentaire, mise à jour des taux de remboursements non faites...

2. Est-ce que des procédures d'amélioration ont été mises en place pour diminuer le nombre de rejets ayant une cause interne à la pharmacie ? *

○ Oui
○ Non

3. Existe-t-il une volonté ou un projet de mise en place d'amélioration pour diminuer le nombre de rejets ayant une cause interne à la pharmacie ? *

○ Oui
○ Non

V. Ressenti global

1. Depuis le début du tiers payant en pharmacie, pensez-vous qu'il y ait eu de réelles avancées sur sa gestion au sein des officines ? *

○ Oui
○ Non

2. Par rapport au début du tiers payant en pharmacie, pensez-vous que sa gestion en pharmacie soit : *

○ De plus en plus contraignante
○ Tout aussi contraignante
○ De moins en moins contraignante

VI. Propositions d'améliorations

1. Voici des propositions d'amélioration pour la pratique du tiers payant à l'officine. Laquelle/Lesquelles trouvez-vous concrète(s) et possible(s) ?

- ☐ Vérification des Droits en ligne des parts AMO
- ☐ Vérification des Droits en ligne des parts AMC
- ☐ Calcul en ligne des parts AMO
- ☐ Calcul en ligne des parts AMC
- ☐ Facturation en ligne des parts AMO
- ☐ Facturation en ligne des parts AMC
- ☐ Paiement unique grâce à un opérateur de gestion du tiers-payant
- ☐ Paiement unique par un organisme d'Assurance Maladie global

2. Avez-vous d'autres propositions pour améliorer la pratique du tiers payant à l'officine ?

Annexe 2 : Mail de diffusion aux Ordres des Pharmaciens de Lorraine, Alsace et Champagne-Ardenne (envoyé le 25/10/18)

Objet : Questionnaire sur les pratiques du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est

Madame, Monsieur,

En cours de rédaction de ma thèse de doctorat en Pharmacie à la Faculté de Nancy, j'étudie la gestion du tiers-payant à l'officine. En effet, les pratiques du tiers payant au sein des pharmacies sont de plus en plus chronophages. La gestion des rejets de remboursement des organismes d'Assurance Maladie demande de plus en plus de temps, d'organisation, et de moyens. À ce titre, je souhaiterais faire un état des lieux de ces pratiques du tiers payant dans les pharmacies du Grand Est. Cela me permettra de dégager l'organisation générale de cette gestion dans notre région, et me donnera une base de travail pour évaluer les possibles perspectives et axes d'amélioration dans ce domaine. Ce questionnaire ne vous prendra que quelques minutes, et votre réponse m'aidera beaucoup dans la rédaction de mon travail.
Je vous remercie de votre collaboration.

Lien vers le questionnaire : https://framaforms.org/questionnaire-sur-les-pratiques-du-tiers-payant-dans-les-pharmacies-du-grand-est-evaluation-de-0

Jérémie Py
Mail : jeremie.py@etu.univ-lorraine.fr
Tél : 06.84.70.26.60

Annexe 3 : Mail de relance de diffusion (envoyé le 27/01/19)

Objet : Questionnaire sur les pratiques du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est

Madame, Monsieur,

En cours de rédaction de ma thèse de doctorat en Pharmacie à la Faculté de Nancy, j'étudie la gestion du tiers-payant à l'officine. En effet, les pratiques du tiers payant au sein des pharmacies sont de plus en plus chronophages. La gestion des rejets de remboursement des organismes d'Assurance Maladie demande de plus en plus de temps, d'organisation, et de moyens. À ce titre, je souhaiterais faire un état des lieux de ces pratiques du tiers payant dans les pharmacies du Grand Est. Cela me permettra de dégager l'organisation générale de cette gestion dans notre région, et me donnera une base de travail pour évaluer les possibles perspectives et axes d'amélioration dans ce domaine. Mon questionnaire a déjà été diffusé il y a quelques semaines, mais je n'ai malheureusement pas reçu assez de réponses pour pouvoir analyser les résultats de façon objective. Je me permets donc de relancer ma demande, ceci ne vous prendra que quelques minutes, et votre réponse m'aidera beaucoup dans la rédaction de mon travail.
Je vous remercie de votre collaboration.

Lien vers le questionnaire : https://framaforms.org/questionnaire-sur-les-pratiques-du-tiers-payant-dans-les-pharmacies-du-grand-est-evaluation-de-0

Jérémie Py
Mail : jeremie.py@etu.univ-lorraine.fr
Tél : 06.84.70.26.60

Annexe 4 : Fiche pratique sur la gestion du tiers-payant à l'officine

Fiche Pratique

La gestion du tiers-payant à l'officine

Organisation générale de la reprise des rejets

Mission quotidienne
5 à 10 minutes par jour
Reprendre rapidement les **rejets faciles** pour ne pas être débordé

Être organisé
Classer les feuilles de rejets traités par **date**, pour vérification de paiement
Créer des dossiers de réclamations

Tout noter
Date de reprise
Modifications effectuées
Numéro de facture remplaçant
Réclamation effectuées…

Mettre en place des procédures d'améliorations
Statistiques
Fiches de progrès…

Vérifier les encours TP par période
Surveiller les factures non réglées
Mois par mois par exemple

Rejets AMO	Rejets AMC
Éviter les rejets : • Remettre à jour la Carte Vitale dès que le LGO le demande • Si présentation d'un justificatif : Scanner recto-verso *Si rejet AMO :* • Vérifier les droits du patient sur amelipro.fr • Se référer aux retours CPAM par mail (libellés des rejets plus complets) • Se poser la question d'une possible exonération (Maternité, ALD, Invalidité…)	*Éviter les rejets :* • Remettre à jour les droits AMC dès que le LGO le demande • Scanner le justificatif recto-verso • Vérifier les 6 paramètres fondamentaux du tiers-payant : ○ Nom ○ Prénom ○ Date de naissance ○ **Numéro de Sécurité Sociale** ○ Numéro de télétransmission ○ **Taux de remboursement** *Si rejet AMC :* • Créer les espaces pro dédiés aux pharmaciens sur les sites des AMC • Ne pas hésiter à contacter les AMC par téléphone, mail…

Faciliter la reprise des rejets :

- Toujours renseigner l'adresse et le numéro de téléphone du patient dès la délivrance d'une ordonnance
- A chaque mise à jour des droits AMC, demander une nouvelle fois l'adresse et le numéro de téléphone du patient, pour vérifier l'exactitude des données

FACULTE DE PHARMACIE **UNIVERSITE DE LORRAINE**

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : Mercredi 4 Septembre 2019

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

présenté par : Jérémie Py

Sujet : PRATIQUE DU TIERS PAYANT DANS LES PHARMACIES DU GRAND EST : ÉVALUATION DE L'ORGANISATION ET DU RESSENTI AFIN DE DEGAGER DES PERSPECTIVES ET AXES D'AMELIORATION

Jury :

Président : M. François DUPUIS, Maître de Conférences
Directeur : M. Julien GRAVOULET, Professeur associé, Pharmacien d'officine
Juges : M. Florent MATHIEU, Pharmacien d'officine
M. Pierre-Emmanuel CHATOR, Pharmacien d'officine

Vu,

Nancy, le 08 juillet 2019

Le Président du Jury — Directeur de Thèse

M.DUPUIS François — M.GRAVOULET Julien

Vu et approuvé,

Nancy, le 11.07.2019

Doyen de la Faculté de Pharmacie
de l'Université de Lorraine,

UNIVERSITE DE LORRAINE
FACULTE DE PHARMACIE

Pr. Raphaël DUVAL

Vu,

Nancy, le 16 JUIL. 2019

Le Président de l'Université de Lorraine,

Université de Lorraine
Le Président

Pierre MUTZENHARDT

N° d'enregistrement : 10795

N° d'identification :

TITRE

PRATIQUE DU TIERS PAYANT DANS LES PHARMACIES DU GRAND EST : ÉVALUATION DE L'ORGANISATION ET DU RESSENTI AFIN DE DEGAGER DES PERSPECTIVES ET AXES D'AMELIORATION

Thèse soutenue le Mercredi 4 Septembre 2019

Par Jérémie PY

RESUME :

La pratique de la dispense d'avance de frais de santé est devenue, au fil des années, une notion essentielle dans le système de soins français pour les patients. Le tiers-payant tire sa source dans le régime minier et s'est largement développé grâce aux nombreuses réformes de l'Assurance Maladie, et aux innovations telles que la création de la Carte Vitale ou l'émergence des Feuilles de Soins Électroniques. Le pharmacien d'officine, véritable acteur dans ce domaine, a su faire évoluer son métier et sa méthode pour devenir le professionnel de santé pratiquant le plus le tiers-payant. Pour cela, il est aujourd'hui accompagné d'acteurs indispensables comme les Organismes Concentrateurs Techniques, les Logiciels de Gestion d'Officine, ou encore les différentes caisses d'Assurance Maladie, qui lui permettent de proposer une dispense d'avance de frais à ses patients. Mais la pratique du tiers-payant pose aujourd'hui certains problèmes aux officines, et plusieurs rapports font état de ces difficultés. En effet, les rejets de remboursements et les impayés des caisses de protection sociale peuvent devenir importants, et la gestion de ces réclamations devient de plus en plus chronophage.

Les objectifs de ce travail sont donc d'analyser et d'évaluer la pratique du tiers-payant dans les pharmacies du Grand Est pour en dégager leur organisation générale et proposer des perspectives et axes d'améliorations. Un questionnaire a donc été diffusé dans toutes les officines de la région pour établir une vision globale de cette organisation. Il est important de noter que cette enquête est déclarative et que les résultats peuvent être biaisés par l'estimation des participants. En effet, la notion de tiers-payant est difficilement quantifiable et les marqueurs d'une bonne pratique manquent encore aujourd'hui. Néanmoins, l'étude menée nous permet de prétendre que les pertes financières associées au tiers-payant sont importantes, mais que celles-ci peuvent être réduites par la mise en place d'un rapprochement bancaire ou une bonne organisation dans la gestion des rejets de remboursements.

Plusieurs évolutions sont possibles pour améliorer la pratique du tiers-payant aujourd'hui : l'harmonisation des pièces justificatives AMC, la consultation en ligne des droits des assurés, ou la standardisation des taux de remboursements des organismes complémentaires peuvent devenir des actions concrètes permettant la simplification de cette mission. Néanmoins, les pharmaciens sont conscients qu'une amélioration dans la mise en place quotidienne du tiers-payant par les équipes officinales est nécessaire pour mener à bien cette pratique.

MOTS CLES : TIERS-PAYANT, GESTION, REJET, ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE, COMPLEMENTAIRE.

Directeur de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Julien GRAVOULET		**Expérimentale** ☐ **Bibliographique** ☒ **Thème** 6

Thèmes
1 – Sciences fondamentales — **2 – Hygiène/Environnement**
3 – Médicament — **4 – Alimentation – Nutrition**
5 - Biologie — **6 – Pratique professionnelle**