

Anne-Marie TROPTARD
Née le 11/05/1984 À Rennes.
6ème semestre d'internat

MÉMOIRE de D.E.S.

**ENQUÊTE SUR
LA NON-TÉLÉTRANSMISSION
DES FEUILLES DE SOINS
ÉLECTRONIQUES
AUPRÈS DES
MÉDECINS ALSACIENS.**

Directeur de Mémoire :

Dr Claude Bronner

2 rue de Haslach
à Strasbourg

- Remis au médecin coordinateur
Docteur Bronner.

Le 26/02/2013

- Reçu par la Faculté de Médecine

Le 01/03/2013

- Examiné par les membres du jury

Le _____

Accepté
 Refusé

TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION 4

II - LES INCITATIONS ET LES PÉNALITÉS POUR RÉPANDRE LE SYSTÈME SESAM-VITALE. 5

A - LES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS DU SYSTÈME SESAM-VITALE. 5

- 1 - La carte Vitale [2].....5
- 2 - Les bornes de mise à jour.....5
- 3 - La Carte du Professionnel de Santé ou CPS.....5
- 4 - L'équipement informatique.....6
- 5 - Le réseau.....6
- 6 - L'infrastructure de l'assurance maladie.....6

B - DES AIDES POUR TÉLÉTRANSMETTRE À « LA RÉMUNÉRATION À LA PERFORMANCE » 7

- 1 - Les ordonnances Juppé et la Loi Formmel.....7
- 2 - L'évolution des aides vers « la prime à la performance ».....8

C - DES PÉNALITÉS POUR REFUS DE TÉLÉTRANSMETTRE DES FSE 9

- 1 - Une sanction prévue dès 1996.....9
- 2 - Une contribution forfaitaire par « excès de pouvoir ».....9
- 3 - La sanction prévue par l'avenant N°210
- 4 - La procédure de sanction.....10

D - BILAN DES TÉLÉTRANSMISSIONS. 11

III - ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES 13

A - MÉTHODOLOGIE 13

- 1 - Le questionnaire.....13
- 2 - La diffusion.....14

B - RÉSULTATS 15

- 1 - Informations d'ordre général.....15
- 2 - Le patient à l'origine de la non-télétransmission.....16
- 3 - La CPAM à l'origine de la non-télétransmission.....16
- 4 - L'organisation du cabinet responsable de la non-télétransmission.....18
- 5 - Les médecins hostiles à la télétransmission.....18

C - DISCUSSION 23

- 1 - La population de médecins étudiée.....23
- 2 - La télétransmission : un progrès? une contrainte ? Une amélioration de l'accès aux soins ?.....23
- 3 - La responsabilité des patients dans la non-télétransmission.....24
- 4 - La responsabilité de la CPAM dans la non-télétransmission.....26
- 5 - L'organisation du cabinet dans la non-télétransmission.....31
- 6 - La responsabilité du système informatique dans la non-télétransmission.....32
- 7 - Et la responsabilité des médecins ?.....33
- 8 - Les limites de mon questionnaire.....35

IV - CONCLUSION 36

ANNEXES 37

- Annexe 1 – Le questionnaire envoyé.....37
- Annexe 2 – L'infrastructure d'émission des cartes.....39

BIBLIOGRAPHIE 41

TABLE DES GRAPHIQUES 43

I - INTRODUCTION

Une évolution est apparue ces dernières années chez les professionnels de santé. Il s'agit de la nouvelle phrase d'accueil : « Bonjour, votre carte Vitale s'il vous plaît. », qui remplace avantageusement le « Bonjour, il fait beau aujourd'hui ». Derrière cet idiomé médical, se cache une réalité : l'obligation de télétransmission des professionnels de santé.

Plus de 300 000 Professionnels de Santé utilisent aujourd'hui l'infrastructure SESAM-Vitale dans leur pratique quotidienne. Plus d'un milliard de Feuilles de Soins Électroniques (FSE) sont télétransmises par an.

Pourtant, depuis 2008, le pourcentage de médecins généralistes et spécialistes télétransmettant des FSE stagne voire diminue pour les médecins spécialistes. En janvier 2008, on comptait 84,86% médecins généralistes et 67,36% des médecins spécialisés en télétransmission et en décembre 2012, on dénombre seulement 86% généralistes et 61,31% des spécialistes télétransmettant des FSE [1]. Un système d'aides à la télétransmission et de sanctions vis-à-vis des réfractaires à la télétransmission a pourtant été mis en place pour augmenter le nombre de professionnels de santé en télétransmission et surtout diminuer le nombre de Feuilles de Soins Papier (FSP) à arriver aux services de la CPAM. Mais, sans réel succès... sauf à exaspérer les médecins !

Pourquoi les médecins ne télétransmettent-ils donc pas, tous, la totalité de leurs feuilles de soins ?

Nouveau procédé d'échanges avec la CPAM sans intérêt pour les professionnels de santé ? Absence de cartes Vitale à jour lors de la consultation ?, Problèmes de logiciel ou de lecteurs de carte Vitale ? Refus de télétransmettre par désaccord avec la CPAM ? Impossibilité de télétransmettre du fait de l'organisation du cabinet ou de leur activité médicale ?

J'ai réalisé au cours du mois de septembre 2012, l'interview des trois médecins qui m'accueillaient en stage pour tenter de répondre à cette question. Leurs avis concernant la télétransmission divergeaient assez radicalement. J'ai pu dégager plusieurs hypothèses de non-télétransmission. Mais afin de confirmer la réalité de ses différents motifs justifiant une FSP, il me fallait les soumettre à une population de médecin plus large. J'ai donc réalisé un questionnaire en ligne. Grâce à l'aide de mon directeur de mémoire, une population de médecins généralistes et spécialistes exerçant en Alsace a été contactée afin de leur soumettre mes hypothèses de non-télétransmission mais aussi recueillir leur avis sur ce nouveau mode d'échanges avec la CPAM.

Ce mémoire permettra de mieux comprendre les motifs de non-télétransmission de médecins généralistes et peut être de diminuer le nombre de FSP encore transmises aux caisses tous les mois.

II - LES INCITATIONS ET LES PÉNALITÉS POUR RÉPANDRE LE SYSTÈME SESAM-VITALE.

A - LES DIFFÉRENTS ÉLÉMENTS DU SYSTÈME SESAM-VITALE.

Pour télétransmettre, deux cartes à microprocesseurs sont nécessaires : la carte Vitale et la Carte d'identification du Professionnel de Santé ou carte CPS. Les feuilles de soins seront alors télétransmises directement du professionnel de santé à la CPAM via un réseau sécurisé sous forme de FSE.

1 - LA CARTE VITALE [2].

Depuis 1996, les caisses d'assurance-maladie ont obligation de délivrer à tout bénéficiaire de l'assurance-maladie une « carte électronique inter-régimes », la carte Vitale. Cette carte correspond à la partie émergée de l'iceberg pour le grand public. Il s'agit d'une carte à puce au format carte bancaire. Elle est « gratuite » et contrairement aux autres cartes, elle ne nécessite aucun code. La carte Vitale est strictement personnelle et est attribuée à tout ayant droit de plus de 16 ans français ou résidant en France.

Les informations contenues dans la carte sont : le nom et les prénoms de l'assuré, le numéro de sécurité sociale, l'identité des bénéficiaires, l'organisme d'affiliation, la caisse de remboursement, le ticket modérateur, la durée des droits et éventuellement la couverture complémentaire. Outre la fonction de renseignement pour le professionnel de santé, la carte permet au patient de signer les FSE.

2 - LES BORNES DE MISE À JOUR.

Ces bornes servent à mettre la carte à jour lors d'un changement administratif. La borne va écrire les nouvelles informations dans la mémoire ré-inscriptible de la carte. Ces bornes permettent aussi aux assurés de consulter le contenu de leur carte Vitale.

3 - LA CARTE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ OU CPS

La CPS sert à créer, signer et envoyer les FSE. Cette carte est insérée dans la deuxième fente du lecteur de carte Vitale. Cette carte associée au code à 4 chiffres sert à identification du professionnel de santé.

Cette carte à microprocesseur contient le N° ADELI (il s'agit du répertoire officiel des professions médicales et paramédicales), la civilité, le nom d'exercice, le prénom usuel, la profession, la spécialité de qualification, les orientations particulières ainsi que la situation professionnelle. Il y a également des informations sur le mode d'activité : identifiant

établissement, la raison sociale, le secteur d'activité, la forme juridique, le mode d'exercice et l'inscription au tableau de l'ordre.

4 - L'ÉQUIPEMENT INFORMATIQUE

Il faut bien sûr un ordinateur, sur lequel se trouve un progiciel (logiciel professionnel) agréé SESAM-Vitale assurant la réalisation des FSE et leur télétransmission. On y associe un lecteur de carte bivalente agréée. La première fente étant destinée à la carte Vitale, la seconde à la CPS. Un abonnement à un réseau de télétransmission et le système de connexion au réseau permettant l'envoi et la réception d'informations, est également nécessaire afin de télétransmettre les FSE aux caisses.

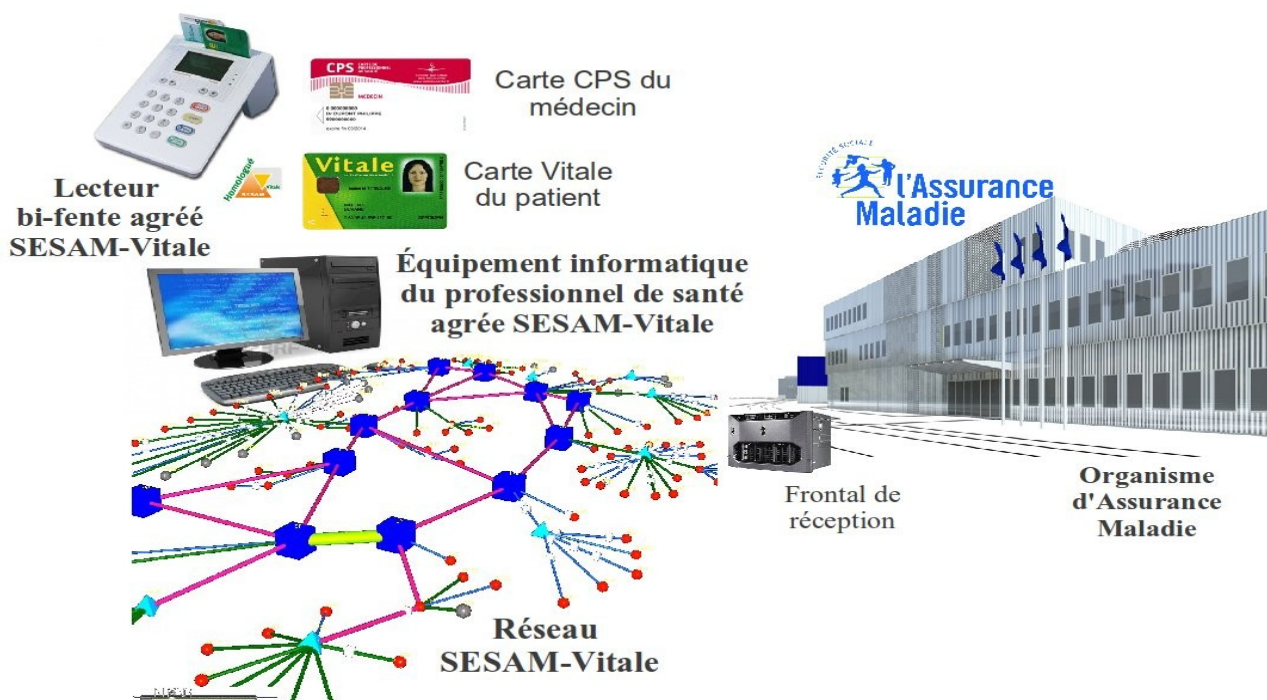
5 - LE RÉSEAU

Le réseau est le système permettant de relier le professionnel de santé avec les caisses d'assurance maladie. Le Réseau de santé assure la collecte et le transport des Feuilles de Soins Électroniques (FSE) vers les organismes d'Assurance Maladie. C'est un intranet, c'est-à-dire un réseau privé et sécurisé et un système de communication destiné à l'ensemble des professionnels de santé. Il permet d'échanger des informations par le biais d'un outil efficace et sûr dans l'intérêt de la Santé Publique.

6 - L'INFRASTRUCTURE DE L'ASSURANCE MALADIE

C'est l'ensemble des systèmes qui vont gérer les FSE. Il comprend notamment le frontal qui est le serveur qui va gérer la réception des FSE.

Graphique N°1- Le système SESAM-Vitale



**B - DES AIDES POUR TÉLÉTRANSMETTRE À
« LA RÉMUNÉRATION À LA PERFORMANCE »**

1 - LES ORDONNANCES JUPPÉ ET LA LOI FORMMEL

Dans un contexte de déficit de l'Assurance Maladie, les pouvoirs publics affirment une volonté politique décisive au projet SESAM-Vitale grâce à la parution au Journal Officiel de la République française (JORF) des ordonnances du 24 Avril 1996. Elles sont appelées les Ordonnances Juppé. L'article 8 de l'ordonnance Juppé 96-345 du 20 avril 1996 officialise la dématérialisation des feuilles de soins [3].

Elles imposent aux professionnels de santé, et notamment aux médecins généralistes, d'être en mesure d'élaborer, de traiter et de télétransmettre les feuilles de soins avant le 31 décembre 1998 sous peine de sanctions financières. Parallèlement à cette obligation, les caisses ont eu le même délai pour mettre en service le Réseau Santé Social ainsi que remettre à l'ensemble des assurés sociaux leur carte Vitale et à chaque professionnel de santé sa carte électronique individuelle.

Mais, suite aux mesures imposées par ce plan Juppé, un mouvement de protestation a vu le jour chez les professionnels de santé à qui on demandait sous la contrainte et dans des délais très courts, de repenser leur pratique médicale.

Le contrat FORMMEL (Fond d'Organisation et de Modernisation de la Médecine Libérale) qui est un contrat d'aide à l'informatisation des praticiens libéraux va alors être mis en place pour leur permettre de télétransmettre. Il est créé par décret le 11 septembre 1996 [4]. Ce contrat comporte deux parties, l'une concernant les engagements du médecin, l'autre les engagements de la CNAMTS :

- La première partie du contrat fixe d'une part des délais : les médecins s'engagent dans les trois mois qui suivent la diffusion des cartes Vitales à télétransmettre 50% des actes pour arriver à 90% dans les six premiers mois (la date de référence étant la fin de distribution des cartes dans la région considérée) et d'autre part le type de matériel nécessaire dont doit s'acquitter le professionnel de santé pour la télétransmission (ordinateur, lecteur bi-fentes, logiciel agréé...).
- La deuxième partie du contrat fixe le montant de l'aide accordée aux médecins télétransmetteurs. Il s'élève à 9000 Frs soit 1372 Euros : 6000 Frs soit 914 Euros pour l'acquisition du matériel informatique et 3000 Frs soit 457 Euros correspondant aux frais occasionnés par la télétransmission dans le cadre de SESAM-Vitale (6 cents par FSE télétransmises limité à 7500 FSE par an).

En contre-partie, les médecins, en signant ce contrat s'engagent de manière volontaire à télétransmettre. Et si le praticien ne respecte pas son engagement, les aides devront être entièrement remboursées. Une obligation de maintenance à la charge du praticien fait également partie des conditions du contrat.

La date limite de signature du contrat FORMMEL était fixé initialement au 31 décembre 1997. Un moratoire avait été demandé, notamment par le conseil de l'ordre des médecins, qui repoussa son échéance aux 31 mars 1998. Au-delà de cette date, les professionnels de santé qui ne procédaient pas à la télétransmission auraient dû s'acquitter d'une contribution forfaitaire aux frais de gestion des feuilles de soins papiers.

2 - L'ÉVOLUTION DES AIDES VERS « LA PRIME À LA PERFORMANCE »

Depuis l'an 2000, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie adressait aux médecins une indemnisation pour les FSE télétransmises au cours de l'année précédente de 0,07 €.

Pour l'année 2011, en plus des 0,07 € par FSE s'ajoute un forfait annuel de 250 € à condition de télétransmettre à un taux de FSE supérieur à 75 % et de disposer d'un système de facturation SESAM-Vitale conforme à la dernière version en vigueur. Un deuxième forfait annuel de 250 euros était également versé aux médecins pour l'utilisation des télé-services mis en place progressivement par la CNAMTS sous conditions. [5]

L'arrêté du 22 septembre 2011 supprime le versement de l'indemnité pour la télétransmission des FSE par une rémunération dites « rémunération à la performance »[6].

Elle est conditionnée par plusieurs objectifs de santé publique à remplir par le médecin traitant : dépistage sein et col utérin, réduction des prescriptions d'antibiotiques, préférence aux médicaments génériques, réalisation de vaccins saisonniers...

Jusqu'à 26 critères à respecter sont identifiés, même si aucun n'est spécifiquement obligatoire. Chaque indicateur atteint permet d'acquérir des points, jusqu'à 1 300 points au maximum. Le point valant environ 7 €, la prime peut atteindre jusqu'à 9 120 € au maximum. Indexé sur le nombre de patients, le chiffre de 9 120 € correspondant à 800 patients « médecin traitant » chez le médecin.

Le volet « organisation du cabinet » est une partie de la rémunération à la performance. Il consiste en la mise en place de 5 indicateurs concernant l'organisation du cabinet (dont 4 accessibles aux spécialistes) :

- Tenue dossier médical informatisé et saisie données cliniques : *75 points*
- Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié par la HAS : *50 points*
- Équipement permettant la télétransmission et utilisation téléservices : *75 points*
- Affichage dans le cabinet des horaires de consultation (avec ou sans rendez-vous) : *50 points*
- Volet annuel de synthèse du DMP par le médecin traitant remis aux patients (il ne concerne pas les spécialistes). Seul ce volet de synthèse est dépendant du nombre de patients. Les autres sont fixes.

Ce volet organisation représente 2800 € sur les 9 120€ potentiels pour 800 patients.

Mais, il existe deux conditions obligatoires pour toucher la prime portant sur l'organisation du cabinet :

- Disposer d'un équipement conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale.

- Atteindre un taux de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3.

Le 26 décembre 2011, était la date butoir pour refuser cette nouvelle forme de rémunération. Chaque médecin libéral, s'il refusait ce dispositif devait le notifier à sa CPAM par lettre recommandée. Ce texte sera en vigueur de 2012 à 2016.

C - DES PÉNALITÉS POUR REFUS DE TÉLÉTRANSMETTRE DES FSE

« L'assurance maladie a encore reçu quelques 150 millions de FSP en 2009, ce qui représente une dépense évitable de 200 millions d'euros par an » Une FSP coûte en effet en moyenne 1,74 euro à la Sécu contre 0,27 pour une FSE télétransmise. La Cour des comptes estimait ainsi que le surcoût de la gestion des feuilles de soins papier pour 2009 était de 200 millions d'euros. [7]

En 2008-2009, pas moins de 41% des spécialistes, 27% des généralistes, 24% des dentistes, 22% des infirmiers et 20% des masseurs-kinésithérapeutes n'émettaient encore aucune FSE. Le plus faible taux étaient constaté à Paris, où 44% des généralistes et 60% des spécialistes refusaient encore ce dispositif. La Cour recommandait donc de "fixer à un montant dissuasif et sans autre délai la contribution qui devait être imposée à partir du 1er janvier 2010". Elle juge par ailleurs qu'il faut "subordonner les aides financières apportées aux professionnels de santé pour la télétransmission au respect de normes strictes de mise à jour des matériels et des logiciels"[7].

1 - UNE SANCTION PRÉVUE DÈS 1996

Déjà prévu par l'article L161-35 né des ordonnances Juppé [3], le montant de cette contribution devait être fixé unilatéralement par arrêté pour chaque profession et type de document. Mais, du fait que SESAM-Vitale avait du mal à démarrer et pour ne pas se mettre à dos les professionnels de santé, l'arrêté taxant les feuilles de soins papier n'avait jamais été publié.

2 - UNE CONTRIBUTION FORFAITAIRE PAR « EXCÈS DE POUVOIR ».

L'assurance maladie a donc laissé passer plusieurs années avant de décider des modalités de sanctions à appliquer.

Mais, après la modification de l'article L161-35 du code de la sécurité sociale par la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) [8], le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, décida qu'à partir du 1er janvier 2011, le montant de la contribution forfaitaire à la charge du médecin devait être de 0,50 € par feuille de soins papier transmises au-delà de la franchise de 25 %, avec un abattement minimal de 300 feuilles de soins annuelles [9].

Le syndicat CSMF avait alors demandé à ses membres de faire payer aux patients les 0,50 centimes supplémentaires devant couvrir la pénalisation par feuille de soins non télétransmises avec la carte vitale.



Graphique N°2- Affiche de salle d'attente proposée par la CSMF.

Mais finalement, le projet a été déboutée par le Conseil d'État le 21 mai 2010 pour "excès de pouvoir" suite à la requête du Syndicat des médecins d'Aix et Région (SMAER) [10]. Selon la haute juridiction, "ni les dispositions du Code de la Sécurité sociale, ni aucune autre disposition législative ou réglementaire n'habilitait le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) à édicter" cette mesure.

La Loi du 10 août 2011 modifie de nouveau l'article L. 161-35 du Code de la Sécurité Sociale [11] et instaure ainsi une obligation de transmission électronique des documents de facturation des actes et prestations pour les professionnels de santé. Cet article prévoyait « le manquement à cette obligation de télétransmission donne lieu à l'application d'une sanction dont les modalités de mise en œuvre sont définies par les partenaires conventionnels ».

3 - LA SANCTION PRÉVUE PAR L'AVENANT N°2

Depuis le 15 mars 2012 on connaît la sanction. La pénalité pour refus de télétransmission est de plusieurs milliers d'euros. Il y a eu parution au Journal Officiel de l'Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 [12].

Cet avenant modifie l'article 75 de la nouvelle convention nationale et rajoute à la liste des motifs de la procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin « le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ».

Il est rajouté à l'article 76, qui liste les sanctions successibles d'être prononcées à l'encontre d'un médecin, la « suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation [...]. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent, cette sanction est d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois, [...] s'ils exerçaient en secteur à honoraires opposables. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois ».

4 - LA PROCÉDURE DE SANCTION

L'avenant n°2 modifie aussi l'annexe XXII de la convention médicale [12] qui précise qu'en cas de refus systématique de télétransmettre, un avertissement préalable est adressé au médecin.

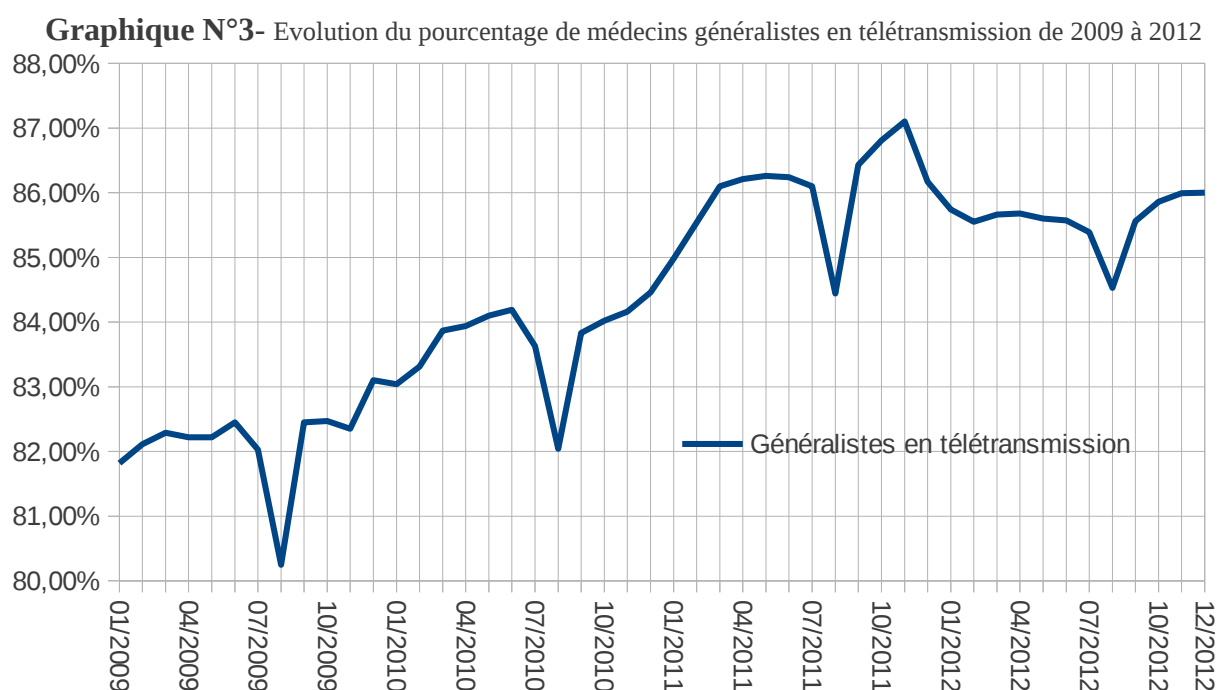
Ce dernier dispose alors d'un délai de 3 mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique. Si, à l'issue d'un délai de 3 mois, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations au médecin avec copie adressée aux présidents des deux sections de la Commission Paritaire Locale. Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites. Le médecin dispose alors d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin et le verse aux débats lors de la réunion de la Commission Paritaire Locale. Cette commission doit émettre un avis qui est ensuite transmis au médecin et à la CPAM. Le directeur de la CPAM notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. Le médecin peut saisir la Commission Paritaire Régionale à titre de commission d'appel ou contester la décision devant la juridiction de droit commun.

D - BILAN DES TÉLÉTRANSMISSIONS.

Les « parts de télétransmission des progiciels de santé agréés et des solutions homologuées » sont publiées chaque mois sur le site du GIE SESAM-Vitale [1]. Ces chiffres prennent en compte les médecins qui ont effectivement envoyé des FSE dans le mois écoulé.

Tous les ans, depuis 2008, on remarque une baisse importante des télétransmissions de FSE aux mois d'août chez tous les professionnels de santé. Elle est due à la baisse d'activité et aux fermetures de cabinets, mais aussi à la nécessité pour les médecins de ne pas prêter leur carte CPS aux remplaçants qui en sont souvent dépourvus. Le nombre de médecins télétransmettant les FSE a été dopé par l'annonce de la taxe sur les FSP dès janvier 2011.



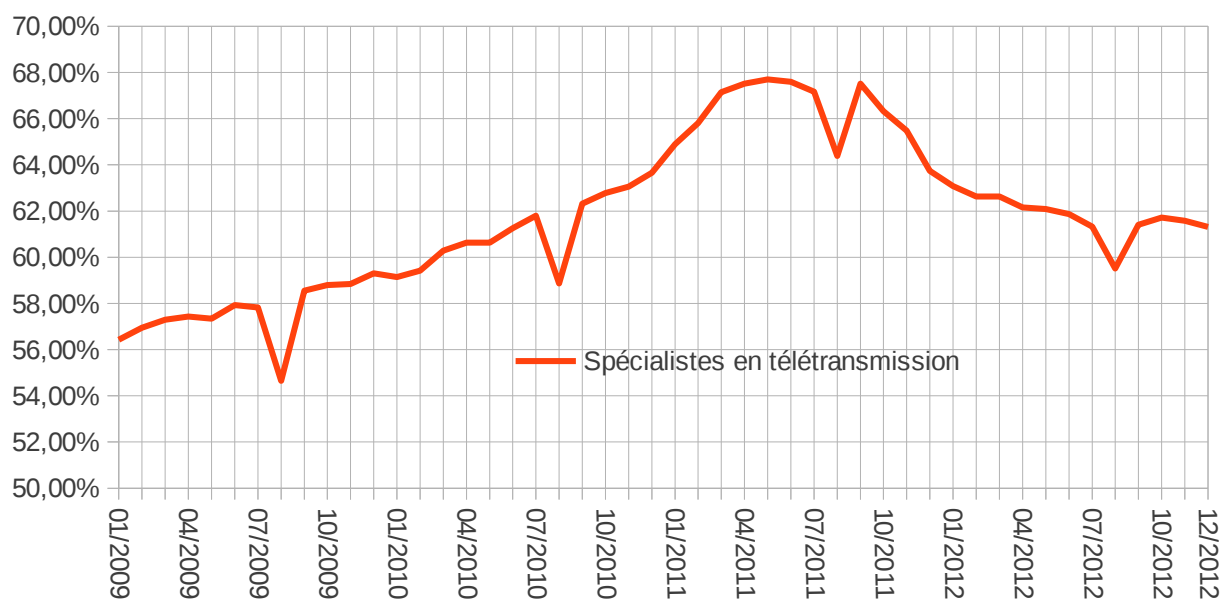
Mais, depuis mars 2011, le nombre de professionnels "en télétransmission" recensé chaque mois par le groupement d'intérêt public (GIE) SESAM-Vitale augmente moins rapidement. Le taux de professionnels de santé ayant télétransmis au moins FSE, avait progressé de 0,39% entre mars et juin 2012. Sur la même période, la hausse était de 0,54% en 2011, 0,74% en 2010 et 0,91% en 2009 [13].

Le pourcentage de ceux ayant télétransmis au moins une FSE a baissé au printemps et a continué de diminuer au cours de l'année. Il s'établissait à 78,31% à la fin du mois de décembre 2012, contre 78,56% un an plus tôt [14]. Néanmoins, le seuil des 300.000 professionnels de santé "en télétransmission" a enfin été franchi au mois de mars 2012.

Le ralentissement constaté depuis mars 2011 s'est perpétué jusqu'à la fin de l'année 2012 alors que le nombre de professionnels pris en compte par le GIE SESAM-Vitale continue de croître. Entre janvier et décembre 2012, le taux de raccordement a diminué de 0,48%, malgré l'arrivée de 7801 praticiens supplémentaires en télétransmission.

D'après ces données, plus de 82.000 professionnels n'ont pas télétransmis de FSE au mois de juin 2012, dont environ 28.300 médecins spécialistes, 11.100 pédicures, 9.900 masseurs-kinésithérapeutes, 9.400 médecins généralistes, 9.300 infirmiers, 6.700 chirurgiens-dentistes et 2.900 orthophonistes [14].

Graphique N°4- Evolution du pourcentage de médecins spécialistes en télétransmission de 2009 à 2012



Les pharmaciens montent en 2012 encore sur la plus haute marche du podium, avec un taux de télétransmission (98,71%) stable sur l'année et largement supérieur à celui des infirmiers (87,15%, en baisse de 1,11% par rapport à janvier) qui suivent. Les médecins généralistes (86% en décembre), au coude à coude avec les laboratoires pendant le premier semestre, occupent la troisième place, du fait d'une baisse du taux de transmissions des laboratoires (85,58% en décembre, contre 86,33% en janvier).

Plusieurs catégories restent en dessous de la moyenne : les centres de santé (48,97%), les médecins spécialistes (61,31%), ainsi que les orthoptistes, les pédicures et les sages-femmes.

Près de 85.000 professionnels n'ont pas télétransmis de FSE au mois de décembre, dont environ 30.000 médecins spécialistes, 10.650 masseurs-kinésithérapeutes, 10.000 infirmiers et 9.200 médecins généralistes.

En décembre 2012, c'est 89,7 % des généralistes qui télétransmettent des FSE dans le Bas-Rhin [1].

III - ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Comme nous l'avons vu précédemment, la télétransmission semble devenir la règle chez les professionnels de santé. Pourtant, elle ne s'inscrit pas encore comme méthode exclusive d'échanges des feuilles de soins entre les cabinets des médecins et l'Assurance Maladie. Le pourcentage élevé de médecins généralistes qui télé-transmettent des Feuilles de soins Électroniques (FSE) stagnent depuis plus d'une année et le nombre de FSE télé-transmises diminue de mois en mois.

Cette étude qualitative a pour objectif de recueillir auprès des médecins généralistes les difficultés empêchant la télétransmission de l'ensemble de leurs FSE dans le but de contribuer à la mise en place d'un système de remboursement médical abandonnant toutes FSP.

A - MÉTHODOLOGIE.

1 - LE QUESTIONNAIRE

Lors de mon stage auprès des praticiens libéraux, j'ai pu interviewer les trois médecins généralistes m'ayant accueillis qui avaient des avis sur la télétransmission et des pratiques de télétransmission très divergents. Cinq origines principales de non-télétransmission ont émergées : le patient, la CPAM, l'organisation du cabinet, le matériel de télétransmission ou encore le médecin lui-même. J'ai élaboré alors un questionnaire pour vérifier la véracité de ces cinq freins à la télétransmission en la diffusant à une population plus large de médecins, quantifier leur impact réel comme frein à la télétransmission et éventuellement déceler d'autres causes de non-télétransmission.

Le questionnaire (Annexe 1) a été simplifié au maximum afin que les médecins le recevant ne passent pas trop de temps à y répondre et puissent y adhérer pleinement. Des zones d'expressions libres ont été intégrées au questionnaire afin de palier au caractère incomplet du questionnaire et recueillir toutes les remarques des médecins généralistes.

Il comprend 8 rubriques :

Les 4 premières questions sont d'ordre général ; l'âge, le type d'activité, leur implication dans la télétransmission et leur avis global sur la télétransmission.

La 5ème rubrique évalue la responsabilité du patient dans la non-télétransmission des FSE.

La 6ème rubrique évalue le rôle de la CPAM dans l'absence de télétransmission ainsi que l'impact des aides financières perçues par les médecins pour télétransmettre.

Le 7ème paragraphe porte sur l'organisation du cabinet et son éventuel lien avec la non-télétransmission.

Et la dernière question porte sur les réticences et le vécu du médecin par rapport à la télétransmission.

2 - LA DIFFUSION

Le questionnaire a été diffusé à des médecins exerçant en Alsace, par l'intermédiaire de mon directeur de mémoire, via la mailing-liste de l'ESPACE MEDECINE de Strasbourg où figurent les médecins ne refusant pas de recevoir de courriers électroniques de la part de l'association.

Cette liste de coordonnées, déclarée à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) s'est constituée à partir :

- Des formulaires d'inscription aux actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles (téléchargeables notamment sur le site internet www.fmcaction.org ou envoyés par courrier postal aux inscrits).
- Des fiches de renseignements des formateurs.
- Des formulaires d'inscription en ligne aux formations.
- Des sites Web des Pages Jaunes.
- Du Conseil National de l'Ordre des Médecins et de la Sécurité Sociale.
- Des fichiers syndicaux d'Union Généraliste, puis de la FMF.
- De mises à jour actives, notamment par voie téléphonique.

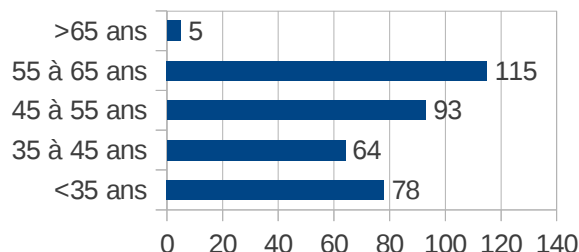
Elle comprenait 3357 mails, 1844 généralistes et 1513 spécialistes. 670 n'ont pas reçus le message en raison des boîtes mail saturées, d'adresses incorrectes ou n'existant plus, de problème technique de la messagerie, de médecins à la retraite ou non libéraux et donc non concernés par la télétransmission. Donc 2687 personnes ont reçu nos messages en Alsace.

Le mail comprenait une description de l'étude et le lien pour accéder au questionnaire en ligne hébergé par *google document*®. Il a été envoyé le 11/12/2012 et est resté en ligne jusqu'au 12/01/2013. 355 médecins ont répondu à mon questionnaire.

B - RÉSULTATS

1 - INFORMATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL.

Graphique N°5- La pyramide des âges des médecins participants

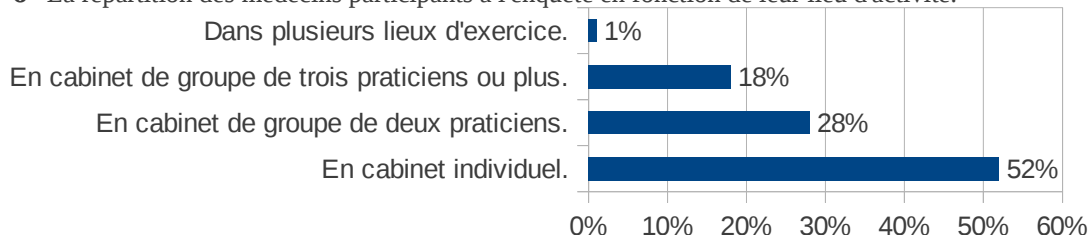


On voit que la tranche d'âge 55-65 ans est majoritaire dans la population étudiée.

40% des médecins ayant répondu au questionnaire ont moins de 45 ans et 33% ont plus de 55 ans.

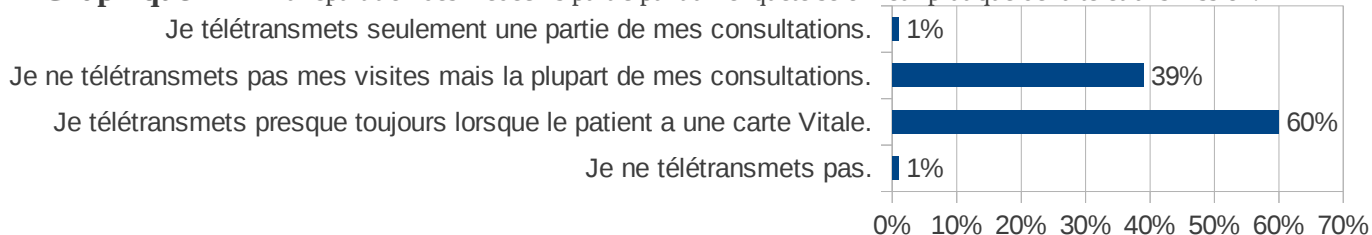
La majorité des médecins (55%) sont en cabinet individuel, et 40% sont en cabinet de groupe.

Graphique N°6- La répartition des médecins participants à l'enquête en fonction de leur lieu d'activité.



La plupart des médecins télétransmettent le plus possible : consultations et visites. Néanmoins, 39% ne télétransmettent aucune de leurs visites.

Graphique N°7- La répartition des médecins participant à l'enquête selon leur pratique de la télétransmission.



Pour vous, la télétransmission est :

- un progrès ?

Oui	314	88%
Non	28	8%
Ne sais pas	13	4%

- une contrainte ?

Oui	104	29%
Non	241	68%
Ne sais pas	10	3%

- une amélioration pour le quotidien du médecin ?

Oui	228	64%
Non	105	30%
Ne sais pas	22	6%

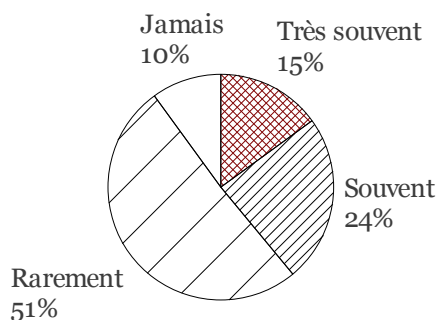
- une amélioration pour l'accès aux soins ?

Oui	232	65%
Non	86	24%
Ne sais pas	37	10%

La télétransmission est un progrès à 88%. C'est une amélioration de la pratique médicale et de l'accès aux soins pour 64 et 65% d'entre eux. Cependant, elle reste une contrainte et n'améliore pas l'activité médicale pour 1/3 des médecins ayant rempli mon questionnaire.

2 - LE PATIENT À L'ORIGINE DE LA NON-TÉLÉTRANSMISSION

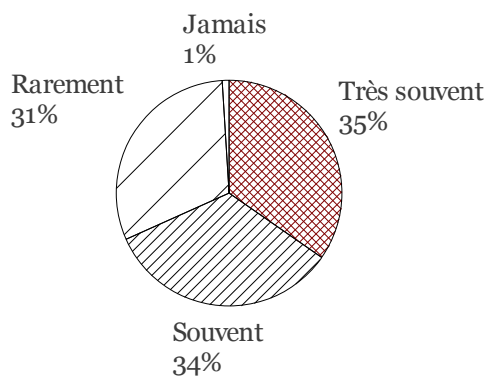
Graphique N°8- La répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité des demandes de carte Vitale non réalisés dans la non-télétransmission.



La demande de carte Vitale non réalisée est une cause de non-télétransmission rare pour 51% des médecins ayant répondu au questionnaire.

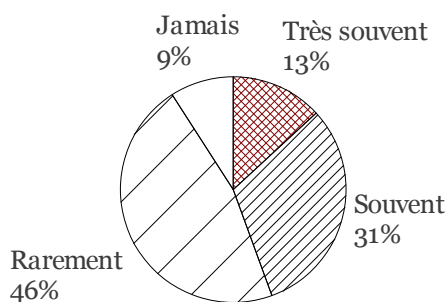
39% des médecins pensent toutefois que c'est un frein à la télétransmission très fréquent et fréquent.

Graphique N°9- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité de l'oubli de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.



L'oubli de la carte est très souvent un obstacle à la télétransmission pour 35% des médecins interrogés, il est souvent en cause dans la non-télétransmission pour 34% d'entre eux.

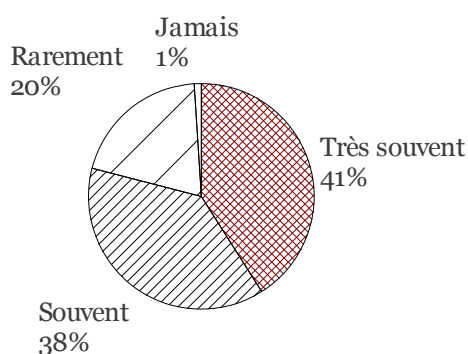
Graphique N°10- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité de la non mise-à-jour de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.



Pour 46% des médecins ayant répondu aux questionnaires, la non mise-à-jour de la carte par le patient est une excuse rare de non-télétransmission. 31% pense que c'est une raison fréquente.

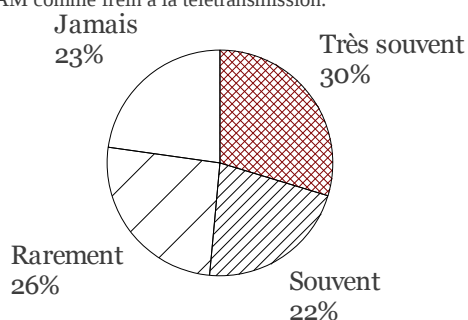
3 - LA CPAM À L'ORIGINE DE LA NON-TÉLÉTRANSMISSION

Graphique N°11- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité de la non remise de carte Vitale par la CPAM dans la non-télétransmission.



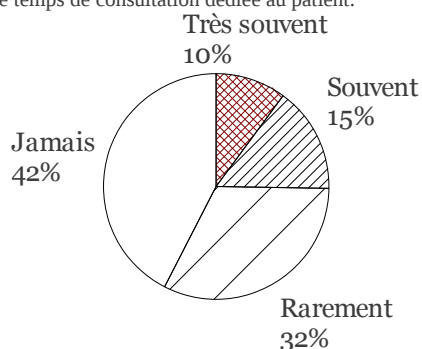
La responsabilité de la CPAM dans la non-télétransmission est engagée lorsque le patient est en attente de sa carte alors que son dossier est constitué, de manière très fréquentes pour 41% et de manière fréquente pour 38% des médecins interrogés.

Graphique N°12- Répartition des réponses au questionnaire concernant l'impression de faire le travail de la CPAM comme frein à la télétransmission.



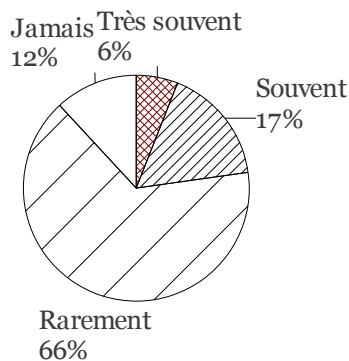
L'impression de faire le travail de la CPAM reste relativement présent dans les esprits puisque 52% répondent ne pas télétransmettre souvent et très souvent pour cette raison.

Graphique N°13- Répartition des réponses au questionnaire concernant le fait que le temps de paiement déborde sur le temps de consultation dédiée au patient.



Le temps de la consultation dédié à la télétransmission déborde rarement sur le temps de la consultation dédié au patient pour 32% et jamais pour 42%.

Graphique N°14- Répartition des réponses au questionnaire concernant la présence d'erreurs de remboursement plus fréquents après la création d'une FSE.



Les erreurs de remboursement en réalisant des FSE sont rares pour 66% des cas

Seulement 2% des médecins refusent souvent ou parfois de télétransmettre pour exprimer leurs désaccords envers la politique de télétransmission actuelle.

Concernant la rémunération à la télétransmission par la prime à la performance, 95% des médecins interrogés pensent télétransmettre plus que les 2/3 requis pour toucher la prime portant sur l'organisation du cabinet. Mais, 94% des médecins affirme que cette rémunération n'est pas leur motivation principale pour télétransmettre. Elle ne couvre pas les frais matériels pour 74% des praticiens ayant répondu au questionnaire, et ne couvre pas le temps de travail nécessaire à la télétransmission pour 65% d'entre eux.

Les commentaires dans cette rubrique concernant la responsabilité de la CPAM dans la non-télétransmission, sont florissantes. J'en ai rapporté quelques-uns dans la discussion. Ils m'ont été d'une aide précieuse pour dégager des nouveaux motifs de non-télétransmission.

4 - L'ORGANISATION DU CABINET RESPONSABLE DE LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

Quatre-vingt sept pour-cent des médecins interrogés réalisent leur FSE eux-même. Seulement 9% répondent que la moitié ou la majorité des FSE sont réalisées par le secrétariat. 91% (169) des médecins exerçant en cabinet individuel (184) ont répondu que aucune de leurs FSE ne sont réalisées par leur secrétariat et 82% (136) des médecins exerçant en cabinet de groupes (166) réalisent toutes leurs FSE eux-même.

En moyenne, les médecins répondent 34 secondes lorsque l'on pose la question du nombre de secondes pour créer la FSE. Les réponses varient entre 300 secondes (soit 5 minutes) et 5 secondes.

Soixante quatorze pour-cent des praticiens ayant répondu au questionnaire ont souscrit à une maintenance informatique.

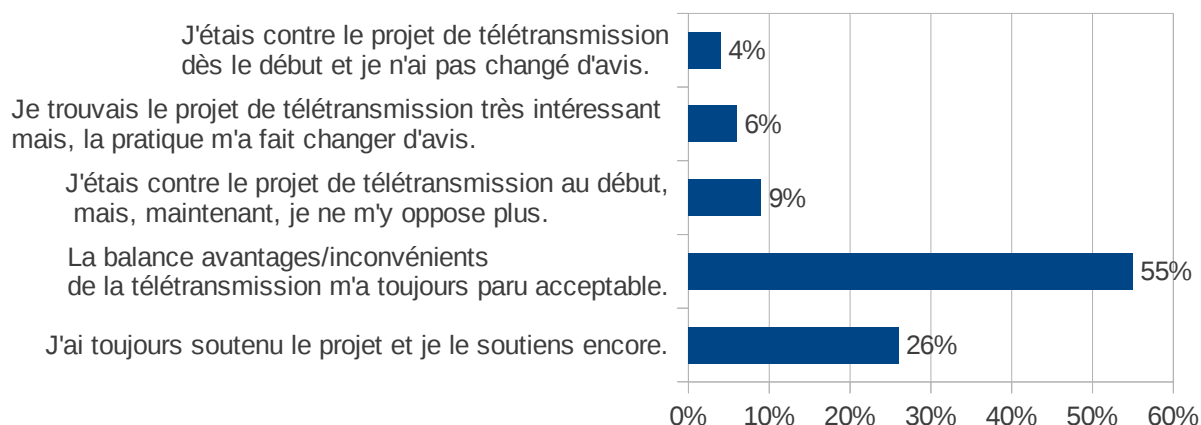
Dans leur cabinet,

- L'utilisation du matériel de télétransmission par un confrère nécessite la création d'une FSP pour 5% des médecins exerçant en cabinet de groupe
- Le mauvais fonctionnement du système informatique au cabinet est rarement la cause de la non-télétransmission d'une FSE pour 68% des médecins interrogés et jamais à l'origine d'une FSP pour 23% d'entre eux.
- Les changements de version des logiciels n'entravent jamais la télétransmission pour 72% des médecins interrogés, et rarement pour 26%.

En ce qui concerne les actes réalisés lors des visites, le lecteur de carte empêche leur télétransmission pour 41% des médecins ayant répondu au questionnaire. Pour seulement 6%, c'est le logiciel de télétransmission qui est en cause.

5 - LES MÉDECINS HOSTILES À LA TÉLÉTRANSMISSION

Graphique N°15- La répartition des médecins participants à l'enquête en fonction de leurs avis sur la télétransmission



Lorsque l'on demande leur avis global sur la télétransmission, les médecins interrogés, répondent majoritairement que la balance avantages/inconvénients de la télétransmission leur a toujours paru acceptable (55%) Ils ont été en faveur de la télétransmission dès le début et soutiennent SESAM-Vitale encore actuellement pour 26% d'entre eux. 10% des médecins ayant répondu à mon questionnaire affirment n'être pas en faveur de la télétransmission.

Les deux médecins qui ne télétransmettent pas.

Deux médecins ont répondu « je ne télétransmets pas » à la troisième question.

Le premier, est un médecin d'âge supérieur à 65 ans. Il exerce dans un cabinet regroupant trois praticiens ou plus. Il laisse un commentaire pour justifier sa non-télétransmission : « *Refus systématique, ce n'est pas à moi de fournir le matériel nécessaire, ni les mises à jour logicielles. Le jour où les caisses fourniront le matériel on verra, comme c'est pas demain, c'est non, non et encore non !* ». Pour lui, la télétransmission n'est ni un progrès ni un avantage pour le patient. C'est une contrainte pour le médecin. Il répond qu'il réalise très souvent des feuilles de soins papier pour

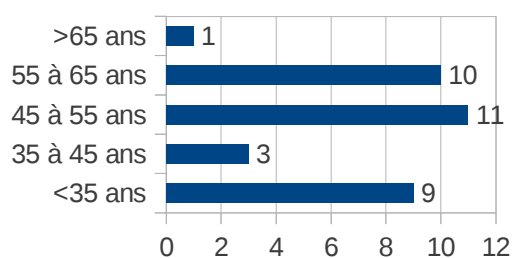
exprimer son désaccord envers la politique de télétransmission actuelle. Il était contre le projet dès le début et n'a pas changé d'avis.

Le second, est un médecin âgé de 45 à 55 ans. Il exerce dans un cabinet regroupant deux praticiens. Son commentaire explique ses raisons de ne pas télétransmettre. « *Nous sommes un cabinet de deux médecins acupuncteurs répartis en chacun trois boxes. Nous ne pouvons pas nous permettre 6 lecteurs de cartes (d'ailleurs il faudrait alors ré-initialiser la carte CPS à chaque fois). Utiliser 2 lecteurs portables nous obligerait à se balader toute la journée avec notre lecteur de carte et aussi à le chercher dans les boxes à longueur de journée. L'exercice de l'acupuncture est déjà trop difficile en secteur 1 et très mal rémunéré (nous avons un bénéfice inférieur de plus 50% à celui de la moyenne des généralistes), alors si c'est pour devenir encore moins rentable...* ». Il ne se prononce pas sur l'idée que la télétransmission soit un progrès ou une amélioration de l'accès aux soins. Mais, pour lui, elle est une contrainte pour le médecin. « *c'est un progrès seulement pour la CPAM en termes de réduction des coûts de gestion* ». Il trouvait le projet de télétransmission très intéressant mais, la pratique lui a fait changer d'avis.

Les médecins réfractaires à la télétransmission.

Il me semblait également intéressant, du fait du sujet de non-télétransmission, d'étudier la population des médecins contre la télétransmission. Pour ce faire, un échantillon de 34 médecins réfractaires a été sélectionné lorsqu'ils ont cochés à la dernière question la réponse : « Je trouvais le projet de télétransmission très intéressant mais, la pratique m'a fait changer d'avis. » ou « J'étais contre le projet de télétransmission dès le début et je n'ai pas changé d'avis. ».

Graphique N°16- Pyramide des âges des médecins contre la télétransmission.



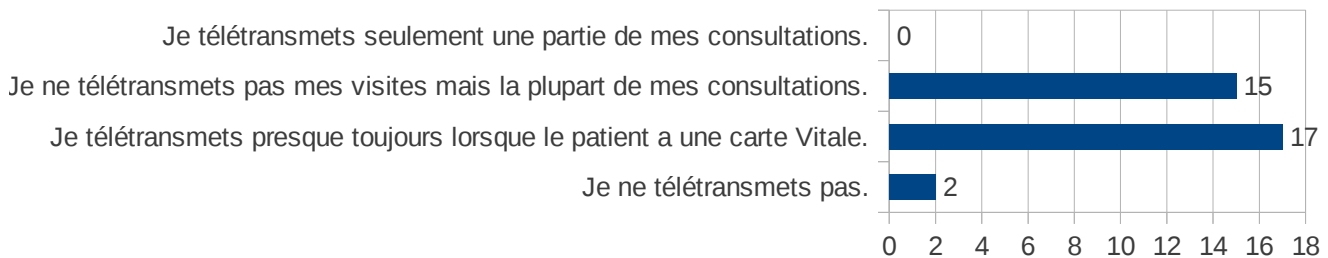
35,4% des médecins opposants à la télétransmission ont moins de 45 ans.

26,4% ont moins de 35 ans.

La plupart des médecins (61,7%) réfractaires à la télétransmission ont entre 45 et 65 ans.

Parmi eux, lorsqu'on les interroge sur la pratique de la télétransmission dans leur cabinet : 50% répondent télétransmettre leurs consultations et leurs visites. 44% déclarent télétransmettre leurs consultations seulement. Ainsi, 94% des médecins non convaincus de l'intérêt de la télétransmission sont équipés pour télétransmettre.

Graphique N°17- Les médecins opposants au principe de la télétransmission télétransmettent-ils ?



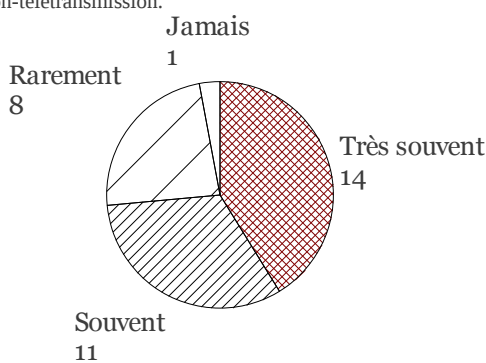
La majorité (58,8%) des médecins non-partisans de la télétransmission travaille en cabinet individuel. Et 29,4% travaille en cabinet de 2 praticiens. La répartition de l'échantillon est sensiblement identique à la population étudiée.

La télétransmission n'est pas un progrès pour 20 des médecins réfractaires soit 58%. Elle est une contrainte pour 29 parmi les 32 médecins réfractaires soit 85,4% et n'est pas une amélioration pour le quotidien des médecins pour 91,2% d'entre eux. La télétransmission n'améliore pas l'accès aux soins pour 76,4% des praticiens défavorables à la télétransmission.

Les réponses concernant la responsabilité du patient dans la non-télétransmission :

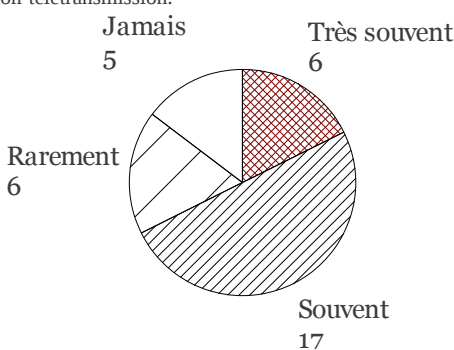
Comme dans la population globale des médecins ayant répondu à mon questionnaire, la majorité pense que la demande de carte Vitale non réalisée est rarement un frein à la télétransmission (44%).

Graphique N°18- Répartition des réponses de l'échantillon des médecins réfractaires concernant la responsabilité de l'oubli de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.



Là encore, comme dans la population générale, la majorité (41%) des médecins réfractaires pensent que, les oublis de cartes par le patient sont un motif de non-télétransmission très fréquents. 32% y voit un motif fréquent.

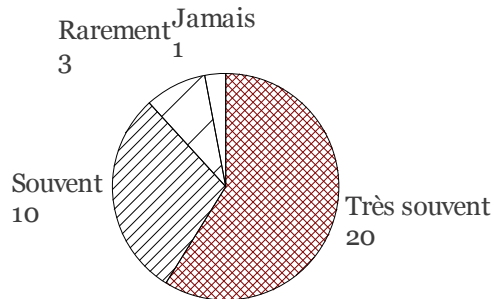
Graphique N°19- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant la responsabilité de la non mise-à-jour de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.



50% des médecins opposant à la télétransmission voient en cet oubli de mise à jour de la carte Vitale, une raison fréquente de ne pas télétransmettre. Dans la population globale, la majorité pense que c'est un motif plutôt rare.

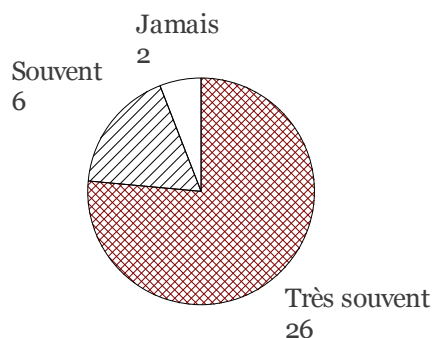
Les réponses concernant la responsabilité de la CPAM dans la non-télétransmission :

Graphique N°20- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant la responsabilité du retard de distribution de la carte Vitale par la CPAM dans la non-télétransmission.



Pour 58,8% des médecins réfractaires, l'attente de la carte Vitale par le patient alors que son dossier est complet est très fréquemment en cause dans la non-télétransmission.

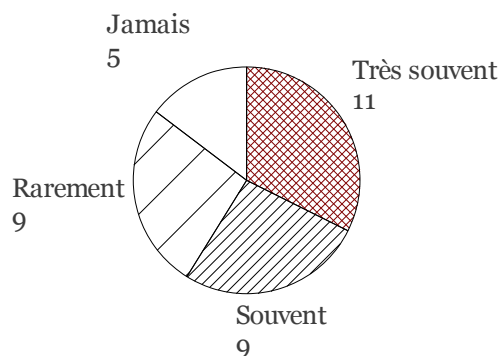
Graphique N°21- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant l'impression de faire le travail de la CPAM comme frein à la télétransmission.



76,5% des médecins pensent que très fréquemment les médecins ne télétransmettent pas car ils ont l'impression de faire le travail de la CPAM. Dans la population entière, seulement 30% pensait que ce motif était fréquent.

17,6% pensent aussi que c'est une raison fréquente de refuser la télétransmission.

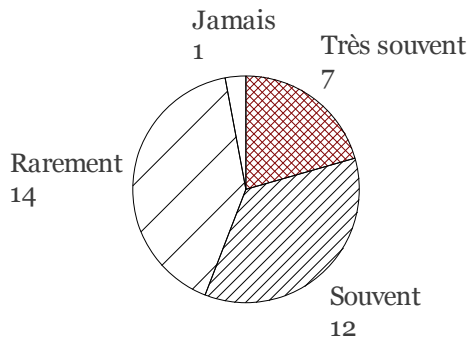
Graphique N°22- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant le fait que le temps de création de la FSE dépasse sur le temps de consultation dédié au patient.



Là encore, 32% des médecins pensent que le temps de paiement lié à la télétransmission déborde sur le temps de consultation dédié au patient et est donc un obstacle à la télétransmission de manière très fréquente..

La majorité (42%) de la population des médecins interrogés pensait que cela n'arrivait jamais.

Graphique N°23- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant l'augmentation de la fréquence des erreurs de remboursement après la création d'une FSE.



41% des médecins affirmant ne pas être partisan de la télétransmission considère que les erreurs de remboursements sont rarement en cause dans la non-télétransmission. 66% le pensait dans la population.

35% pense que cette raison de ne pas télétransmettre est fréquente contre seulement 17% dans la population entière.

Seulement 4 médecins (11,5%) parmi les 34 médecins défavorables réalisent des FSP pour s'opposer à la politique actuelle de la CPAM de manière très fréquentes et fréquentes. 12 le font rarement et 18 soit 52% ne le font jamais.

En ce qui concerne l'obtention de la prime à la performance, 27 (79 4%) médecins ont répondu qu'ils télétransmettront les 66% de FSE nécessaire. Elle n'est pas du tout une motivation pour télétransmettre pour 91% des médecins. Elle ne couvre pas les frais matériels pour 91% des médecins opposant à la télétransmission et ne couvre pas non plus le temps de travail nécessaire pour télétransmettre pour 94% des médecins.

79% des médecins hostiles à la télétransmission réalisent eux-même leur FSE et passe 45 secondes en moyenne à réaliser leur FSE.

97% d'entre eux n'ont jamais le problème du manque de matériel de télétransmission du fait de son utilisation par un confrère pour télétransmettre.

67,6% ont souscrit à un contrat de maintenance informatique pour le cabinet.

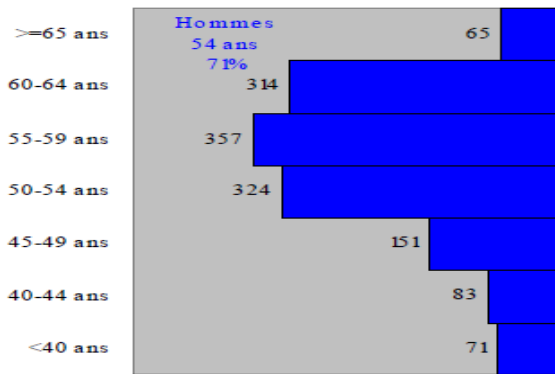
Le système de télétransmission planté est rarement en cause dans la non-télétransmission pour 58,8% des médecins de l'échantillon. Elle n'est jamais en cause pour 20,6% d'entre eux. Après une mise-à-jour, 53% des médecins réfractaires n'ont jamais de problème pour créer une FSE. 38,2% rencontre ensuite rarement des difficultés pour télétransmettre.

Les médecins contre la télétransmission ne télétransmettent pas leurs visites du fait d'un problème de lecteur SESAM-Vitale pour 64% d'entre eux et 75% des médecins affirment que ce n'est pas un problème de logiciel. Cependant, du fait du caractère non obligatoire de ces 2 questions, seulement 29 médecins ont répondu à la première et 26 à la seconde.

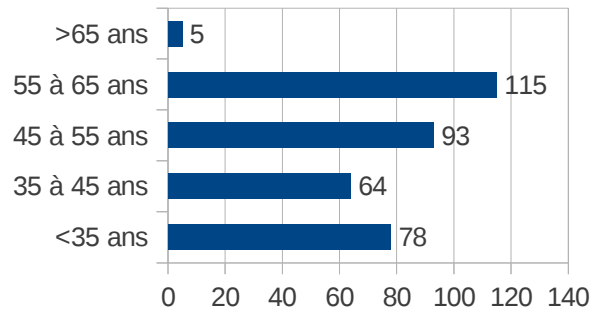
C - DISCUSSION

1 - LA POPULATION DE MÉDECINS ÉTUDIÉE.

Graphique N°24- La pyramide des âges des médecins libéraux d'Alsace en 2011



Graphique N°5- La pyramide des âges des médecins participants



La moyenne d'âge des 7750 médecins alsaciens est de 53 ans. 18% ont moins de 45 ans et 22% ont plus de 60 ans. [15] Dans ma population sélectionnée, le nombre de jeune médecin est plus important que dans la population générale étudiée. 40% ont moins de 45 ans. Un biais de sélection est donc possible.

Le taux d'informatisation des médecins généralistes a été démontré variable en fonction de la classe d'âge à laquelle ils appartiennent. [16] Il est possible que, en envoyant une invitation à répondre à un questionnaire en ligne via la boîte mail, on sélectionne davantage de jeunes médecins du fait de leur pratique plus courante des outils informatiques. Cependant, les jeunes médecins ne semblent pas davantage partisans de la télétransmission puisque notre échantillon de médecins mécontents du fonctionnement actuelle de la télétransmission compte également beaucoup de jeunes médecins : 35,4% des médecins opposants à la télétransmission ont moins de 45 ans et ...26,4% ont moins de 35 ans !

2 - LA TÉLÉTRANSMISSION : UN PROGRÈS? UNE CONTRAINTE ? UNE AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS ?

La majorité des médecins considèrent que télétransmettre est un progrès sans être une contrainte. Les remboursements sont plus rapides pour le médecin qui pratique le tiers payant, et c'est une pratique courante en Alsace au-delà des cas obligatoires, comme pour le patient lorsqu'il règle la totalité de la consultation.

Elle a surtout comme progrès de faciliter le tiers payant avec les différents avantages que cela peut représenter pour le médecin :

- Moins d'impayés pour les spécialistes qui réalisent parfois des actes coûteux.

- Moins d'argent en caisse, moins de chèques nécessitant des bordereaux de remise en banque.
- Plus de sécurité pour les patients déments ou sous mesure de protection, le risque d'être accusé d'abus de confiance est minimisé.
- Pas de stockage de FSP avec ainsi moins de risque de les égarer.

Mais, pour la minorité des médecins non convaincu par ce nouveau système, la télétransmission n'est pas un progrès. Elle est même une contrainte et n'est pas une amélioration pour le quotidien des médecins pour la plupart d'entre eux. Pour eux, la télétransmission n'est en effet pas à la hauteur du progrès annoncé. Dans leurs commentaires, on peut lire que si le projet théorique de télétransmettre était une idée très prometteuse pour tous, elle s'est révélée être trop contraignante dans de sa mise en place du fait de décisions délétères car trop peu étudiées avant sa mise en pratique et non discutées avec le corps médical au préalable.

L'accès aux soins pour les patients n'est pas favorisé par la télétransmission directement mais, par le fait que la télétransmission favorise le tiers-payant qui elle, favoriserait l'accès aux soins. Mais, pour beaucoup de médecins ayant exprimé leur avis dans mon questionnaire, cette question d'améliorer l'accès aux soins est plutôt un argument sans preuve pour inciter à la télétransmission. *« il ne faut pas confondre l'accès aux soins avec le paiement des actes par la caisse : le médecin ne peut pas refuser les soins à un patient en situation précaire et il les dispense immédiatement, tandis que les caisses payent le travail de ce médecin avec une lenteur habituelle, parfois partiellement quand le dossier administratif du malade n'était pas à jour. »*

Certains médecins parlent également dans leur commentaire de *« l'abus d'accès aux soins »*. La télétransmission en favorisant le tiers-payant a *« induit des comportements et des opinions détestables de la part de certains patients notamment pour ceux qui estiment normal de n'avoir plus rien à payer (ALD ou CMU) : "j'ai la carte, je ne paye pas". Les patients exigent de plus en plus le tiers payant ! »*.

3 - LA RESPONSABILITÉ DES PATIENTS DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION

Les avantages de la télétransmission pour le patient sont indéniables .Elle améliore la qualité de services rendus aux assurés sociaux par une simplification des procédures de remboursements. Elle permet l'économie des frais d'affranchissement et des remboursements plus rapides.

Mais, encore faut-il qu'il apporte sa carte Vitale à chaque consultation !

En 2004, Mohammed Ahssaini après enquête auprès des médecins généralistes dans la cadre de sa thèse [16], estimait que les médecins pensaient à 64,7% que la principale cause de non-télétransmission est liée au refus de la profession à utiliser la carte Vitale et le système SESAM-Vitale et parmi eux, 69,7 % pensait que l'oubli de la carte Vitale par le patient était un facteur aggravant. 11,8% des médecins pensaient tout de même que la non-télétransmission était uniquement imputable au patient.

Dans notre étude, on voit que la responsabilité du patient dans la non-télétransmission est réel. Pour les médecins contre la télétransmission, la part de non-télétransmission imputé au patient est plus importante notamment lorsqu'il ne met pas sa carte à jour. Mais, l'incidence en termes de fréquence de la responsabilité des patients est plutôt variable d'un médecin à l'autre. Elle s'explique probablement par la différence de patientèle.

Pour les médecins, le patient qui oublie sa carte n'est pas seul responsable :

- Le rôle de la carte Vitale n'est pas encore toujours bien compris pour tous les patients. Certains pensent que de toutes façons « *ils "sont dans l'ordinateur"* » et que donc le médecin n'a pas besoin de la carte. Ils ont en effet trop peu informé du fonctionnement de la carte Vitale et ne connaissent pas le système de télétransmission pour la plupart. Mais est-ce aux médecins de les sensibiliser ?

- Pour des raisons économiques, la carte Vitale est une carte de type « familial », c'est-à-dire contenant les données administratives de l'assuré ouvrant droit et des bénéficiaires ayants droit (conjoint et enfants). Ce qui ne favorise pas du tout la présentation de la carte à chaque consultation médicale. Pour beaucoup des enfants examinés, le parent présent à la consultation n'a pas comme ayant droit l'enfant examiné sur sa carte. Il serait tellement plus facile que l'enfant apparaisse systématiquement sur la carte des deux parents ! Surtout si les parents sont séparés...

Les médecins font remarquer que bien souvent, les patients qui n'apportent pas leur carte ou n'en possèdent pas sont les bénéficiaires de la CMU-C (Couverture Médicale Universelle Complémentaire) [17]. Les titulaires de la CMU-C bénéficient d'une dispense d'avance des frais et ainsi les professionnels de santé consultés sont dans l'obligation de pratiquer le tiers payant. Les rejets des remboursements ne concernent donc que le professionnel de santé, l'assuré n'ayant rien déboursé. La cause de rejet la plus fréquente correspond à une mention "CMU-C" portée par le professionnel alors que l'intéressé n'y est plus. Il est vrai que pendant le temps contraint d'une consultation il est difficile pour le professionnel de santé de savoir précisément si le patient est toujours en CMU-C. Souvent ce dernier n'a pas d'argent et déclare que le dossier est en cours...

L'une des difficultés majeures dans cette situation résulte dans les attestations-papier ou les cartes Vitale non mises à jour et qui mentionnent toujours le bénéfice de la CMU-C alors que le bénéficiaire n'y a plus droit. Le professionnel effectue un acte en tiers-payant qui ne lui est que partiellement remboursé, à hauteur de la part obligatoire uniquement...et avec éventuellement une pénalité pour non-respect du parcours de soin car effet, les bénéficiaires de la CMU-C respectent également moins le parcours de soins que les autres assurés [17].

La question du « pourquoi » ces personnes plus fragiles apportent moins souvent ou mettent moins souvent à jour leur carte Vitale en consultation reste en suspend. Manque de motivations puisque le tiers-payant pour eux est systématique ? Ou difficultés de constituer un dossier complet auprès de la CPAM ?

La télétransmission sans carte Vitale est possible depuis longue date. Elle est dite « en dégradé ». Elle permet d'effectuer des facturations via le logiciel SESAM-Vitale avec la Carte de Professionnel de Santé (CPS) mais, en l'absence de la carte vitale du patient. Il est cependant nécessaire via ce mode, d'envoyer dans un délai bref la FSP, parallèlement au flux électronique à la CPAM pour qu'elle puisse effectuer le remboursement. Ceci peut expliquer le désintérêt courant pour ce mode de télétransmission. « *Je télétransmets aussi mes visites sans lecteur mobile, et tous les actes lorsque le patient n'a pas sa Carte Vitale, si tant est que ses droits n'aient pas été modifiés. C'est laborieux en raison de l'attitude de la CPAM devant ce mode de création de FSE, mais cela permet de respecter les taux de FSE pour percevoir l'indemnité annuelle, sans investir dans le matériel mobile* ».

« *Je télétransmets en dégradé pour mes patients vus en visite, qui ont oublié leur carte ou qui sont en attente de carte mais, qui me présente une attestation de droit. Ceci permet un remboursement aussi rapide qu'avec une FSE mais m'oblige à éditer une feuille papier qui une fois signée par le patient doit être adressé à la CPAM avec tous les tracas de cocher correctement si c'est le régime Alsace Lorraine (90%) avec un nombre incalculable de retour de FSE à corriger.* »

Cette télétransmission sans carte a suscité de nombreuses polémiques sur l'intérêt même de la carte Vitale surtout chez les pharmaciens puisqu'ils transmettent leurs FSE depuis longtemps sans carte Vitale [18]. Pour eux, les informations contenues sur la carte Vitale 1 puis la carte Vitale 2 n'apporte rien par rapport à celles contenues sur la carte papier. En effet, s'il est possible télétransmettre sans carte, à quoi bon dépenser autant d'argent pour équiper toute la population en carte Vitale ? Le responsable que tous pointent du doigt, est l'industrie de la carte à puce, qui ayant obtenu au départ du projet un quasi-monopole quant à la production des cartes et des lecteurs, est soupçonnée d'avoir « poussé au crime ».

4 - LA RESPONSABILITÉ DE LA CPAM DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

La télétransmission est un sujet sensible chez les médecins car elle leur a été prescrite comme une potion à ingurgiter de gré ou de force par les ordonnances Juppé d'avril 1996. Aucune concertation n'avait été entreprise à l'époque avec les professionnels de santé avant de débiter le projet. L'intérêt de télétransmettre pour les médecins semble moins évident que pour les patients. Surtout si le praticien ne pratique pas le tiers-payant. Il est vrai que le médecin est dispensé de remplir manuellement les FSP mais, en même temps, il lui est confié la responsabilité d'acheminer la FSE jusqu'aux caisses et de contrôler le bon remboursement de sa consultation.

Pour les caisses, la télétransmission permet de rendre le fonctionnement administratif de l'assurance maladie plus efficace, plus rapide et moins onéreux en substituant à la FSP une FSE. Cependant, les dépenses de gestions ne correspondent qu'à 5% des coûts de l'assurance maladie, l'effort de maîtrise de ces coûts doit d'abord porter sur les prestations.

Ainsi, SESAM-Vitale, élaboré dans le cadre de la restructuration du système de santé français, doit permettre, notamment par l'intermédiaire du codage des actes et des pathologies, de mieux connaître les pratiques médicales afin d'élaborer une politique

budgétaire adaptée dans le but d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le corps médical a voulu s'opposer à sa « mise sous surveillance » avec la généralisation du système SESAM-Vitale qui selon eux risquait à terme d'en faire un système uniquement comptable de la santé. Refuser SESAM-Vitale, ce fut une manière pour les généralistes de refuser ce qui allait diminuer leur indépendance professionnelle. [19]

De plus, la télétransmission de FSE crée un lien direct entre les médecins et la CNAM renforçant le sentiment que leur autonomie et leur indépendance ne fait que décroître. « *Il est clair que nous sommes devenus des agents de la sécu: d'ailleurs, si le patient est "mal" remboursé et qu'il téléphone à la CPAM pour avoir des explications, celle-ci lui répond : "c'est votre docteur qui s'est trompé" »*

Une augmentation du temps de travail pour télétransmettre.

Les médecins affirment majoritairement qu'ils font le travail de saisie des feuilles de soins à la place des caisses. Or, la création d'une FSE n'est pas si automatique. Cela ne se résume pas « à appuyer sur la touche "Enter" ». Les médecins ayant répondu au questionnaire passe en moyenne 34 secondes pour réaliser une FSE et 45 secondes pour les médecins récalcitrants. Annabel Sanselme retrouvait, début 2010[20], une moyenne de 65 secondes pour créer une FSE dans un cabinet de médecine générale, en chronométrant elle-même. Peut-être est-ce l'amélioration des logiciels ou/et l'expérience des médecins dans ce domaine depuis ces deux dernières années qui se fait sentir !?

Le gain économique de traitement des FSP venté par les services administratifs de la CPAM fait bouder les professionnels de santé puisque concrètement, le travail de secrétariat retiré à la sécurité sociale leur est offert en plus de leur activité de santé. « *La CPAM peu remercier les médecins de faire leurs boulots a sa place à un tarif défiant toute concurrence !!!!!* »

Pour 58% des médecins contre la télétransmission, le fait que la réalisation de la FSE prennent du temps est un motif de non-télétransmission fréquente voir très fréquente. Seulement 25% de la population étudiée le pensait. Si la télétransmission se fait pour eux au détriment du temps consacré au patient, on comprend aisément leur réticence au système !

Dans leurs commentaires, les médecins signalent que l'opération est encore plus complexe et chronophage depuis l'introduction du "Parcours de Soins Coordonnés" en janvier 2006 qui nécessite que le patient ait choisi un médecin traitant. La carte Vitale ne signale pas l'absence de médecin traitant lorsqu'elle est lue. Les médecins revendiquent de l'Assurance maladie, qu'elle fasse descendre l'information du respect ou non du parcours coordonné, automatiquement dans les logiciels de facturation, ce qui gagnerait un temps précieux.

Le temps passé à télétransmettre ne se résume pas au seul temps de réalisation de la FSE. On doit y ajouter le temps de recherche de la carte Vitale par le patient, qui n'est pas négligeable d'après les commentaires des médecins laissés sur les espaces d'expressions libres de mon questionnaire. « *"Je suis sûr que je l'avais !" et on fouille dans le sac, puis dans les poches, puis on recommence à fouiller dans le sac :"* vous êtes sûr que je ne vous

l'ai pas déjà donnée", etc... ». Et expliquer au patient comment va se passer le remboursement, ou encore quelle somme du fait du tiers payant il doit régler, prend également un certain temps. Surtout en Alsace où les patients peuvent bénéficier d'un régime local ou bien général. *« Combien de temps croyez-vous qu'il faille pour expliquer à un Turc, pourquoi lui au régime local va régler 2,30 euros en tiers payant alors que sa femme, au régime général, va payer 6,90 euros... »*

Le contrôle des remboursements indispensable.

Par ailleurs, les médecins reprochent à la CPAM sa « mauvaise foi ». Puisqu'ils pratiquent de plus en plus le tiers payant, les médecins doivent en effet, de plus en plus, traiter directement avec la CPAM pour pouvoir être remboursé. Or, les médecins condamnent le manque d'accessibilité ou plutôt la lenteur d'accessibilité de la Caisse en cas de problème.

« En cas d'anomalies de FSE, celle-ci n'est signalée par la CPAM que plusieurs semaines plus tard et par des courriers difficilement compréhensibles puisque codés en langage sécu ». « Le recours est impossible ! les responsables sont planqués derrière des filtres téléphoniques ou carrément absents ! ».

En pratiquant la télétransmission, les médecins « bénéficient » également du retour « NOEMIE ». C'est un dispositif qui permet la transmission d'échanges numériques entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé qui présente de nombreux avantages d'après la CPAM:[21]

- Rapidité du retour d'information de paiements et connaissance immédiate des motifs de rejets,
- Liaisons informatiques fréquentes voire quotidiennes,
- Factures épurées automatiquement au fur et à mesure de leur traitement par les caisses gestionnaires.

Depuis le 30 mai 2011, les envois de bordereau de paiement papier sont supprimés. *« la caisse n'envoie plus le détail des règlements en format papier, ce qui complique singulièrement les vérifications. »*

Et malheureusement, les problèmes à la base d'un mauvais remboursement ou d'un retour NOEMIE ne semblent pas si rares : changement de régimes, changement de caisse d'affiliation, droits non ouverts, médecin traitant non enregistré par la caisse... La réalisation de la FSE entraînant des erreurs de paiements sont un motif fréquent et très fréquent de non-télétransmission voire pour 55,5% des médecins réfractaires à la télétransmission. Selon les caisses, 8 à 15 % des consultations chez un généraliste sont frappées d'une pénalité. C'est encore plus pour les spécialistes.[22].

« Des minorations de paiements sont souvent appliqués en toute opacité et des feuilles de soins sont parfois rejetées pour des raisons futiles ou incomprises »

« Il paraît qu'il y a des erreurs de paiement mais je n'ai jamais vraiment trouvé le courage de vérifier ! "je suis abattu", "épuisé", "knock down", en "burn out", rien qu'à l'idée de

devoir vérifier... Et pourtant ce sont mes sous ! C'est encore plus grave ! Combien rapporte cette négligence à la CPAM ? »

« C'est inadmissible que le médecin traitant ne soit pas transmis automatiquement lors du changement de caisse ». En effet, lors d'un changement de caisse, on remarque que le médecin traitant n'est pas reconduit automatiquement d'une caisse à l'autre. Il est nécessaire d'envoyer à nouveau le formulaire de choix du médecin traitant... sous forme papier ! Les caisses l'imposent.

Depuis 2006, La CNAMS souligne que les professionnels de santé peuvent interroger les informations administratives détenues par les Caisses, ainsi que des données de paiement et des informations concernant leurs patients (notamment l'information médecin traitant déclaré ou non) directement sur son site Ameli.fr grâce à un espace Compte de professionnel de santé en ligne appelé « Espace Pro ». La connexion est possible avec ou sans la carte CPS. Les professionnels de santé peuvent alors suivre en temps réel les paiements en tiers payant, commander les formulaires, s'informer sur les droits à l'assurance maladie de ses patients ou encore contacter en ligne la caisse d'Assurance Maladie.

Mais, pour beaucoup de médecins, la vérification des droits sur le site s'avère plutôt compliqué et chronophage pour les informations dont ils bénéficieront en retour : disponibilité du site, lenteur de chargement des pages, données non mise-à-jour par les caisses, régimes RSI, étudiants, SNCF non disponibles...

« AMELI n'est pas toujours mis à jour en temps réel... Voir le nombre "" qu'il peut y avoir...et "*" signifie "non renseigné" ! ».*

« Leurs serveurs sont "en carafe" trois fois sur quatre et quand ils ne le sont pas, la démarche est chronophage et plante encore souvent avant la fin ! Pourtant de mon côté, l'informatique est à la pointe de ce qui se fait et tout est à jour ! »

« Leur logiciel en ligne tellement lent. Irritant alors que dans le principe, C'est génial ! »

Les médecins aimeraient également que les associés soient reconnus comme médecin traitant dans un cabinet de groupe, à partir du moment où un patient signe sa déclaration de médecin traitant avec l'un ou l'autre des associés. Or, à ce jour, même si la loi de décembre 2005 [23], la CPAM ne peut y parvenir pour des raisons d'ordre technique... mais, ceci engendre des problèmes de remboursement assez fréquents qui ne manquent pas d'agacer beaucoup les professionnels de santé. *« Comme la caisse fait supporter financièrement aux médecins les erreurs de remboursement liés aux non-respect du parcours de soins par les patients du fait de la généralisation du tiers payant, à nous les emmerdes de vérification de paiement ! de réclamations compliquées ! et les consultations remboursées 11 euros au lieu de 23... »*

La CPAM elle-même manquerait de compétence d'après plusieurs médecins ayant répondu à mon questionnaire. *« j'ai des patients qui travaillent à la sécu et qui me décrivent un joyeux bordel ! » « Les dossiers d'ouverture font des allez-retour en fonction de la bonne volonté des assistants sociaux débordés ou qui se heurtent comme les toubibs à des messages via courriel ou personne ne répond ou après X-temps ».*

Et il semblerait que la CPAM égare régulièrement des pièces de dossier de patients... ?! Ils sont plusieurs médecins à en parler. Un médecin affirme même que « *la CPAM dit "perdre les dossiers" dans 30 % des cas* »

« il y a encore 5 ans dans le bénéfice du doute on nous payait la consultation effectuée. Aujourd'hui, on n'est plus payé et il y a même une pénalité si on atteint pas les 66%. Est-ce une façon de traiter un partenaire ?! »

L'attribution des cartes aux assurés.

« 15 jours au moins pour recevoir le formulaire de demande de Carte Vitale, 3 semaines à 3 ans pour la recevoir (Record d'une patiente : 7 demandes, dont 2 en recommandé avec Accusé de Réception) »

« Il existe un manque de contact entre la CPAM et le patient. Il est difficile de savoir si le dossier de demande de carte Vitale est incomplet. »

Le principal frein à la télétransmission émanant de la CPAM est le retard ou l'absence de distribution des cartes Vitales aux usagers du système de soins. Le délai de remplacement de la carte défectueuse ou la réalisation de la première carte pour un jeune de 16 ans ou pour un nouveau bénéficiaire est beaucoup trop long. Les cartes sont « *dans un état épouvantable* ». Le régime étudiant ne fournit souvent pas de carte avant la fin des études. « *ce sont les mutuelles étudiantes les pires : totalement hors jeu. Elles devraient être sanctionnées !!!* » Pour un nourrisson, un délai de 2 mois en moyenne est nécessaire pour « apparaître » sur la carte d'un des deux parents. Certains patients n'auront même jamais de carte Vitale. « *Les patients qui bénéficient de l'A.M.E. (Aide Médicale d'Etat) sont des patients qui n'ont pas de carte Vitale, et tous ceux qui ont un numéro de sécurité sociale provisoire... Mais qui dure des années !?* »

Les médecins affirment très majoritairement que ce manque de d'attribution de carte est un obstacle à la télétransmission très fréquent. Dans les commentaires libres, on me rapporte que le délai d'attente de la carte se compte en mois...et peut être de plus de 8 mois ! On peut lire beaucoup d'incompréhension par rapport à ces délais d'attribution de carte incroyablement longs : « *les banques sont capables de délivrer en moins de 10 jours une carte bancaire... La carte vitale n'est pas plus compliquée à faire à partir du moment où la personne est dans les fichiers d'assurés !* »

Le déploiement des cartes Vitale 2 est conditionné par la disponibilité du système de production des cartes (IEC ou Infrastructure d'Émission des Cartes) ainsi que ses outils de pilotage : Portail d'Émission des Cartes, gestion des ordres de personnalisation, système de gestion technique des cartes, statistiques de production... L'IEC constitue le cœur de la coordination entre les organismes d'Assurance Maladie demandeurs de cartes, le numériseur de photos et les ateliers qui personnalisent les cartes.

Du fait du nombre important d'intervenant, on peut comprendre que la production d'une carte Vitale 2 peut prendre du retard à un moment ou à l'autre de la chaîne. (Annexe 3)

« Délais hallucinants et scandaleux pour renouveler une Carte Vitale. Certains patients l'ont attendu deux ans. L'excuse invoquée par la CPAM est toujours la même : ce n'est pas nous qui éditons les cartes. »

Le renouvellement des cartes pourrait être grandement amélioré si le patient pouvait garder son ancienne carte le temps que la nouvelle soit réalisée. Mais, ceci augmenterait d'après la caisse, le risque de fraude...

Les mesures incitatives de la CPAM.

La plupart des médecins interrogés pensent télétransmettre les 66% requis pour toucher la prime portant sur l'organisation du cabinet. Mais, contrairement à l'objectif de la CPAM, cette prime ne joue en rien son rôle d'incitation !

Cette prime n'est pas une rémunération suffisante pour être incitative. La majorité des médecins considère qu'elle ne couvre ni les frais matériels pour télétransmettre ni le temps de travail requis pour télétransmettre du fait des problèmes liés à la télétransmission qui prennent beaucoup de temps et d'énergie à résoudre...

Un des deux médecins qui ne télétransmet pas du tout avance l'argument dans les commentaires libres du coût d'investissement dans la télétransmission non prise en charge par la CPAM qui lui impose pourtant de télétransmettre. On peut imaginer du fait de son âge supérieur à 65 ans, que télétransmettre nécessitera pour lui une charge supplémentaire de temps et d'énergie par rapport à un confrère plus jeune. Il est donc compréhensible que en l'absence d'aides ou d'incitations vraies de la CPAM, il ne prendra pas le risque d'investir autant dans un système qui ne lui est pas indispensable.

« il ne reste pratiquement aucune incitation à effectuer des FSE; mais comme l'habitude a été prise, on continue, pour faciliter les remboursements des patients (qui sont à jour); maintenant que ce transfert de "compétences" entre les administratifs de la CPAM et les médecins s'est imposé, on attend le prochain... »

« Toutes ces mesures sont loin d'être suffisantes car il nous est imposé des matériels et logiciels très onéreux et dont les fabricants ont bien compris qu'il y avait de l'argent à faire. Exemple : je paye plus de 800€/an juste pour les mises à jour de mes logiciels (qui à la base coûtent un bras). Il faut ajouter le prix de la maintenance et le temps que ça me prend de tout faire (mise-à-jour des dossiers notamment) »

« il vaut mieux le considérer comme un outil de travail mais on peut-y être de sa poche ! »

« En vrai, nous télétransmettons bénévolement. La seule justification est un tiers payant qui marche (en Alsace), la seule vraie incitation est de faciliter la vie des patients »

« que la CPAM fournisse le matériel adéquat, qu'elle en assure la maintenance, et qu'elle nous rémunère ensuite au temps passé »

Les médecins interrogés dans ce questionnaire trouvent le chiffre des 66% de FSE télétransmises nécessaire pour toucher la prime à la performance, totalement arbitraire. Si la majeure partie télétransmettent plus des 2/3 de leur FSE, ce n'est pas du tout dans

l'objectif d'atteindre le seuil des 66% fixé par la CPAM mais bien parce que la télétransmission rend service à leurs patients.

Quelques praticiens pensent que ce chiffre est injuste et non représentatifs des efforts réalisés pour télétransmettre.

« Alors que je suis pour la télétransmission, et réalise systématiquement une FSE quand j'ai une carte vitale, au risque de la forcer si elle n'est pas à jour et d'être mal payée, j'ai du mal à atteindre les 66%. Je trouve cette mesure injuste, et non représentative de la motivation réelle du praticien »

« En 2010 j'ai fait 55% de télétrans., il suffit de 2 semaines avec un remplaçant qui ne manie pas bien le logiciel et les chiffres chutent... »

5 - L'ORGANISATION DU CABINET DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

On remarque que la grande majorité des médecins ayant répondu à mon questionnaire, réalisent eux-même les FSE au cours de temps de consultation.

Les médecins travaillant en cabinet de groupe bénéficient plus souvent des services d'une secrétaire. Pourtant, la plupart de ces médecins répondent que leur secrétaire ne réalise aucune FSE dans leur cabinet de groupe.

Pourquoi ne pas laisser cette tâche aux secrétaires plus souvent ? Réaliser une FSE est typiquement un travail de secrétariat. Elles sont formées à ce type d'outil au cours de leur formation contrairement aux médecins. Elles réalisent une FSE d'ailleurs plus efficacement que les médecins. D'après les conclusions de l'enquête de Annabel Sanselme[20], une secrétaire met deux fois moins de temps qu'un médecin pour créer une FSE. Mais, encore faut-il avoir les moyens financiers d'employer une secrétaire à plein temps !

« Je ne fais jamais de FSE, c'est le travail des hôtesse d'accueil, si bien que je ne consacre que très rarement du temps à cette tâche et me consacre au seul travail médical ... »

« La carte Vitale et le tiers-payant nécessitent l'emploi d'une secrétaire pour le gérer, sinon je fais le travail de la caisse à la place de ma consultation. »

Un des médecins, affirmant ne pas télétransmettre, met clairement l'organisation de son cabinet médical comme cause dans sa non-télétransmission. Du fait de son exercice médical dans plusieurs boxes en parallèle, la télétransmission lui imposerait d'avoir plusieurs postes de connexion au réseau SESAM-Vitale. Mais, il ne peut bénéficier que d'une seule carte CPS. Se connecter puis se déconnecter à chaque consultation lui paraît largement trop fastidieux. Acheter un lecteur de carte mobile ne lui semble pas intéressant non plus du fait de son prix élevé et surtout par crainte de l'égarer et de perdre du temps à remettre la main dessus entre deux consultations.

Un certain nombre de médecins utilisent en effet plusieurs bureaux de consultation pour gagner du temps (par exemple, les pédiatres pour laisser aux mères le temps de déshabillée et rhabiller l'enfant..) et peuvent ainsi rencontrer des difficultés pour télétransmettre. La

plupart des médecins travaillant en groupe n'ont par contre, aucune difficulté d'après l'enquête à se partager le matériel de télétransmission.

Les médecins ont répondu majoritairement qu'ils ne télétransmettaient pas leur visites pour des raisons matérielles et non logicielles. Les médecins n'ont majoritairement pas investis dans un lecteur portable. Les raisons sont pour beaucoup le coût du lecteur portable, sa fragilité et son encombrement. *« je n'ai pas envie d'acheter de ma poche du matériel pour télétransmettre les visites et qui va en plus m'encombrer ! »*

« Il est préjudiciable que les lecteurs de cartes vitales soient le monopole de quelques entreprises : leur prix est malheureusement exorbitant pour une qualité technologique très faible (surtout les TLA) »

Pour d'autres, ne pas télétransmettre les visites est une manière d'inciter les patients à se déplacer au cabinet. Et oui, les visites ne sont pas du tout avantageuses pour un médecin ! Ils font donc de moins en moins de visites et considèrent de ce fait qu'ils n'ont pas d'avantages à acheter le lecteur portable. Quelques-uns font toutefois de la télétransmission en mode dégradé sans carte Vitale et préparent les FSP avant de se rendre chez leurs patients.

6 - LA RESPONSABILITÉ DU SYSTÈME INFORMATIQUE DANS LA NON-TÉLÉTRANSMISSION.

Pour beaucoup de médecins, le matériel de télétransmission, aurait du être fourni par la CPAM avec un logiciel unique pour tous et une maintenance de leur ressort. *« Là où je suis installé l'ADSL est inexistant : comment peut-on imposer les FSE si on ne s'occupe pas de l'outil de télétransmission ? »*

« c'est indécent et maladroit d'offrir autant de carte Vitale gratuite sans offrir un seul avantage pour le médecin »

« Comme je travaille sur mac, si j'appelle la cpam, on me dit "voyez avec votre informaticien", »

« Si seulement la caisse avait bien voulu conseiller un module unique pour tout le monde, du coup notre interlocuteur serait la caisse et non pas une société qui répond quand elle en a envie ! »

La multiplicité des logiciels et des lecteurs de cartes, les soucis de compatibilité entre eux ainsi que les approximations d'un système encore trop perfectible ont appelé les médecins au boycott de SESAM-Vitale en 1999.

Dans notre enquête, les médecins répondent majoritairement que les logiciels sont rarement en cause dans la non-télétransmission et que le changement de version n'entraîne jamais de FSP. Mais, ils dénoncent dans leurs commentaires que les coûts en temps et en argent concernant les mise-à-jours et la compatibilité entre les logiciels et le matériel.

« On ne peut pas contester le principe de la télétransmission selon l'évolution technologique et les progrès en rapidité et traitement de l'information. Par contre l'achat, la maintenance, les compatibilités entre les différentes applications, (express-vitale, espace-pro, DMP) ne sont pas maîtrisées et conduisent à des pannes et interventions coûteuses injustifiables... »

« Mon logiciel de Télétransmission répond au cahier des charges Sesam-Vitale 1.40 et ne me permet pas d'accéder à l'espace Pro d'Ameli "nouvelle formule" et m'empêche donc de remplir les formulaires en ligne. Pour cela, une mise à jour de Médistory est nécessaire, mais la nouvelle version ne tourne pas sur mon Mac Mini Power PC G4 qui me donne pourtant encore entière satisfaction. La mise à jour (logicielle + matérielle) me reviendrait à environ 3000€ pour rendre service à le CPAM ??? Pourquoi les éditeurs rendent incompatibles les nouveaux logiciels avec les anciens systèmes d'exploitation, Gaspillage !!! »

7 - ET LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS ?

Une étude à base d'entretiens réalisée en 2007 pour la caisse primaire d'assurance maladie de Paris auprès de 16 médecins peu ou prou réfractaires à SESAM Vitale [7] et les a classé en :

- « insoumis / révoltés », qui affichent une franche hostilité vis-à-vis d'un système qu'ils perçoivent comme allant à l'encontre de leur éthique médicale ;
- « conservateurs / traditionalistes », qui refusent l'informatique et tout changement dans leur culture « papier et oral », avec la peur d'une technique non maîtrisée et du « virtuel » ;
- « prudents », qui, très « experts » avec leur système et leurs logiciels informatiques très performants, refusent d'être déstabilisés par une télétransmission risquant d'entraîner un remaniement, voire un renouvellement, de leurs outils actuels ;
- « calculateurs », qui ne veulent pas investir dans un système qui (selon eux) ne leur offre ni avantages, ni bénéfices - mise en avant d'une raison économique qui peut cacher des motivations plus obscures ;
- « débordés », qui n'ont pas de temps à consacrer à l'installation du système de télétransmission ou à sa maintenance (RV à prendre, choix du matériel, hotline...).

On appréciera les éléments de langage très dévalorisants !

Cinq années après, qu'en est-il ?

Dans les résultats de notre enquête, seul un des deux médecins affirmant ne pas télétransmettre du tout, met en avant une franche hostilité envers le système. Ce médecin à plus de 65 ans mais, utilise une boîte mail. Il n'est donc pas aussi « traditionaliste » qu'on pourrait l'admettre. Sans doute plutôt fait-il parti du groupe des « calculateurs ». Avec comme raisons plus « obscures », un manque d'incitations de la part de la CPAM pour le convaincre d'utiliser un système dont il juge n'avoir nul besoin.

Dans notre enquête, très peu de médecins se montrent « hostiles » à SESAM-Vitale. Seul 10% des médecins ont affirmé n'avoir jamais été partisan de ce système ou être devenu contre après utilisation. Ses médecins réfractaires pratiquent cependant autant qu'ils le peuvent la télétransmission se rendant bien compte des avantages pour leur patient puisque seulement 2 médecins sur les 355 interrogés ne télétransmettent pas.

La plupart des médecins sont informatisés actuellement. Une étude auprès des médecins libéraux dans le Poitou Charente[24] montre que 97% des médecins utilisent un système informatique dans leur cabinet. L'informatisation de la pratique médicale n'est pas une utopie. Il apparaît que le médecin peut s'approprier rapidement l'outil informatique, qui lui apporte alors une aide dans sa pratique quotidienne. Un an d'utilisation semble souvent suffisant pour intégrer l'ordinateur dans la consultation et le rendre indispensable à la pratique du médecin.[25]

Les technologies numériques ont un impact positif sur la pratique médicale lorsque l'on interroge les médecins. La majorité d'entre eux pensent que les technologies d'informatique médicale apportent des bénéfices incluant un meilleur accès aux données cliniques, une meilleure coordination des soins et une réduction des erreurs médicales. Mais une différence d'attitude vis-à-vis des technologies et leur apport sur les professions de santé entre les médecins de moins de 50 ans et les plus âgés persiste. Les plus jeunes sont nettement plus enclins à croire à un impact positif de l'informatique sur les différentes facettes de leurs activités.[26]

L'opposition des médecins n'est pas corrélée à leur âge dans notre étude. La distribution de l'âge des médecins appartenant à l'échantillon des réfractaires à SESAM-Vitale se différencie de celle de la population des médecins d'Alsace par un plus grand nombre de médecins d'âge inférieur à 40ans. Il est possible que les jeunes médecins, plus habitués à manipuler des technologies de pointe ne se satisfont pas d'un système qui du fait de l'évolution très rapide des technologies paraît obsolète avant même d'être appliqué dans tous les cabinets. Ils revendiquent, en s'opposant à la télétransmission une optimisation des services SESAM-Vitale.

« Système étatique créé il y a plus de 15 ans sans AUCUNE évolution. Les lecteurs sont toujours des boîtes noires communiquant avec les PC en RS232C ! »

Charge financière, de temps et de responsabilité : le médecin était jusqu'alors uniquement responsable des soins qu'il prodiguait à ses patients, il devient également responsable de son remboursement. Et d'après notre enquête, ce temps de contrôle du bon remboursement des soins n'est pas une petite partie du temps de travail si l'on comptabilise le temps de création de la FSE, le temps de maintenance informatique, et le temps de vérification de l'absence d'erreurs de traitement de l'information par les employés de la CPAM...ou les « robots » de la Sécurité sociale ! Peut-être, les médecins qui n'étaient pas « débordés » auparavant le sont devenus ?!

« Nous manquons de temps pour recevoir tous les patients qui le nécessiteraient, et le gagnerions en n'ayant plus à nous occuper des problèmes informatiques, ou de téléphoner à la CPAM pour vérifier les erreurs... »

8 - LES LIMITES DE MON QUESTIONNAIRE.

Il me semblait, lorsque j'ai construit mon questionnaire, que rendre les questions obligatoires pour pouvoir valider ses réponses, aurait amélioré les résultats de l'enquête. Mais, en réalité, c'est plutôt l'inverse qui s'est produit. Un des participants m'a d'ailleurs largement exprimé son mécontentement : « *Répondre à ce questionnaire m'a bouffé dix minutes car il faut cocher toutes les cases même si la réponse est stupide !* ». J'imagine que probablement d'autres médecins ont eu le même souci et que pour cette raison, ils ont répondu arbitrairement à certaines questions en prenant soin, cependant, de me notifier dans les commentaires libres leur avis sur la télétransmission.

Mon questionnaire aurait pu être amélioré en changeant le terme « souvent » par « parfois ».

La troisième question aurait pu être plus claire en reformulant les propositions à cocher comme ci-contre :

Dans mon cabinet médical, (case à cocher, choix unique) :

- Je ne télétransmets pas.
- Je télétransmets seulement une partie de mes consultations.
- Je ne télétransmets pas mes visites mais la plupart *ou toutes* mes consultations.
- Je télétransmets *toutes ou la plupart de mes visites et de mes consultations*.

Un des médecins m'a en effet demandé par mail ce qu'il devait répondre puisqu'il télétransmettait la totalité de ses FSE et un autre m'a laissé un commentaire pour me préciser que j'avais oublié les médecins qui télétransmettaient la totalité des consultations sans télétransmettre aucune visite.

Savoir si le médecin bénéficiait d'une secrétaire aurait également été un plus pour explorer le fait que les secrétaires ne créent que rarement les FSE.

Connaître également la spécialité (médecine générale ou médecine spécialisée) du médecin aurait permis d'étudier des freins liés aux différences d'activité médicales pratiquée.

IV - CONCLUSION

Les médecins sont pour la plupart volontaires pour télétransmettre. Pour eux, le système SESAM-Vitale est indispensable à l'heure où la dématérialisation tient une place de plus en plus grande dans notre société. Ils ne sont pas insensibles à l'avantage certain de la télétransmission pour leurs patients et pour notre Sécurité Sociale qui a bien besoin de réduire ses dépenses.

Si certains médecins se disent opposés à la télétransmission, ils expriment en réalité leur désaccord envers la mise-en place du système de télétransmission et non envers l'idée de télétransmettre puisqu'ils télétransmettent quasiment tous. Pour eux, l'utilisation de ce principe si prometteur est une déception. Le seul grand frein à la télétransmission est le cafouillage né des hésitations et des erreurs des autorités lors de la diffusion de la télétransmission à l'ensemble des professionnels de santé. La non-télétransmission résulte de problèmes d'ordre techniques et organisationnels que la CPAM n'avait pas identifiés avant la mise en pratique du projet et qui maintenant est à la charge des médecins qui utilisent le système. Si le coût de la télétransmission est souvent évoqué comme frein, c'est essentiellement le temps nécessaire à la télétransmission additionné au temps de résolution des énigmes techniques qui empêche la télétransmission de toutes les FSE par tous les médecins.

Le patient semble parfois responsable de la non-télétransmission lorsqu'il oublie d'emporter sa carte avec lui en consultation. Mais, peu de médecins le condamnent. Ils accusent davantage la CPAM de leur fournir avec du retard une carte Vitale de type familial qui ne leur facilite pas la tâche. L'assuré est d'ailleurs bien peu sensibilisé pour comprendre que sa carte Vitale est un maillon essentiel à la pratique de la télétransmission. La « e-signature du patient » serait évidemment une grande amélioration du système SESAM-Vitale et libérerait les patients de leurs obligations d'apporter leur carte vitale !

Il est évident que la question des sanctions est loin d'être une urgence aux yeux d'une grande majorité de médecins, parce qu'ils estiment qu'avant de prendre du temps à réfléchir à comment les punir, il serait préférable de leur apporter les réponses et les solutions aux contre-temps auxquels ils sont confrontés en télétransmettant. Pour eux, faciliter l'accès aux soins des patients, c'est aussi faciliter les tâches administratives des praticiens afin qu'ils puissent pleinement se consacrer aux soins et non qu'ils perdent des heures à gérer de nouvelles tracasseries ou à tenir compte de nouvelles contraintes visant souvent à soulager le travail des employés des caisses d'assurance-maladie.

Comment améliorer le délai d'attribution des cartes et sensibiliser les patients à la nécessité d'apporter leurs cartes ? De quelles manières diminuer les coûts d'investissements du matériel de télétransmission pour que même la télétransmission des visites soient systématiques ? C'est en répondant à leurs questions que l'on incitera les médecins à télétransmettre chaque jour un peu plus.

J'espère, dans mon travail de thèse, pouvoir mener ma propre enquête auprès de la CPAM pour confirmer les dysfonctionnements rapportés par les médecins et proposer des solutions afin d'améliorer les conditions de télétransmissions et favoriser la création de FSE par tous les médecins.

ANNEXES

ANNEXE 1 – LE QUESTIONNAIRE ENVOYÉ

Je suis âgé de : <35 ans, de 35 à 45 ans, de 45 à 55 ans, de 55 à 65 ans, >65 ans (menu déroulement, choix unique).

Je travaille : en cabinet individuel, en cabinet de groupe de deux praticiens, en cabinet de groupe de trois praticiens ou plus, dans plusieurs lieux d'exercice (menu déroulement, choix unique).

Dans mon cabinet médical, (case à cocher, choix unique)

- Je ne télétransmets pas.
- Je télétransmets presque toujours lorsque le patient a une carte Vitale.
- Je ne télétransmets pas mes visites mais la plupart de mes consultations.
- Je télétransmets seulement une partie de mes consultations.

Pour vous, la télétransmission est:

	Oui	Non	Ne sais pas
un progrès ?			
une contrainte ?			
une amélioration pour le quotidien du médecin ?			
une amélioration pour l'accès aux soins ?			

Dans quelles situations, dans votre cabinet, le patient est-il responsable de la rédaction d'une feuille de soins papier ?

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
Les démarches de demande de carte Vitale n'ont pas été réalisées				
Le patient a oublié sa carte				
La carte n'est pas à jour				

Dans quelles situations, à votre cabinet, la CPAM est-elle un frein à la télétransmission et nécessite que vous rédigiez une feuille de soins papier ?

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
Le patient n'a pas encore reçu sa carte Vitale.				
Je réalise des feuilles de soins papier pour exprimer mon désaccord envers la politique de télétransmission actuelle.				
J'ai l'impression de faire le travail de la CPAM.				
Le temps du paiement déborde sur le temps de consultation dédié au patient.				
La réalisation de la FSE entraîne des erreurs de paiements.				

Depuis la nouvelle convention médicale, signée le 26 juillet 2011, pour bénéficier de la rémunération sur objectifs d'organisation du cabinet en 2012 (et donc d'une rémunération de la télétransmission), il convient de télétransmettre 66 % au moins de feuilles de soins.

	Oui	Non	Ne sais pas
Pensez-vous télétransmettre plus de 66% de vos feuilles de soins?			
Obtenir cette prime, c'est ma motivation principale pour télétransmettre.			

Selon la convention médicale conclue en juillet 2011, une rémunération annuelle forfaitaire de 525 euros sera versée en contrepartie d'un "justificatif" d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices.

[http://www.apima.org/p4p/calculette_p4p.php]

	Oui	Non
Cette rémunération couvre les frais matériel de télétransmission		
Cette rémunération couvre le temps de travail passé à télétransmettre		

L'organisation de votre cabinet est-elle un frein à la télétransmission ?

	Aucune	<25%	Environ 50%	>75%	100%
Part de la confection des FSE par le secrétariat :					

Quel type de logiciel de télétransmission utilisez-vous? (le logiciel est à sélectionner dans la liste du menu déroulant)

Combien de temps faut-il en moyenne pour créer une FSE avec votre ordinateur ? (en secondes) ?

	Oui	Non
J'ai souscrit à un contrat de maintenance informatique.		

Quelles situations sont à l'origine d'une feuille de soins papier dans votre cabinet?

	Très souvent	Souvent	Rarement	Jamais
Le matériel de télétransmission est utilisé par un confrère.				
Le système informatique du cabinet est planté.				
Je ne parviens plus à créer une FSE depuis l'installation de la nouvelle version du logiciel.				

Si vous ne télétransmettez pas vos visites :

	Oui	Non	Ne sais pas
Je ne télétransmets pas mes visites à cause de mon lecteur SESAM-Vitale.			
Je ne télétransmets pas mes visites à cause de mon logiciel.			

Votre réticence et votre vécu par rapport à la télétransmission (case à cocher, choix unique).
J'étais contre le projet de télétransmission dès le début et je n'ai pas changé d'avis.
J'étais contre le projet de télétransmission au début, mais, maintenant, je ne m'y oppose plus.
Je trouvais le projet de télétransmission très intéressant mais, la pratique m'a fait changer d'avis.
La balance avantages/inconvénients de la télétransmission m'a toujours paru acceptable.
J'ai toujours soutenu le projet et je le soutiens encore.

ANNEXE 2 – L'INFRASTRUCTURE D'ÉMISSION DES CARTES.[27]

L'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire adresse à l'assuré un pli de « collecte photo ». L'assuré envoie ensuite son formulaire photo au Centre de Numérisation. Ce dernier informe le régime d'Assurance Maladie Obligatoire que la photo de l'assuré est conforme et disponible. Le processus d'émission de la carte se déroule selon les six étapes suivantes :

Étape 1: l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire de l'assuré envoie un fichier de demande de carte vers le Portail d'Emission des Cartes du GIE SESAM-Vitale.

Étape 2: le Portail d'Emission des Cartes contrôle le fichier de demande de carte et vérifie auprès du RNIAM que l'assuré n'est pas déjà en possession d'une carte active (vérification de l'unicité de la carte).

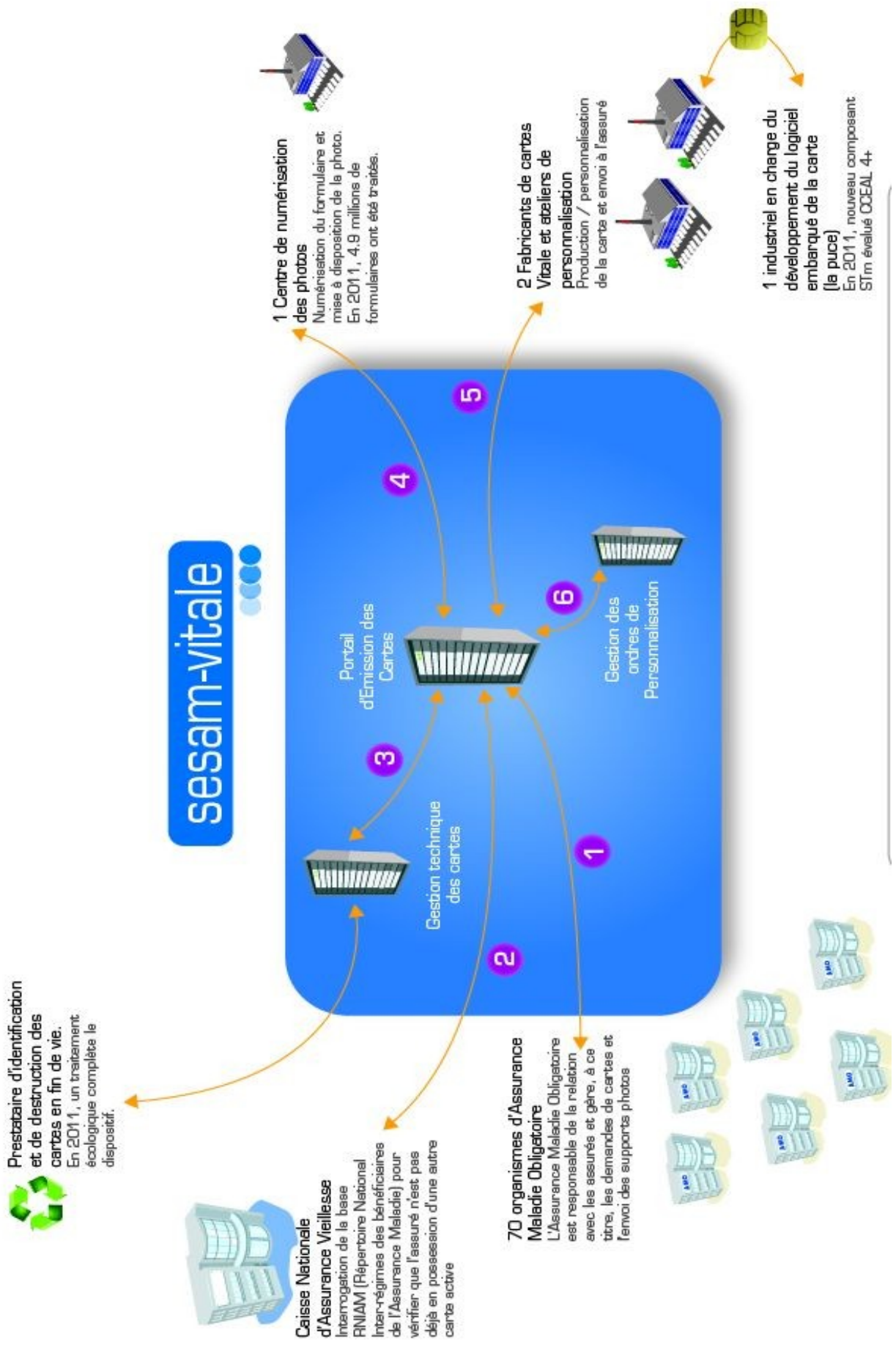
Étape 3: le Portail d'Emission des Cartes vérifie auprès de la base de Gestion Technique des Cartes, que la carte précédente a bien été invalidée (par le régime ou par le prestataire d'identification et de destruction).

Étape 4: le Portail d'Emission des Cartes récupère la photo numérisée de l'assuré auprès du centre de numérisation des photos.

Étape 5: le Portail d'Emission des Cartes consolide l'ensemble des données collectées et envoie une demande de personnalisation à l'atelier de personnalisation des cartes.

Étape 6: le Portail d'Emission des Cartes envoie au serveur de Gestion des Ordres de Personnalisation, les informations nécessaires au suivi des marchés (facturation, conformité des factures...).

L'infrastructure d'Emission des Cartes : hub entre l'Assurance Maladie, le GIE SESAM-Vitale et les Industriels



BIBLIOGRAPHIE

- 1- © 2009-2013 GIE SESAM-Vitale™
- 2- Wikipedia, La carte vitale, http://fr.wikipedia.org/wiki/Carte_Vitale#La_Carte_Vitale_1
- 3- Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, JORF n°98 du 25 avril 1996 page 6311
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=283C88F79E6E26F18046B3AE793304DE.tpdj004v_1?cidTexte=JORFTEXT000000192992&categorieLien=id
- 4- Décret n°96-788 du 11 septembre 1996 relatif au Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=756AFD6379383A39F596E3A6A288219F.tpdj017v_3?cidTexte=LEGITEXT000005621720&dateTexte=20130209
- 5- Arrêté du 3 mai 2010, portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale, Article 10, JORF n°0104 du 5 mai 2010 page 8110, texte n° 25.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022164073>
- 6- Arrêté du 22 septembre 2011, portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JORF du 25/09/2011, texte : 0223 ; pages 16080/16242
<http://www.netjo.fr/avis-relatif-a-l-agrement-de-l-accord-du-11-septembre-2009-relatif-aux-arrets-temporaires-d-activite-au-sein-de-la-societe-trigano-pour-la-periode-du-03/09/2008-au-29/09/arrete-du-22-septembre-2011-portant-approbation-de-la-convention-nationale-des-medecins-generalistes-et-specialistes,t200489.html>
- 7- Rapport public annuel 2010 de la cour des comptes, Les systèmes de cartes de l'assurance maladie, février 2010.
http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCQOFjAA&url=http://www.ccomptes.fr/content/download/1351/13303/version/1/file/11_sytemes-de-carte-assurance-maladie.pdf&ei=7LvULKXC5TaoQWsk4GIAQ&usq=AFQjCNEtzGXwyWhoEIOTcXhHDjm51YDQSw&sig2=eQSDgTFGa21oHlGedhwWxA&bvm=bv.1357700187,d.d2k
- 8- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, texte n° 1.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- 9- Décision du 19 mars 2010 fixant le montant de la contribution forfaitaire aux frais de gestion due par les professionnels, organismes ou établissements qui n'assurent pas la transmission électronique pour la facturation de leurs actes, produits ou prestations aux organismes d'assurance maladie obligatoire, JORF n°0104 du 5 mai 2010 page 8113
texte n° 26.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022164117>
- 10- Conseil d'Etat, 7 avril 2011, n°339813, 1ère et 6ème sous-sections réunies, jurisprudences.
<http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=190315&fonds=DCE&item=3>
- 11- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0185 du 11 août 2011 page 13754, Article 11.

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id)

[cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024457033&dateTexte=&categorieLien=id)

12- Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, JORF n°0064 du 15 mars 2012 page 4805, texte n° 81.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025510511>

13- Dépêche du 26 avril 2012 publié sur TICsanté, <http://www.ticsante.com>

14- Dépêche du 8 février 2013 publié sur TICsanté, <http://www.ticsante.com>

15- La démographie médicale à l'échelle du bassin de vie en région Alsace au 1er Juin 2011, Ordre Nationale des Médecins.

16- Mohamed Ahssaini, La place du système SESAM-Vitale en médecine générale, Thèse de médecine de 2004.

17- Imed - Observatoire des technologies et des systèmes d'information de santé, Difficultés dans les circuits administratifs entre caisses et professionnels de santé, le 8 décembre 2008 par @Fraslin, <http://www.i-med.fr/spip.php?article272>

18- Nicolas Crêtaux-informaticien, FSE: SESAM-VITALE OU PAS?, publié le 26/01/99

<http://medecin.tripod.com/OLD/trib/fse.htm>

19- Requillart H. SESAM-Vitale ; Les réserves du corps médical. Impact médecin hebdo. 1999; 453; 13-15

20- Annabel SANSELME, Mémoire de DES de médecine générale, Strasbourg, 2010

21- Ameli.fr, Bordereau de Paiement Papier,

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-caisse-var/en-ce-moment/votre-bordereau-de-paiement-papier_var.php

22- Imed, Faire une FSE est plus compliqué que de jouer avec des Playmobil !, le 12 février 2010 par @Fraslin, <http://www.i-med.fr/spip.php?article368>

23- LOI n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, JORF n°295 du 20 décembre 2005 page 19531 texte n° 1, Article 37

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000815414&dateTexte=&categorieLien=id)

[cidTexte=JORFTEXT000000815414&dateTexte=&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000815414&dateTexte=&categorieLien=id)

24- Dr Durandet, Enquête sur l'utilisation des systèmes informatiques par le médecin libéral en Poitou-Charentes en 2012, pour l'URPS, GCS E-Santé Poitou-Charentes, 30.08.2012.

<http://urpsmed-pc.fr/index.php/actions-urpsmed-pc/e-sante/82-enquete-sur-l-informatisation-medecin-2012>

25- Equipe CREDES de l'étude FORMMEL, L'apport de l'informatique dans la pratique médicale, 2001, www.irdes.fr/Publications/Rapports2001/rap1344Formmel.pdf

26- Accenture, Doctors Reveal Support for Healthcare IT, décembre 2011.

<http://www.accenture.com/fr-fr/company/newsroom-france/Pages/medecins-benefices-systemes-information-sante.aspx>

27- Rapport d'activité de la GIE SESAM-Vitale, 2011.

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1- Le système SESAM-Vitale.

Graphique 2- Affiche de salle d'attente proposée par la CSMF.

Graphique 3- Evolution du pourcentage de médecins généralistes en télétransmission de 2009 à 2012

Graphique 4- Evolution du pourcentage de médecins spécialistes en télétransmission de 2009 à 2012

Graphique 5- La pyramide des âges des médecins participants à l'étude

Graphique 6- La répartition des médecins participant à l'enquête en fonction de leur lieu d'activité.

Graphique 7- La répartition des médecins participant à l'enquête selon leur pratique de la télétransmission.

Graphique 8- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité des demandes de carte Vitale non réalisées dans la non-télétransmission.

Graphique 9- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité de l'oubli de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.

Graphique 10- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité de la non mise-à-jour de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.

Graphique 11- Répartition des réponses au questionnaire concernant la responsabilité de la non-remise de carte Vitale par la CPAM dans la non-télétransmission.

Graphique 12- Répartition des réponses au questionnaire concernant l'impression de faire le travail de la CPAM comme frein à la télétransmission.

Graphique 13- Répartition des réponses au questionnaire concernant le fait que le temps de paiement déborde sur le temps de consultation dédiée au patient.

Graphique 14- Répartition des réponses au questionnaire concernant la présence d'erreurs de remboursement plus fréquents après la création d'une FSE.

Graphique 15- La répartition des médecins participants à l'enquête en fonction de leurs avis sur la télétransmission

Graphique 16- Pyramide des âges des médecins contre la télétransmission.

Graphique 17- Les médecins opposants au principe de la télétransmission télétransmettent-ils ?

Graphique 18- Répartition des réponses de l'échantillon des médecins réfractaires concernant la responsabilité de l'oubli de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.

Graphique 19- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant la responsabilité de la non mise-à-jour de la carte Vitale par l'assuré dans la non-télétransmission.

Graphique 20- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant la responsabilité du retard de distribution de la carte Vitale par la CPAM dans la non-télétransmission.

Graphique 21- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant l'impression de faire le travail de la CPAM comme frein à la télétransmission.

Graphique 22- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant le fait que le temps de création de la FSE dépasse sur le temps de consultation dédié au patient.

Graphique 23- Répartition des réponses de l'échantillon des réfractaires concernant l'augmentation de la fréquence des erreurs de remboursement après la création d'une FSE.

Graphique 24- La pyramide des âges des médecins libéraux d'Alsace en 2011.

Résumé :

Depuis plusieurs mois, le nombre de médecins libéraux utilisant SESAM-Vitale pour échanger avec la CPAM diminue et cela malgré un système de sanctions et d'incitations des autorités. Pour connaître leurs motifs de non-télétransmission, cette enquête qualitative a recueilli les avis de 355 médecins libéraux grâce à la diffusion d'un formulaire en ligne réalisés d'après l'interview de trois médecins généralistes. Ce questionnaire évaluait la responsabilité des patients, de la CPAM, de l'organisation du cabinet et des médecins dans la non-télétransmission. Les résultats montrent que les médecins sont pour la grande majorité partisans de la télétransmission qui favorise le tiers-payant et avantage leurs patients. Ils la pratiquent en très grande majorité malgré l'impression de faire le travail de la CPAM et créent le plus souvent eux-même leur FSE au cours de la consultation. Les médecins télétransmettent cependant peu leurs visites du fait du coût du lecteur portable par rapport au nombre de visites qu'ils réalisent. Les aides financières de la CPAM ne sont pas du tout incitatives puisqu'elles ne couvrent pas les frais d'investissement ou de temps liés à la télétransmission. Si les patients en oubliant leur carte ou en ne la mettant pas à jour obligent parfois à réaliser une FSP, les principaux freins à la télétransmission sont l'absence de distribution de carte Vitale par la CPAM à tous les assurés et une augmentation de temps de travail des médecins pour télétransmettre du fait de difficultés d'ordre techniques dont la résolution leur incombe.