

Opinions sur la pratique du tiers payant des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes

Sonia Guedira

► **To cite this version:**

Sonia Guedira. Opinions sur la pratique du tiers payant des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes . Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01400774>

HAL Id: dumas-01400774

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01400774>

Submitted on 22 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**Opinions sur la pratique du tiers payant des médecins généralistes
du département des Alpes Maritimes**

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 6 septembre 2016

Par Sonia GUEDIRA

née le 10 septembre 1988

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Madame le Docteur Brigitte MONNIER

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Céline CASTA

+UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**Opinions sur la pratique du tiers payant des médecins généralistes
du département des Alpes Maritimes**

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue le 6 septembre 2016

Par Sonia GUEDIRA

née le 10 septembre 1988

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Madame le Docteur Brigitte MONNIER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Céline CASTA



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BATT Michel	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BLAIVE Bruno	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOQUET Patrice	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LE BAS Pierre
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE FICHOUX Yves
M. BRUNETON Jean-Noël	Mme LEBRETON Elisabeth
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. OLLIER Amédée
M. DEMARD François	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DOLISI Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. FRANCO Alain	M. SCHNEIDER Maurice
M. FREYCHET Pierre	M. SERRES Jean-Jacques
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. TOUBOL Jacques
M. GILLET Jean-Yves	M. TRAN Dinh Khiem
M. GRELLIER Patrick	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. HARTEUR Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)hf
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSONÉric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.F	ERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (5b1.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie –Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M.	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Membres du jury

A Monsieur le Professeur Hofliger,

Je vous suis reconnaissante de m'avoir permis de réaliser cette étude qui me tenait à cœur. Merci de m'avoir guidée et de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. J'ai eu la chance de pouvoir travailler durant une courte période à vos côtés et d'avoir pu constater votre grand professionnalisme. Je souhaite que ce travail puisse vous témoigner toute mon estime.

A Monsieur le Professeur Staccini,

Je suis extrêmement honorée que vous ayez accepté de faire partie de la composition de ce jury. Vos compétences dans le domaine de la santé publique nous sont indispensables.

A Monsieur le Professeur Guérin,

Je suis sincèrement touchée de l'honneur que vous me faites en participant à ce jury. Je vous remercie d'avoir porté un intérêt à mon sujet et de venir apporter votre expertise.

A Madame le Docteur Monnier,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury. C'était un plaisir de vous avoir comme maître de stage durant mon internat. Vos grandes qualités de pédagogue m'ont beaucoup appris. Veuillez trouver l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

Directrice de thèse

A Madame le Docteur Casta,

Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance pour vos conseils aguerris, votre soutien, votre disponibilité, votre expertise et votre clairvoyance. Merci de m'avoir donné l'opportunité de travailler dans votre cabinet : ce fut une expérience très enrichissante. Vous suscitez mon profond respect et mon admiration.

Maîtres de stage

Au Docteur Chrestian et au Docteur Chan. Merci pour ces longues réflexions, remises en questions et l'apport de vos compétences qui m'ont énormément enrichies tant sur le plan professionnel que personnel et surtout merci pour votre grande disponibilité.

Aux Docteurs Danduran, Diebolt (et à leur associée Dr Khouri) qui m'ont fait découvrir une médecine, passionnée et de qualité. Il s'agissait de ma première immersion en libérale, ainsi j'ai pu, malgré eux, me rendre compte rapidement des problématiques de la profession qui m'ont inspiré ce sujet.

Merci au Docteur Papa pour sa précieuse aide tant au cabinet que pour la réalisation de ma thèse.

Je tiens à remercier tous les maîtres de stage car c'est grâce à eux que notre internat de médecine générale est formateur et concret pour les médecins en devenir que nous sommes. Ils nous aident à nous accomplir.

Docteurs

Merci à tous les médecins que j'ai eu l'occasion de remplacer pour m'avoir accordé leur confiance et de m'avoir permis d'exercer la médecine, sans oublier tous leurs associés et leurs secrétaires qui se sont montrés très accueillants et aidants.

A notre regretté Carlo, à son dynamisme et son implication. Il n'a cessé de vivre la médecine avec passion.

A toute l'équipe des consultations 7/7. C'est une belle aventure que je vis avec vous, qui a été et reste très formatrice.

Famille

A mon amour, Manuel, merci d'avoir été là pour moi dans les moments difficiles et de m'apporter énormément de joie quotidiennement et tout simplement de représenter mon essentiel. A tous ces moments qu'il nous reste à partager ensemble.

A ma mère, en qui je serai éternellement reconnaissante. Merci d'avoir cru en moi dans mes moments de doutes, merci de constituer ma force de chaque jour et de veiller sur moi. Ton courage fut exemplaire.

A mon papa de cœur Jean-Marie. Merci de m'avoir permis de réaliser les études de mes rêves, d'avoir toujours été là pour moi et de l'être encore aujourd'hui. Je t'exprime toute ma reconnaissance.

A ma petite sœur Florie, grande par sa sagesse. Je te souhaite un très beau parcours de vie. Je serai toujours là pour toi.

A ma grand-mère Agnès, merci de m'avoir permis de devenir niçoise un peu par hasard. Tu es et a toujours été un modèle pour moi par ta force et ton optimisme sans faille.

A ma tante Brigitte, merci d'être la plus extraordinaire des tatas. Merci à toi et tonton Jean-Michel pour tout ce que vous avez fait pour moi.

A ma cousine Claire, à notre tendre amitié, à toutes nos discussions passionnées de médecine. Je te souhaite une très belle carrière professionnelle et familiale avec Ludovic !

A notre Mica, tu nous manques terriblement.

A tata Francine pour son soutien inconditionnel et André.

A toute ma famille marocaine, merci pour tout l'amour que vous m'avez donné et me donnez. Vous êtes toujours dans mon cœur malgré la distance.

A Tod pour son aide et tous ces moments heureux.

Amis

A tous mes amis, pour leur grand soutien pendant ces longues années d'études et à ces bons moments partagés. Vous m'êtes si chers.

A mon groupe de GEASP de folie. Merci de m'avoir enrichie, je ne pouvais mieux tomber.

A tous mes co-internes et aux belles rencontres que j'ai pu faire durant ces dernières années.

A tous les amis de la famille.

*« Croire à la médecine serait la suprême folie
si n'y pas croire n'en serait pas une plus grande encore. »*

Marcel Proust – A la recherche du temps perdu

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	15
INTRODUCTION.....	16
PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE	20
I- Historique.....	20
II- Fonctionnement du système actuel.....	20
a) Avance des frais.....	20
b) Définition du tiers payant.....	20
c) Dans quelles situations le tiers payant est-il pratiqué en France ?	21
III-Comparaisons avec les autres pays européens.....	22
DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE.....	23
I-Choix de la méthode.....	23
a) L'enquête qualitative.....	23
b) Les entretiens individuels semi-dirigés.....	23
II-Echantillon.....	25
a) Caractérisation de l'échantillon.....	25
b) Recrutement.....	26
c) Taille de l'échantillon.....	26
III- L'entretien.....	26
a) Guide d'entretien.....	26
1) Composition.....	26
2) Validation.....	27
3) Test.....	27
b) Retranscription des entretiens.....	28
IV- Analyse des entretiens.....	28
TROISIEME PARTIE: RESULTATS.....	29
I-Résultats quantitatifs.....	29
a) Entretiens.....	29
b) Description de l'échantillon.....	29
II-Résultats qualitatifs.....	32
a) Expérience actuelle du tiers payant.....	32
1) Avis positif et facteurs facilitants dans la pratique actuelle du tiers payant.....	32
2) Avis négatif et difficultés rencontrées dans la pratique actuelle du tiers payant.....	37
b) Opinion sur la généralisation du tiers payant	46
1) Arguments en faveur de la généralisation du tiers payant.....	46
2) Arguments en défaveur et craintes vis à vis de la généralisation du tiers payant.....	48
c) Suggestions des médecins.....	48
1) Améliorations à apporter au système pour aider à l'application de la généralisation du TP.....	48
2) Suggestions pour éviter la généralisation du tiers payant.....	61
QUATRIEME PARTIE:DISCUSSION.....	63
I- Forces et limites de cette étude.....	63
a) Forces de l'étude.....	63
b) Limites de l'étude.....	65

II- Théorisation des résultats à partir du modèle SWOT.....	66
a) Forces et opportunités concernant la généralisation du tiers payant.....	67
b) Faiblesses et menaces concernant la généralisation du tiers payant.....	69
c) Synthèse de l'analyse SWOT.....	74
III) Propositions pour faciliter la généralisation du tiers payant à partir de l'analyse SWOT.....	76
a) Minimiser les faiblesses et les menaces.....	76
b) Maximiser les forces et les opportunités.....	82
CONCLUSION.....	85
ANNEXES.....	91
Annexe 1 : Guide d'entretien n° 1.....	91
Annexe 2 : Guide d'entretien n°2	94
Annexe 3: Formulaire d'information et de consentement.....	97
Annexe 4 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon.....	99
RESUME.....	101
MOTS CLES.....	101

ABREVIATIONS

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

ALD : affection de longue durée

AMC : assurance maladie complémentaire

AME : aide médicale d'État

AMeLi : Assurance maladie en ligne

AMO : assurance maladie obligatoire

AT : accident du travail

CMU/C : couverture maladie universelle/complémentaire

CNAMTS ou CNAM : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CREDES : bureau d'études privé français spécialisé en santé

DGCCRF : direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DMP : dossier médical partagé

DRE : demande de remboursement électronique

FSE : feuille de soin électronique

FSP : feuille de soin papier

GIE SESAM Vitale : groupement d'intérêt économique (programme de dématérialisation des feuilles de soins par l'assurance maladie, qui repose sur la carte vitale)

IGAS : inspection générale des affaires sociales

IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MG : médecin généraliste

OMS : organisation mondiale de la santé

ROSP : rémunération sur objectif de santé publique

RSI : régime social des indépendants

TP : tiers payant

TPI : tiers payant intégral

UNCAM : union nationale des caisses d'assurance maladie

USPO : union des syndicats de pharmaciens d'officine

INTRODUCTION

L'OMS rappelle régulièrement l'importance de l'accessibilité aux soins primaires dans le système de santé (1) (2), idéalement universelle.

Traditionnellement en France, le modèle majoritaire de paiement des soins médicaux repose sur l'avance des frais par le patient au médecin (3) (4) qui est ensuite remboursé par les différents organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO) et d'assurance maladie complémentaire (AMC) (5). Cette avance de frais est qualifiée de potentiellement « catastrophique » pour les ménages selon l'OMS (6) car l'universalité de l'accès aux soins repose notamment par l'absence de barrière financière (7). Cependant ce risque est plus limité en soins primaires du fait du coût des soins plus faibles que ceux d'autres niveaux de recours.

L'obligation pour la majorité des patients d'avancer les frais en médecine générale en France tranche avec la position de la plupart des pays d'Europe occidentale de développement économique comparable à la France (8) (9) (10).

Depuis plusieurs dizaines d'années, le principe d'avance de frais a été aménagé afin de garantir l'accès aux soins au plus grand nombre. Ainsi dans certains cas le prestataire des soins est directement payé par l'assureur (le cas échéant il ne reste au patient qu'à payer la part non couverte par ses assurances) : c'est le principe du tiers payant (TP) qui couvre aujourd'hui un tiers des consultations de ville (11). Toutefois il existe une importante disparité de son application, s'expliquant par la façon dont il est inscrit dans la convention nationale (12).

S'il est généralisé, intégral et obligatoire pour les actes de pharmacie, très largement pratiqué de manière intégrale et facultative par certaines spécialités (radiologie, biologie médicale) ou autres professionnels de santé (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, infirmiers, sage-femmes, podologues, chirurgiens dentiste) (13) le tiers payant est utilisé de façon beaucoup plus aléatoire pour les actes de soins primaires. Seuls 14,2% des actes chez le généraliste en secteur 1, hors ménages modestes et Affection Longue Durée (ALD), font l'objet du tiers payant (11).

De ce fait, dans un souci d'homogénéisation, en s'appuyant sur un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur le tiers payant qu'elle avait commandé, la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Marisol Touraine, a lancé en février 2014 le projet de généralisation du tiers payant pour les consultations de médecine de ville pour tous les assurés d'ici à 2017. Ce projet « entend améliorer l'accès de tous à la santé et à des soins de qualité » (14)(15).

Le 1^{er} décembre 2015 après de nombreux échanges et amendements entre l'Assemblée nationale et le Sénat, le projet de loi de modernisation de notre système de santé a été adopté (16).

Les médecins libéraux sont plutôt très défavorables à cette loi (17) (18) comme a pu largement pointé la presse nationale. L'ensemble des syndicats médicaux représentatifs et l'ordre des médecins (19) ont fait part de leur opposition au TP généralisé dans le fonctionnement actuel de ce système et / ou à venir dès le début du projet de loi. Ils ont pointé les difficultés techniques, administratives et financières, ainsi qu'un risque de perte d'autonomie vis à vis de l'assurance maladie.

Des sondages d'opinion auprès des usagers français montrent, qu'au contraire, ils sont globalement favorables au TP 60% mais soutiennent la manifestation des médecins contre cette mesure à 55% (20) pour des raisons de coûts économiques pour la société et de pénalités engendrées auprès des médecins (avance de trésorerie, génération de travail supplémentaire ...).

L'application du tiers payant intégral (portant sur la part d'AMO et d'AMC) généralisé à tous les patients semble complexe à ce jour dans l'organisation du système de santé actuel. En effet au 8 juin 2015, le GIE SESAM Vitale recensait 1844 centres payeurs en France : organismes d'AMC et organismes d'AMO traitant à la fois les parts obligatoires et complémentaires (13).

Ainsi le 21 janvier 2016, le conseil constitutionnel (21) a invalidé le dispositif du TP sur la part d'AMC, le tiers- payant ne sera donc obligatoire que sur la part de l'AMO.

En ce qui concerne le calendrier de la mise en place de la généralisation du tiers payant : depuis le 1^{er} juillet 2015 il est obligatoire pour les ACS, au 31 décembre 2016 il deviendra obligatoire pour tous les patients couverts à 100 % par l'Assurance maladie avant de s'étendre en novembre 2017 à toute la population.

A compter du 1^{er} juillet 2016, l'AMO prévoit en cas de retard de remboursement aux médecins pratiquant le TP sur la part obligatoire une indemnité de 1 euro en cas de retard de plus de 7 jours ouvrés, passant à 10 % du montant de l'acte facturé si le retard dépasse 10 jours ouvrés.

A ce jour peu d'études recueillent l'avis des médecins généralistes sur le tiers payant. Ainsi, nous avons voulu interroger les médecins généralistes du département des Alpes Maritimes afin de connaître leurs opinions et la place du tiers payant au travers de leur pratique actuelle.

L'objectif principal de notre travail était de recueillir les difficultés et facteurs facilitants des médecins généralistes dans la pratique actuelle du tiers payant (TP). L'objectif secondaire était de recueillir leurs réticences et leurs motivations concernant la généralisation du TP.

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE

I – Historique

Le système de protection sociale français est d'inspiration bismarckienne c'est-à-dire que son financement s'appuie sur les cotisations sociales des actifs (employeurs et employés). (13)

Les ordonnances de 1945 ont instauré la Sécurité Sociale et la protection contre les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès. Elles ont institué la notion de régimes, regroupement des différentes caisses de protection sociale par métier ou par branche. Initialement réservée aux travailleurs, la couverture du risque maladie s'est étendue progressivement aux inactifs jusqu'à la création de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 pour tout résident légal de France aux revenus modestes.

Trois types d'AMC ont été développés parallèlement à l'AMO en raison de sa couverture limitée :

- les mutuelles, à but non lucratif, réglementées par le code de la mutualité ;
- les assurances, à but lucratif ou non, de droit privé ;
- les prévoyances, organismes paritaires (employeurs/ employés), à but non lucratif, régies par le code de la Sécurité sociale.

Au premier janvier 2016, 95% des Français disposaient d'une couverture complémentaire (AMC privée ou CMU-c (AMC gratuite)). Avec l'obligation des entreprises privées de fournir à leurs employés une AMC couvrant un panier de soins minimum. (22)

II – Fonctionnement du système actuel

a) Avance des frais

L'avance des frais par le patient de la consultation de médecine générale est encore la règle (3) (4).

Pour une consultation classique, le patient règle 23 euros au médecin généraliste qui établit une feuille de soin électronique qui est envoyée à l'organisme d'AMO. Le patient est alors remboursé de 70 % du prix de la consultation soit 16,10 euros moins 1 euros de participation forfaitaire donc au total 15,10 euros.

S'il bénéficie d'une AMC, cet organisme lui versera les 30% restant.

b) Définition du tiers payant

Le tiers payant (TP) est l'absence totale ou partielle d'avance de frais.

On distingue :

- le TP généralisé : la règle commune est le TP ;
- le TP intégral : concerne à la fois la part AMO et la part AMC ;
- le TP obligatoire : les professionnels ont l'obligation de le pratiquer sous peine de sanction.

L'article 18 du projet de la loi santé s'orientait vers les trois modalités à la fois (14).

c) Dans quelles situations le tiers payant est-il pratiqué en France ?

(11)

- **Dans les situations obligatoires : pour les actes coûteux et les ménages à ressources modestes principalement**

- bénéficiaires de la **CMU-c** (si droits du patient à jour) (*sur les parts AMO et AMC*)

- bénéficiaires de l'**AME** (si droits du patient à jour) (*sur les parts AMO et AMC*)

- bénéficiaires de l'**ACS** (*sur la part AMO*)

- **accident du travail** ou **maladie professionnelle** (si présentation du feuillet spécifique)

(*sur la part AMO*)

- consultation avec prescription de contraceptif ou examen de biologie à une mineur d'au moins 15 ans (*sur la part AMO*)

- actes coûteux supérieurs à **120 euros**

- actes de prévention réalisés dans le cadre d'un **dépistage** organisé

- recours au médecin d'astreinte dans le cadre de la permanence des soins suite à la demande du **médecin régulateur** (*sur la part AMO*)

- actes dispensés au sein des services des **urgences** ou des **consultations externes** (*sur les parts AMO et AMC*)

- actes réalisés dans le service départemental de protection maternelle et infantile (**PMI**)

- **Dans les situations facultatives**

- bénéficiaires « **maternité** » (*sur la part AMO*)

- affection de longue durée (**ALD**) si autorisée par la Caisse primaire d'Assurance maladie (*sur la part AMO*)

- situation sociale difficile si autorisée par la Caisse primaire d'Assurance maladie (*sur la part AMO*)

- en centres de santé : sur la part AMO pour tous les patients et sur la part AMC si le centre est conventionné avec cet organisme.

III – Comparaisons avec les autres pays européens

- **Les systèmes beveridgiens**

Ce sont des systèmes de santé financés par l'impôt avec gestion étatique.

Pas d'avance de frais au *Danemark*, en *Espagne*, en *Italie*, au *Portugal*, au *Royaume-Uni*, en *Suède* et en *Finlande* (11) (13).

En *Irlande*, pour bénéficier de la gratuité des soins, il faut posséder soit une « medical card » soit une « GP card » (carte destinée aux soins primaires). L'attribution de ses cartes se fait sur critères d'âge, de revenus et d'état de santé. 70% des irlandais ne possèdent aucune de ces deux cartes et doivent payer le prix total de la consultation de médecine générale mais si leur dépense mensuelle combinée en consultations de médecine générale et de pharmacie dépasse 90 euros, les consultations au dessus de ce plafond leur sont alors remboursées en totalité.

- **Les systèmes bismarckiens**

Ce sont des systèmes d'assurance maladie financés par les cotisations sociales des actifs.

Dans ces systèmes les circuits financés ressemblent plus au système français (11) (13).

En *Autriche*, l'avance de frais en médecine générale dépend de l'assureur AMO auquel le patient a souscrit : soit 20 % du prix de la consultation soit rien.

En *Belgique* et au *Luxembourg*, le système est très similaire à celui de la France : le patient doit avancer le prix total de la consultation pour ensuite se faire rembourser par l'AMO avec des exemptions en cas de pathologie chronique ou de faibles revenus.

Aux *Pays-Bas* : aucune avance de frais en médecine générale pour tout patient.

En *Allemagne*, dans la plupart des cas, le patient n'avance pas les frais de consultation (les caisses d'assurance maladie paient des associations régionales de médecins qui paient ensuite individuellement les médecins) mais il existe une franchise.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

I - Choix de la méthode

a) L'enquête qualitative

Nous avons choisi une méthode qualitative (25) (26) pour recueillir mais surtout comprendre les déterminismes de la pratique du tiers payant et les obstacles rencontrés car c'est une méthode qui permet d'explorer les phénomènes sociaux, d'étudier le comportement, le vécu et l'opinion d'un sujet dans son environnement naturel. Elle génère des idées et hypothèses pouvant aider à comprendre le phénomène étudié. Les hypothèses sont données par l'interviewé et non supposées par le chercheur.

Elle est particulièrement adaptée à la médecine générale car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants de soins (27). La recherche qualitative permet aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils ne pourraient pas avoir accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives (28) en répondant notamment aux questions «pourquoi ?», «comment ?».

b) Les entretiens individuels semi-dirigés

L'entretien est un des outils de recherche qualitative. Il permet d'explorer plus profondément le sujet qu'au travers d'un sondage écrit. Dans notre étude les entretiens ont été réalisés de manière **individuelle** plutôt qu'en groupe afin que chaque participant puisse s'exprimer librement sur ce sujet délicat socio-politico-économique et pour faciliter les prises de rendez-vous (adaptation aux besoins des participants).

Les entretiens étaient **semi-dirigés**, c'est-à-dire que le fil était conduit par un « guide d'entretien » composé de questions ouvertes préétablies (29) reprenant la liste des thèmes à aborder (*Annexe 1*). Pour chaque thème, des sous-questions dites « de relance » permettaient d'amener les points importants si l'enquêté ne les développait pas spontanément. Ce plan restait souple, et l'enquêteur pouvait l'adapter au cours de l'interview, selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de la séance (30) et pouvait également le modifier à l'issue de chaque entretien. Dans notre étude le guide d'entretien a été remodelé au bout du cinquième entretien (*Annexe2*).

Les questions sont ouvertes afin de ne pas influencer la pensée de la personne interrogée tout en autorisant le développement d'autres idées sur le sujet non abordées de prime abord par les questions. Ainsi cela permet de faire émerger des problématiques qui n'étaient pas anticipées dans le questionnaire de l'enquêteur.

Au cours de l'entretien plusieurs critères sont à respecter (31) : dont une attitude neutre de l'enquêteur, pour ne pas influencer les réponses de son interlocuteur et ainsi ne pas avoir d'impact sur la qualité et l'argumentaire des réponses. L'enquêteur doit laisser parler l'enquêté, l'encourager à développer et à citer des exemples, ainsi il doit respecter des temps de pause.

Une seule information abordée pendant l'entretien a un poids équivalent à une donnée qui se répète plusieurs fois dans une étude quantitative.

Les entretiens se sont déroulés entre juin 2015 et février 2016. Ils ont été réalisés pour tous les médecins dans leur cabinet de médecine générale. Avant chaque entretien, les objectifs de l'étude et le déroulement de l'entretien ont été rappelés aux participants (entretiens enregistrés puis ultérieurement anonymisés).

Ils se déroulaient sur un mode conversationnel sans prise de note afin d'instaurer une ambiance de confiance. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique et de la fonction dictaphone d'un téléphone portable.

Une fiche d'information et de consentement de participation a été signée systématiquement (annexe 3).

II- Echantillon

a) Caractérisation de l'échantillon

L'objectif d'une enquête qualitative n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée comme dans la recherche quantitative mais de constituer un échantillon permettant de refléter la diversité de cette population donnée (32) (33) (34).

Pour obtenir un échantillon riche **les critères d'inclusion** ont été larges :

- **tout médecin généraliste** installé du département des Alpes Maritimes était éligible quelque soit l'ancienneté de son installation.

Les critères de non inclusion :

- généraliste installé en maison de santé
- généraliste installé dans une structure d'urgences
- généraliste non installé (effectuant des remplacements en cabinets de médecine générale)
- interne en médecine générale exerçant des remplacements.

b) Recrutement

Afin d'obtenir un échantillon diversifié le mode de recrutement a été réalisé

- en contactant par téléphone des médecins du département des Alpes Maritimes trouvés dans l'annuaire sur des critères géographiques (diversités des villes, quartiers aisés ou populaires ; ville, semi-ruralité ou ruralité) pour prendre un rendez- vous.
- en veillant au cours du premier échange téléphonique à ce que l'échantillon soit hétérogène vis à vis des caractéristiques des médecins généralistes interrogés : cabinets de groupe versus médecin isolé, médecins avec secrétariat versus sans, secteur 1 versus secteur 2 ou 3.
- en contactant quelques maîtres de stage de la faculté de médecine de Nice.

c) Taille de l'échantillon

En recherche qualitative, les échantillons sont rarement composés de plus de trente personnes étudiées car au cours du déroulement de l'enquête et de l'analyse concomitante des données recueillies, il arrive un moment où l'on n'obtient plus de nouvelles données : c'est la « saturation des données ». Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui compte mais sa qualité.

III- L'entretien

a) Guide d'entretien (Annexes 1 et 2)

1) Composition

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des recommandations relatives aux enquêtes qualitatives retrouvées dans l'ouvrage « L'enquête et ses méthodes » (35).

Après avoir recueilli quelques **données quantitatives** afin de caractériser l'échantillon, le guide d'entretien comprenait **8 axes d'étude** :

- opinion générale sur le tiers payant
- circonstances, raisons et freins à la pratique du tiers payant
- expérience positive ou négative notamment obstacles techniques rencontrés

en le pratiquant

- opinion sur la généralisation du tiers payant
- conséquences de l'application de la loi
- suggestions d'améliorations à apporter
- comparaison au service des urgences : lieu tiers payant intégral
- comparaison avec le TP obligatoire, généralisé et intégral chez les

pharmaciens.

Des questions de relance étaient prévues.

La question sur le TP chez les pharmaciens a été ajoutée au 6^{ème} entretien car ce thème n'était pas toujours abordé par les participants.

2) Validation

Le questionnaire semi-structuré a été validé par deux membres du département d'enseignement et de recherche de médecine générale de la faculté de médecine de Nice spécialisés en recherche qualitative.

3) Test

Avant de démarrer les entretiens ce guide a été testé sur un médecin qui n'allait pas participer à l'étude, afin de s'assurer de sa clarté et de sa compréhension.

b) Retranscription des entretiens

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité mot à mot sur le logiciel Microsoft Word les jours suivants les entretiens sans l'aide d'une tierce personne.

IV – Analyse des entretiens

Les entretiens ont été analysés par relecture systématique et méthodique des entretiens retranscrits et par le classement des idées (phrase ou partie de texte porteuse de sens) correspondant aux différents thèmes à l'aide du logiciel Microsoft Word.

L'objectif était de dégager des éléments de conversation signifiants, puis de les interpréter et de les organiser en catégories, elles-mêmes regroupées en thème plus généraux.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

I - Résultats quantitatifs

a) Entretiens

Dans notre étude nous avons réalisé 24 entretiens semi-dirigés entre juin 2015 et février 2016. La saturation des idées a été obtenue au bout du 22^{ème} entretien mais nous avons poursuivi notre étude afin d'en avoir la certitude.

Aucun médecin n'a refusé la proposition de la participation à l'étude quand il était joint en direct cependant de nombreux médecins n'ont pas pu être joints du tout (absence du cabinet, indisponibilités) malgré le rappel aux heures demandées par les réponders téléphoniques ou les secrétariats.

La durée moyenne des entretiens était de 22 min.

b) Description de l'échantillon

- **Etat civil**

- **Sexe**

13 hommes et 11 femmes ont participé à cette étude.

- **Age**

- 7 personnes avaient entre 30 et 39 ans
- 6 personnes avaient entre 40 et 49 ans
- 5 personnes avaient entre 50 et 59 ans
- 5 personnes avaient entre 60 et 69 ans
- 1 personne avait entre 70 et 79 ans

- **Nombre d'années de pratique**

La moyenne se situait à 20,4 années de pratique avec pour extrêmes 4 années et 42 années d'exercice de la médecine générale.

- **Secteurs d'activité**

- 21 médecins étaient conventionnés en secteur 1
- 2 médecins étaient conventionnés en secteur 2 (honoraires libres)
- 1 médecin était en secteur 3 (non conventionné)

- **Lieu d'installation**

- 13 médecins travaillaient en milieu urbain
- 7 médecins travaillaient en milieu semi-rural
- 4 médecins travaillaient en milieu rural

- **Type de quartier**

- 3 médecins travaillaient dans des quartiers défavorisés
- 2 médecins travaillaient dans des quartiers favorisés
- 19 médecins travaillaient dans des quartiers mixtes

- **Type de cabinet**

- 18 médecins travaillaient dans un cabinet de groupe
- 6 médecins étaient isolés.

- **Tous les cabinets étaient informatisés**

Tous les médecins avaient pour outil de travail un ordinateur et un logiciel.

- **Secrétariat**

17 médecins bénéficiaient d'un secrétariat.

- **Maître de stage pour les internes en médecine générale**

L'échantillon comprenait 10 maîtres de stage.

- **Appartenance à un syndicat**

6 médecins étaient syndiqués.

- **Pratique du tiers payant**

- 1 médecin ne réalisait pas de tiers payant car il était déconventionné.
- Sur la part de l'**assurance maladie obligatoire (AMO)** tous les autres pratiquaient le tiers payant (car obligatoire dans certaines situations).
- 10 médecins pratiquaient de manière régulière le tiers payant sur la part de l'**assurance maladie complémentaire (AMC)** dans les situations facultatives soit 41,67% de notre échantillon, 14 ne le pratiquaient pas du tout.
- Sur les 14 médecins qui ne pratiquaient pas le tiers payant sur la part de l'**AMC**, 8 avaient essayé , 6 n'avaient jamais essayé.

- **Part de tiers payant totaux (sur la part AMO et AMC) sur l'ensemble de leurs consultations estimée par les médecins eux-mêmes**

La moyenne du pourcentage des tiers payant sur l'ensemble des consultations était de 41,94% avec des extrêmes entre 0% et 98%.

A l'exception du médecin déconventionné, tous les médecins pratiquaient le tiers payant sur au moins 20% de leurs consultations.

- **Comptabilité**

15 médecins vérifiaient leur compte (impayés).

- **Avis sur la réforme : généralisation du tiers payant devenant obligatoire**

- 16 médecins étaient contre,
- 1 médecin était pour,
- 7 médecins étaient pour à la condition d'améliorer le système actuel.

Le résumé des caractéristiques de l'échantillon est disponible en annexe 4.

II - Résultats qualitatifs

a) Expérience actuelle du tiers payant

1) Avis positif et facteurs facilitants dans la pratique actuelle du tiers payant

1. Praticité pour le médecin

1.1 Aspects pratiques de la démonétisation

- Permet un rapport uniquement médical et une bonne relation médecin-patient

« Cela permet d'avoir un rapport uniquement médical et non financier. » M21

« J'ai vu qu'il y avait une meilleure relation car il n'y a jamais de discussion avec le patient sur le paiement. » M21

- Evite le rapport gênant à l'argent

« le rapport à l'argent , ce n'est pas le plus marrant .» M17

« Je n'ai pas l'habitude de demander de l'argent. Cela m'enlève cette gêne. » M21

« D'avoir l'échange de sous, rendre la monnaie, c'est saoulant, on est pas des commerçants.» M17

- Evite le passage à la banque

« pour moi c'est plus facile que d'aller poser un chèque à la banque ou que de rendre la monnaie. » M15

- Evite de dépenser les espèces

« Si j'étais pas en majorité en TP, j'aurais davantage de difficultés financières car j'aurais davantage d'espèces et avant d'arriver chez moi j'aurais tout dépensé. » M5

- Evite l'insécurité dans la rue

« Comme ça, moi je n'ai pas de l'argent dans les poches, je sors dans la rue, je suis tranquille.» M19

1.2 Facilité et rapidité de paiement sur la part AMO

« Cela se passe bien dans les situations obligatoires, je n'ai pas de problème ! » M8

« Avec l'assurance maladie, je suis payée 2 à 3 jours après la télétransmission. » M21

« C'est facile à faire au niveau du logiciel, ça marche plutôt bien, la sécu elle paie et elle paie rapidement » M2

- Pour les personnes âgées en ALD

« Pour les ALD, surtout les personnes âgées en MDR, c'est quand même plus pratique, de toutes façons ils ont pas forcément de sous et tu ne cours pas après le chèque. » M6

- Pour les patients n'ayant pas de monnaie

- Les jeunes

« On essaie aussi beaucoup de le faire avec les lycéens qui ont rarement des sous sur eux. Ils sont un peu jeunes donc quand ils ont leurs papiers dès qu'on peut on essaie de faire des TP généralisés. » M12

« On a aussi beaucoup d'adolescents donc ça c'est très pratique de leur faire le TP aussi parce que 6,90 pour eux c'est facile de les sortir, tandis que 23 euros c'est beaucoup plus difficile. » M10

- Les patients en situation d'urgence de passage

« on essaie de favoriser un maximum le TP parce que voilà c'est toujours l'urgence, et on risque de ne pas être payés du tout » M12

- Les patients en ALD ne consultant pas pour la pathologie prise en charge à 100 %

« Les patients chroniques que l'on connaît bien, ou qui ont des ALD du coup ils se croient à 100 % pour tout [...] : « Bah oui mais d'habitude j'avance pas, j'ai rien prévu sur moi .» « Ben c'est pas grave on va faire passer avec la mutuelle ». » M11

- Pour les patients refusant de payer

« Les patients me disent « bah non je ne paie pas ». » M19

« « Oh mais j'ai rien pris ! D'habitude je ne paie pas ! » M2

- Dans les quartiers défavorisés

« Le quartier où je suis installé bien sûr c'est un quartier où il y a pas mal de problématique sociale [...] si la consultation était à payer sans tiers payant du tout, je ferais même pas la moitié. » M5

- Permet d'éviter les actes gratuits

« J'ai repris la patientèle d'un médecin en secteur 2 qui faisait énormément d'actes gratuits (son secteur 2 lui permettait), alors moi en secteur 1 je ne pouvais pas. J'ai décidé de ne plus faire d'acte gratuit du tout. » M15

- Pour se faire payer les indemnités de déplacement

« Le tiers payant : des fois il m'arrange... pour les indemnités kilométriques. S'il n'y a pas de tiers payant je ne les prends pas. » M8

- Permet d'éviter un impayé par chèque

« Je préfère être payé 23 euros par la sécu plutôt que avec un chèque en bois. » M5

- Pour se faire payer les consultations courtes

« Je faisais du TP à toute consultation qui me paraissait disproportionnée par rapport au temps que je passais. » M15

1.4 Gain de temps avec les personnes âgées

« Moi j'ai beaucoup de personnes âgées alors faire le TP, je gagne 10 min par personne, si c'est pas plus. » M8

« obliger les vieux de 90 ans à moitié gâteaux à faire un chèque... c'est franchement une logistique compliquée » M2

2. Praticité pour les patients

2.1 Pour les patients connus qui ont des difficultés financières

« pour les gens qui n'ont pas beaucoup de sous et qui me le demande sur la part obligatoire uniquement. » M4

« A ceux qui n'ont pas la CMU mais que l'on connaît comme ayant des problèmes de sous [...] on essaie de faire un TP généralisé. » M12

2.2 Pour les personnes en ALD

« Pratiquement toutes les ALD, pas à tous, de temps en temps je ne le fais pas car certains patients veulent payer et c'est plus simple donc je respecte. » M9

« Les ALD, logique ! Je pense que 90 % des médecins doivent le faire assez naturellement ! » M12

2.3 Pour les patients qui le demandent

« quand on me le demande je le fais : le tiers payant social, le patient n'a plus qu'à me régler 6,90 euros. » M13

« Je le pratique très facilement si on me le demande. » M17

2.4 Devant les tarifs de garde, plus onéreux

« Le weekend, toute la nuit, on essaie de faire un TP , notamment quand c'est avec des gens qu'on connaît et qui n'ont pas énormément de revenus parce que cela coûte plus cher, y'a le tarif garde. » M12

2.5 Pour les consultations multiples au sein d'une même famille

« Par exemple tu vois 3 gamins de la même famille [...] tu vas pas leur faire cracher 70 euros quand tu sais qu'ils sont un peu justes, du coup tu peux faire des tiers payants. » M11

2.6 Pour éviter aux patients de retirer de l'argent dans les zones rurales

« là où moi je travaille c'est quand même demandé la plus part du temps de faire un TP sur la part obligatoire. La patientèle à la montagne n'a pas l'occasion de retirer de l'argent tout le temps. » M10

3. Uniformisation des pratiques

3.1 Pour s'aligner sur les pratiques des autres professionnels de santé

« Il n'y a pas de raison que nous on soit la dernière profession à pas le faire. » M16

« Cela permettrait d'homogénéiser les pratiques des différents spécialistes tels que les radiologues ou médecins biologistes. » M23

3.2 Pour s'aligner sur les structures de soins

« Actuellement le système est binaire, entre l'hôpital qui ne coûte « rien » au patient et le libéral où il doit avancer les frais. » M21

3.3 Pour s'aligner sur d'autres pays d'Europe

« La France n'a rien inventé ! [...] C'est l'Europe qui a inventé avec les autres et c'est pareil partout. » M21

3.4 Pour être équitable avec tous les patients

« S'il y a un émir qui arrive en bas (avec la Rolls Royce en bas...), je crois que oui, je lui fais un TP! Je n'ai pas de « oh lui il est bourge il peut payer ! » M5

« Cela serait une bonne chose que tout le monde soit logé à la même enseigne, c'est-à-dire qu'on ne paie pas ! Pas un qui paie ceci, un qui paie cela. » M19

4. Amélioration de l'accès aux soins

« C'est beaucoup présenté par le gouvernement comme ça, comme une volonté altruiste, un meilleur accès pour tous à la santé » M12

4.1 Favorise la continuité des soins

« Alors ils ont pas de sous et qu'est-ce qu'ils vont faire, il vont aller au service de l'hôpital mais on sait très bien que le suivi, la continuité des soins n'y est pas. » M21

4.2 Favorise une approche sociale

« C'est une tendance mondiale, on va inéluctablement vers une médecine sociale dans le monde entier, car c'est essentiel comme l'éducation, comme l'habitation. » M21

5. Aspect non obligatoire du TP apprécié

« Déjà je pense que ce qui est positif c'est que bon pour l'instant le tiers payant n'est pas obligatoire. » M1

5.1 Du fait que les consultations sont remboursées au patient

« les gens vont être remboursés donc je ne conçois pas que l'on rende cela obligatoire pour tous. » M20

« Les patients ont une mutuelle et une carte vitale. Ils sont remboursés avant d'avoir été débités. »
M24

5.2 Du fait qu'il existe déjà des situations obligatoires par la loi pour les patients dans le besoin

« Qu'on ait l'obligation pour ceux qui n'ont pas d'argent : les CMU, les CMU-c, les AME, cela peut se concevoir » M20

5.3 Du fait que certains patients tiennent à payer

« Il y a des gens qui tiennent à payer. » M16

« Il y a des patients qui vont continuer à me payer alors qu'ils sont à 100 % ou qu'ils ont une mutuelle, parce que c'est dans leur éducation. » M19

6. Peu d'impayés

« 2000 euros d'impayés, ce qui est pas énorme énorme sur 100 000 euros de chiffre. Moi j'ai une perte que je trouve négligeable. » M5

6.1 Les impayés sont indolores car déclarés en pertes

« Cela représente un petit pourcentage de notre activité, cela fait 2 %-3 %, c'est tout, que j'inscris comme perte donc je déduis. » M21

« la plupart du temps je ne réclame pas, cela passe dans les pertes et profit, c'est vraiment pas grand-chose. » M20

6.2 A condition que la carte vitale du patient soit à jour

« Je dois admettre, quand la carte est à jour je suis payée, y'a pas de soucis. » M1

« Les gens qui ont leur carte à jour ça va on a très peu de retour. L'ALD, la CMU y'a pas de soucis. » M4

7. Pas d'augmentation de la fréquence des consultations en TP

« Les patients en tiers payant je n'ai pas l'impression qu'ils aient tendance à venir plus fréquemment ni à changer leurs habitudes ». M2

8. Réalisation du TP facilité par les logiciels et les courriers de l'assurance maladie

« Le logiciel pointe automatiquement les remboursements qui ne sont pas effectués, [...] à ce moment-là l'assurance-maladie nous envoie un mot si c'est pour les parts obligatoires. » M14

« Pour la compta, je ne vérifie pas mes impayés sur la part obligatoire [...], quand vraiment il y a un indu, ils nous le signalent. » M18

9. Réalisation du TP facilitée par le secrétariat

« Avec le système en place, le TP se passe bien mais sans secrétaire c'est impossible. » M21

« cela demande quand même des vérifications (je suis très contente d'avoir une secrétaire), parfois il y a des indus, des machins qui sont réclamés, ça peut être justifié ou injustifié. » M19

10. Réalisation du TP sur la part AMC sans conventionnement préalable possible

« Normalement ils disent que l'on doit faire une convention par écrit mais je n'ai jamais signé de convention et j'en ai certaines qui marchent. » M19

10.1 Quand la mutuelle est intégrée dans la carte vitale

« Que sur la part AMO sauf si les mutuelles sont sur les cartes vitales » M8

« Quand la part complémentaire est inscrite sur la carte vitale. » M16

10.2 Quand cela se fait automatiquement en insérant la carte vitale

« Il y a certaines mutuelles qui ne sont pas inscrites sur la carte vitale mais qui nous règlent quand même sans qu'on leur demande. » M16

11. Possibilité d'appliquer le TP sur la part AMC après conventionnement avec les mutuelles connues pour bien payer

« Le TP sur la part complémentaire cela dépend des mutuelles, on est conventionnés avec pas mal de mutuelles, sur des patients que l'on connaît bien, ceux qui ont une mutuelle qui marche bien. » M11

« il y a des mutuelles avec qui ça marche très bien, où tu sais que tu es payé, on rentre les codes, on s'est conventionné avec eux et on se fait payer.» M11

2) Avis négatif et difficultés rencontrées dans la pratique actuelle du tiers payant

1. Déresponsabilisation des patients sur le coût de la santé

« Les gens qui ne paient pas, ils ne se rendent pas compte de ce qu'ils coûtent, de ce que cela coûte. » M20

1.1 Le médecin devient un bien de consommation

« Le médecin est un bien de consommation [...] ils n'ont pas la notion du prix de l'acte quelque part. » M6

« après ils viennent un petit peu quand ils veulent, ils consomment ! » M12

1.2 Le nombre de consultations par patient en TPI augmente

« quand les gens considèrent que c'est gratuit, ils abusent, j'ai bien vu les familles de multiples fois perdre leur CMU et faire attention aux consultations et venir à l'abattage quand ils avaient la CMU. » M3

« Il faut voir les gens en CMU comment ils consomment, alors on peut dire que c'est parce qu'ils sont plus pauvres mais c'est par ce qu'ils paient pas. » M7

1.3 Les patients marchandent et font des demandes inappropriées

« Mais servez-vous Docteur, mettez 3 consultations et je veux que vous me fassiez faire l'IRM et puis je veux ça. ». C'est du marchandage. » M20

1.4 Les patients ont une perception erronée du coût de la santé

Ils confondent le fait que ce soit gratuit et qu'ils ne paient pas, ce qui est une erreur profonde pour la société. »M7

1.5 Nécessité d'éduquer les patients

« Il y a des malades qui au début vont arriver tous les jours ou 3 fois par semaine à la consultation, [...] il faut venir quand c'est nécessaire, pas pour une boîte de doliprane. » M19

1.6 Observation d'abus : certains utilisent une carte de CMU pour prescrire à plusieurs personnes

« Mais on sait que certains systèmes sont uniquement fait pour prescrire des médicaments et certaines familles vivent sur une CMU alors que cela n'est pas toujours justifié. » M14

1.7 La difficulté à se faire payer des patients en ALD pour des soins hors ALD

« Par contre cela peut être plus compliqué quand il s'agit de les faire payer le jour où cela n'est pas en relation avec le 100 %. »M2

2. Déresponsabilisation du médecin sur le coût de la santé

2.1 Le médecin peut occasionner une inflation du nombre de consultations

« Le médecin peut s'amuser à faire chauffer les cartes de CMU. »M7

3. La démonétisation entraîne de mauvaises habitudes

3.1 La dévalorisation du service rendu

« Je pense qu'en France les soins étant pas chers ou gratuits les gens ont un gros problème pour payer un médecin, alors qu'ils n'ont pas de problème pour payer un ostéopathe, ou n'importe quoi d'autre. » M15

3.2 La dévalorisation de la profession

« La profession commence à être dénaturée, dénigrée, ne représente plus rien [...] on est plus rien. » M20

3.3 La perte du respect des patients

« Quand ils paient, ils sont beaucoup plus respectueux. » M20

3.4 Le TP est vu comme un dû par les patients

« Elle me dit : moi, je ne me casse pas la tête, on me dit que je ne dois pas payer, je ne paie pas, c'est votre problème ». » M19

4. Complexité du système : grand nombre d'interlocuteurs

« Il y a encore beaucoup trop de sécurités sociales. Il y a environ 400 sécurités sociales et 800 mutuelles. » M21

4.1 Le grand nombre d'organismes d'AMC à gérer

« Cela est très compliqué. Il y a 800 et quelques mutuelles. » M14

«Le système est complètement opaque, tu sais jamais à qui tu t'adresses. » M11

- **Remaniements fréquents**

« Parfois nous recevons un courrier qui dit qu'une mutuelle regroupe plein d'autres mutuelles, cela change tout le temps ! » M23

- **Un code différent pour chaque AMC malgré des regroupements**

« Harmonie mutuelle aussi elle regroupe plusieurs sous-mutuelles et il y a un code pour chacune. » M19

4.2 Trop grand nombres de caisses obligatoires

« Il y a plein de caisses particulières : par exemple vous avez la caisse des dockers de Bordeaux. » M20

4.3 Mauvaise coordination entre caisses d'AMO et d'AMC

- **Lors du TP sur la part AMO : les patients ont peur de ne pas se faire rembourser de la part AMC**

« Il y a des patients qui me demandent de ne pas faire le TP car ils ont autant de mal que moi à faire les vérifications et de temps en temps les mutuelles avec nos logiciels sont mal informées du fait que le patient m'a réglé (les 6,90). » M20

- **Lors du TP sur la part AMO et AMC**

« les systèmes ne sont pas actuellement ajustés et toutes les mutuelles ne passent pas par le régime obligatoire de l'assurance-maladie. » M1

5. Paiements non garantis et nombreux impayés

5.1 Nombreux impayés en réalisant le TP sur la part AMC

« Sur la part complémentaire [...] je ne suis jamais payée. J'ai essayé 2 – 3 fois puis après j'ai arrêté. » M2

« Les problèmes viennent uniquement de la part complémentaire mutuelle (les 6,90 euros, selon les mutuelles c'est mal payé ... faut que la secrétaire relance etc. » M5

« Avant mon installation, au cours de mes remplacements, j'ai pu constater que dans certains cabinets c'était certaines mutuelles qui marchaient et dans d'autres cabinets, ç'en étaient d'autres sans que les médecins aient fait au préalable de conventionnement. » M23

5.2 Part AMC impayée non négligeable pour le médecin

« La part complémentaire c'est finalement notre salaire sur le revenu quand les deux tiers sont partis en charges de fonctionnement, d'URSSAF, de secrétariat et tout ce qu'on veut, [...] donc nous ne pouvons pas nous en passer. » M19

5.3 Le paiement est partiel si aucun médecin traitant n'a été déclaré ou si le patient est hors parcours de soin

« à chaque fois que nos patients nous disent qu'on est bien leur médecin traitant bah s'il fallait qu'on vérifie on perdrait trop de temps [...] et la sécu ne nous paie pas ces tiers payants. » M3

« Avec des patients qui ont leur médecin traitant ailleurs, [...] je sais que je ne serai pas payé du moins des 6,90 euros. [...] Vous ne pouvez faire du TP que si vous êtes le médecin traitant » M 20

5.4 Pas de paiement si le patient n'est pas à jour de ses droits

« ça peut être une non déclaration de médecin traitant, ça peut être parce que le patient ne connaît pas exactement la caisse où il est, ça peut être parce que son dossier est en train d'être transféré d'une caisse à l'autre. » M12

- Cas de la carte vitale non à jour

« Ce qui pose problème pour le tiers payant, c'est que les cartes vitales ne sont jamais à jour. » M20

« Si un patient bénéficiant des droits CMU mais n'a pas sa carte vitale à jour, je ne peux pas lui faire le TP CMU, si je lui fais le TP sur la part obligatoire et lui demande de me payer 6,90 euros, la sécurité sociale va me répondre qu'elle ne me remboursera pas car le patient était en CMU. » M4

- Liés au changement ou à la non connaissance des droits du patient

« Quand je ne sais pas l'état du statut administratif d'un patient, j'essaie de ne pas le faire. » M20

« C'est vrai que pour des patients que je ne connais pas, que je vois pour la première fois ou que je vois de façon très épisodique, je ne fais pas, je ne fais plus car après si on a des soucis on ne peut pas trop les rappeler. » M18

- Liés à la fin des droits non annoncée pour les ALD

« Avant un patient qui avait son papier pour une ALD, il recevait un papier de la sécu pour dire que l'ALD se terminait dans un mois. Maintenant ils ne le font plus. Le patient il ne se rappelle plus. Il vient en consultation, il n'y a plus l' ALD. » M9

« Tu passes la carte et y'a plus de 100 % donc le patient qui est en tiers payant te dis : « Ah bon mais comment ? Je dois payer ? » M1

- Liés aux droits CMU qui peuvent rester inscrits sur la carte vitale alors que le patient n'est plus bénéficiaire

« il y a une arnaque car si le patient n'a pas mis sa carte vitale à jour pour que le mot CMU s'efface moi je vois toujours CMU. » M9

5.5 Nombreux impayés avec les AME

« Les AME c'est même pas la peine, on sera jamais payés ! » M3

6. Délais de paiements longs selon les régimes obligatoires

6.1 Selon les régimes, variabilité des temps de remboursement

« Cela est très variable en fonction des régimes (pour les enseignants, les agents territoriaux...) , par exemple la mutuelle de la police paie 1 an après. » M24

« les caisses un peu isolées, il va falloir plus de papiers, elles assurent mais cela prend beaucoup plus de temps pour se faire rembourser. » M10

7. Le système est complexe et n'est pas prêt d'un point de vu technique pour le TP sur la part AMC

7.1 Certaines mutuelles n'appliquent pas le tiers payant

« Il y en a très peu qui finalement acceptent la convention avec les médecins généralistes. » M12

« A l'heure actuelle (octobre 2015), je dirai une mutuelle sur 2 ne veut pas se conventionner avec les médecins généralistes selon ma propre expérience! » M12

7.2 Les logiciels sont peu adaptés au TP sur la part AMC

- Difficulté pour renseigner les informations dans le logiciel et trouver la bonne mutuelle

« Sur mon logiciel, quand je veux faire un tiers payant sur la part complémentaire, j'ai le choix entre 20 options à peu près totalement incompréhensibles (DRE impossible, HTP possible et vice versa) » M16

« On achète un logiciel conventionné avec les instances, donc y'a quelqu'un qui vient vous faire des cours pour utiliser votre logiciel... et quand on lui dit : comment on fait pour le tiers payant généralisé, pour enregistrer les mutuelles, pour les conventions... là carrément il te dit « mais ne le faite pas ! » « c'est pas possible ! » » M12

- Le suivi des paiements est complexe

« Par contre, pour les complémentaires, mon logiciel ne pointe pas les virements comme pour les régimes obligatoires. » M14

- La procédure est longue à effectuer sur le logiciel

« C'est compliqué je crois qu'il faut 13 clics de souris pour dire à une mutuelle « payez moi ! » M5

7.3 Les cartes mutuelles ne sont pas adaptées à la pratique du TP

- Les bons numéros n'apparaissent pas

« les codes ne sont même pas écrits sur les cartes de mutuelles, les fameuses DRE, les tables sont très volumineuses et elles sont illisibles. » M19

« Et les numéros, c'est pas les bons, il faut rappeler la mutuelle pour avoir le numéro, par exemple, sur les logiciels on nous demande le code AMC ». M11

- Elles sont en papier donc non actualisables si le patient a résilié sa mutuelle

« Si le patient vient de changer de mutuelle et vient avec son ancienne carte, on va rentrer les codes et penser que c'est bon alors que ce n'est plus valable. » M20

« Si les papiers ne sont pas à jour, par exemple après qu'un patient ait résilié sa mutuelle, on ne sera pas payé. » M21

7.4 Appliquer le TP sans la carte mutuelle et sans le logiciel est impossible

« les patients viennent sans leur carte de mutuelle. Les patients ne savent pas chez quelle mutuelle et quel numéro. » M20

7.5 Difficultés pour connaître les droits des patients pour de nombreux régimes

« Comment savoir exactement à quelle sécu appartient la personne, est ce que ses droits sont ouverts ou pas ouverts ? Théoriquement on peut aller sur le site AMELI pour faire tout ce qui est CPAM mais les caisses MG PTT, RSI, RAM et tout , il connaît pas. » M11

7.6 Mauvaise expérience avec les ACS

- Peu de renseignements sur la procédure de TP et non paiement de la part complémentaire

« Les ACS c'est super compliqué, je n'ai pas été remboursée de la part complémentaire. [...]Faut sélectionner le contrat et les patients n'ont jamais le contrat sur eux, on ne sait pas ce que c'est le contrat A, B, C » M17

- Peu de mutuelles concernées

« là les ACS, ils nous ont bien dit qu'ils voulaient qu'on fasse le tiers payant sur la part complémentaire mais uniquement et ils nous l'ont cité avec 5 mutuelles. » M20

8. L'administratif est chronophage

8.1 Temps administratif conséquent par rapport au temps de soin

« Nous n'avons pas fait des études médicales pour faire à moitié de l'administratif. » M22

« faire des vérifications de ce qui a été payé ou pas payé, téléphoner pour dire qu'ils ne m'ont pas payé et leur demander de me rembourser. C'est trop de perte de temps, on n'a pas le temps. » M20

8.2 Augmentation du temps administratif en l'absence de carte vitale

- Cela nécessite de faire une feuille de soin papier

« Si la carte vitale n'est pas à jour, il faut faire la feuille de soin, le patient il sait pas. » M1

- Cela nécessite de faire une feuille de soin électronique en mode dégradé

« Alors on peut aussi faire des feuilles de soin en mode dégradé. Ou en plus il faut sortir un bordereau, une facture, il faut agraffer la feuille de soin. Alors ça, ça fonctionne très mal, très très mal ! » M1

8.3 La surveillance des impayés est complexe

- Peu de retours sur les impayés

« on est pas tenu au courant sur les payés, les impayés. » M12

« J'ai une crainte aussi que je ne me rende même compte que je ne suis pas payée parce que je ne suis pas mes patients à la loupe et mes remboursements de très près. » M12

- Retours longs

« Et vu que quand on est prévenus qu'on est pas payés, c'est 2 mois après. » M12

- Les retours se font par numéro d'assuré

« C'est des numéros, il n'y a pas de nom de patient, c'est faisable mais ça demande un travail ... moi je ne peux pas le faire. C'est ingérable ! » M9

« on regarde la feuille qui n'a pas été payée mais après c'est très chiant, c'est uniquement par le numéro d'assuré et une fois sur deux, il est pas sur votre liste d'assuré, [...] donc faut le retrouver dans le logiciel, cela prend du temps » M20

- Nécessité de réaliser les rapprochements des virements

« Il faut rapprocher les virements des tiers payants en faisant une manip' sur l'ordinateur pour que cela apparaisse en « payé ». M2

« Déjà pour les TP obligatoires, les CMU, on est obligé à la fin de chaque mois, de faire un relevé, c'est de la compta... pour savoir si on a bien été remboursés ou non. » M17

8.4 Les relances des impayés sont chronophages

« souvent on est pas remboursés, faut relancer soit le patient, soit la mutuelle. » M10

« Quand on appelle la CPAM pour réclamation, ils ne peuvent pas traiter plus de 4 lots sachant que dans un lot il y a entre 1 et 20 assurés. » M21

« Parfois on va voir le patient 2 fois dans la même journée en tiers payant et ils vont prendre cela pour un doublon, et ils ne vont payer aucune des deux consultations alors ils faut leur écrire pour leur confirmer. » M1

- Les relances n'aboutissent pas toujours

« Ma secrétaire passe beaucoup de temps à relancer les impayés car sur mes 2000 euros d'impayés il y a facilement 15 000 euros de relance ! » M5

- Les mutuelles sont difficilement joignables

« je relance énormément, je fais des courriers de relance pour les complémentaires mais j'ai toujours 2 ou 3 complémentaires par mois que je n'arrive pas à contacter, je laisse tomber. » M10

- Pas de temps pour les relances pour un gain financier faible

« Du coup je préfère perdre 6 euros 90 des fois, parce qu'il y a des gens qui sinon ils les ont pas ! Je préfère les perdre que de m'emmerder à aller courir à droite à gauche. » M8

« Donc la plupart du temps on préfère abandonner la part complémentaire plutôt que de perdre du temps à téléphoner aux caisses ou à faire des papiers. » M14

- Nécessité de relances malgré le conventionnement

« en général il faut quand même envoyer un papier de relance même en ayant fait la convention. » M10

8.5 Nécessité de conventionnement avec chaque mutuelle

- Procédures longues, peu pratiques

« Il suffit pas juste d'appeler, il faut qu'ils envoient un contrat qu'on signe qu'on renvoie et il faut qu'on envoie nos coordonnées bancaires et après ils nous envoient un login que l'on met sur notre lecteur de carte vitale pour activer le module qui permet de lire la carte vitale » M10

- Nécessité de récupérer les bons numéros des mutuelles pour pouvoir les rentrer dans le logiciel

« Pour moi c'est impossible de rentrer les numéros des mutuelles, j'ai déjà essayé plusieurs fois, c'est jamais les bons les numéros des mutuelles sur les cartes, je ne peux pas me permettre d'appeler les mutuelles. C'est de la perte de temps, si je n'ai pas des documents où c'est explicite. » M8

« Il faut rentrer tous les numéros, c'est quand même laborieux. » M18

- Joindre les mutuelles pour récupérer les bons numéros est laborieux

« Vu les horaires tardifs qu'on a, les mutuelles la plupart du temps c'est fermé, alors à qui on va demander les bons chiffres ? Les hotlines et tout ça... Non, ce n'est pas faisable. » M8

8.6 Lourdeur administrative des AME

« Quand c'est des AME, donc là on est obligés de faire un TP : c'est insupportable parce que là on doit faire une feuille papier, une photocopie donc c'est de la paperasse... » M4

9.Nécessité d'un secrétariat pour réaliser le TP

« Non parce que s'il faut que je me fasse rembourser par une mutuelle, c'est impossible parce que c'est vraiment de la paperasse, je pense que sans secrétaire c'est très compliqué. » M17

« Ma secrétaire relance les mutuelles au téléphone une fois par semaine de 10 à 16 h. » M16

« Je comprends que les confrères ne soient pas chauds à l'annonce du TP car c'est vraiment compliqué, on ne peut pas le faire si on a pas de secrétariat ». M5

9.1 Le TP est aussi chronophage pour le secrétariat

« Même pour ma secrétaire c'est infernal, ça lui bouffe toute la journée. Ça bouffe la ligne téléphonique. Ce n'est pas gérable. » M20

10.La crainte d'un système opaque

« Si c'est clair, pas de problème je veux bien, si tout n'est pas clair, non. Cela me dérange ! » M8

10.1 Part complémentaire réglée au médecin alors que le patient l'a réglée

« Avec « la mutuelle du soleil » je ne comprends pas, je ne coche pas le tiers payant en introduisant la carte vitale et c'est moi qui suis payée des 6,90 euros, alors que je n'ai pas fait de convention. » M4

« Ce sont les gens qui au départ nous ont dit « je ne suis pas remboursé » de la part complémentaire.» M16

10.2 Peu d'explications sont données en cas d'erreur

« Quand on demande aux mutuelles, ils nous disent c'est parce que la sécu leur transmet qu'on leur demande un règlement, or on appelle la sécu qui dit qu'elle n'a transmis que ce que l'on a demandé. » M16

- Les informations saisies manuellement par les mutuelles ?

« Au bout de plusieurs appels, on nous a avoué que finalement c'était un employé qui saisissait manuellement si on demandait un tiers payant ou pas et qu'il pouvait y avoir des erreurs au niveau de cette saisie. » M16

11. La pratique du tiers payant n'est pas adaptée au secteur 2

« quand je fais un tiers payant avec dépassement d'honoraires, cela m'écrit que je vais être remboursé à 70 % de la somme totale que j'ai demandée. » M20

12. TP impossible pour un médecin déconventionné

« Le tiers payant en déconventionnement c'est totalement impossible. » M15

b) Opinion sur la généralisation du tiers payant

1) Arguments en faveur de la généralisation du tiers payant

1. Aspect pratique de la démonétisation

1.1 Facilités liées au paiement bancaire tout en gardant le statut libéral

« nous pouvons être indépendants et avoir le statut comme presque un employé car rien n'est payé ici et tout passe par le compte en banque. » M21

1.2 Disparition de la caisse du médecin

« T'as plus de caisse quoi ! T'as pas d'espèces, t'as pas de chèque, voilà ! Cela va nous éviter d'aller à la banque » M1

« Ça évitera de devoir rendre la monnaie. » M18

1.3 Equivalent de « salariat »

« je ne suis pas du tout opposé au salariat et à ce genre de chose comme c'est le cas peut être pour la majorité des confrères de ma génération. » M5

2. Pas de changement de la relation médecin malade

« Je crois pas que ça modifie les rapports qu'on ne nous paie pas, qu'il y ait pas un échange d'argent. » M8

« Globalement, je ne suis pas sûr que cela modifie la relation. Je pense que cette relation, elle est tellement individualisée, elle change dans le temps avec un même patient. » M16

« Pour moi le respect cela ne passe pas par l'argent. » M5

2.1 Pas de changement l'exercice médical

« Dans ma pratique cela ne va rien changer ! Je ne vais pas faire moins bien mon métier c'est sûr. » M16

« Du côté médecin cela ne change rien à la pratique, je fais mon travail, il a besoin de soins, on le fait. » M19

« Je ne pense pas que le patient doive payer pour faire une bonne médecine. » M18

2.2 Pas de dévalorisation de l'acte médical

« Je n'ai pas l'impression que le fait de ne rien payer dévalorise l'acte médical même si c'est le bruit qui court. » M16

3. Pas d'inflation du nombre de consultations

« Après est ce que cela va augmenter la consommation des soins, je ne crois pas parce que je n'ai pas l'impression qu'avec la CMU les gens viennent plus. » M16

3.1 Les consultations sont déjà quasi gratuites puisque remboursées et les médecins sont déjà débordés

« Cela ne va pas augmenter la fréquence des consultations, les médecins sont déjà débordés, ils venaient déjà gratuitement. » M15

3.2 Les gens n'ont pas de temps à perdre

« Les gens perdent leur temps, c'est pour cela qu'ils viennent une fois pour 3 motifs au lieu de venir 3 fois pour un motif donc ils gagnent du temps. » M15

3.3 Si elles sont organisées sur RDV par un secrétariat

« Pour moi, cela ne va pas changer[...] parce que je ne reçois que sur RDV et il y a le filtre de la secrétaire donc un patient qu'il paie ou qu'il ne paie pas, il est obligé d'attendre comme les autres. » M13

3.4 Les abus du système de santé ne sont pas systématiques et dépendent des gens

« Je pense que l'augmentation de la consommation de soins dépend du profil : il y a des gens [...] qui ne vont pas pour autant abuser de la CMU. » M16

4. Peu de changements dans l'organisation quotidienne

4.1 Car pratique déjà le tiers payant intégral

« Comme je le fais déjà cela ne va pas changer grand-chose ! » M19

4.2 Grâce au secrétariat

« Cela ne changera rien car mon organisation est déjà très stricte, j'ai la chance d'avoir une secrétaire, de faire que des RDV. » M13

5. Permettra le désengorgement du service des urgences pour les consultations non urgentes au profit des maisons médicales

« Je pense que les maisons médicales incluses dans l'hôpital n'ont peut être pas la même activité parce que le patient a le choix de rien payer dans le couloir de gauche et de devoir sortir des sous dans le couloir de droite [...] malgré l'attente. » M16

« Après oui imaginons qu'il y ait une maison de santé et un libéral juste à côté du service d'urgence, cela va être une concurrence. Les gens quand on leur dit, vous allez faire une avance, même une petite en comparaison de pas d'avance, ils disent non. » M12

6. Avis positifs nuancés en faveur de la généralisation du tiers payant

6.1 Les médecins sont globalement pour mais pas dans les conditions actuelles : uniquement si système de santé est réorganisé

« Je suis donc pour avec des améliorations, pas dans les conditions actuelles. » M18

« Moi je pense que cela va nous faciliter, si c'est bien organisé. » M8

- Si géré uniquement par la sécu

« C'est une bonne chose, si une chose très simple, [...] on fait le tiers payant total avec la sécu et la sécu gère en se faisant rembourser elle par les mutuelles. » M16

- Si payeur unique

« Si le changement c'est : j'ai un payeur unique qui paie 23 euros c'est le paradis ! » M5

- Si simplification et garantie de paiement

« Si le politique me fait une facilité [...] c'est-à-dire : payez moi (en un clic), ça oui c'est souhaitable. » M5

« Le principe du TP ne me pose aucun problème à condition que cela soit simple et que cela marche. » M18

- Si le tiers payant reste facultatif

« Je suis pour le tiers payant à tous si le système progresse mais il est très important que cela puisse rester facultatif. » M23

- Si le système est sécurisé

« Que le TP existe, soit sécurisé, marche bien avec toutes les mutuelles, je suis tout à fait pour. » M20

- Si mise en place de subvention pour employer du personnel

« Je ne suis pas contre, c'est vraiment question de compta et de paperasse. Ou alors il faut qu'ils nous donnent une subvention pour avoir une secrétaire ? Je pense que cela va être difficile ! » M17

2) Arguments en défaveur et craintes vis à vis de la généralisation du tiers payant

1. Lourdeur administrative

1.1 Réaliser le TP va augmenter le temps administratif

« ça va faire flamber la paperasserie ! Parce que comme on voit que ça marche bien les cartes ... donc après faut faire une tonne de papiers » M1

1.2 Complexification de la comptabilité

« c'est beaucoup trop de paperasse pour aller surveiller le remboursement du tiers payant, en tous cas d'un point de vue complémentaire. Je pense que je passe déjà 5 heures par semaine à faire des papiers. » M10

« j'aurai beaucoup plus de checks à faire en fait, il faut que je dise à quelle consultation correspond quoi dans la compta. » M11

« La réforme oui ça va être un bordel sans nom au niveau comptabilité. » M13

1.3 Le travail administratif qui devrait revenir aux assurances privées revient au soignant

« L'Etat n'a pas le droit de donner des obligations aux mutuelles et les mutuelles trouvent ça très intéressant car cela les décharge de toute la part administrative qui leur incombe c'est-à-dire la vérification des droits et le remboursement c'est une tâche qui normalement ne revient pas aux soignants. » M14

1.4 Temps administratif au dépend du soin et de la recherche

« On préférerait une secrétaire pour pointer les vaccinations plutôt que pour faire de l'administratif, pour le recueil de données pour la recherche ou pour faire d'autres choses mais pas pour faire des papiers pour le remboursement du tiers payant. » M14

1.5 Les médecins sont formés à être des soignants avant tout

« Moi je n'ai pas signé pour être comptable ou pour faire du secrétariat. Dans nos études nous n'avons pas été formés à cela. » M17

1.6 Contraintes administratives inhérentes au système du tiers payant des médecins avec le parcours de soin à respecter à la différence du TP pratiqué par les pharmaciens

« Nous il y a d'autres facteurs qui interviennent, entre autres le « médecin traitant ». » M16

1.7 Pas le temps ni le personnel pour les vérifications

« Je n'aurai pas le temps de vérifier mes comptes, je ne le ferai pas. Vous voulez aller vérifier les trucs pour 6,90 euros ? » M20

« Sur le niveau organisation, moi je ne vais rien changer, c'est-à-dire que je ne vais toujours pas vérifier si je suis payée. Il est hors de question que j'emploie quelqu'un ou que je passe plus de temps. » M16

1.8 Frein à l'installation des jeunes médecins

« En fait le seul vrai problème c'est qu'il n'y a pas d'installation de jeunes médecins, ce n'est pas en créant de plus en plus de contraintes que cela risque de changer. » M13

2. Nécessité d'embaucher du personnel

« Cela va imposer de salarier quelqu'un pour ne pas que cela soit au détriment du soin. » M14

« Il faudra prendre une secrétaire. » M17

- Comme les pharmaciens ont dû le faire

« On voit bien que dans les petites pharmacies les pharmacies ont besoin d'une personne qui se dédie uniquement aux tiers payants. » M14

« Je connaissais un pharmacien qui salariait 4 personnes, seulement pour le TP. » M20

3. Déresponsabilisation du patient par rapport au coût de la santé

3.1 Augmentation du nombre de consultations

« Alors j'ai l'impression que cela augmenterait le nombre de consultations si tout le monde était concerné par ça, les gens n'hésiteraient plus à venir pour un rien si « c'est gratuit ». » M2

« Je pense que les gens vont avoir de moins en moins conscience que l'accès aux soins, c'est pas un service gratuit, il y aura quand même un abus au niveau du nombre de consultations médicales. » M10

- En comparaison avec l'expérience des hôpitaux

« Cela augmente les dépenses de l'hôpital car c'est indolore pour le patient. » M23

- En comparaison avec le TP des pharmacies : surconsommation induite

« Il y a quand même une surconsommation globale. On voit des stocks de médicaments dans les placards et c'est grâce à ce tiers payant malgré tout. » M14

Alors même que la consommation est régulée par les prescriptions médicales

« Sauf que eux ils ont besoin d'une prescription médicale pour pouvoir délivrer des médicaments donc ce n'est pas des gens qui viennent à la pharmacie en disant il me faut du machin et du truc et qui abuseraient du système [...] alors qu'à notre niveau les gens ils pourraient venir plus souvent. » M11

3.2 Augmentations des demandes

Ils vont demander des médicaments, il va falloir expliquer que tel médicament n'est pas utile. Il va y avoir de la demande, le patient va demander des soins inappropriés un peu plus. » M9

3.3 Augmentation des exigences des patients et diminution de leur respect

« Le risque du « tout gratuit » apparent va entraîner sûrement moins de respect dans le maintien du rdv entre autre. » M24

« Ils vont être encore plus exigeants car c'est un droit, c'est un dû donc ça va aggraver les choses. » M15

4. Déresponsabilisation des médecins

4.1 Risque que les médecins passent la carte sans consulter

« Les médecins risquent de se déresponsabiliser et de passer les cartes vitales sans faire vraiment des consultations et ça c'est un risque de dérive majeur. » M11

« Le médecin, quand il a passé une heure avec un patient pour seulement 23 euros la consultation, quand il va revenir le lendemain pour mettre un coup de tampon, il va lui redemander la carte et se prendre une consultation ! Pour la caisse ça va être une catastrophe. » M1

4.2 Disparition des actes gratuits

« Moi j'ai 200 à 300 actes gratuits par trimestre, à peu près 3 par jour encore actuellement mais après c'est un petit levier que je pourrais utiliser. » M16

5. Dévaluation de la médecine et du médecin

« L'évolution de la société, c'est « le tout gratuit », du « service » au lieu de la médecine. » M15

« La médecine elle sera plus accessible mais de moins bonne qualité. » M14

« la gratuité risque de rendre l'acte banal. » M13

6. Baisse des revenus des médecins, attendue

6.1 Peur de la grande proportion des impayés

« On s'attend à beaucoup d'impayés alors je ne veux pas faire des services en même temps l'on me fait faire des soins et à des tarifs trop bas. » M15

« Il faudra admettre un certain nombre d'impayés » M17

- L'expérience des centres mutualistes a montré une grande proportion d'impayés

« Il y a des expériences qui ont été faites avec les maisons de santé en tiers payant intégral. Il semblerait que les maisons les mieux gérées aient 8 % d'impayés et les moins bien gérées 30 % d'impayés! C'est énorme!» M16

6.2 Le traitement du tiers payant a un coût financier

« On a estimé que le coût minimal de traitement d'une feuille de soin en tiers payant au niveau administratif c'est 4 euros et cela peut monter jusqu'à 6 euros. » M14

Expérience des centres mutualistes

« Les centres mutualistes ont cassé un peu le TP généralisé dans un rapport dans le sens que la seule gestion du tiers payant, c'est 2,5 euros par consultation à 23 euros. Quand on sait que la sécu cela marche bien à 95 %, c'est 2,5 euros pour encaisser 6,90 euros ! » M20

6.3 Coût financier de cette réforme à la charge des médecins

« A aucun moment il n'est mentionné que ce sera les assureurs qui financeront. » M14

- Comme observé chez les pharmaciens avec l'achat de concentrateurs et l'emploi de personnel

« Ce sont les pharmaciens qui achètent leur concentrateur ! » M14

« Mais les pharmaciens ont vu leur marge bénéficiaire se réduire donc ils ont employés effectivement des salariés. » M14

- Cependant à la différence des médecins les pharmaciens ont d'autres revenus : les produits pharmaceutiques non remboursés et les génériques

« leur marge ils se la font sur la parapharmacie [...] donc ça les médecins n'y auront jamais accès. » M12

« Ils fixent des prix libres sur les médicaments déremboursés et négocient bien les prix des génériques. » M16

6.4 Peur de payer des impôts sur de l'argent non perçu

« Ce qui me pose problème c'est vraiment de dire, on passe le TP, fictivement on va avoir de l'argent, certainement on paiera des impôts sur de l'argent fictif. M6

Mais il faut savoir une chose c'est que l'Etat se base sur les consultations faites par la sécu donc la sécu elle considère que tu as facturé 23 euros et donc tu es imposé sur ce que tu n'as pas touché. » M3

6.5 Risque de voir la part mutuelle payée au médecin baisser à cause des frais de gestion

« si vous vous mettez en tiers payant au lieu de vous donner 6,90 euros, on vous donne 6,50 euros [...] ça ça risque de se passer sur ce que la CNAM a envie de déléguer aux mutuelles. » M5

7. Paradoxe du budget santé : les patients sont parfois prêts à investir un plus gros budget non remboursé

« Ça m'agace énormément parce que en fait tous les gens vont chez l'ostéopathe, ils paient 60 à 80 euros cash et que pour sortir 23 euros ils font un scandale » M3

« Ils viennent pas chez moi pour une infection urinaire, ils vont chez le pharmacien et ils se tapent les compléments alimentaires (cure de cranberry) à 27 ou 30 euros la boîte. [...] Alors je veux bien qu'ils ne veuillent pas payer nul part mais ils paient cela. » M 20

8. But financier caché de l'Etat

« Je pense pas qu'ils pensent à la médecine, je pense qu'ils pensent aux sous. » M7

8.1 Privatisation de la santé

« on n'a pas pris l'avis des professionnels de santé, la ministre de la santé[...] qui a pris l'avis des financiers, [...] on fait passer une notion que l'on croit sociale qui ne l'est pas car ça va augmenter le prix de la médecine. »M7

« Tu passes avec des mutuelles qui sont pas des philanthropes mais des assurances, alors là ça va être du grand n'importe quoi. » M6

8.2 Les bénéficiaires sont les organismes complémentaires avant tout

« A qui ça sert surtout en premier ? Est-ce que c'est au patient ou est-ce que c'est aux mutuelles ? » M14

« Quand on voit que les mutuelles sont actuellement en train de se battre pour essayer d'avoir un monopole [...] ou les assureurs, les groupes financiers se mettent à faire des mutuelles donc on peut se poser la question : c'est que le système doit être rentable ... et qu'il ne bénéficie pas forcément au patient.» M14

8.3 Les mutuelles imposées pour les salariés deviennent taxables

« Pour pouvoir organiser cette réforme les employeurs ont eu obligation de financer une mutuelle à leurs salariés mais voilà c'est considéré maintenant comme un avantage imposable, donc ces mutuelles sont taxables ! » M14

9. L'accès aux soins dans le système actuel n'est pas dépendant de l'avance des frais : la réforme est inutile

9.1 Les patients en difficultés bénéficient déjà du tiers payant ou d'actes gratuits si nécessaire

« Les gens qui viennent qui sont vraiment dans la mouise, on leur fait déjà ! [...] ces gens là je les soigne et puis on voit après. Certaines personnes peuvent me payer le mois d'après, ça ne me pose pas de problème. » M6

« A la limite même les patients qui n'ont pas de mutuelle, on leur fait cadeau de la part complémentaire. » M16

9.2 Il n'y a pas d'intérêt car ils peuvent être débités après le remboursement

« S'ils me paient par chèque généralement ils sont remboursés avant que j'ai encaissé le chèque. » M20

9.3 Les personnes dans le besoin (ménages modestes et pathologies lourdes) sont couvertes actuellement

« Ma justification elle est que tout ce qui est grave au niveau maladie et au niveau social est déjà pris en charge. » M9

9.4 Le tiers payant est inutile pour les personnes aisées

« Est-ce qu'il faut ou pas assurer le TP ? Alors oui pour les personnes qui en ont besoin, pas forcément pour les personnes qui peuvent financer. » M14

9.5 Les consultations sont remboursées et peu chères

« c'est bien que les gens paient étant donné que les mutuelles sont obligatoires en janvier et que les patients sont remboursés. [...]. Quand on va chez le médecin on paie, la consultation du médecin est très peu chère » M7

- En comparaison avec la pharmacie où les budgets sont plus élevés

« Il faut dire que ce qu'il faut sortir du porte monnaie chez le pharmacien est plus élevé que ce que c'est chez le médecin , c'est pas 23 euros, c'est souvent 120 euros.» M9

10. Les médecins évoquent le peu de transparence du gouvernement au sujet de la réforme

« Même le conseil de l'ordre se positionne en demandant des éclaircissements. » M14

10.1 Il n'y a pas eu de négociation entre politiques et médecins : il s'agit d'une mesure non démocratique

« On n'a pas de visibilité, il n'y a pas de discussion en tous cas démocratique, sur le devenir de notre système de santé. » M14

« Il n'y a pas de transparence sur la mise en place du système et que c'est décrété par l'État unilatéralement sous la pression des mutuelles. » M14

10.2 Peu d'informations sur la réforme

«j'ai une crainte que cela s'étende car moi avec mon faible niveau d'information et mon faible intérêt là dedans,» M12

« « Elle est passée mais ne vous inquiétez pas, elle peut pas vraiment être appliquée ! » C'est quoi ce discours ? Dans quel délai, pourquoi, comment ? » M12

« On a à ce jour reçu aucun courrier de la part de la CPAM, de la part de la Ministre nous disant ce qu'on va faire, comment ça va se faire... donc en fait c'est un flou artistique. » M4

10.3 Pas d'informations pour concilier TP et secteur 2

« Et puis je suis en secteur 2 donc déjà il n' y a aucune mutuelle qui signale comment ça va se passer avec le secteur 2. » M20

10.4 Peur que les complémentaires aient accès au dossier médical partagé

« Le risque, c'est qu'une fois que les mutuelles augmenteront la prise en charge de la part complémentaire, une fois qu'elles arriveront à 50 %, elles auront aussi accès au dossier médical et ce sera le début de dérives majeures. » M14

11. Le système n'est pas prêt

11.1 Infaisabilité technique

« D'abord techniquement c'est pas faisable. » M9

11.2 Pas d'investissement prévu de la part des mutuelles

« Comme les mutuelles elles feront pas d'efforts parce que c'est des financiers donc ils vont pas investir, eux ils veulent que cela rapporte [...], ça ne sera pas organisé. » M8

11.3 Nécessité de réorganisation totale de la profession médicale comme chez les pharmaciens

« Les médecins, après l'expérience malheureuse des pharmaciens, les médecins s'inquiètent beaucoup de la mise en place de cette loi qui les obligerait à se réorganiser totalement. » M14

- Mise en place de rendez-vous pour gérer l'afflux

« Les médecins vont se faire déborder par les consultations. Cela se passe déjà et ça va augmenter : soit il bossent 48 h par jour soit il met des RDV. » M7

12. Peur de la dépendance vis à vis des caisses d'assurance maladie et des mutuelles

12.1 Les caisses peuvent bloquer le paiement des recettes

- Si les objectifs de la caisse ne sont pas atteints

« Lorsqu'ils ne remplissent pas certains objectifs, la caisse d'assurance maladie bloque les paiements des pharmaciens et à partir du moment que le TP est organisé, on peut aussi bloquer le paiement des médecins. » M14

« quand un pharmacien [...] par exemple ne délivre pas assez de génériques, il y a des rétorsions qui se font, il y a du retard dans le paiement ! » M9

- Si elles rencontrent des difficultés financières, paiements en retard possible

« Le tiers payant pour l'instant on le fait avec la sécu parce que cela fonctionne très bien mais c'est pareil, si le mois-ci ils sont dans le rouge, ils vont nous dire, on vous paiera que le mois prochain. » M16

« Les caisses ne pourront plus payer et c'est ce qui nous pend au nez c'est des ruptures de paiement. » M3

12.2 Les médecins ont peur des dictats de prescription de la sécurité sociale

« Et nous c'est ce que l'on redoute, on veut nous obliger à prescrire ci et à ne pas prescrire ça. » M9

« Ce qui m'embête c'est quand ils m'obligent à faire des choses que je ne veux pas faire : exemple de la prescription de génériques. » M15

12.3 Assujettissement du médecin au payeur : risque de baisse de revenus

« il va y avoir un assujettissement du médecin au payeur, et donc quand ils voudront ils baisseront les tarifs. » M15

13. Augmentation des dépenses de santé et ses conséquences

« Mais ça ça va être la porte ouverte à une EXPLOSION des dépenses de santé ! » M1

« Le tiers payant intégral pour les patients a mis des hôpitaux en déficit. » M3

13.1 Augmentation du déficit de la sécurité sociale

« donc d'ailleurs ça fera augmenter le trou de la sécurité sociale puisqu'il y aura des consultations qui ne sont pas du tout utiles. » M4

13.2 Augmentation des cotisations de l'AMO

« Cela va augmenter les cotisations de ceux qui travaillent. » M20

« Mais il va falloir aussi payer la mutuelle de tous les gens qui n'ont pas d'emploi, on ne va pas les laisser sans mutuelle. Cela va nous coûter beaucoup plus cher. » M20

13.3 Désengagement de la sécurité sociale possible et privatisation de la santé

« Ils veulent donner tous les soins de villes aux mutuelles et aux compagnies d'assurance. Pour que ce ne soit pas choquant pour le patient il faut qu'il y ait d'abord le TP avec la sécu et mutuelle et après ce sera que la mutuelle et le patient ne s'apercevra de rien donc le but inavoué c'est le désengagement de la sécurité sociale. » M9

« TP généralisé plus obligation de mutuelles pour tous les employés égale désengagement de la sécu à venir et prise de pouvoir des mutuelles. » M20

14. Augmentation des pouvoirs des assurances privées

14.1 A terme système inégalitaire pour les patients

« Cela va laisser pleins pouvoirs au financeurs et aux assureurs et c'est eux qui en bénéficient le plus, cela ne va pas être les patients. » M14

« Quand les mutuelles gagneront du terrain, il y aura un réseau mutualiste obligatoire, si vous n'êtes pas dans le réseau vous ne serez pas pris en charge. Le système de santé va être encore plus à 2 vitesses. » M20

14.2 Augmentation des cotisations des organismes complémentaires

« Déjà les cotisations mutuelle vont augmenter, ce qui est parfaitement normal si on passe d'un remboursement de 35 % à 50 % car ils ne sont pas là pour perdre de l'argent. » M20

« Le tiers payant ça va coûter plus cher à la société mais après la Finance va gérer comme dans les assurances. Si tu as une voiture en mauvais état tu vas payer plus cher. » M7

14.3 Fin de la liberté d'installation dictée par les assurances

« Demain avec les mutuelles vous voulez rentrer dans le réseau [...] ils vont vous dire : « non la couverture est suffisante sur les Alpes Maritimes, on ne prend pas de médecins par contre si vous voulez aller travailler dans les Hautes -Alpes, là vous pouvez être conventionné avec nous.» M9

« La désertification a été voulue et créée, maintenant il y a de la place pour investir pour les assurances privées. » M22

14.4 Fin de la liberté de prescription

« « là vous avez trop prescrit de ça donc vos patients ils vont trop bien mais au prix de tellement d'exams ... il faut leur supprimer ça ! » M6

« Est-ce que les mutuelles ne vont pas prendre le contrôle sur notre activité, et sur ce que l'on fait et sur ce que l'on prescrit. » M19

14.5 Limitation du nombre de consultations

« Quand ils vont appliquer le TP, [...] comme ils vont se faire déborder, alors ils vont limiter le nombre de prescriptions puis le nombre de consultations.» M7

15. Fin de la médecine libérale

« On tend vers la fin de la médecine libérale et à être enchaîné aux mutuelles et à la sécu. » M15

« Le TP c'est pour retirer le pouvoir médical et mettre un pouvoir d'État et un pouvoir financier à la place.» M7

15.1 Salarisation possible de la profession

« Est ce que l'on ne va pas devenir des salariés des mutuelles ? » M19

« Cela va être un fonctionariat déguisé avec des fonctionnaires de la sécu et des mutuelles. » M6

15.2 Mise en place de forfaits et diminution de la paie

« La seule façon de maîtriser la masse d'honoraires c'est de nous intéresser avec des ROSP donc des forfaitisations de notre pratique. » M16

« Moi j'ai l'expérience de certains collègues qui étaient en banlieue parisienne [...] qui faisaient quasiment tout en tiers payant, qui avaient des ardoises énormes avec la sécurité sociale. Alors le directeur de la sécu disait : « je n'ai pas le personnel suffisant pour traiter toutes les feuilles.» il leur faisait un forfait..» M9

15.3 Suppression du paiement à l'acte

« Mais le but du gouvernement, il est bien de supprimer le paiement à l'acte. Ce n'est pas la médecine libérale qui les embête, c'est juste le paiement à l'acte car si demain les 100 000 médecins au lieu de faire 30 actes dans la journée, font 40 actes dans la journée, la sécu explose. » M16

c) Suggestions des médecins

1) Améliorations à apporter au système pour aider à l'application de la généralisation du tiers payant

1. Un seul interlocuteur, par exemple centralisation par la sécurité sociale

« Ou alors il faudrait vraiment que tout soit centralisé sur une seule caisse ! » M1

« Ce serait bien que tout soit centralisé par la sécu ou une grosse centralisation de toutes les mutuelles pour avoir un remboursement qui marche. » M10

1.1 Création d'un centre unique de gestion du TP pour tous les professionnels de santé cogéré par les mutuelles, les professionnels de santé et les associations de patients

« Je suis pour la création d'un centre de gestion unique pour toutes les mutuelles, financé par l'État, co-géré par les mutuelles, les professionnels de santé (infirmière, kiné...) et les associations de patients.[...] Et à ce moment toutes les professions de santé, pourraient bénéficier de cette gestion du TP. » M16

1.2 Un seul portail pour vérifier les droits des assurés

« Qu'il y ait un organisme et puis nous on télétransmet à lui et puis lui il nous dit quels droits, s'ils sont ouverts ou non, à quelle caisse de sécu est le patient, dans quelle mutuelle. » M11

« Il faudrait un service unique permettant de vérifier les droits mutuelle comme sur le site Ameli. » M22

1.3 Financé par les mutuelles ou l'État, pas par les médecins

« Un organisme concentrateur pourrait être une solution à partir du moment où les mutuelles le financent. M14

« Puisque nos salaires sont les plus bas d'Europe, il faudrait prendre du budget pour financer un organisme unique » M23

2. Réforme profonde du système de santé

2.1 Une seule caisse d'AMO et une seule caisse d'AMC

« Moi dans l'idée ce serait une mutuelle unique avec une caisse de sécu unique qui communiquent entre elles. » M11

« Il faudrait réduire cela à un : une mutuelle, une caisse de régime obligatoire pour tout le monde. » M21

2.2 Uniformisation des caisses d'AMO et d'AMC

« Il faut centraliser les caisses et il faut uniformiser les mutuelles. » M12

« Il faut uniformiser ce système des régimes obligatoires car il est très inégalitaire. » M22

2.3 Valorisation des salaires, équivalent de salariat

« Je pense qu'il faut un équivalent de salariat, je pense qu'il faut une valorisation car là on est à un niveau très bas par rapport à la moyenne européenne » M5

2.4 Création d'emplois autour du médecin généraliste pour faciliter la gestion du cabinet

« Il faut des facilités dans la gestion. Il y a tout plein d'emplois qui peuvent être faits tout comme autour du « general practitioner » en Angleterre (secrétariat, infirmière de tri, etc » mais là je parle déjà de la qualité du soin. »M23

3. Création de logiciels plus performants et pratiques

3.1 Pour la vérification des paiements

« Il pourrait peut être y avoir des logiciels qui arrivent à faire rentrer directement les remboursements en compte des tiers payants dans le logiciel de manière à ce qu'on ne voit que les impayés directement. » M17

3.2 Simplification de la procédure de facturation

« Parce qu'il faut toujours cliquer plusieurs endroits, il faut cliquer à chaque fois « c'est pas un accident de la route » alors que ça fait 21 ans et je n'ai jamais eu d'accident de la route.» M21

« On peut aussi mettre une mémoire dans l'ordinateur comme ça il a été facturé comme ça la dernière fois, alors on facture de la même façon. » M21

4. Aide à la réalisation du TP sur la part complémentaire

4.1 Mise en place de nouvelles cartes

- Intégrer les informations des mutuelles dans les cartes vitales

« Il faut qu'ils fassent des cartes vitales où y'a tout dedans comme la carte vitale.» M8

« Toutes les infos dans la carte vitale, ça serait bien. »M11

- Faire des cartes mutuelles standardisées adaptées aux informations demandées dans les logiciels

« Il faudrait que les cartes soient standardisées, qu'elles aient toutes les mêmes numéros et tout ce qu'il faut marquer sur nos logiciels (code AMC). » M20

4.2 Création d'un fichier répertoriant tous les codes des mutuelles et nécessité et formation

« Je pense qu'il faudrait (si on doit rentrer les numéros de mutuelles), que l'on ait un guide avec toutes les mutuelles qui existent et qu'on ait peut être une formation. » M4

4.3 Aide sur le terrain, de la part des agents des organismes complémentaires

« Ce serait bien que l'on puisse faire appel aux mutuelles, qu'il y ait quelqu'un qui se déplace pour m'aider à réaliser ce tiers payant sur la part complémentaire, surtout moi qui suis isolé. » M22

5. Responsabiliser les mutuelles

5.1 Les engager par écrit à la garantie de paiement

« il faut que le professionnel se fasse payer, qu'il ait une convention spéciale et qui dise « ok on a accepté, vous allez être payé de toutes façons. » » M11

5.2 Les engager au financement du travail administratif supplémentaire

« Si les mutuelles n'assurent plus cette prise en charge auprès de leurs assurés il faut qu'elles financent l'organisation de la délocalisation de cette responsabilité au soignant. » M14

6. Droits permanents des patients au tiers payant

« Ne pas avoir à vérifier les droits du patient. » M18

6.1 S'inspirer en partie du système monégasque : télétransmettre en direct sur un internet actualisé à partir de numéro d'assuré sur carte papier

« vous rentrez sur le site de la caisse de Monaco sur votre smartphone en visite, cela ne vous coûte rien, vous avez votre numéro de code, vous rentrez le code du patient et vous établissez votre facture, vous l'envoyez : c'est la télétransmission. » M20

« Il faudrait une carte papier avec un identifiant, des droits en ligne accessibles par tous (droit sur la part obligatoire et complémentaire) et actualisés donc pas de possibilité de triche, pas de droits non à jour. » M22

6.2 Mise à jour des cartes vitales possible en cabinet

« Il faut que l'on puisse la mettre à jour dans les cabinets médicaux ou en se connectant directement au portail ou bien que l'on ait des boîtiers, comme chez les pharmaciens. » M23

6.3 Pouvoir Télétransmettre avec l'heure de consultation pour éviter les refus de paiement quand un patient a consulté deux fois la même journée

« Il faudrait qu'à un moment donné, on puisse mettre l'heure, ce serait plus simple. » M19

7. Plus de transparence du système

« Il faut que les gens sachent exactement ce qu'ils paient et où ils le paient pour leur santé. » M12

« Ce que je demande à l'État c'est plus de transparence. On sait que l'économie et la santé c'est pas le même domaine et que ça peut pas continuer comme ça. » M12

8. Pour éviter l'augmentation de la demande médicale et des dépenses de santé

8.1 Organiser des contrôles de médecins

« Pour que le système coûte moins cher il y a qu'à faire des contrôles. » M7

8.2 Introduction d'un ticket modérateur pour les patients à 100 %

« Moi j'ai des suggestions pour diminuer la pratique du tiers payant, c'est de faire payer 1 euro ou 2 euros aux CMU, et aux ALD. » M7

8.3 Fixer un nombre maximum de consultations encaissables par jour

« Après par exemple 28 consultations par jour, retirer 100 % des revenus au-delà au médecin comme ça il sera pas tenté de faire 60 consultations par jour. » M7

8.4 Responsabiliser les patients et les médecins sur le coût de la santé et commencer à dérembourser

« Il faudrait être plus franc, assumer, dérembourser certaines choses. Il faudrait responsabiliser tout le monde. » M12

9. Création d'un fond de solidarité d'indemnisation des impayés

« Créer un fond de roulement pour pouvoir indemniser ou rembourser tous les impayés liés aux faillites obligatoires du système. » M16

2) Suggestions pour éviter la généralisation du tiers payant

1. Encaisser les chèques après remboursement en ne faisant pas de tiers payant

« les gens qui n'ont pas les moyens, qui n'ont pas la CMU, je leur dis « vous me faites un chèque , vous me dites quand vous voulez que je l'encaisse même un mois plus tard ». Ils sont remboursés dans les 48 h. » M4

2. Lutte contre l'application du TP obligatoire

« Il faut résister à cela je n'ai pas de suggestion. » M7

« Les médecins ne l'appliqueront pas. » M9

3. Menace concertée : augmenter le nombre d'actes

« Je crois que l'on devrait augmenter nos actes jusqu'à ce que cela explose [...] mais il faudrait que cela soit quelque chose de concerté, une menace. » M16

4. Généraliser la carte de crédit santé et non le TP

« J'ai des patients qui sont au crédit mutuel et qui ont une carte spéciale : les gens ne sont débités qu'à partir du moment où intervient le remboursement. Il y a le LCL qui fait ça aussi. » M2

« Une carte bleue « avance santé » sur le mode du Crédit Mutuel : le patient est débité quand il est remboursé. » M24

5. Informer les patients du contexte de généralisation et des conséquences attendues

« Les patients ont droit d'être informés par les médecins, pourquoi les médecins ne sont pas contents. » M12

6. Déconventionnement

« Aucune, si ce n'est se déconventionner en masse. » M3

« Il n'y a qu'une solution c'est sans aller. J'espère que tous les médecins vont partir comme moi et si on avait tous fait ça au même moment ça aurait été gagné. » M15

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

I-Forces et limites de cette étude

a) Forces de l'étude

La généralisation du tiers payant annoncée dans le projet de la loi santé qui a été promulguée le 26 janvier 2016 était un des points forts annoncé par le Ministre de la Santé, mais c'est aussi un des points qui a fait le plus parler les médias et réagir les syndicats de médecins.

Il s'agit donc d'un **sujet d'actualité aux enjeux multiples, peu traité jusqu'alors.**

Les points forts méthodologiques de notre étude sont :

- *les critères d'inclusion larges* : tout médecin installé en cabinet de médecine générale des Alpes Maritimes. Cela a permis d'obtenir un échantillon diversifié en termes d'état civil, de modes d'exercices et de lieux d'installation. Nous avons volontairement exclu les remplaçants ne disposant pas d'une expérience suffisante liée à un cabinet.
- *les entretiens menés sur une longue période* entre juin 2015 et février 2015 du fait des incertitudes liées aux modalités d'application de la généralisation du TP. Après de nombreux allers-retours entre le Sénat et le Parlement et des débats houleux avec les syndicats de médecins, en décembre 2015 la loi santé est finalement adoptée avec la décision de généraliser le TP juste avant que le conseil constitutionnel n'émette de réserves le 21 janvier 2016 quant à son application sur la part complémentaire qui restera donc facultative.
- le choix de la méthode de recueil par *guide d'entretien* avec questions ouvertes qui a permis aux médecins interrogés de s'exprimer librement.

- *les entretiens individuels* lors d'entrevues dans des moments choisis par la personne interrogée. Cela a permis de dégager du temps afin de d'encourager la personne à développer le plus possible son opinion. De plus, l'entretien individuel a permis de favoriser la sincérité des participants, sur un sujet pouvant être délicat et tabou, car touchant à la rémunération.
- les entretiens réalisés *jusqu'à saturation des données* ce qui assure une validité externe acceptable.
- *la retranscription fidèle* (mot à mot) puisqu'elle a été faite à partir d'enregistrements.

La cohérence interne et la cohérence externe de notre étude est bonne :

- *Cohérence interne* : notre étude retrouve les mêmes arguments en faveur et défaveur de la généralisation du TP que la thèse de Julien AMAR. (18) Cette étude différait de la nôtre dans le sens où elle était nationale, réalisée auprès des médecins libéraux, toutes spécialités confondues et non pas seulement auprès de médecins généralistes, à partir de questionnaires envoyés par mails pour le compte de la Fédération des médecins de France.
- *Cohérence externe* : à titre indicatif, car nous n'avons pas réalisé d'étude quantitative, notre échantillon de médecins pratiquait le TP au moins autant qu'au niveau national. En France le tiers payant est pratiqué pour 35% des actes des médecins (11). Dans notre étude ce chiffre s'élève à 41, 94% s'expliquant par la pratique quasi totale des consultations en TP de 3 médecins mais peut être aussi parce qu'il semblerait que les Alpes Maritimes soient un département où le TP est particulièrement appliqué. En effet (11), le taux de tiers payant dans les Alpes Maritimes est de 28,3% hors ménages modestes et ALD contre une moyenne nationale à 13,6% ; et le taux de tiers payant en ALD est de 71,6% contre une moyenne nationale de 45,3%.

b) Limites de l'étude

Notre étude peut comporter plusieurs biais :

- ***un biais de sélection*** car recruter parmi une population professionnelle peu disponible au téléphone a dû favoriser l'inclusion des médecins les plus motivés, concernés, vindicatifs ou mécontents. Ce sont eux qui ont pris l'appel téléphonique ou ont rappelé après que leur secrétariat leur ait laissé un message. Certains médecins sans secrétariat et donc sans permanence téléphonique sont restés injoignables. Ceci explique peut être la forte proportion de médecins généralistes avec secrétariat dans notre échantillon : 71% des médecins contre en moyenne nationale de 50%. (36). Le nombre de refus tacites (pas de rappel du médecin après plusieurs appels du cabinet médical) n'a pas été chiffré et a été considéré sans doute à tort comme un manque de disponibilité.
- ***un biais de subjectivité*** car le guide d'entretien même s'il se veut ouvert et le moins directif possible, oriente tout de même le discours.
- ***un biais d'information*** car la proportion des tiers payants réalisés par les médecins généralistes interrogés était un ordre d'idée apprécié librement par eux-mêmes, afin de situer leur opinion par rapport à leur pratique effective. Il serait utile de réaliser une étude quantitative afin de déterminer les pourcentages exacts des proportions de consultations en tiers payant qu'il soit intégral ou non.
- ***un biais d'analyse*** car le codage des verbatims (citations textuelles « mot à mot ») et l'analyse ont été réalisés sans l'aide d'un logiciel informatique, par un auteur non habitué de la méthode qualitative. En effet durant nos études de médecine, nous sommes surtout formés à la méthode de recherche quantitative.

Pour la validité interne de cette étude, c'est-à-dire la validité des savoirs produits par la recherche il aurait fallu réaliser une triangulation multiple (27) (37) :

- *triangulation des investigateurs*, c'est-à-dire faire appel à au moins deux chercheurs pour rassembler et interpréter les données. L'absence de ce double codage peut induire une certaine subjectivité dans notre étude.

- *triangulation des méthodes* en diversifiant les modes de recueillement (par l'analyse de documents, l'observation)

- *triangulation « écologique »* en demandant aux participants de la recherche de vérifier les analyses et les interprétations de leurs déclarations.

II- Théorisation des résultats à partir du modèle SWOT

Nous avons choisi d'utiliser le modèle d'analyse SWOT, acronyme dérivé de l'anglais pour Strengths (Forces), Weaknesses (Faiblesses), Opportunities (Opportunités), Threats (Menaces) pour analyser nos résultats.

L'objectif était d'analyser et de décrire d'une manière simple et logique les volontés et réticences des professionnels de santé par rapport à la généralisation du TP.

Cette technique d'analyse permet de dégager les problématiques essentielles. L'objectif ensuite serait, à partir de ces résultats analysés, de maximiser l'importance des forces et des opportunités et minimiser le potentiel des menaces et des faiblesses, lors des réflexions pour mettre en place le TP généralisé.

a) Forces et opportunités concernant la généralisation du tiers payant

Les motivations des professionnels de santé sont les suivantes :

FORCES (motivations personnelles des médecins)	
Arguments logistiques	<ul style="list-style-type: none">- Aspect pratique de la démonétisation- Gain de temps- Plus de sécurité sans espèces
Arguments éthiques	<ul style="list-style-type: none">- Amélioration de l'accès aux soins- Rapport uniquement médical avec le patient- Uniformisation de la pratique entre professionnels de santé
Arguments financiers	<ul style="list-style-type: none">- Facilité et rapidité de paiement- Peu d'impayés
Arguments moraux	<ul style="list-style-type: none">- Mesure facultative- Pas d'inflation des soins- Pas de dévalorisation de l'acte médical

OPPORTUNITES (facteurs externes pouvant faciliter la réalisation du TP)	
Arguments logistiques	<ul style="list-style-type: none">- Logiciel adapté- Possibilité de faire le tiers payant sur la part complémentaire sans conventionnement- Droits administratifs du patient à jour- Temps de secrétariat dédié à la gestion du TP

Le système de santé actuel, vu sur l'aspect du règlement de la consultation, plaît globalement aux médecins généralistes car il permet l'accès aux soins des plus démunis sans difficultés majeures.

Certes le système est complexe et nécessiterait des améliorations mais le tiers payant sur la part obligatoire fonctionne bien.

Les avantages actuels du TP sont :

- qu'il reste encore facultatif dans la majorité des cas en septembre 2016 (sauf AME, CMU et part obligatoire de l'ACS).
- qu'il permet sur la part obligatoire un paiement rapide, fiable, pratique dans certaines situations (situations d'urgences...) ou pour certaines personnes (mineurs ...).
- qu'il garantit le paiement pour les patients qui n'ont pas de moyen de régler la consultation.
- qu'il évite le stockage d'argent liquide et donc évite les agressions et les vols.
- qu'il permet de simplifier la comptabilité (quand pratiqué sur la part obligatoire).
- qu'il recentre la relation médecin-malade sur la relation de confiance mutuelle et enlève toute notion financière.
- qu'il n'est ressenti ni comme inflationniste ni dévalorisant.

Sa généralisation permettrait une homogénéisation des pratiques des autres professionnels de santé et autres structures de soins.

La réalisation du TP sur la part complémentaire est une expérience positive en la présence d'un employé dédié à la vérification des paiements et aux relances.

b) Faiblesses et menaces concernant la généralisation du tiers payant

Les aspects négatifs dans la pratique du TP, décrits par les médecins sont les suivantes :

FAIBLESSES (craintes propres aux médecins)	
Arguments logistiques	<ul style="list-style-type: none">- Comptabilité complexe, surveillance des impayés difficiles- Inflation du nombre de consultations
Arguments éthiques	<ul style="list-style-type: none">- Déresponsabilisation des médecins néfaste pour la qualité des soins- Dossier médical partagé accessible aux organismes d'assurances privées
Arguments financiers	<ul style="list-style-type: none">- Paiement non garanti- Délais de paiement long- Baisse des revenus-Augmentation des dépenses de santé
Arguments moraux	<ul style="list-style-type: none">- Déresponsabilisation des patients- Perte du respect des patients, dévaluation de la médecine- Dépendance aux organismes d'AMO et d'AMC- Perte du statut libéral, salarisation de la profession-Devenir du système de santé (privatisation de la santé ? disparition du secteur 2 ? ...)

MENACES (obstacles à la réalisation du TP)	
Arguments logistiques	<ul style="list-style-type: none"> - Logiciels peu adaptés, procédure informatique longue - Oubli de la carte vitale par le patient - Cartes mutuelles non fonctionnelles - Nécessité de conventionnement avec les mutuelles - Grand nombre d'organismes d'AMO et d'AMC - Difficultés à connaître les droits d'assurance maladie des patients - Toutes les mutuelles n'appliquent pas le tiers payant - Système opaque, peu d'informations données - Chronophage : demande beaucoup de temps administratif (relances...) - Absence de secrétariat - Patient n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou hors parcours de soin
Arguments financiers	<ul style="list-style-type: none"> - Nombreux impayés - Toutes les mutuelles ne paient pas bien - Coût de la réalisation du TP

Les médecins pointent des **difficultés d'ordre techniques** à la réalisation du TP

- devant le **grand nombre d'organismes** d'AMO (en fonction du territoire et du régime travailleur) mais surtout devant le grand nombre d'AMC, ce qui fait trop d'interlocuteurs.
- du fait que les **droits ne sont pas à jour** (CMU, ALD, affiliation à une caisse) ou que le patient ne respecte pas le parcours de soin.
- du fait des **difficultés de saisie des mutuelles** dans les logiciels.

Les impayés sont courants et leur taux est bien documenté dans la littérature.

Le taux de rejets globaux des factures envoyées est de 1,19% pour les médecins généralistes.

(11). Ce chiffre est comparable au taux de rejet dans les pharmacies (autour de 1,5%) qui pratiquent le TP à 85% assure Gilles Bonnefond, le président de l'USPO. (38)

Pour les médecins, les cas les plus fréquents sont liés au *non respect du parcours de soin* du patient, condition qui n'existe pas chez les pharmaciens. Une étude de la CPAM des Hauts de Seine (39) a montré que : « même quand le CMUiste a déclaré un médecin traitant, il respecte moins le parcours de soins que les autres assurés : dans ce cas, seuls 79% des actes sont effectués dans le parcours de soins, contre 90% pour l'ensemble des bénéficiaires. »

Les délais de paiement sont longs, en particulier pour les régimes spéciaux du régime obligatoire et des mutuelles.

A la suite de l'intention du gouvernement de généraliser le TP, un observatoire du TP (40) a été créé par deux médecins généralistes LEGRAND Bertrand et REMY Thomas afin de savoir si le système était effectif. Tout médecin est libre d'y laisser ses données personnelles sans aucun contrôle ce qui peut engendrer des biais.

Cependant leurs résultats sont concordants avec le rapport commandé par Madame le Ministre de la Santé (11) : le délai moyen de paiement en FSE est de 5 jours pour le régime obligatoire classique (CPAM) dans ces 2 études et n'a pas été évalué dans notre étude. Ce délai est plus aléatoire pour les régimes obligatoires spécifiques pouvant courir jusqu'à plusieurs semaines, ainsi que pour les régimes complémentaires (2 à 15 jours).

La réalisation du tiers payant est **chronophage** :

- car elle impose des *vérifications minutieuses* des paiements par virement bancaire et ces vérifications sont encore difficiles voire impossibles car les *retours* semblent particulièrement *opaques* (notamment avec le numéro d'assuré et les différents régimes spéciaux).

- car en cas d'impayés, les *relances n'aboutissent pas* toujours à la première réclamation.

Les médecins ont déjà peu de temps disponible pour y ajouter un travail administratif supplémentaire. Ces charges administratives constituent un frein à l'installation pour 70 à 89% des médecins libéraux. (41)

Si les impayés doivent être contrôlés, avec le temps administratif que cela demande, il faut *embaucher* une personne supplémentaire mais les médecins ne souhaitent pas assumer ce coût supplémentaire.

Parallèlement à ces aspects de gestion du TP, ne va t'il pas y avoir des abus côté patient comme côté médecin ? Le tiers payant fait perdre toute *notion de coût de santé* en l'absence d'avance des frais de la consultation, le patient est alors déresponsabilisé et cela engendre une augmentation du nombre de consultations, le plus souvent non justifiées car le domaine de la santé n'est pas épargné par l'évolution de la société et la dérive consumériste (42). Le patient consomme des soins de santé. L'évolution du rapport au corps et à la santé a contribué à l'émergence de cette dérive jusqu'à devenir une *consommation de « confort »*. (43)

Cette surconsommation et cette gratuité dévalorisent l'acte médical et entraînent une *perte de respect* du patient vis à vis du médecin.

Cette perte de respect du patient avec demandes non justifiées est décrite dans une thèse étudiant « *l'influence du tiers payant sur la consommation des soins ambulatoires* », (44) les médecins qui avaient déclaré faire plus de prescriptions paramédicales, de produits pharmaceutiques ou de transports médicalisés aux patients bénéficiaires de la CMU que pour les autres assurés, 70% le faisaient sur demandes du patient et seulement 10% pour raisons médicales. Les raisons de telles prescriptions étaient ressenties comme « un dû revendiqué » par les bénéficiaires.

Les patients ne seront sûrement pas les seuls responsables de cette *augmentation des dépenses de santé*, car on peut envisager qu'il sera tentant pour le médecin de *frauder* et de faire passer les cartes vitales sans justification pour s'assurer un revenu.

Une autre préoccupation des médecins concerne les conséquences ultérieures de la généralisation à savoir un début de fonctionnarisation, la fin du paiement à l'acte et de la profession libérale.

C'est surtout autour du *paiement à l'acte* que s'est toujours cristallisé le débat des syndicats des médecins. Le combat historique du syndicalisme médical pour la tradition libérale pèse aujourd'hui face au tiers payant. Encore aujourd'hui selon les médecins, l'absence de généralisation du TP garantirait le caractère libéral de l'exercice médical en le protégeant de la coupe administrative du tiers payeur. (18) Pour grand nombre d'entre eux, seul l'exercice libéral permettrait d'établir une relation de confiance entre le praticien et son patient sans l'intervention d'un tiers.

Dans le contexte de diversification récent des modes de rémunération des médecins libéraux (rémunération forfaitaire : participation à la permanence des soins, médecin traitant, aide à la télétransmission ; rémunération à la performance : ROSP) et de volonté de généralisation du TP, la méfiance est partagée par la majorité des médecins.

A juste titre ... puisque le 25 avril 2015, sur France Culture, Brigitte Dormont, économiste de la santé, professeure à Paris Dauphine et membre du conseil d'analyse économique, chargée de conseiller le premier ministre affirme :

« La généralisation du tiers payant [...] C'est d'une certaine manière la mort annoncée du système libéral qui est une bonne chose, car la médecine libérale est complètement incompatible avec un système d'assurance maladie comme le nôtre (...). L'assureur paye directement le médecin et ça, ça change tout, et ça rend les médecins effectivement dépendant du financeur (...). Si donc l'assurance maladie veut faire pression sur les médecins, elle a les moyens financiers pour faire pression sur les médecins »

Le paiement matériel pour certains, outre le fait de ne pas déconnecter les patients des coûts engendrés aurait aussi une dimension symbolique psychanalytique (45) : **symbolique de l'échange** donc du lien et de la reconnaissance mutuelle fondée sur la confiance. La relation monétaire directe permettrait l'adhésion thérapeutique, l'amélioration de l'observance et donc de l'efficacité des soins.

Enfin les médecins craignent la dépendance aux caisses auxquelles ils devront obéissance notamment vis à vis des prescriptions, du lieu d'installation s'ils veulent obtenir leur salaire, mais surtout le désengagement de la sécurité sociale puisque son déficit se chiffre actuellement à 9 milliards d'euros (46).

Dans ce contexte ils redoutent la main mise des assurances privées sur les soins de ville pour redresser les finances puis à terme un transfert du dossier médical partagé aux mutuelles.

2.3 Synthèse de l'analyse SWOT

Le tableau ci-dessous donne une vision globale de l'analyse SWOT :

I N T E R N E	<p style="text-align: center;">FORCES</p> <p>Arguments logistiques</p> <p>Aspect pratique de la démonétisation Gain de temps Sécurité du paiement</p> <p>Arguments éthiques</p> <p>Amélioration de l'accès aux soins Rapport uniquement médical avec le patient Uniformisation de la pratique entre professionnels de santé</p> <p>Arguments financiers</p> <p>Facilité et rapidité de paiement Peu d'impayés</p> <p>Arguments moraux</p> <p>Mesure facultative Pas d'inflation des soins Pas de dévalorisation de l'acte médical</p>	<p style="text-align: center;">FAIBLESSES</p> <p>Arguments logistiques</p> <p>Comptabilité complexe Inflation du nombre de consultations</p> <p>Arguments éthiques</p> <p>Déresponsabilisation des médecins DMP accessible aux organismes d'assurances privées</p> <p>Arguments financiers</p> <p>Paiement non garanti et délais longs Baisse des revenus Augmentation des dépenses de santé</p> <p>Arguments moraux</p> <p>Déresponsabilisation des patients Perte du respect du patient, dévaluation de la médecine Dépendance vis à vis des AMO et des AMC Perte du statut libéral, salarisation Devenir du système de santé (disparition du secteur 2 ? privatisation de la santé ?)</p>
E X T E R N E	<p style="text-align: center;">OPPORTUNITES</p> <p>Arguments logistiques</p> <p>Logiciel adapté TP réalisable sur la part complémentaire sans conventionnement préalable Droits administratifs du patient à jour Temps de secrétariat dédié à la gestion du TP</p>	<p style="text-align: center;">MENACES</p> <p>Arguments logistiques</p> <p>Logiciels peu adaptés, procédure informatique longue Oubli de la carte vitale par le patient Cartes mutuelles non fonctionnelles Nécessité de convention avec les mutuelles Grand nombre d'organismes d'AMO et d'AMC Difficultés pour connaître les droits des assurés Toutes les mutuelles n'appliquent pas le TP Système opaque, peu d'informations données Lourdeur administrative (comptabilité, relances...) Absence de secrétariat Patient n'ayant pas déclaré de médecin traitant ou consultant hors parcours de soin</p> <p>Arguments financiers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombreux impayés - Certaines mutuelles ne paient pas bien - Coût de la réalisation du TP

III) Propositions pour faciliter la généralisation du tiers payant à partir de l'analyse SWOT

L'objectif étant de maximiser les opportunités et les forces et de minimiser les faiblesses et les menaces en s'appuyant sur les données de la littérature.

a) Minimiser les faiblesses et les menaces

- **La déresponsabilisation des patients et des médecins**

Pour éviter une consommation abusive des soins, du « tout gratuit » ou le passage abusif de carte par le médecin il faudrait *conserver le ticket modérateur* pour les usagers et le réintroduire chez les personnes à 100%.

L'IGAS en 2013 (11) révélait que fin 2012 l'assurance maladie n'avait pas réussi à récupérer 374 millions d'euros de ce forfait créé en 2004 et cela sans contexte de généralisation de TP. Il semblera alors difficile de récupérer cette somme de 1 euro en contexte de TP généralisé comme le prévoit l'assurance maladie sur son site Ameli par la ponction sur les règlements ultérieurs des assurés ou bien par une demande de reversement direct. (47)

- **Pour remédier aux impayés**

-*Abandon de la condition du parcours de soin* « médecin traitant » pour le règlement des médecins si l'on veut que le système de santé soit réellement accessible à tous les patients chez tous les médecins et que les médecins puisse appliquer le TP à tous sans pénalités financières car en cas de consultation hors parcours de soin, le médecin n'est payé qu'à 30% du montant de l'acte. (49)

-Embaucher du *personnel et acheter des concentrateurs* pour rapprocher leurs paiements de la part obligatoire et complémentaire comme les pharmaciens l'ont fait.

Malgré cela selon Gilles Bonnefond, le président de l' USPO) (38) la moyenne nationale du taux d'impayés est de 3%; pourtant les pharmaciens le pratiquent depuis 1974 soit 42 ans avec une généralisation progressive.

Le taux d'impayé de 1,19% (11) est à mettre en balance par les possibles impayés par chèques non approvisionnés. Selon les estimations de la DGCCRF, les taux de rejets des chèques bancaires sont d'environ 0,14%.

- **Délais longs de paiement**

-Obtenir l'*engagement des organismes d'AMO* (en particulier les régimes spéciaux) à payer dans des délais raisonnables.

A compter du premier juillet 2016, (50) l'État s'est engagé pour le tiers payant sur la part obligatoire à indemniser les médecins qui utilisent une FSE et qui ne recevraient pas la part obligatoire dans les 7 jours ouvrés par 1 euro. En cas de délai supérieur à 10 jours ouvrés, cette indemnisation monte à 10% du prix de l'acte réalisé. Les médecins sont une grande majorité à utiliser une FSE puisque les facturations en flux dématérialisé chez les médecins généralistes en secteur 1 s'élevaient à 79,54% en 2013 (11).

- Obtenir l'*engagement des organismes d'AMC*

Il est précisé dans un « Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé » (51) que les AMC s'engagent à respecter des délais de paiement identiques à ceux auxquels s'engage l'AMO.

- **Baisse des revenus**

-*Revalorisation des revenus*

A ce jour une petite revalorisation des salaires est prévue au premier mai 2017 : la consultation standard de médecine générale passant de 23 euros à 25 euros.

- Mise en place *d'indemnisations forfaitaires* à la réalisation du TP.

- Mise en place d'un *fond d'indemnisation* en cas de retard de paiement en plus de l'aide à la télétransmission.

- **Augmentation des dépenses de santé**

Si la généralisation du TP aux soins de ville va créer une inflation des consultations de ville et par conséquent une augmentation des dépenses, on peut penser que cela va diminuer la fréquentation des services des urgences et donc contribuer à diminuer les dépenses de santé globales car les soins de ville coûtent moins chers que les soins hospitaliers.

D'après le rapport IGAS, la dispense d'avance de frais pour les consultations externes réalisées dans les établissements hospitaliers pourrait constituer un élément de concurrence avec les médecins de ville pour les actes non coûteux. Il en est de même pour les urgences, des études ont montré que les urgences constituaient une concurrence à la médecine de ville dans 15,4 % dans une enquête téléphonique de la DRESS de 2003 (52) et dans 24 % dans le sondage TNS Sofres de 2013. (53)

Il existe souvent une confusion des patients entre gratuité des soins et dispense d'avance de frais car si le patient ne paie pas sur place en structure de soins, il reçoit à son domicile une facture avec le ticket modérateur.

- **Dévaluation de la médecine**

C'est à nous médecins généralistes de réinventer une base du lien avec le patient, sans fondement monétaire. L'adhésion du patient et l'adhésion thérapeutique ne se basent pas que sur la relation monétaire mais sur la relation de confiance avec le patient.

- **Disparition du secteur 2**

Obtenir des **informations** sur les modalités de prise en charge du dépassement d'honoraires. Est ce que ce sera les usagers ou bien les mutuelles qui avanceront les frais ? Actuellement, aucune précision n'est disponible. Est ce que comme pour l'ACS (54), le tarif appliqué sera le tarif opposable ? Dans ce cas il s'agirait de la disparition du secteur 2.

En France ils sont 11% des médecins généralistes en secteur 2 ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent. (55)

- **Logiciels peu adaptés**

- *Configurer les logiciels* afin qu'ils soient tous compatibles avec la réalisation du tiers payant sur la part complémentaire. Le rapport IGAS sur le TP (11) souligne que la charge administrative peut être limitée par le paramétrage des logiciels de telle sorte qu'ils effectuent le recoupement automatique entre les feuilles de soins électroniques transmises et les retours « signalement/ paiement ».

On peut remarquer que dans notre étude, il existait une hétérogénéité d'expérience entre les différents logiciels. Une étude portant sur les différences entre les différents logiciels apporterait plus de lumière.

- *Simplifier les procédures* d'application du TP sur le logiciel en mémorisant par exemple le mode de facturation de la dernière consultation du patient concerné.

- *Homogénéisation des données* nécessaires à la télétransmission (par exemple numéro AMC) entre les informations des cartes mutuelles et celles demandées par les logiciels.

- **Oubli de la carte vitale par le patient**

- *Mise en place d'une carte unique standardisée* à puce ou non regroupant des informations claires sur le régime obligatoire et sur le régime complémentaire. **Pas de nécessité de la présence de la carte** pour pouvoir réaliser une télétransmission : création d'un portail sur internet avec les droits et la possibilité de télétransmettre.

- *Accorder des droits au TP permanents* sans possibilités de perte de droit

- **Nécessité de convention avec les mutuelles**

Simplifier les procédures de convention ou bien les supprimer et faire en sorte que le TP soit applicable avec les informations données au patient sur sa carte mutuelle.

Il a été envisagé par l'AMO et les AMC (51) de créer un « contrat-type technique » de tiers payant disponible en ligne sur un portail commun à toutes les AMC.

- **Pour résoudre le problème du trop grand nombre de caisses d'AMO et d'AMC**

- **Centralisation des données** des régimes obligatoires et complémentaires par un seul organisme assurant la télétransmission, la mise à jour des droits, le règlement des sommes dues aux médecins.

- **Diminuer le nombre de caisses**

Au 8 juin 2015, le GIE SESAM-Vitale recensait 1844 organismes d'AMO et d'AMC, il est passé à 1560 au 1^{er} juillet 2016 (56) ce qui montre que malgré les remaniements fréquents et la volonté de simplification du système, il s'agit d'une organisation encore trop complexe.

- **Trop grand nombre d'AMC**

- **Assurer la prise en charge des soins de ville par les AMO** uniquement pour éviter d'avoir à conjuguer avec les multiples mutuelles. Dans les autres pays à assurance maladie (Suisse, Allemagne), (11) la prise en charge des soins de ville n'est assurée presque quasi exclusivement par des AMO car la prise en charge des soins de ville est assurée au prix d'une forte franchise, d'une forte maîtrise des coûts des professionnels, du champs de ALD et du recours à l'hospitalisation.

- **Trop grand nombre d'AMO**

En Allemagne, le paiement des médecins par les centaines de caisses se fait par l'intermédiaire d'organisations professionnelles régionales. Les honoraires sont comptabilisés trimestriellement mais les médecins sont payés par une avance mensuelle calculée sur l'année précédente. (11)

- **Mutuelles n'appliquant pas le TP ou ne payant pas bien**

Il faudrait obtenir un *engagement de toutes les mutuelles* à payer les actes en TP.

Cet engagement est encore contractuel et spécifique de chaque mutuelle. (51)

- **Système opaque, peu d'informations**

- Obtenir des améliorations sur la *traçabilité des retours en impayés* par notamment la dénomination de l'assuré.

- **Coût de la réalisation du TP**

Financement par l'État et les organismes privés d'un organisme unique et de subventions à l'emploi d'une secrétaire ou d'un comptable par les médecins.

Dans les centres de santé la gestion du TP s'avère très coûteuse, entre 4 et 9 euros par acte. (57). Les agents d'accueil passent entre 20 à 50% de leur temps de travail à la vérification des droits.

- **Lourdeur administrative**

Une étude quantitative n'interrogeant que les médecins pratiquant le tiers payant intégral s'avérerait utile pour mettre chiffrer les problèmes logistiques et de défaut de paiement, puisque nous avons vu dans notre étude que la majorité des contraintes étaient d'ordre administratives.

- **DMP consultable par les AMC**

S'assurer par un texte de loi qu'en cas de désengagement de la sécurité sociale, les informations médicales contenues dans le DMP ne seront pas transmises aux assureurs (violation du secret professionnel). Actuellement, selon un site officiel du gouvernement, seuls les professionnels de santé sont les destinataires de ce dossier médical. (48)

b) Maximiser les forces et les opportunités

- **Amélioration de l'accès aux soins**

L'argument principal évoqué par le gouvernement pour généraliser le tiers payant était l'argument social du renoncement aux soins.

Cependant le renoncement reste relativement très faible pour les consultations médicales : 5,5% en population générale versus 14,9% si aucune complémentaire n'est présente. (58)

Le TP est pratiqué dans 69% des cas quand les patients ne peuvent pas payer, (18) mais ce résultat est balancé par les 29% qui déclarent ne le faire que rarement voire jamais dans ces situations là.

De plus le système de soins français engendre déjà l'un des plus faibles efforts de la part des patients en comparaison avec les autres pays d'Europe (1,5% des dépenses du ménage consacré à la santé pour une moyenne européenne de 2,9%). (59)

La généralisation du TP pourrait donc améliorer l'accès aux soins pour la petite part de la population renonçant aux soins, lorsque les raisons de renoncement sont financières.

Une autre cause de renoncement aux soins pour les étudiants et les jeunes vulnérables n'est pas tant d'ordre financier mais plutôt la méconnaissance du système de santé et à sa complexité. Le tiers payant doit s'accompagner d'une simplification du dispositif de l'Assurance Maladie notamment en assouplissant le parcours de soin. (7)

- **Mesure facultative**

Ne *pas* rendre *obligatoire* le TP sur la part complémentaire, mais uniquement sur la part obligatoire comme ce sera prévu pour novembre 2017.

- **Pas d'inflation de la consommation médicale**

Dans son étude « Le tiers payant est-il inflationniste ? » (60) le CREDES a montré qu'il n'y avait pas d'inflation, pas de surconsommation mais un rattrapage des inégalités de consommation dues aux écarts de revenus. En effet en l'absence de TP, les individus les moins prospères consomment moins que l'individu de référence. L'effet pénalisant des ressources diminue lorsque le TP augmente jusqu'à disparaître totalement pour les individus en TP. Mais le principal écueil de cette étude est son ancienneté : le rapport date de l'année 2000 sur des données traitées de 1995. Depuis la CMU (1999) et l'ACS (2004) ont été créées.

Dans une étude quantitative traitant de « *l'influence du tiers payant sur la consommation des soins ambulatoires* » (44) les bilans établis par la CMU ont montré que :

-La consommation globale de soins des assurés bénéficiant de CMU était plus importante que les assurés du régime général pour les consultations de généralistes, les visites de généralistes, les visites de nuit et de week-ends, le recours aux généralistes plutôt qu'aux spécialistes, les produits pharmaceutiques et les transports médicalisés.

Mais ces résultats sont à nuancer car la CMU venait d'être mise en place et peut être que les abus du début ont été régulés par les médecins par la suite.

- La consommation globale de soins des assurés bénéficiant de CMU était moins importante pour le recours aux spécialistes, les actes dentaires (s'expliquant sûrement par une prise en charge partielle), les examens radiologiques, les actes infirmiers et les séances de kinésithérapie. Dans cette même étude les médecins déclaraient à 83% faire autant de prescriptions de produits pharmaceutiques aux bénéficiaires de la CMU qu'aux non bénéficiaires, alors que les bilans CMU montraient que cette consommation était nettement supérieure chez les bénéficiaires, bien que le coût unitaire des produits consommés était plus faible que pour la population générale.

A l'inverse, des conclusions de cette thèse, des études décrites dans cette thèse attribuaient la plus forte demande de la part des bénéficiaires de la CMU à leur moins bon état de santé et à leur situation socio-économique.

- **Logiciels adaptés**

Développer les logiciels facilitant le TP intégral.

De jour en jour, de plus en plus de terminaux lecteur applicatif reliés aux logiciels (servant à réaliser des FSE) sont agréés afin de réaliser des TP intégraux (GIE SESAM-Vitale). (13)

- **TP sur la part complémentaire sans conventionnement préalable**

Généraliser cette possibilité à toutes les mutuelles car ce n'est pas le cas actuellement (51).

- **Droits administratifs à jour**

Mettre en place des *droits au TP permanents* quelque soit la caisse d'appartenance.

Actuellement, le GIE-SESAM-Vitale fournit une liste quotidienne de cartes vitales en situation d'opposition. Cette liste est mise à jour quotidiennement et intégrée dans les logiciels de facturation par les éditeurs de logiciels. (13)

- **Présence d'un secrétariat pour gérer notamment les réclamations.**

L'emploi d'une tierce personne qui se dédie aux réclamations du TP est indispensable puisqu'en juillet 2009, avant la généralisation du TP, l'IRDES publie que 20% du temps de travail hebdomadaire des généralistes est consacré aux activités autres que celles directement liées aux soins. (61)

CONCLUSION

Est-ce bien justifié de vouloir généraliser le TP, quand le système est déjà mis en place pour les plus vulnérables (CMU-c, AME, AT, patients en ALD, pendant la maternité) et est largement appliqué au cas par cas, avec toutes les difficultés techniques que cela engendre.

Il n'est pas certain que cela modifiera l'accès aux soins.

Le tiers payant sur l'AMO ne semble actuellement pas poser de problème de règlement à part sur le respect des délais de paiement et les difficultés techniques sur la part obligatoire semblent être connues et maîtrisées par les médecins généralistes.

A l'inverse, le tiers payant sur la part complémentaire semble poser encore des difficultés réglementaires et techniques. Les difficultés réglementaires sont liées, en partie, au fait que les conventions sont individuelles en liant un professionnel de santé à une mutuelle, et au nombre conséquent de mutuelles. De plus, les difficultés techniques sont liées à la mauvaise mise à disposition d'informations sur l'AMC du patient et la non possibilité de mise à jour des droits de l'organisme complémentaire du patient de manière électronique. Le praticien n'a donc aucun moyen de vérifier les droits du patient au TP. Il réalise donc un TP sans garantie de paiement. La mise à jour automatique des informations de l'AMC sur la carte vitale pourrait diminuer le travail administratif des professionnels de santé mais elle nécessiterait une centralisation des informations des organismes d'AMO et d'AMC par un organisme de gestion unique. Il faudrait également que cet organisme unique prenne en charge les demandes de paiement électronique de chaque organisme d'AMO et d'AMC afin d'éviter aux médecins de devoir traiter avec la multitude de caisses existantes.

Une fois ces problèmes logistiques réglés, une grande proportion de médecins seraient toujours très opposés à la généralisation du TP en raison des enjeux politico-économiques.

La répartition du financement des soins primaires entre AMO et AMC est un sujet crucial à l'heure où la souscription à une AMC pour les travailleurs salariés du privé est devenue obligatoire et où l'AMO reste fragile.

Le transfert du financement des soins primaires de l'AMO aux AMC serait contraire aux préconisations de l'OMS visant à l'accès universel en soins primaires. Est-ce que le confort d'aujourd'hui (meilleur accès aux soins temporaire) vaut l'insécurité de demain (moins bon accès aux soins pour les plus démunis) ? Car si l'on assistait à une privatisation de la santé, les conséquences seraient l'augmentation des cotisations et l'exclusion des personnes les moins rentables du système de soin.

Enfin aujourd'hui l'inégalité de l'accès aux soins ne serait-elle pas plus marquée dans les domaines de la dentisterie et de l'optique (deux secteurs quasi non remboursés par l'AMO) ou ne serait-elle pas liée à la démographie des professionnels de santé plutôt qu'à des soins inaccessibles d'un point de vue financier ? Et le renoncement ne serait-il pas, en partie, dû aux difficultés à avoir des rendez-vous dans des délais raisonnables ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. In 1978. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Rapport sur la santé dans le monde Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais. 2008 [cité 6 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2008/fr/>
3. Article L 162-2. Code de la sécurité sociale (loi du 3 juillet 1971).Legifrance.fr
4. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Article58. Legifrance.fr
5. Article L 322-1. Code de la sécurité sociale. Legifrance.fr
6. Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. 2005. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70005/1/WHO_EIP_HSF_PB_05.02_eng.pdf?ua=1
7. Duval A. Exploration de la création du projet PEPS 34 et ressenti de médecins généralistes dans leurs pratique avec les étudiants consultant au cabinet et le tiers payant fait pour les patients vulnérables [Thèse de doctorat en médecine].Faculté de Montpellier. 2014.
8. Vrangbaek K. The Danish Health Care System. 2008. Disponible sur: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/resources/2008/health-care-system-profiles/denmark_country_profile_2008-pdf.pdf
9. Van Weel C. How general practice is funded in The Netherlands. Medical Journal of Australia. Aout 2004;
10. Messein, N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes: opinions des omnipraticiens et des patients lorrains [Thèse de doctorat en médecine]. Faculté de Nancy; 2012. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_MESSEIN_NICOLAS.pdf
11. Marie E, Roger J. Rapport IGAS sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Juillet 2013
12. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. Sect. Article 7. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740&categorieLien=id>
13. Cartier T, et all. Perspectives sur le tiers payant en médecine générale. Exercer. août 2015;26(120):166-75.
14. Projet de loi n° 2302 relatif à la santé. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302.asp>
15. Stratégie nationale de santé, feuille de route, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2013. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/archives-courantes-des-breves/annee-2013/article/feuille-de-route-de-la-strategie-nationale-de-sante>
16. Texte adopté n° 618 Assemblée nationale Modernisation de notre système de santé. 1décembre 2015. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0618.asp>

17. Ifop - Les médecins libéraux, le projet de loi de santé et la cote de confiance de Marisol Touraine [cité 23 févr 2016]. Disponible sur:
http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=2966
18. Amar J. Tiers payant : état des lieux sur son application et avis sur sa généralisation à partir d'une enquête informatique auprès de 4208 médecins. [Thèse de doctorat en médecine] Faculté de Strasbourg; 2014.
19. Ordre national des médecins. A propos de la généralisation du tiers payant. 2014. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1415>
20. Le carnet de santé des Français. ODOXA. Mars 2015. Disponible sur :
<http://www.odoxa.fr/le-carnet-de-sante-des-francais-mars-2015/>
21. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 (article 83). Disponible sur : <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html>
22. Le tiers payant généralisé ou la privatisation rampante de l'Assurance Maladie. Mediapart. 13 décembre 2014.
23. Décret n° 2016-1069 du 3 août 2016 relatif aux garanties et délais de paiement en cas de pratique du tiers payant. Legifrance.fr
24. Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Legifrance.fr
25. Touboul P. Recherche qualitative disponible sur :http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Recherche_qualitative_PT_Seminaire_de_these_2011.pdf
26. (Frappé P. De la question au type d'étude. In : Frappé P. Initiation à la recherche. GMSanté et CNGE)
27. AUBIN AUGER I et all Introduction à la recherche qualitative Exercer 84, 142 -5 (2008)
28. Lessard-Hébert M, Boutin G, Goyette G. La recherche qualitative : fondements et pratiques (De Boeck Supérieur, 1997)
29. ROCARE : Extraits de guides pour la Recherche qualitative disponible sur <http://ernwaca.org/panaf/RQ/fr/annexeb.php>)
30. Britten N. Qualitative research : qualitative interviews in medical research. BMJ 1995;311 (6999) : 251- 253
31. Kaufman JC. L'enquête et ses méthodes. L'entretien compréhensif. Paris : Armand Collin. 2008.
32. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ. 1995. Jul8. 311(6997):109-12.
33. Barbour R. Checklists for improving rigour in qualitative research. BMJ. 2001. May 5. 322(7294):1115-7.
34. Coté L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale (2002)
35. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^{ème} édition. Armand Colin. 2013)
36. http://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2014/09/16/secretariat-comment-se-debrouillent-les-medecins-liberaux-_250241

37. Martineau S. Triangulation en recherche qualitative.
Disponible sur : <http://proposurlemonde.blogspot.fr/2012/02/triangulation-en-recherche-qualitative.html>
38. http://smmq.fr/Egora%20fr%20-%20Tiers-payant%20_%20les%20pharmaciens%20toujours%20pas%20digéré%20-%202015-01-12.pdf
39. Observatoire des technologies et des systèmes d'information de santé. Difficultés dans les circuits administratifs entre caisses et professionnels de santé. 8 décembre 2008.
40. Observatoire Tiers Payant. Disponible sur : <http://tiers-payant.org/>
41. Toussaint E. Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes. Université de Reims. 2013
42. Rousset G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ?. 2008
43. Rousset G. L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé. Thèse pour l'obtention du grade de docteur en droit. Université Jean Moulin Lyon 3. Octobre 2007
44. Caucat B. Influence du tiers payant sur la consommation des soins ambulatoires. Enquête auprès de médecins généralistes. Thèse de doctorat en médecine. Faculté de Créteil. Décembre 2001)
45. Freud S. Le début du traitement. 1913. La technique psychanalytique. PUF. 1967.
46. Le portail de l'économie et des finances
:<http://www.economie.gouv.fr/presentation-du-budget-2016-de-la-securite-sociale>.
47. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-de-laboratoires-d-analyses-medicales/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/pratiquer-le-tiers-payant.php>
48. <http://www.dmp.gouv.fr/patient/decouvrir-le-dmp/confidentiel-et-securise>
49. Fiche pratique : modes de paiement en cabinet de médecine générale. Disponible sur http://bezanson.fr/Documents/Faculte/Modes%20de%20paiement_version%2017%20juillet%202012.pdf)
50. Décret n° 2016-1069 du 3 août 2016 relatif aux garanties et délais de paiement en cas de pratique du tiers payant disponible sur [Legifrance.fr](http://legifrance.fr)
51. Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé » prévu par l'art. 83 de la loi de modernisation de notre système de santé du 17 février 2016, page 11, page17, page24. Disponible : <http://www.mutualite.fr/presse/tiers-payant-lassurance-maladie-et-les-complementaires-sante-presentent-leur-rapport-commun/>)
52. Enquête téléphonique de la DREES, janvier 2003
53. Les français et l'hôpital. Sondage TNS Sofres. Mai 2013

54. Le tiers payant ACS. Ameli Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-pratique-du-tiers-payant/le-tiers-payant-acs.php>)
55. www.fhf.fr/content/download/.../DP_medecins_en_secteur_2_-_vdef.pdf
56. <https://www.sesam-vitale.fr/web/industriels/tod>
57. Georges P, Waquet C. Les centres de santé : situation économique et mise en place dans l'offre de soins de demain, IGAS. Juillet 2013.
58. <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf> Celant N, Guillaume S, Rochereau T . Enquête sur la santé et la protection sociale. 2012.
59. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>
60. Dourgnon P, Grignon M Le tiers payant est- il inflationniste ?. CREDES. 2000
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1296.pdf>
61. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse de données disponibles, IRDES, questions d'économie de la santé n°144, juillet 2009.

ANNEXES

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN N°1

I - Présentation de l'étude

Suite à la volonté du gouvernement de généraliser le tiers payant d'ici 2017, cette étude vise à recueillir l'opinion des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes sur leur pratique du tiers payant.

Il s'agit d'une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels semi dirigés, enregistrés après consentements écrits et anonymisés.

II - Consentement oral et ou écrit

III - Recueil des données quantitatives

Sexe : féminin/ masculin

Tranche d'âge : vingtaine / trentaine / quarantaine / cinquantaine / soixantaine / septantaine

Nombre d'années de pratique en cabinet de médecine générale :

Lieu d'activité:

- urbain/ rural/ semi-rural/
- quartier défavorisé / favorisé / mixte

Secteur d'activité : 1, 2, ou 3

Cabinet de groupe ou non

Cabiné informatisé ou non

Secrétariat ou non

Maître de stage ou non

Médecin syndiqué ou non

Pratiquez-vous le tiers payant?

- sur la part obligatoire ?
- sur la part complémentaire ?

A quelle proportion de vos consultations estimez-vous les tiers payant totaux ?

V - Questionnaire

1) OPINION GENERALE / EXPERIENCE

-Que pensez-vous du tiers payant ? Sur la part AMO ? Sur la part AMC ?

- A qui faites-vous la dispense d'avance de frais ?

- Comment cela se passe t-il en pratique concrètement ? Quelle est votre expérience personnelle concernant la pratique du tiers payant ?

2) CONTEXTE / CIRCONSTANCES

Quand / dans quels cas le pratiquez-vous ? Quelles sont les raisons pour lesquelles vous le pratiquez ?

3) RELATION MEDECIN MALADE

- Qu'est ce que cela modifie dans la relation médecin malade ?
- Quelles seraient les conséquences qui selon vous pourraient être observées dans le comportement des patients ?

4) AVANTAGES

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous souhaiteriez une extension du tiers payant ?

5) OBSTACLES

- Quelles sont les difficultés et obstacles techniques que vous avez rencontrés personnellement ?
- Quelles sont vos craintes ou hésitations avant de le pratiquer ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas une telle réforme ?

6) CHANGEMENTS

- Qu'est ce que la généralisation du tiers payant pourrait changer dans votre pratique / comptabilité ? Quelles conséquences auraient pour vous une généralisation de la pratique du tiers payant ?

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette pratique ? Selon vous quels changements seraient nécessaires ?

- Quelles seraient selon vous les améliorations à apporter avant une telle généralisation ? Comment l'Etat pourrait-il vous aider ? Quels seraient vos besoins ?

7) TIERS PAYANT DES CONSULTATIONS HOSPITALIERES

Pensez-vous que les services des urgences, les consultations externes constituent une concurrence vis-à-vis du tiers payant ?

V - RELANCES

Avez-vous autre chose à ajouter ?
Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ?
Je ne comprends pas ...
Pourriez-vous me le décrire ?

Reformuler avec d'autres mots en demandant confirmation
Laisser parler
Laisser des blancs
Encourager à développer
Donner des exemples concrets

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN N°2

I - Présentation de l'étude

Suite à la volonté du gouvernement de généraliser le tiers payant d'ici 2017, cette étude vise à recueillir l'opinion des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes sur leur pratique du tiers payant.

Il s'agit d'une étude qualitative sous forme d'entretiens individuels semi dirigés, enregistrés après consentements écrits et anonymisés.

II - Consentement oral et ou écrit

III - Recueil des données quantitatives

Sexe : féminin/ masculin

Tranche d'âge : vingtaine / trentaine / quarantaine / cinquantaine / soixantaine / septantaine

Nombre d'années de pratique en cabinet de médecine générale :

Lieu d'activité:

- urbain/ rural/ semi-rural/
- quartier défavorisé / favorisé / mixte

Secteur d'activité : 1, 2, ou 3

Cabinet de groupe ou non

Cabiné informatisé ou non

Secrétariat ou non

Maître de stage ou non

Médecin syndiqué ou non

Pratiquez-vous le tiers payant?

- sur la part obligatoire ?
- sur la part complémentaire ?

A quelle proportion de vos consultations estimez-vous les tiers payant totaux ?

IV – Questionnaire

1) EXPERIENCE / OPINION GENERALE / CONTEXTE / CIRCONSTANCES

- Quel est votre avis sur le tiers payant ? Qu'en pensez vous ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous pratiquez le tiers payant ? A qui faites-vous la dispense d'avance de frais ? / Dans quels cas pratiquez-vous le tiers payant ?
- A contrario : quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne le pratiquez pas ? Quelles sont vos craintes?
- Comment cela se passe t-il en pratique concrètement ?
 - a) dans les situations obligatoires?
 - b) dans les situations facultatives?

2) OBSTACLES

- Quelles sont les difficultés et obstacles techniques que vous avez rencontrés personnellement ?
- Quelles sont vos craintes ou hésitations avant de le pratiquer ?
- Quelles sont les raisons pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas une telle réforme ?

3) AVANTAGES

Quelles sont les raisons pour lesquelles vous souhaiteriez une extension du tiers payant ?

4) RELATION MEDECIN MALADE

- Qu'est ce que la pratique du tiers payant pourrait modifier dans la relation médecin malade ?
- Quelle influence peut avoir la pratique du tiers payant dans la relation médecin malade ? Du côté du médecin ? Du côté du patient ?

5) CHANGEMENTS

- Qu'est ce que la généralisation du tiers payant pourrait changer dans votre organisation quotidienne ?
- Quelles conséquences auraient pour vous une généralisation de la pratique du tiers payant ?
- Comment pensez-vous que le système de santé pourrait évoluer avec la généralisation du tiers payant ?

6) AMELIORATIONS A APPORTER

- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette pratique ?
- Selon vous quels changements seraient nécessaires avant de généraliser le tiers payant ?

7) TIERS PAYANT OBLIGATOIRE DES CONSULTATIONS HOSPITALIERES

- Alors que les services des urgences et des consultations externes pratiquent déjà un tiers payant généralisé : dans quelle mesure est-ce une concurrence ou pas pour vous vis-à-vis du tiers payant ?
- Que pensez-vous du tiers payant intégral dans le service des urgences ?

8) AUTRES PROFESSIONS

- Que pensez-vous de la pratique du TP obligatoire chez les pharmaciens ?

V - RELANCES

Avez-vous autre chose à ajouter ?
Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ?
Je ne comprends pas ...
Pourriez-vous me le décrire ?

Reformuler avec d'autres mots en demandant confirmation
Laisser parler
Laisser des blancs
Encourager à développer
Donner des exemples concrets

Annexe 3

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet : Pratique et opinions concernant le tiers payant (TP) chez les médecins généralistes des Alpes Maritimes.

Introduction : Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre d'une thèse en Médecine générale concernant le TP dans le contexte de généralisation prévue.

Les objectifs de ce projet sont de recueillir les motivations et les réticences à la pratique du TP.

Qu'est-ce qui se passe si je participe ?

Vous participez à un entretien individuel où on vous posera des questions concernant votre expérience sur le TP.

Cet entretien sera enregistré. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Combien de temps cela prendra ?

Entre 20 et 30 min.

Comment seront traitées les informations ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Les résultats sont utilisés dans le cadre de la thèse en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Date

Nom du participant

Signature du participant

Date

Nom de l'investigateur

Signature de l'investigateur

Annexe 4

Tableau récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon

- A Sexe (F : féminin, M : masculin)
- B Tranche d'âge (V : vingtaine, T : trentaine, Q : quarantaine, C : cinquantaine, S : soixantaine, Sp : septantaine)
- C Nombre d'années de pratique
- D Secteur (1, 2 ou 3 (non conventionné))
- E Lieu d'installation (U : urbain, SR : semi- rural, R : rural)
- F Type de quartier (F : favorisé, M : mixte, D : défavorisé)
- G Cabinet de groupe (O : oui, N : non)
- H Cabinet informatisé (O : oui, N : non)
- I Secrétariat (O : oui, N : non)
- J Maître de stage (O : oui, N : non)
- K Syndiqué (O : oui, N : non)
- L Tiers payant sur la part AMO (O : oui, N : non)
- M Tiers- payant sur la part AMC (O : oui, N : non)
- N A déjà essayé de pratiquer le TP sur la part AMC ?
- O Pourcentage de tiers payant totaux estimé
- P Vérifie ses comptes (O : oui, N : non)
- Q Généralisation du tiers payant (P : pour ; C : contre, P n : pour nuancé) ?

	A	B	C	D	E	F	G	G	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	F	Q	23	1	U	M	N	O	O	N	N	O	N	N	20-25 %	O	C
2	F	T	7	1	SR	M	O	O	O	O	N	O	N	O	50 %	O	C
3	M	Q	20	1	SR	M	O	O	O	O	N	O	N	O	30%	O	C
4	F	Q	6	1	U	M	O	O	O	N	N	O	N	O	30 %	N	C
5	M	S	40	1	U	D	O	O	O	O	O	O	O	O	75 %	O	P n
6	F	C	26	1	SR	M	O	O	O	N	N	O	N	N	40 %	N	C
7	M	S	38	1	SR	M	O	O	O	N	N	O	N	N	20 %	N	C
8	F	C	32	1	SR	M	O	O	O	N	N	O	O	O	50 %	N	P n
9	M	S	40	1	U	M	O	O	O	O	O	O	N	N	30 %	N	C
10	F	T	4	1	R	M	O	O	N	N	N	O	O	O	70 %	O	C
11	M	T	6	1	R	M	O	O	N	O	N	O	O	O	75 %	O	C
12	F	T	4	1	R	M	O	O	N	O	N	O	O	O	25 %	O	P n
13	M	T	6	1	U	M	O	O	O	N	O	O	N	O	36 %	O	C
14	M	C	26	1	SR	M	O	O	O	O	N	O	O	O	40 %	O	C
15	M	Q	20	3	U	F	N	O	N	N	O	N	N	N	0 %	N	C
16	M	C	24	1	U	M	O	O	O	O	N	O	N	O	40 %	N	C
17	F	Q	15	2	U	F	O	O	N	N	N	O	N	O	20 %	O	P n
18	F	T	5	1	U	D	O	O	O	N	N	O	N	N	30 %	N	P n
19	F	C	32	1	U	D	N	O	O	O	O	O	O	O	90 %	O	P n
20	M	S	34	2	U	M	N	O	O	N	N	O	O	O	35 %	N	C
21	M	S	39	1	U	M	O	O	O	N	N	O	O	O	98 %	O	P
22	M	Q	18	1	R	M	N	O	N	N	N	O	N	O	30 %	O	C
23	F	T	5	1	U	M	N	O	N	N	N	O	N	O	40 %	O	Pn
24	M	Sp	42	1	SR	M	O	O	O	O	O	O	O	O	30 %	O	C

RESUME

La pratique du tiers payant par les médecins généralistes hors situations obligatoires mises en place pour les patients les plus vulnérables est encore limitée en France. A l'orée de la généralisation du TP sur la part obligatoire de l'assurance maladie pour toutes les consultations de médecine de ville en 2017, présentée par le gouvernement comme une amélioration de l'accès aux soins, notre étude avait pour objectifs de recueillir les difficultés et facteurs facilitant des médecins généralistes dans leur pratique actuelle du TP. L'objectif secondaire était de mieux connaître leur position sur la généralisation du TP. Une étude qualitative nous a permis de recueillir ces données lors d'entretiens individuels avec des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes. Notre travail montre qu'ils sont en grande partie défavorables à cette loi, pointant des difficultés techniques (en lien avec les logiciels et les droits administratifs des patients, des difficultés d'ordre administratif (liées aux milliers de centres payeurs en France, à la vérification des paiements et à la relance des impayés) et d'ordre financier (liées aux retards de paiement ou aux impayés) ainsi qu'un risque de perte d'autonomie vis à vis de l'assurance maladie.

Si le TP semble poser peu de problèmes sur la part obligatoire de l'assurance maladie, il semble poser encore des difficultés réglementaires et techniques sur la part complémentaire alors que sa généralisation était envisagée avant modification de la loi.

Les praticiens libéraux souhaiteraient une réforme profonde du système de santé avec fusionnement des différentes caisses d'assurance maladie mais surtout un organisme unique centralisant les informations, garantissant et réalisant le paiement. Cependant une fois les problèmes logistiques réglés, une partie des médecins craint encore la privatisation de la santé et l'émergence d'inégalités pour leurs patients par la main mise des organismes complémentaires sur les soins de ville.

MOTS CLES :

« tiers payant », « dispense d'avance de frais », « médecins généralistes », « soins ambulatoires », « soins primaires »