

**UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION  
UFR SANTÉ**

Année : 2021

N° : 2021LARE015M

**THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Représentations du tiers payant généralisé par les médecins  
généralistes libéraux de La Réunion en 2020**

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2021 à 19 heure  
à La Réunion

**Par Simon FRANÇOISE**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le professeur Jean-Marc FRANCO**

**Assesseurs :**

**Madame la docteure Jessica DUMÉZ (rapporteure)**

**Madame la docteure Capucine BENOIT DE COIGNAC**

**Monsieur le docteur Florian LEGRAND**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le docteur Nicolas MONTÉE**

# Table des matières

<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>5</b>
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
1. LE PAIEMENT DE LA CONSULTATION MEDICALE EN FRANCE .....	7
2. LE TIERS PAYANT EN FRANCE METROPOLITAINE .....	9
3. LE CAS PARTICULIER DE LA REUNION .....	11
4. PROBLEMATIQUE.....	13
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>14</b>
1. TYPE D'ETUDE.....	14
2. POPULATION .....	14
3. RECUEIL DES DONNEES .....	15
4. ANALYSE DES DONNEES .....	15
5. ETHIQUE.....	16
<b>RESULTATS.....</b>	<b>17</b>
1. L'ECHANTILLON.....	17
1.1. <i>Les entretiens.....</i>	<i>17</i>
1.2. <i>La population .....</i>	<i>17</i>
2. ANALYSE.....	19
2.1. <i>Les pratiques actuelles :.....</i>	<i>19</i>
2.2. <i>Ressenti général vis-à-vis de leur pratique du tiers payant généralisé .....</i>	<i>20</i>
2.3. <i>Les représentations positives du tiers payant généralisé.....</i>	<i>20</i>
2.3.1. Pour les patients .....	20
2.3.2. Pour le médecin.....	22
2.3.3. Pour le système de santé .....	24
2.4. <i>Les représentations négatives du tiers payant généralisé .....</i>	<i>24</i>
2.4.1. L'administratif .....	24
2.4.2. Le cout pour le médecin .....	25
2.4.3. Une hausse de la consommation médicale .....	27
2.4.4. La perte de la valeur du système de soins .....	28
2.4.5. Un retour en arrière impossible .....	29
2.4.6. Une dépendance accrue aux organismes payeurs .....	30
2.5. <i>La généralisation du tiers payant généralisé à l'ensemble du territoire français .....</i>	<i>31</i>
2.5.1. Un sentiment partagé .....	31

2.5.2.	Un tiers payant non obligatoire à adapter à un contexte différent.....	31
2.6.	<i>Des améliorations possibles</i> .....	33
2.6.1.	Diminuer les impayés et la charge administrative .....	33
2.6.2.	Diminuer les abus .....	34
3.	MODELISATION SCHEMATIQUE DES RESULTATS .....	36
<b>DISCUSSION .....</b>		<b>37</b>
1.	FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	37
1.1.	<i>Forces</i> .....	37
1.1.1.	Un sujet original .....	37
1.1.2.	Validité interne .....	37
1.1.3.	Validité externe .....	37
1.2.	<i>Faiblesses</i> .....	37
2.	COMPARAISON AUX REPRESENTATIONS DU TIERS PAYANT GENERALISE CHEZ LES MEDECINS METROPOLITAINS.....	38
3.	RESULTATS PRINCIPAUX COMPARES A LA LITTERATURE .....	39
3.1.	<i>Une pratique importante</i> .....	39
3.2.	<i>Une opinion diverse</i> .....	39
3.3.	<i>Des représentations positives</i> .....	40
3.3.1.	La satisfaction des patients .....	40
3.3.2.	L'amélioration de l'accès aux soins .....	40
3.3.3.	Un système efficace.....	41
3.3.4.	La relation médecin – patient – argent, un sujet tabou.....	41
3.3.5.	Le désengorgement des urgences .....	42
3.4.	<i>Des représentations négatives</i> .....	43
3.4.1.	L'augmentation de la charge administrative et le cout pour le médecin .....	43
3.4.2.	L'inflation du nombre de consultations .....	44
3.4.3.	Les abus des médecins .....	46
3.4.4.	La dévalorisation de la médecine .....	46
3.4.5.	La dépendance aux organismes payeurs .....	47
3.5.	<i>Des améliorations possibles</i> .....	47
3.5.1.	Un payeur unique .....	47
3.5.2.	Des corrections au système actuel.....	48
3.5.3.	Éduquer et contrôler .....	49
3.6.	<i>La généralisation sur l'ensemble du territoire français</i> .....	49
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>51</b>
<b>ANNEXES.....</b>		<b>61</b>
1.	CANEVAS D'ENTRETIEN.....	61

2.	LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	63
3.	LIVRE DE CODES EXTRAIT DU LOGICIEL NVIVO® .....	64
4.	SERMENT D'HIPPOCRATE .....	66
	<b>RESUME .....</b>	<b>67</b>

## **Table des Illustrations**

Tableau 1. Caractéristiques des participants .....	18
Figure 1. Répartition du remboursement d'une consultation .....	8
Figure 2. Modélisation schématique des résultats.....	36

## **Abréviations**

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé

ALD : affection de longue durée

AMC : assurance maladie complémentaire

AMD : aide médicale départementale

AME : aide médicale de l'État

AMG : assistance médicale gratuite

ARS : agence régionale de santé

CGSS : caisse générale de sécurité sociale

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CSS : complémentaire santé solidaire

CMU : couverture maladie universelle

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

IDB : identification des droits des bénéficiaires

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

# Introduction

## **1. Le paiement de la consultation médicale en France**

En France, les soins primaires médicaux sont assurés en grande partie par les médecins généralistes libéraux. Ce système libéral repose sur la charte de la médecine libérale de 1927, texte de référence rédigé par les syndicats médicaux de l'époque (1,2). Cette charte pose les bases essentielles de l'exercice médical libéral en sept principes :

- « Le libre choix [du médecin par le malade]
- Le respect absolu du secret professionnel
- Le droit à des honoraires pour tout malade soigné
- Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux
- La liberté thérapeutique et de prescription
- Le contrôle des malades par les caisses, des médecins par les syndicats et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord
- La nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les caisses. »

Afin de garantir l'accès aux soins à tous, se développe, en France, un système solidaire d'assurance maladie. A partir de 1928, tous les salariés du commerce et de l'industrie bénéficient d'une assurance complète et obligatoire pour le risque de maladie. Cette assurance va être rattachée à la sécurité sociale lors de la création de celle-ci en 1945 et va progressivement concerner la quasi-totalité des français (3). Elle permet au malade de se faire rembourser tout ou partie des soins médicaux dont il a bénéficié et qu'il a payé directement au professionnel de santé.

Aujourd'hui, le montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour une consultation médicale dépend de nombreux facteurs. Pour une consultation médicale que l'on pourrait qualifier de référence (consultation simple d'un adulte, par un médecin généraliste conventionné secteur 1, dans le parcours de soin), l'AMO rembourse 70 % du prix de la consultation à l'assuré, minoré d'un forfait de 1 €(4). C'est ce qu'on appelle la part obligatoire. Les 30 % restants constituent le ticket modérateur aussi appelé part complémentaire, à la charge du patient (figure 1). Par exception, certaines consultations sont prises en charge à 100 % par l'AMO et n'entraînent donc pas de ticket modérateur (patients atteints d'affection de longue durée, soins en lien avec une maladie professionnelle ou un accident du travail, etc.)(5).

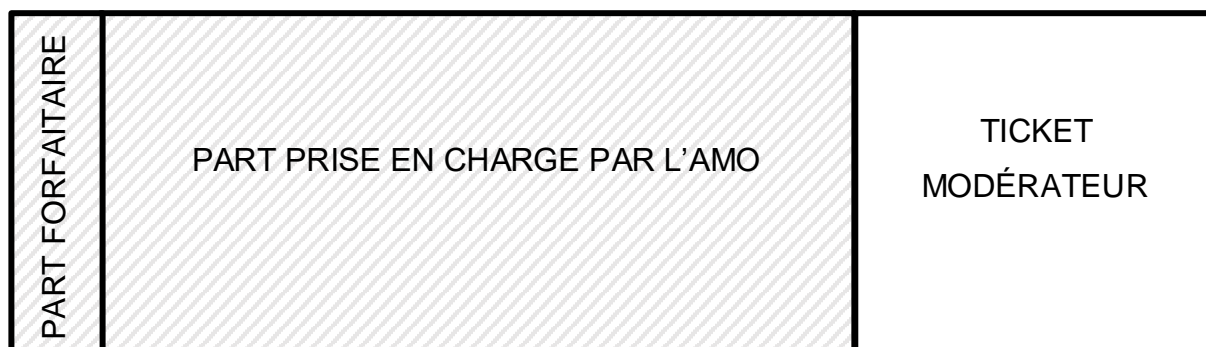


Figure 1. Répartition du remboursement d'une consultation

Le patient peut souscrire à une assurance maladie complémentaire (AMC) afin de s'assurer, entre autres, pour le paiement de ce ticket modérateur. Les AMC sont soit des mutuelles, soit des organismes de prévoyance, soit des sociétés d'assurance(6). L'AMC n'est pas obligatoire, hormis pour les salariés du secteur privé depuis 2016(7).

Pour les personnes les plus défavorisées ne pouvant souscrire à une AMC classique, il est possible d'avoir recours à la complémentaire santé solidaire (CSS). Cette solution permet, sous conditions de ressources, d'obtenir une assurance complémentaire de base pour un tarif allant de 0 € à 30 € par mois. La CSS remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019(8).



## **2. Le tiers payant en France métropolitaine**

L'exercice libéral originel de la médecine implique donc un paiement direct des honoraires par le patient au médecin qui pourra ensuite se faire rembourser par différentes assurances. Ce système de paiement direct trouve cependant ses limites pour les patients défavorisés ne pouvant réaliser l'avance des honoraires même minimales ou pour les soins coûteux pouvant s'élever à plusieurs centaines ou milliers d'euros.

Le tiers payant est un système permettant de répondre à ces situations. Le principe du tiers payant est d'affranchir le patient de payer tout ou partie des frais médicaux dont il bénéficie. Le professionnel de santé, qui est consulté, demande le paiement de ses honoraires directement aux assurances couvrant son patient et le dispense de l'avance des frais.

Concernant les consultations médicales, on distingue plusieurs types de tiers payant qu'il convient de définir :

- Le tiers payant partiel : uniquement sur une partie des honoraires de la consultation (généralement la part prise en charge par l'AMO).
- Le tiers payant intégral : pour l'intégralité des honoraires (AMO + AMC).
- Le tiers payant obligatoire : tiers payant obligatoirement réalisé par le médecin pour une partie des assurés qui sont définis par la loi ou une convention médicale.
- Le tiers payant généralisé : tiers payant obligatoirement réalisé par le médecin pour l'intégralité des patients couverts par une assurance maladie. On le considère généralement intégral.
- Le tiers payant généralisable : tiers payant possible mais non obligatoire pour l'intégralité des patients couverts par une assurance maladie.

Si le système de tiers payant est largement utilisé pour la dispensation des médicaments par les pharmaciens et pour les soins réalisés à l'hôpital, il reste beaucoup moins utilisé concernant les consultations de médecine ambulatoire.

En 2013, Marisol Touraine, alors ministre des affaires sociales et de la santé, souhaite améliorer l'accès aux soins des français. Elle missionne alors l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de réaliser un rapport sur la généralisation du tiers payant pour les consultations de médecine de ville en vue de réaliser une loi à ce sujet(9).

Si les français sont globalement favorables à cette idée(10–12), les médecins libéraux, eux, y sont largement opposés(2,12–14). Malgré leurs nombreuses grèves et protestations, la loi de modernisation de notre système de santé est finalement promulguée le 26 janvier 2016(15).

L'article 83 de cette loi prévoyait initialement l'instauration d'un tiers payant généralisé, obligatoire et intégral à partir du 30 novembre 2017 pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Une décision du Conseil constitutionnel prise juste avant la promulgation de la loi, le 21 janvier 2016, a cependant censuré l'obligation de tiers payant concernant la part prise en charge par les organismes d'AMC car le paiement du ticket modérateur par ceux-ci n'y était pas assez garanti(16).

Après un changement de président et de gouvernement en mai 2017, le tiers payant obligatoire est finalement annulé par la loi de financement de la sécurité sociale du 30 décembre 2017(17).

Aujourd'hui, en France, la pratique du tiers payant pour les consultations de médecine générale est obligatoire pour les situations suivantes (18) :

- Bénéficiaires de la CSS (ex CMU-C et ACS).
- Bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME).
- Dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.
- Dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).
- Dans le cadre du suivi de la grossesse jusqu'au 5<sup>ème</sup> mois de grossesse et pour toute consultation chez la femme enceinte de plus de 6 mois jusqu'à 12 jours après l'accouchement.
- Dans le cadre des consultations concernant un dépistage organisé.
- Lors d'une consultation de contraception chez une mineure de plus de 15 ans.

Toutes ces situations sont prises en charge à 100% par l'AMO. L'organisme d'AMO est alors l'interlocuteur unique des médecins généralistes pour le paiement de ces consultations.

Pour toutes les autres situations, le tiers payant n'est pas obligatoire. Il est possible selon la volonté du médecin pour la part obligatoire. Il est également possible pour la part complémentaire si le médecin a signé une convention de tiers payant avec l'organisme d'AMC du patient.

En 2017, l'IGAS révélait que les médecins généralistes français pratiquaient le tiers payant sur la part AMO pour 20,4 % de leurs actes et de façon intégrale (par AMO et AMC) pour seulement 4,60 % de leurs actes, hors tiers payant obligatoire(19).

### **3. Le cas particulier de La Réunion**

La Réunion devient département français le 19 mars 1946(20). La caisse générale de sécurité sociale (CGSS) y est créée le 14 octobre 1948 afin d'assurer le déploiement et la gestion de la sécurité sociale récemment créée(21). Les différents droits sociaux se mettent en place progressivement et c'est en 1951 que les prestations d'assurance maladie débutent à La Réunion(22).

Au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, La Réunion est un département très pauvre et l'état de santé de ses habitants est mauvais(20,22). Plus de la moitié des habitants de l'époque se soignent tant bien que mal grâce à l'assistance médicale gratuite (AMG), un système de solidarité nationale devenant en 1984 l'aide médicale départementale (AMD)(23–25).

En 1957, un accord entre la CGSS et le département de La Réunion créait les « bons roses »(22). Ce système, se substituant à l'AMG et l'AMD, permettait un accès aux soins amélioré pour les plus démunis. Le patient devait dans un premier temps se présenter à la mairie de son domicile. En fonction de ses revenus et d'un barème départemental, il était décidé s'il pouvait bénéficier de cette aide et le pourcentage de reste à charge qu'il lui resterait alors à payer pour ses soins (entre 0 et 30 %). Ce pourcentage était inscrit sur les fameux bons roses, remis au patient. Lors de la consultation avec un médecin libéral, le patient donnait à celui-ci le bon et réglait uniquement le ticket modérateur. Le médecin devait ensuite transmettre les bons roses collectés à la CGSS afin de se faire payer les consultations(26). Une part importante des Réunionnais bénéficient donc d'un système de tiers payant depuis plus de 60 ans.

Si le système de « bons roses » permettait une amélioration de l'accès aux soins des plus démunis, il n'en restait pas moins complexe dans sa réalisation que ce soit pour les médecins ou pour les patients. Certains n'osaient pas se présenter en mairie et afficher leurs difficultés financières. Lors de l'examen des dossiers, des différences semblaient également exister entre les différentes mairies quant à l'attribution de cette aide. Par ailleurs, certains médecins réunionnais se plaignaient des lourdeurs administratives de constitution et de paiement des mémoires de « bons roses »(25,27).

Le 23 juillet 2002 la CGSS établit une convention avec MG Réunion, syndicat représentant des médecins généralistes, afin d'instaurer le tiers payant généralisé sur la part AMO pour tous les assurés et ayants droits de la CGSS de La Réunion lors des consultations médicales. Il permet également le tiers payant sur la part AMC si le médecin et l'organisme d'AMC ont signé une convention en ce sens(9).

En 2013, l'IGAS estime que 97,6 % des consultations de médecine générale de La Réunion sont pratiquées en tiers payant au moins sur la part AMO(9).

#### **4. Problématique**

Lors de l'instauration de la loi de modernisation de notre système de santé, de nombreuses thèses ont étudié les représentations et surtout les craintes de médecins métropolitains concernant la généralisation du tiers payant(14,28–33).

Les médecins généralistes de La Réunion font figure d'exception et pratiquent le tiers payant généralisé à grande échelle depuis 2002.

Il semble donc intéressant d'explorer les représentations du tiers payant généralisé par les médecins généralistes libéraux de La Réunion.

Ces représentations seront ensuite comparées à celles retrouvées chez les médecins métropolitains et discutées au regard de la littérature.

# **Matériel et méthodes**

## **1. Type d'étude**

L'étude a été de type qualitative avec analyse thématique(34,35).

## **2. Population**

La population étudiée était les médecins généralistes libéraux en activité à La Réunion, installés ou remplaçants.

Les participants ont été recrutés par téléphone après sélection par le doctorant sur le site internet pagesjaunes.fr®.

Un panachage entre des sujets connaissant auparavant le doctorant et d'autres ne le connaissant pas a été effectué.

L'échantillonnage a été dirigé afin d'obtenir une diversité maximale. Les critères de diversité utilisés ont été l'âge, le genre, la durée d'exercice, le lieu d'exercice, la pratique en cabinet seul ou en groupe, la présence d'une secrétaire au cabinet médical, le taux déclaré de pratique du tiers payant intégral et la pratique antérieure d'une activité libérale sans tiers payant généralisé.

Les lieux d'exercices ont été classés parmi les 5 groupes de quartiers définis par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en 2018(36). La Réunion y est découpée en 114 quartiers classés dans ces groupes aux caractéristiques sociaux économiques homogènes. Les critères sociaux économiques pris en compte sont : l'habitat, la structure familiale et la pauvreté monétaire.

### **3. Recueil des données**

Un guide d'entretien, semi-structuré, réalisé par le doctorant, a été utilisé\*. Il a été testé et modifié lors du premier entretien.

Le recueil des données a été réalisé lors d'entretiens individuels et d'un focus groups permettant la triangulation des méthodes. Cette triangulation a permis de profiter des avantages respectifs de chaque méthode. Le focus groups a engendré le débat entre les participants faisant ressortir de nombreux concepts. Les entretiens individuels permettaient d'aborder plus en profondeur les sujets plus tabous.

Les entretiens ont été menés par le doctorant. Ils ont été enregistrés par 2 dictaphones. Ces enregistrements ont été supprimés dès la retranscription écrite effectuée.

Le doctorant avait en sa possession un carnet d'entretien permettant d'annoter le comportement non verbal et son ressenti immédiat lors des entretiens.

Les retranscriptions ont été réalisées mot à mot par le doctorant à l'aide du logiciel Microsoft Word® et complétées par des annotations tirées du carnet d'entretien. Elles ont été anonymisées.

### **4. Analyse des données**

Il a été réalisé une analyse thématique. Cette analyse, proche de la théorisation ancrée, a débuté par un codage ouvert permettant d'étiqueter chaque phrase ou paragraphe du corpus d'entretiens. Elle s'est poursuivie par une analyse axiale faisant émerger des concepts communs et établissant des liens entre les différents codes et concepts. Elle a permis in fine la réalisation d'une modélisation thématique.

Elle a été réalisée par le doctorant à l'aide du logiciel NVIVO®.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

---

\* Cf annexe 1

## 5. Ethique

Une fiche d'information sur l'étude a été distribuée aux participants avant l'entretien\*. Le consentement oral et écrit à participer à l'étude et à être enregistré a été recueilli auprès des participants.

La réalisation de l'étude a été déclarée au délégué à la protection des données de l'université de La Réunion conformément au règlement général sur la protection des données.

L'étude correspondait à une méthodologie de référence MR004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Une déclaration en ce sens auprès de la CNIL a été effectuée le 31 mai 2020.

L'étude étant hors loi Jardé, il n'a pas été réalisé de déclaration auprès d'un comité de protection des personnes.

---

\* Cf annexe 2



# **Résultats**

## **1. L'échantillon**

### **1.1. Les entretiens**

9 entretiens individuels et 1 focus group de 5 médecins ont été réalisés entre le 18 juin 2020 et le 31 août 2020. Ils se sont déroulés aux cabinets des médecins interrogés sauf pour un entretien individuel, réalisé au domicile du médecin. La durée moyenne des entretiens individuels a été de 19 minutes. Le focus group a duré 52 minutes.

### **1.2. La population**

14 personnes ont été interrogées lors de cette étude, permettant la saturation des données.

Tous les médecins contactés par téléphone ont accepté de participer à l'étude.

8 participants ne connaissaient pas le doctorant avant la réalisation des entretiens. 6 médecins connaissaient le doctorant avant l'étude (3 maitres de stage l'ayant accueilli dans leur cabinet et 3 anciens internes de l'unité de formation et de recherche de médecine de La Réunion).

Les caractéristiques des participants sont résumées dans le tableau 1.

	Genre F : féminin M : masculin	Âge (ans)	Lieu d'exercice (groupe INSEE)	Durée d'exercice (ans)	Présence d'une secrétaire	Type de cabinet	Taux de pratique du tiers payant intégral (%)	Pratique antérieure d'une activité libérale sans tiers payant généralisé
E1	F	< 35	Divers	< 5	Oui	Divers	> 75	Non
E2	M	35 – 45	1	5 – 15	Oui	Seul	> 75	Oui
E3	M	> 55	3	> 25	Oui	Groupe	30 – 75	Oui
E4	M	35 – 45	2	15 – 25	Oui	Groupe	> 75	Non
E5	F	< 35	4	5 – 15	Non	Seul	> 75	Oui
E6	M	< 35	2	< 5	Oui	Groupe	> 75	Oui
E7	M	35 – 45	2	5 – 15	Oui	Groupe	> 75	Non
E8	F	35 – 45	4	15 – 25	Non	Groupe	> 75	Oui
E9	M	> 55	1	> 25	Oui	Seul	> 75	Oui
E10	F	35 – 45	5	5 – 15	Oui	Groupe	> 75	Oui
E11	M	45 – 55	5	5 – 15	Oui	Groupe	> 75	Non
E12	F	> 55	5	> 25	Oui	Groupe	> 75	Oui
E13	F	> 55	5	> 25	Oui	Groupe	> 75	Oui
E14	M	< 35	Divers	< 5	Divers	Divers	> 75	Oui

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Groupes INSEE : 1 : quartiers urbains qui cumulent les difficultés socio-économiques ; 2 : quartiers pauvres de propriétaires, à dominante rurale ; 3 : quartiers vulnérables proches des centres-villes ; 4 : quartiers de propriétaires moins pauvres et éloignés des centres-villes ; 5 : quartiers les plus aisés ; Divers : remplaçants ayant exercé dans plusieurs cabinets médicaux de l'île

## 2. Analyse

### 2.1. Les pratiques actuelles :

Le tiers payant généralisé semble être largement pratiqué chez les médecins généralistes libéraux réunionnais.

*E4 : « Globalement, je passe tout le monde en tiers payant ».*

Les quelques refus de le pratiquer concernent généralement la part complémentaire dans deux situations :

- Les patients de passage non connus du médecin.

*E14 : « on le fait pour tous sauf pour ceux qui ne sont pas suivis au cabinet, dans ce cas-là ils paient la part mutuelle ».*

- Certaines complémentaires santé dont les remboursements sont peu fiables.

*E2 : « Oui, il y a des mutuelles mauvaises payeuses, des mutuelles qui refusent systématiquement [...] du coup on fait payer les patients ».*

Un seul médecin nous a déclaré ne plus effectuer le tiers payant sur la part complémentaire hormis avec 3 ou 4 mutuelles et pour les cas obligatoires.

*E3 : « actuellement, je ne fais plus beaucoup de tiers payant généralisé ».*

La gestion administrative du tiers payant peut être effectuée :

- Par une secrétaire.

*E1 : « En général, à La Réunion, il y a une secrétaire qui gère les cartes vitales ».*

- Par le médecin directement.

*E8 : « Je n'ai pas de secrétaire [...] donc c'est moi qui passe les cartes vitales ».*

Enfin certains médecins font réaliser la facturation et le paiement des consultations par une secrétaire mais n'effectuent pas de vérification à posteriori des remboursements reçus.

*E4 : « J'avoue que je ne vérifie pas. C'est que globalement, j'ai l'impression que les sommes qui me sont versées sont correctes, j'avoue que je ne vérifie pas ».*

## **2.2. Ressenti général vis-à-vis de leur pratique du tiers payant généralisé**

Le tiers payant généralisé est un sujet clivant avec des opinions fortes et diverses chez les médecins.

*E4 : « moi, à titre personnel, j'en suis plutôt satisfait dans l'ensemble. Je n'ai pas de gros reproches à faire au tiers payant ».*

*E9 : « L'idée de départ est formidable, comme souvent en politique et puis le résultat c'est une catastrophe quoi ».*

Certains médecins ont cependant l'impression que sa pratique, longtemps refusée de manière dogmatique, est de plus en plus acceptée.

*E3 : « C'est une longue histoire le tiers payant. C'est un sujet politique. Parce que nombre de médecins ont longtemps refusé de le faire. [...] Les médecins ont changé de point de vue, la majorité des médecins ne sont pas contre le tiers payant, actuellement, je pense ».*

## **2.3. Les représentations positives du tiers payant généralisé**

### **2.3.1. Pour les patients**

Les médecins interrogés ont fréquemment évoqué l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients, apportée par la généralisation du tiers payant.

*E6 : « Pour les patients les plus précaires aussi, je pense que ça facilite quand même l'accès aux soins ».*

Cette affirmation était cependant réfutée par quelques médecins interrogés. Selon eux, les patients les plus précaires ne souffrent pas de manque d'accès aux soins grâce aux dispositifs existants tels que la CMU et l'ALD. Ils évoquent également la possibilité qui était accordée aux patients précaires de n'encaisser la consultation qu'après le remboursement effectué.

*E12 : « Moi c'est ce que je disais aux gens : « vous vous faites d'abord rembourser et j'encaisserai le chèque après ». Ça on avait l'habitude et ce n'était pas un problème ».*

Les médecins pensent unanimement que leurs patients sont satisfaits par l'application du tiers payant généralisé à La Réunion.

*E1 : « je pense qu'ils sont très contents [...] je pense que ça leur facilite la vie ».*

Certains évoquent notamment la satisfaction des patients métropolitains de passage à La Réunion à qui il est proposé d'effectuer le tiers payant.

*E7 : « Les quelques touristes que l'on a [...] ils sont quand même, un certain nombre de fois, surpris que l'on fasse le tiers payant systématiquement. Et à priori plutôt agréablement surpris ».*

Quelques médecins considèrent également que le tiers payant généralisé est un droit que l'assurance maladie et les complémentaires santé doivent offrir à leurs cotisants eu égard aux cotisations importantes versées.

*E5 : « je trouve que c'est pas mal. On cotise tous pour la sécu, c'est vrai qu'on a tous des mutuelles qui ne servent à rien, qu'on paie une fortune, à un moment donné, c'est bien aussi d'avoir les avantages ».*

### 2.3.2. Pour le médecin

Les médecins trouvent des points positifs au tiers payant généralisé dans leur pratique quotidienne.

Ils sont satisfaits de la diminution de gestion d'argent liquide et de chèques au cabinet. Cette absence de monnaie au cabinet est appréciée pour le sentiment de sécurité qu'elle apporte.

*E2 : « Il n'y a pas de cash, pas d'argent, pas de risque de se faire braquer en sortant ».*

Certains y trouvent également une simplification de leur trésorerie, la grande majorité des paiements étant reçus par virement bancaire.

*E3 : « Moi, ma trésorerie elle n'a jamais été aussi régulière que depuis le tiers payant ».*

*E5 : « Je trouve que c'est pratique parce qu'on n'a pas à encaisser des chèques, à gérer des espèces ou rendre la monnaie ».*

Cette satisfaction est d'autant plus grande pour certains que les demandes de paiements à l'assurance maladie et aux mutuelles leurs semblent simples à effectuer et la réception de ces paiements rapide.

*E4 : « très vite, on en a vu les avantages. C'est-à-dire qu'on avait plus de paperasse à faire, plus de feuille de soin à remplir, la facture électronique ça se fait en 2 secondes, en 2 clics ».*

*E5 : « Après je trouve que ça marche hyper bien. Il y a quelques consultations qu'il faut que je redemande à la mutuelle, les parts mutuelles etc. Mais en général je trouve que ça marche très bien. On est payés assez rapidement, en à peu près 48h ».*

La séparation du paiement direct au médecin et de la consultation est également un motif de contentement évoqué. Il permet :

- De ne pas considérer une consultation médicale comme une consommation habituelle.

*E7 : « défaire le rapport de l'argent avec chaque patient, ça permet un meilleur, je trouve, un meilleur contact direct, avec le patient ».*

*E2 : « Ici je peux voir des patients en leur disant : « voilà non c'est bon, il n'y a rien, tu peux sortir », en France c'est « ouai mais qu'est-ce que tu as fait là, tu m'as dit que ce n'était rien et je n'ai pas eu mon ordonnance ! ». Parce qu'ils ont payé, ils veulent partir avec quelque chose ».*

- D'éviter au médecin d'avoir à demander de l'argent au patient, sujet tabou et mettant le médecin mal à l'aise.

*E12 : « Mais parfois en tant que médecin, on a du mal à demander de l'argent aux gens. Enfin moi, personnellement, je ne sais pas demander de l'argent, demander à des patients, je ne sais pas faire. Donc moi ça m'arrange ».*

Ainsi, libérés de ce tabou de la demande d'argent, la quasi-totalité des médecins interrogés évoquent la facilité de pouvoir coter et se faire payer la totalité de leurs actes effectués. Ils ont alors moins recours aux actes gratuits.

*E12 : « Tu aurais hésité tu vois pour des gens qui ramènent une biologie, effectivement ça peut être rapide mais tu y passes du temps, tu prends une décision. Moi par exemple je n'oserais pas faire payer, bah là on n'hésite pas à demander la carte ».*

La facturation de ces actes, souvent courts, auparavant effectués gratuitement, permet selon certains médecins de compenser un tarif de consultation très bas et du temps travail hors consultation non rémunéré.

*E5 : « C'est vrai que parfois, la plupart du temps, on est quand même sous payés par rapport à tout ce que l'on fait, par rapport à tout ce qu'on apporte aux patients, tout le temps qu'on passe à faire des courriers, à prendre des rendez-vous, à prendre des machins. [...] Ça nous permet de compenser. Ça compense un peu le fait qu'on soit, peut-être, moins payés sur d'autres choses ».*

### 2.3.3. Pour le système de santé

Un médecin évoque une possible diminution de la fréquentation des urgences avec l'instauration du tiers payant généralisé.

*E4 : « Par exemple j'ai vu une dame que [...] j'avais vue vendredi et que j'ai revue aujourd'hui parce qu'elle avait de l'angoisse pour son gamin. Ça me paraît légitime qu'elle vienne et que du coup qu'elle n'ait pas à avancer. Est-ce que si elle avait dû sortir deux fois près de 30 € elle serait venue la deuxième fois ? Du coup, ça aurait peut-être fait qu'elle serait allée aux urgences parce qu'aux urgences on ne paie pas. Pour ça, je trouve que ce n'est pas mal effectivement ».*

## 2.4. Les représentations négatives du tiers payant généralisé

La moitié des citations relevées dans l'ensemble du corpus concernent des représentations négatives des médecins généralistes concernant le tiers payant généralisé. Ces représentations négatives sont dominées par la perte de revenus et la charge administrative induite par le tiers payant généralisé.

### 2.4.1. L'administratif

L'augmentation du travail administratif est chronophage pour les médecins interrogés.

*E11 : « C'est à dire que la manipulation, la facturation sur le logiciel ça prend un petit peu de temps, ça fait perdre du temps. [...] Tu vois si les médecins doivent faire ça, vérifier derrière, c'est chronophage à fond quoi ! ».*

Cette charge de travail est essentiellement induite par la gestion des refus de paiements de l'assurance maladie et des organismes d'AMC (cf. 2.4.2). La nécessité d'un conventionnement individuel avec chaque organisme d'AMC, trop nombreux, est également décriée.



*E3 : « Vous rendez compte il y a 35 mutuelles je crois à peu près à la Réunion et il y en a 450 au niveau national. Il y a des métropolitains qui viennent ici en vacances. Ce n'est pas le plus dangereux, mais on ne va pas signer 450 conventions individuelles il faut arrêter ».*

Les médecins interrogés ont l'impression que ce travail administratif ne devrait pas être le leur et qu'on leur a délégué un travail qui devrait incomber à la sécurité sociale, aux mutuelles et aux patients.

*« E12 : Il faudrait que la sécu nous paie entièrement et se fasse, elle, rembourser par les mutuelles. Je veux dire on ne devrait avoir à faire ce travail-là.*

*E10 : Ce n'est pas à nous de faire ce travail. »*

*E6 : « En fait c'est au patient, éventuellement, plutôt, d'aller courir sur les remboursements que nous. Et finalement, ça c'est un peu plus logique parce que nous on va avoir je ne sais combien de remboursements alors que le patient il en a un tous les deux mois, peut-être ou au pire tous les mois ».*

Toutes ces charges administratives supplémentaires induites par le tiers payant, ne peuvent être réalisées par le médecin seul et nécessitent généralement d'employer une secrétaire pour leur réalisation.

*E10 : « Moi en métropole je m'en sortais sans secrétaire et je faisais tout, je gérais tout parce que je ne faisais pas le tiers payant. [...] Ici non, je ne pourrais pas travailler sans secrétaire, je n'ai pas envie de passer ma journée à faire de la comptabilité ».*

#### 2.4.2. Le cout pour le médecin

Une perte de revenu importante est constatée par les médecins interrogés. Elle est due à des impayés fréquents de la sécurité sociale et des organismes d'AMC lors de la pratique du tiers payant généralisé.

*E11 : « Non mais par contre nous, ce qui est obligatoire, on s'en est tous rendu compte, c'est que si on ne vérifie pas, si tu ne vérifies pas derrière tu as plein d'impayés ! ».*

Les médecins éprouvent des difficultés essentiellement avec les mutuelles.

*E11 : « Pas trop de la sécu. La sécu très peu apparemment, ça marche très très bien avec la sécu, par contre les mutuelles, bah ouai si tu ne vas pas regarder tu as des impayés ».*

Celles-ci ont un système de paiement jugé trop opaque et ne communiquent pas clairement aux médecins sur les refus de paiements.

*E6 : « Le gros problème, c'est vraiment de savoir qui paie quoi, pourquoi c'est rejeté et quand c'est rejeté, qu'est-ce que je dois faire ? ».*

*E8 : « les mutuelles t'envoient que ce qu'ils t'ont payé mais ils ne te disent pas « sur ce flux là, ça a été rejeté » donc c'est à toi d'aller les chercher ».*

Ils ressentent également des difficultés à lire les cartes de mutuelles jugées parfois non lisibles et à connaître rapidement les droits des patients, chose aisée avec la carte vitale de la sécurité sociale. Ces difficultés d'identification des patients et de connaissance de leurs droits sont également à l'origine de certains impayés des organismes complémentaires.

*E8 : « je tiens à dire que les cartes mutuelles sont mal faites parce que pour trouver le code AMC, pour ne pas se planter et pour ne pas avoir de rejet ce n'est pas si simple. [...] En fait, tu sais, ils ont fait des cartes magnétiques qu'on ne peut pas lire... ».*

Face à ces rejets de paiements de la sécurité sociale et des AMC, deux stratégies se dessinent chez les médecins interrogés.

- Certains emploient une secrétaire pour réaliser le travail de vérification des paiements et de relance des organismes payeurs. L'emploi d'une personne à la réalisation de ce travail implique un coût direct pour le médecin (cf. 2.1).
- D'autres ne vérifient pas les paiements reçus, estimant que ceux-ci sont négligeables ou trop coûteux à vérifier.

*E6 : « J'ai rencontré un médecin, [...] il avait calculé que, en gros, les impayés des mutuelles, ça coute à peu près le prix d'une secrétaire et que du coup ça ne valait pas le coup. Donc il ne les récupérait même pas, il ne s'en occupait pas et il ne prenait pas de secrétaire ».*

L'emploi de secrétaires et les abonnements à des services tiers (concentrateur technique, logiciels de gestion de tiers payant, entreprises de recouvrement d'impayés) sont directement induits par la pratique du tiers payant généralisé selon les médecins interrogés. Il en résulte un sentiment d'injustice chez certains de devoir payer pour pouvoir eux-mêmes être payés, d'autant plus qu'ils paient pour un travail qui ne devrait à leur sens pas leur incomber.

*E6 : « quand tu paies ton concentrateur, c'est 15 € en plus pour récupérer des sous qui te reviennent ! Donc ça, ça pose un peu problème ».*

*E12 : « c'est quand même odieux que l'on soit obligés de payer des secrétaires pour aller chercher les remboursements auprès des mutuelles. On s'est fait complètement avoir ».*

Quelques médecins évoquent par ailleurs la pénalisation financière du patient consultant hors parcours de soins qui leur retombe dessus lors de la pratique du tiers payant.

*E10 : « si on n'est pas le médecin traitant ou s'il n'y a pas de médecin traitant déclaré, même s'ils nous disent que oui et qu'on n'a pas vérifié et bah t'es payé 7,50 € au lieu de... enfin tu perds quoi ».*

#### 2.4.3. Une hausse de la consommation médicale

Les médecins interrogés évoquent également largement l'inflation du nombre de consultations réalisées provoquée par le tiers payant généralisé.

Certains remarquent cette inflation chez les patients, qui consultent plus fréquemment et parfois sans réelle raison médicale.

*E13 : « c'est bien mais c'est open bar quoi. Il y a un bon tiers des consultations qui sont inutiles, les gens viennent parce que c'est gratuit ».*

*E9 : « C'est formidable à la base, l'idée est formidable, louable, généreuse, etc. Le problème c'est que l'utilisation qui en est faite, c'est absolument odieux quoi. [...] C'est infernal, les gens consomment sans arrêt du médecin ».*

Cette affirmation est cependant spontanément réfutée par d'autres médecins.

*E4 : « à titre personnel, je n'ai pas l'impression qu'il y ait une surconsommation médicale parce que les gens ils n'avancent pas les frais ».*

L'augmentation du nombre de consultations du fait des médecins est abordée avec délicatesse par certains. Il leur semblerait y avoir des dérives et des abus avec des facturations facilement effectuées et envoyées aux organismes payeurs pour des actes non réellement réalisés.

*E9 : « On a quand même un certain nombre de confrères qui en usent et en abusent largement, très au-delà de ce que le raisonnable pourrait autoriser. [...] Les 80 actes par jour, 100 actes par jour avec la bénédiction des caisses c'est un scandale absolu. Et ça c'est possible grâce à la télétransmission et au tiers payant généralisé ».*

Cette hausse de la consommation coûte très cher à la sécurité sociale selon certains médecins.

*E12 : « Moi je pense que pour la sécu, ça coûte très cher le tiers payant, je ne comprends pas qu'ils souhaitent généraliser ça à la France entière. Je pense qu'il y a quand même des excès et qu'il y a une surconsommation. Je ne comprends pas ».*

#### 2.4.4. La perte de la valeur du système de soins

La hausse de la consommation médicale par les patients est, d'après certains médecins, directement liée à une déconnexion du coût de la santé. Les patients ne savent plus ce que coûte une consultation en médecine libérale ou une hospitalisation.

*E5 : « Il y a forcément des gens qui en s'en rendent pas compte que la santé ça coute. Et puis pas qu'ici, idem quand ils sont hospitalisés, en général ils ne paient rien, ils ne se rendent pas compte que ça coute hyper cher quoi ».*

Cette perte de valeur monétaire s'accompagne d'une dévalorisation du rôle du médecin et de l'acte médical dans la société pour quelques médecins interrogés.

*E10 : « En fait ils ne viennent pas te voir pour toi, ils ne viennent pas te voir pour ton diagnostic, ils viennent te voir parce que tu es gratuit. [...] Moi je trouve ça un peu dévalorisant ».*

*E7 : « c'est vrai que si les gens ne paient jamais, ils peuvent perdre un peu le sens de la valeur de cet acte ».*

#### 2.4.5. Un retour en arrière impossible

Maintenant habitués à ne rien avancer, les patients ne souhaitent plus jamais déboursier d'argent pour leurs soins selon plusieurs médecins.

*E5 : « ici, pour eux, c'est un dû, ils ne se posent même pas la question. Si je demandais à mes patients de payer la part complémentaire de 8,88 €, ils me regarderaient avec des yeux de poisson, de merlan frit (rires) ».*

Selon eux, il devient donc impossible pour un médecin généraliste de ne pas effectuer le tiers payant généralisé, sous peine de voir sa patientèle changer de médecin. L'obligation du tiers payant généralisé devient sociale et commerciale.

*E6 : « Ici [...] c'est impossible. Si tu ne fais pas le tiers payant généralisé, tu as zéro patient ».*

*E13 : « Si toi tu es installé et que celui d'à côté le fait, bah tu es obligé de le faire sinon les gens iront là où ils ne paient pas ».*

#### 2.4.6. Une dépendance accrue aux organismes payeurs

Quelques médecins évoquent la subordination des médecins généralistes libéraux aux organismes payeurs majorée par l'organisation du tiers payant généralisé. Ceux-ci voient dans ces nouvelles relations une étape vers le salariat des médecins par les organismes payeurs.

*E7 : « L'effet de la généralisation de tout ça fait que la sécu apparaît de plus en plus comme un patron plutôt qu'autre chose ».*

*E13 : « La sécu ne s'y retrouve peut-être pas comme ça mais elle va s'y retrouver car elle a la main mise sur nous. Nous on est obligés de s'écraser de plus en plus et au final on sera salariés ».*

Cette dépendance se ressent déjà concrètement selon certains médecins. N'encaissant plus directement d'argent liquide, ils peuvent déjà parfois se retrouver sans aucun revenu lors de défaillances du système informatique des organismes payeurs.

*« E11 : Il y a eu trois fois au moins où il y a eu des gros bugs à la sécu, où tu as des retards de paiements super importants. C'est arrivé une fois l'année dernière.*

*E12 : On a un copain l'autre jour il a eu un bug terrible, je ne sais ce qu'il s'est passé, il est resté un mois sans aucun versement !*

*E11 : Bah là t'es complètement dépendant. [...] T'es complètement dépendant de ça, tu continues à travailler et tu n'as pas d'argent. »*

Un médecin évoque même une volonté, à terme, de privatisation de l'assurance maladie, favorisée par le fait que les patients ne savent plus quelle part de leur consultation est payée par l'assurance maladie et quelle part est payée par leur organisme complémentaire.

*E9 : « Ils ont envie que ça devienne l'inverse, 30 % sécu et 70 % mutuelles hein, c'est ça qu'ils veulent je pense. Parce qu'il y ait autant de choses illogiques dans cette organisation des soins comme ça, à mon avis c'est ça qu'ils veulent ».*

## **2.5. La généralisation du tiers payant généralisé à l'ensemble du territoire français**

### **2.5.1. Un sentiment partagé**

La généralisation du tiers payant généralisé à l'ensemble du territoire français divise notre échantillon :

- Certaines y seraient favorables.

*E1 : « Si on y arrive à La Réunion, je ne vois pas pourquoi on n'y arriverait pas en métropole. [...] Je pense que ça serait agréable ».*

- D'autres s'y opposent fortement.

*E12 : « Ça serait une folie, il ne faut surtout pas que les médecins acceptent ça. Ce que l'on a accepté nous, les autres ne devraient pas l'accepter, nous on a été c... ».*

Quelques-uns sont plus fatalistes et pensent que l'avis des médecins importe peu quant à la décision de généraliser le tiers payant ou non en métropole.

*« E13 : Moi je pense que la machine elle est déjà lancée et que [les médecins métropolitains opposés au tiers payant généralisé] n'y feront rien.*

*E11 : Je pense un peu comme toi. [...] Je pense que c'est déjà en route et que ça va se faire. »*

### **2.5.2. Un tiers payant non obligatoire à adapter à un contexte différent**

La plupart des médecins interrogés ne sont pas formellement opposés au tiers payant généralisé en métropole mais préfèrent parler d'incitation que d'obligation.

*E7 : « J'ai souvent du mal avec le caractère obligatoire des choses déjà ».*

Cette généralisation doit se faire selon eux après une évaluation complète de ce qui se pratique déjà à La Réunion depuis 2002 afin d'analyser et de trouver des réponses aux problématiques actuelles du tiers payant généralisé.

*E11 : « Un truc très simple, je ne comprends pas pourquoi il y a 15 ans on était déclarés « département pilote tiers payant généralisé » et puis il n'y a jamais eu de bilan. Il n'y a pas de bilan du département pilote ».*

Il leur semble également compliqué de copier le système réunionnais actuel face à un contexte métropolitain différent de notre département sur de nombreux points :

- Un nombre d'AMC beaucoup plus important en métropole rendant impossible la convention individuelle avec chacune d'elle.

*E4 : « La seule chose qui limite la possibilité à mon sens du tiers payant généralisé en métropole, c'est la problématique des mutuelles. [...] Parce que je ne sais pas combien il y en a, mais s'il y a 250 mutuelles, il faut être sûr qu'on soit affilié auprès de 250 mutuelles ».*

- Un tarif de consultation inférieur à celui de La Réunion, leur permettant moins l'embauche de secrétaires qui semblent indispensables au fonctionnement actuel du tiers payant généralisé.

*E11 : « Nous ça va, on a des secrétaires mais ça fait un sacré boulot, c'est un vrai boulot à temps plein. En métropole il y a plein de médecins qui sont tous seuls, qui n'ont pas de secrétaire et ça va être très compliqué pour eux ».*

- Une part plus importante de médecins souvent âgés ayant des difficultés à franchir le cap de l'informatisation du cabinet pour qui le passage au tiers payant généralisé peut être insurmontable.

*E8 : « Je trouverais ça normal mais on va se fâcher avec les vieux médecins. Parce que les vieux médecins, déjà l'informatique c'était compliqué. Ces médecins-là, qui ne se sont pas mis à l'ordinateur, tu vois... »*



## **2.6. Des améliorations possibles**

Si tous les médecins interrogés ne sont pas opposés au tiers payant généralisé, ils évoquent tous des améliorations possibles afin de répondre aux griefs évoqués ci-dessus (cf. 2.4).

### **2.6.1. Diminuer les impayés et la charge administrative**

Afin d'éviter les impayés et de diminuer la charge administrative créée par le tiers payant généralisé, la quasi majorité des médecins interrogés nous parlent de leur volonté d'avoir un payeur unique. Celui-ci serait préférablement la sécurité sociale, qui paierait 100% de la consultation au médecin et récupérerait elle-même le reste à charge auprès des AMC ou du patient.

*E6 : « En fait, comme je le verrais pour que ça fonctionne un peu mieux, c'est de [...] dire que c'est la sécu qui nous paie tout et après c'est elle qui s'arrange avec les mutuelles. Tu vois, ça serait mieux. Parce qu'elle, elle nous paie bien, elle c'est régulier ».*

D'autres propositions sont faites pour améliorer le système actuel à deux payeurs.

Il est souvent demandé à ce que les organismes payeurs (notamment complémentaires) soient plus efficaces dans leur gestion des paiements. Il est notamment proposé qu'ils communiquent plus auprès des médecins sur les rejets de paiement effectués et les démarches à effectuer pour résoudre les contentieux.

*E4 : « Il faudrait que la mutuelle, s'il y a une erreur de facturation, si la personne n'est pas affiliée chez eux ou si on n'a pas envoyé le RIB à la mutuelle, qu'[elle] nous dise : « Ah, en fait, vous avez oublié de nous envoyer votre RIB », voilà. Que la mutuelle, qui est au courant de ce qu'elle paie et ne paie pas puisse [nous] contacter si jamais [elle] ne pouvait pas payer, [nous] dire pour quelle raison ».*

*E7 : « Pour le coup, peut-être que si la sécurité sociale au lieu de faire des recommandations sur comment on doit bosser faisait des recommandations sur comment on doit payer et être payés, [...] c'est quand même un organisme payeur avant tout ».*

D'autres médecins évoquent le dispositif carte Avance Santé® créé par une banque (qui propose également des assurances) et qui fonctionne bien selon eux. Ce dispositif permet au patient de ne pas avoir à payer directement sa consultation mais ne fait pas peser sur le médecin la charge de récupérer le remboursement auprès des AMC.

*E10 : « En métropole, le seul truc que je trouvais bien en tiers payant mutuelle, c'était la carte du Crédit Mutuel® Avance Santé®. Ça fonctionnait comme une carte bleue, ils payaient avec leur carte Avance Santé® la part mutuelle et eux n'étaient débités qu'une fois qu'ils étaient remboursés. [...] Toi tu es sûr d'être payé, ça fonctionne comme une carte bleue et le patient il n'est débité qu'une fois qu'il est remboursé par sa mutuelle, donc il n'avance pas les frais ».*

Il est également proposé de créer des aides financières importantes pour l'emploi de secrétaires par les médecins libéraux.

*E8 : « Ou alors ils nous aident à financer une secrétaire, c'est ce que l'on se disait aussi. Il y a une perte d'emploi ici actuellement alors pourquoi pas [...] faire des aides fiscales, [...] qu'on emploie sans avoir les charges ».*

### 2.6.2. Diminuer les abus

Afin de diminuer la surconsommation médicale, plusieurs propositions sont faites par les médecins interrogés.

Certains préconisent l'information et l'éducation du patient sur le cout des actes médicaux. Cette éducation peut être issue des organismes payeurs et des médecins eux-mêmes.

*E5 : « Je pense qu'il faut vraiment éduquer les gens et vraiment leur rappeler que ça coute cher la santé et qu'ils ont de la chance de pouvoir être soignés gratuitement ».*

D'autres médecins préconisent plutôt une majoration des contrôles de la part de la sécurité sociale. Des contrôles qui concerneraient à la fois les médecins mais aussi les patients qui pourraient être pénalisés ou limités s'il y a des abus.

*E9 : « Il faut que ce soit gratuit bien sûr mais dans certaines conditions. [Il y a] ces gens qui ont la CMU, qui consomment de manière délirante et la sécu ne bouge pas. De la même façon qu'elle ne bouge pas quand elle voit des médecins voir 100 personnes par jour. [...] C'est invraisemblable, tout le monde consomme et personne ne contrôle ».*

### 3. Modélisation schématique des résultats

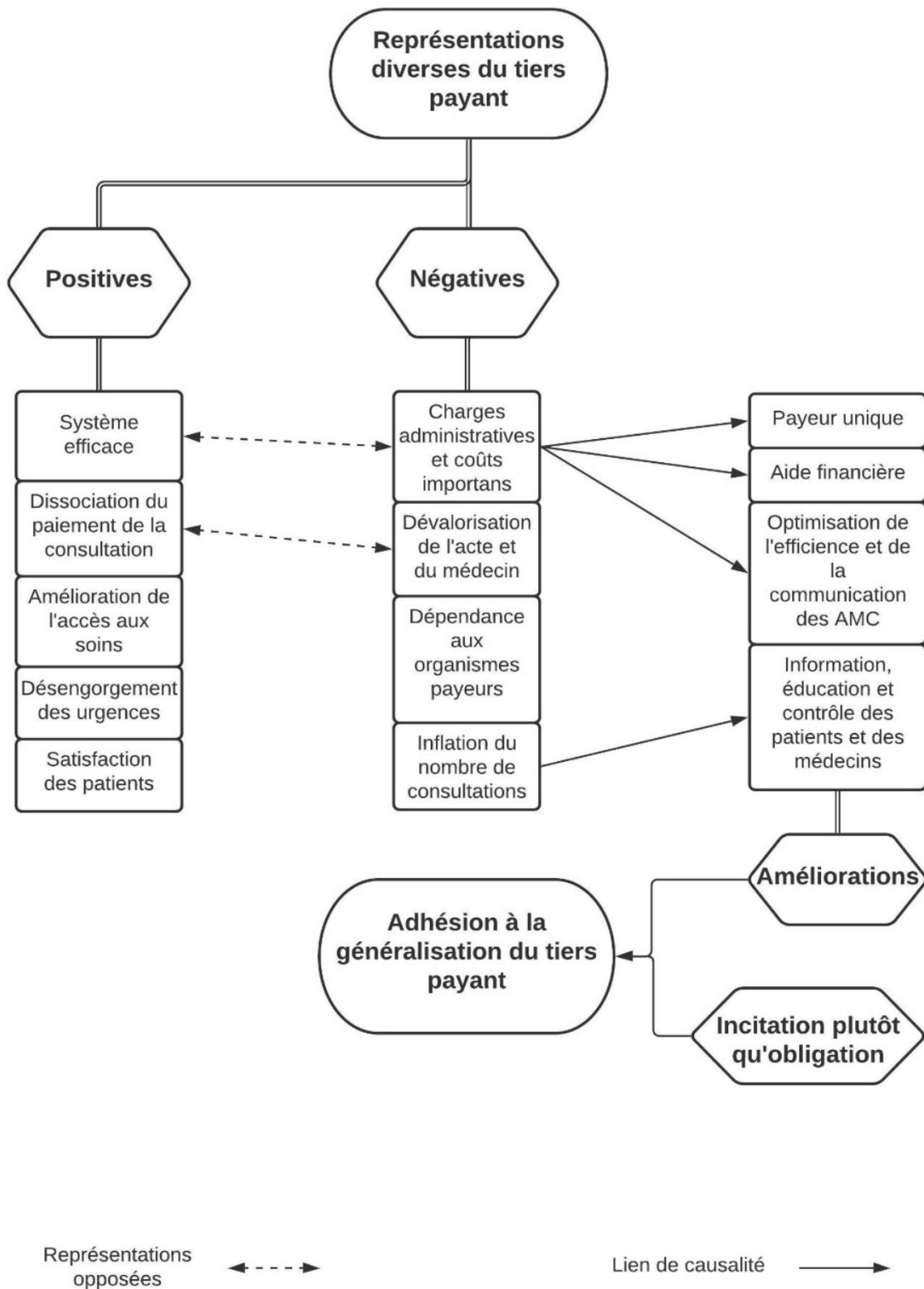


Figure 2. Modélisation schématique des résultats

# **Discussion**

## **1. Forces et faiblesses de l'étude**

### **1.1. Forces**

#### 1.1.1. Un sujet original

Des études ont déjà évalué les représentations du tiers payant généralisé par des médecins généralistes libéraux dans certains départements français. Cette étude est cependant la première à évaluer ces représentations sur l'île de La Réunion. Cette différence de département est tout l'intérêt ici puisque La Réunion est le seul département français à pratiquer le tiers payant généralisé. Si les précédentes études évaluaient plutôt les craintes et appréhensions d'une généralisation du tiers payant, on a examiné ici les représentations d'une pratique quotidienne chez les médecins réunionnais.

#### 1.1.2. Validité interne

Une triangulation de l'analyse a été effectuée avec un double codage sur 1 entretien. Une triangulation de la méthode a été effectuée avec réalisation d'un focus group et d'entretiens individuels.

#### 1.1.3. Validité externe

L'échantillonnage en diversité maximale a été réalisé jusqu'à saturation des données. Tous les médecins contactés ont accepté de participer à l'étude.

### **1.2. Faiblesses**

Une triangulation de l'analyse a été effectuée sur 1 entretien mais il aurait été préférable de la réaliser sur l'ensemble du corpus afin de mieux limiter les biais d'interprétation.

Le doctorant a réalisé lui-même l'ensemble des entretiens. Il n'avait jamais réalisé ni étude ni entretien qualitatif auparavant. Cette inexpérience a pu être à l'origine de biais d'investigation et d'interprétation.

Le doctorant a été à la fois l'observateur et le modérateur lors du focus group. La fonction de modérateur ayant été très prenante, celle d'observateur n'a pu être menée complètement et l'analyse du discours non verbale a été peu effectuée.

## **2. Comparaison aux représentations du tiers payant généralisé chez les médecins métropolitains**

Les représentations identifiées à La Réunion sont en grande partie superposables à celles rapportées chez les médecins généralistes métropolitains dans les thèses de C. David, F. Berret, B. Chauvin, S. Guedira et M. Héros-Monard(28,30–33). Les différences sont assez marginales concernant notre sujet.

Les seuls thèmes spécifiquement évoqués par les médecins de La Réunion sont :

- Les particularités de la pratique réunionnaise par rapport à la métropole.
- La sensation d'obligation sociale et commerciale de réaliser le tiers payant si un confrère voisin le propose.

A l'inverse, quelques idées retrouvées en métropole n'ont pas été relevées à La Réunion :

- L'intérêt du tiers payant généralisé afin d'uniformiser les pratiques de paiement des soins (entre les différents professionnels de santé, entre la médecine de ville et l'hôpital, entre les patients et entre les différents pays européens).
- La volonté de certains médecins de voir évoluer la médecine de ville vers le salariat et de bénéficier ainsi des avantages qui en découlent.
- L'augmentation du tarif des mutuelles supposément engendrée par la généralisation du tiers payant.

- Certains patients seraient contre le tiers payant généralisé pour différents motifs (méfiance vis-à-vis des assurances maladies, peur de la stigmatisation, crainte de soins de moins bonne qualité, attachement à la valeur du paiement afin de remercier le médecin).

La pratique du tiers payant à un niveau très important chez les médecins généralistes réunionnais ne semble donc pas être vecteur de représentations fondamentalement différentes de celles de médecins métropolitains.

Si l'éventail des représentations semble assez similaire, la comparaison aux études métropolitaines laisse penser que les médecins réunionnais ont toutefois un ressenti plus positif du tiers payant généralisé. Une étude quantitative comparative des différentes représentations permettrait de tester cette hypothèse.

### **3. Résultats principaux comparés à la littérature**

#### **3.1. Une pratique importante**

Tous les médecins interrogés, sauf un, déclarent pratiquer le tiers payant généralisé pour plus de 75 % de leurs actes. Ce taux est en accord avec les données de 2012 qui retrouvaient alors que 97,6 % des actes des médecins généralistes de La Réunion sont réalisés en tiers payant (9).

Seuls deux médecins déclarent ne pas avoir de secrétaire sur les 14 interrogés. On retrouve en effet une estimation de 80 % de médecins libéraux réunionnais embauchant une secrétaire(37).

#### **3.2. Une opinion diverse**

Les médecins généralistes réunionnais ont des opinions variées concernant le tiers payant généralisé.

Des sondages réalisés auprès de médecins libéraux français en 2014 et 2015 trouvaient qu'entre 83 et 95 % d'entre eux n'étaient pas favorables au tiers payant généralisé (12–14). Les médecins interrogés semblent plus favorables au tiers payant que ces données mais l'étude réalisée ne permet pas de répondre à cette question. Une enquête quantitative serait nécessaire afin d'évaluer précisément le taux de médecins réunionnais favorables ou non au tiers payant généralisé.

### **3.3. Des représentations positives**

#### **3.3.1. La satisfaction des patients**

Les médecins libéraux réunionnais pensent que leurs patients approuvent le tiers payant généralisé.

En 2014 et 2015, les sondages retrouvaient en effet un taux de 66 % à 70 % de Français favorables au tiers payant généralisé(10,12).

#### **3.3.2. L'amélioration de l'accès aux soins**

Plusieurs médecins considèrent que l'absence d'avance de frais permet aux patients un meilleur accès aux soins mais cette affirmation est fortement réfutée par certains.

Dourgnon P. *et al.* montraient en 2012 que la précarité des patients était fortement corrélée avec la probabilité que ceux-ci renoncent à des soins. Ils décrivaient par ailleurs que ces renoncements engendraient une baisse significative de l'état de santé de ces patients précaires(38). Afin d'y remédier, des aides sociales ont été créées durant les dernières décennies telles que la CMU, la CMU-C et l'ACS (maintenant unifiées dans la CSS). Ces aides ont permis une amélioration de l'accès aux soins pour ces personnes sans toutefois faire disparaître complètement le renoncement(39).



La majorité des renoncements aux soins d'origine financière concernent les dépenses de soins dentaires et d'optique. Il est cependant estimé que 3 % à 7,6 % des français ont renoncé à une consultation avec un médecin pour raison pécuniaire au cours des 12 derniers mois(38,40,41). Ces chiffres semblent similaires à ceux retrouvés à La Réunion(41,42). Plus spécifiquement, l'avance de frais est évoquée comme motif par 30,9 % des patients renonçant à des soins(43) et par 13,5 % des patients CMU renonçant à des soins.

Il semble donc légitime de penser que la généralisation du tiers payant puisse améliorer l'accès aux soins, comme l'évoque l'IGAS en 2013(9). L'OMS préconise d'ailleurs d'abandonner le paiement direct au médecin qu'elle considère inadapté et inefficace et d'opter pour un paiement anticipé des actes de soins via des organismes d'assurance maladie(44).

### 3.3.3. Un système efficace

Concernant leur pratique quotidienne, des médecins évoquent un système rapide, facile à réaliser et simplifiant la gestion de leur trésorerie.

Au 2<sup>ème</sup> trimestre 2019, les caisses d'AMO payaient les feuilles de soins électroniques en tiers payant des médecins dans un délai moyen de 3,46 jours. 90 % étaient payées en 4 jours ou moins(45). Les délais de paiement des feuilles de soins électroniques en tiers payant par les AMC sont moins bien connus. Ils seraient très variables en fonction de l'organisme payeur et compris entre 2 et 15 jours(14,46).

### 3.3.4. La relation médecin – patient – argent, un sujet tabou

Certains médecins apprécient de ne pas avoir à demander le paiement des consultations aux patients. Cette demande d'argent semble être un tabou important dans leur pratique quotidienne. Le tiers payant généralisé leur permet donc de facturer l'ensemble des actes effectués, notamment ceux réalisés auparavant gratuitement.

Céline écrivait dans *Voyage au bout de la nuit* « La médecine, c'est ingrat. Quand on se fait honorer par les riches, on a l'air d'un larbin ; par les pauvres, on a tout d'un voleur »(47). La relation entre le médecin, le patient et l'argent a beaucoup évolué au fil du temps et du mode de rémunération des médecins. D'après C. Reymonet, cette relation à l'argent reste problématique et tabou pour beaucoup de médecins qui voient parfois dans le tiers payant une possibilité d'y échapper(48).

### 3.3.5. Le désengorgement des urgences

Des médecins interrogés pensent qu'un des motifs de consultations aux urgences est le fait que les patients n'y avancent pas d'argent. Le tiers payant généralisé permettrait donc à ces patients de venir consulter en cabinet libéral plutôt qu'aux urgences, désengorgeant en partie celles-ci.

Il est estimé que pour 15,4 % à 24 % des patients consultant aux urgences, l'absence d'avance de frais a été un élément de choix important(49,50). L'instauration du tiers payant intégral pour la permanence des soins ambulatoires est une idée fréquemment et encore récemment évoquée pour diminuer le flux de patients consultant aux urgences(51,52). Dans ce sens, l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France débute actuellement une expérimentation de tiers payant intégral dans ses maisons médicales de garde(53). Contrairement à ce qui est réalisé actuellement pour la facturation des actes en tiers payant, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) paierait l'intégralité de la consultation au médecin et chercherait ensuite à se faire rembourser le ticket modérateur par une éventuelle AMC du patient.

### **3.4. Des représentations négatives**

#### **3.4.1. L'augmentation de la charge administrative et le cout pour le médecin**

Les médecins généralistes libéraux réunionnais ont l'impression que le tiers payant généralisé a transféré un travail auparavant dévolu aux organismes payeurs et aux patients sur les médecins. Il augmente, selon eux, les charges administratives pesant sur les cabinets médicaux, notamment pour la gestion des impayés des organismes payeurs. Ceux des AMC leur semblent les plus fréquents. Ils regrettent un fonctionnement très opaque, un manque de communication et de garanties des AMC concernant leurs paiements. Les couts induits par la gestion du tiers payant (embauche d'une secrétaire, impayés non récupérés, cotisations à des sociétés d'aide à la gestion du tiers payant) leur semblent peser lourdement dans leur trésorerie. Tout cela crée un sentiment d'injustice chez ces médecins qui fustigent le fait de devoir payer pour être eux-mêmes payés.

L'IGAS a réalisé cinq rapports sur la généralisation du tiers payant entre 2013 et 2018(9,19,46,54,55). Concernant la part prise en charge par l'AMO, elle décrit un fonctionnement plutôt satisfaisant techniquement avec des remboursements rapides (cf. 3.3.3) et un taux de rejet des feuilles de soins électroniques inférieur à 1%.

A contrario, on peut lire dans le rapport de 2013 que « le mode de développement du tiers payant complémentaire en médecine de ville s'avère, par contraste, globalement insatisfaisant : il est source de complexité et d'inintelligibilité, pour les médecins mais également pour les éditeurs de logiciel »(9).

Un taux de rejets de 3,6 à 6 % alourdi fatalement la charge administrative des cabinets médicaux(54). Ces rejets semblent essentiellement liés au remplissage manuel des informations retrouvées sur les cartes AMC des patients, source d'erreur et à de trop nombreux organismes complémentaires avec lesquels il faut établir des conventions individuelles. Bien que le marché se contracte depuis plusieurs années, il existait en effet 474 organismes complémentaires en 2017(56) sur l'ensemble du territoire français. La majorité de ces organismes ne proposent pas de garantie de paiement en fonction des informations inscrites sur leur carte contrairement à ce qui est pratiqué par la sécurité sociale avec la carte vitale. Par ailleurs, l'IGAS relevait également des

libellés de rejets peu compréhensibles et des remboursements par lots compliquant la vérification des paiements.

Des améliorations ont été réalisées par les organismes complémentaires pour diminuer les rejets et les tâches administratives induites par le tiers payant :

- Le contrat unique de tiers payant, appelé contrat inter-AMC. Ce contrat, réalisable en ligne, permet en quelques minutes d'être conventionné avec la quasi-totalité des organismes complémentaires(57).
- Le service en ligne d'identification des droits des bénéficiaires (IDB). Il permet, via un logiciel métier, de connaître les droits complémentaires des patients en direct.
- L'harmonisation des cartes AMC.
- La norme NOEMIE 580 qui permet l'identification par facture et non par lot et donc de pouvoir, via un logiciel métier, faire un rapprochement entre feuille de soin électronique, retour NOEMIE et virement bancaire pour chaque consultation(58).

Ces outils sont en partie développés et accessibles depuis plusieurs années déjà et répondent à certains problèmes des médecins généralistes. Leur déploiement dans les logiciels métiers a cependant été long et la mise à jour des logiciels dans chaque cabinet prend également beaucoup de temps. Par ailleurs, beaucoup de médecins semblent méconnaître leur existence. Une évaluation de la réalisation et du déploiement effectif de ces outils serait nécessaire.

#### 3.4.2. L'inflation du nombre de consultations

Les médecins ont également l'impression que le tiers payant généralisé a engendré une augmentation du nombre de consultations facturées à la sécurité sociale, ayant un coût important pour celle-ci. Cette hausse proviendrait, pour certains, plutôt de l'augmentation de la consommation médicale des patients. Ceux-ci auraient tendance à revenir plus souvent consulter pour des motifs futiles à cause de l'impression de gratuité induite par le tiers payant.

La théorie économique de l'aléa moral appliquée à l'assurance santé suppose que toute augmentation du niveau d'assurance d'un individu induit une augmentation de ses dépenses de soins(59). Certaines observations rejoignent cette théorie. Ainsi N. Jess montre en 2015 que les patients bénéficiant de la CMU-C (et donc du tiers payant) avaient des dépenses de médecine générale supérieures aux patients couverts par une AMC classique(60). Il est possible que cette dépense supérieure soit due à des facteurs confondants tant les facteurs influents la consommation de soins sont importants(61). Par ailleurs, il paraît impossible de savoir si cette dépense immédiate de santé ambulatoire est fondée médicalement parlant et bénéfique économiquement ou non. Cette dépense est-elle une surconsommation ou au contraire le renoncement à celle-ci aurait été une sous-consommation ? La dépense de santé optimale et le taux de recours au médecin idéal médicalement et économiquement parlant semblent difficilement calculables.

La seule étude économique évaluant le tiers payant a été réalisée par P. Dourgnon et M. Grignon en 2000(62). Ils retrouvent que le tiers payant est cause d'une augmentation des dépenses de santé. Mais cette augmentation ne leur paraît pas être une inflation en tant que telle car elle ne touche pas l'ensemble des assurés mais uniquement les plus pauvres. Elle serait en réalité un rattrapage, par les plus pauvres, de soins qu'ils ne réalisaient pas auparavant alors qu'ils l'étaient par les plus riches. Le tiers payant, à défaut d'être inflationniste, paraît donc plus juste.

A La Réunion, entre 2000 et 2004, les dépenses de soins de ville se sont accrues de 8,94 % contre 6,70 % en métropole(26). Cette croissance proche de celle de la métropole était la plus faible des départements d'outre-mer, malgré la création du tiers payant généralisé à La Réunion en 2002. Malheureusement, le mode de fonctionnement de la CGSS avant 2004 ne nous permet pas de connaître l'évolution des dépenses par poste spécifique de soins de ville notamment pour les consultations de médecine générale qui nous auraient intéressées.

### 3.4.3. Les abus des médecins

Quelques médecins évoquent de possibles abus de certains de leurs confrères, facturant aux organismes payeurs des actes non réellement réalisés.

Les médecins réunionnais pensent que le tiers payant généralisé entraîne une baisse de leurs bénéfices (cf. 3.4.1). Il est montré que la baisse du revenu des médecins entraîne une compensation par une demande de soins induite par ceux-ci(63). Ils vont ainsi augmenter leurs tarifs (non possible pour un médecin conventionné en secteur 1 en France) et majorer leur volume d'actes réalisés total et par patient en faisant revenir celui-ci plus souvent. Cette demande induite est facilitée par le paiement à l'acte et le tiers payant(64).

Cependant, le tiers payant généralisé ne semble pas induire une augmentation des fraudes de la part des médecins à La Réunion. Le comité opérationnel départemental anti-fraude de La Réunion relevait en 2019 trois fraudes à la facturation entraînant des actions pénales et une entraînant une action ordinaire chez l'ensemble des prestataires et professionnels de santé de l'île. Le préjudice total de ces fraudes est estimé à environ 940 000 €(65). La mission interministérielle de coordination anti-fraude retrouvait des résultats proportionnellement du même ordre de grandeur au niveau national(66).

### 3.4.4. La dévalorisation de la médecine

Certains médecins regrettent cette impression de gratuité de la consultation générée par le tiers payant. Elle crée selon eux une dévalorisation à la fois de l'acte médical et du médecin lui-même.

Cette dévalorisation du médecin est cependant un sentiment retrouvé également chez les médecins métropolitains, indépendamment de l'instauration du tiers payant(67).

### 3.4.5. La dépendance aux organismes payeurs

Enfin les médecins évoquent leur dépendance aux organismes payeurs causée par le tiers payant généralisé. Ils leur semblent que ce système est un pas vers le salariat des médecins et la fin de l'exercice libéral.

Ce sentiment est partagé par la professeure d'économie de la santé Brigitte Dormont qui voit, dans le tiers payant généralisé, la mort de l'exercice libéral qui serait bénéfique à notre système de santé selon elle(68).

Par ailleurs, des faits divers récents confirment la possible absence quasi-totale de revenus pour les médecins pratiquant le tiers payant lors de bugs informatiques des organismes payeurs(69). Cette mainmise des organismes payeurs sur les ressources des médecins majore leur rapport de force face à ceux-ci.

## **3.5. Des améliorations possibles**

Les médecins interrogés proposent des modifications du système actuel afin de pallier un certain nombre de défauts évoqués ci-dessus.

### 3.5.1. Un payeur unique

Afin de remédier aux impayés et à l'accroissement des charges administratives, les médecins réunionnais préconisent un payeur unique, la sécurité sociale, qui paierait au médecin l'intégralité de l'acte réalisé et récupérerait le ticket modérateur auprès des AMC ou des patients.

Cette revendication d'un payeur unique pour le tiers payant est défendue par de nombreux syndicats de médecins depuis plusieurs années déjà(70). Il a été une réalité éphémère lors de la mise en place du médecin référent en 1997(71) et est aujourd'hui expérimenté dans les maisons médicales de garde des Hauts-de-France(53). Cependant, il ne semble pas être la solution retenue par l'État pour le déploiement du tiers payant chez les médecins généralistes libéraux. Les justifications évoquées sont le refus des complémentaires santé de dépendre de l'AMO et l'iniquité face aux autres professionnels de santé qui pratiquent eux aussi le tiers payant généralisé sans payeur unique (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, etc.)(54).

### 3.5.2. Des corrections au système actuel

Si le système à deux payeurs est conservé, les médecins interrogés prônent une amélioration de l'efficacité et de la transparence des AMC. Les optimisations déjà prévues citées dans cette discussion (cf. 3.4.1) permettraient de répondre à un grand nombre de reproches faits au tiers payant. Elles sont cependant méconnues et souffrent d'un déploiement fastidieux. Une sérieuse communication auprès des médecins libéraux concernant tous ces outils d'aide à la réalisation du tiers payant paraît nécessaire.

Les généralistes de l'étude souhaiteraient également une aide financière à l'emploi de secrétaires. Une aide directe et nationale en ce sens n'existe pas. Le volet 3 du forfait structure est ce qui se rapproche le plus de cette requête. Depuis 2019, l'AMO aide financièrement les médecins à l'emploi d'un assistant médical(72). Ces assistants peuvent gérer des tâches administratives et en lien avec la consultation. Environ 850 médecins généralistes ont signé un contrat d'assistant médical 1 an après sa création. La contrepartie à cette aide pécuniaire est un engagement à une augmentation significative de la patientèle suivie par le médecin signataire. Cette aide, complexe et exigeante, ne semble pas adaptée à l'ensemble des médecins et ceux employant déjà une secrétaire peuvent difficilement en profiter.



### 3.5.3. Éduquer et contrôler

Concernant la hausse du nombre de consultations médicales, qu'elle provienne des patients ou des médecins, les médecins interrogés pensent qu'il est nécessaire d'accroître l'information, l'éducation et le contrôle de ceux-ci par la sécurité sociale.

### **3.6. La généralisation sur l'ensemble du territoire français**

Les opinions des médecins généralistes de La Réunion étant divers concernant le tiers payant généralisé, elles le sont tout autant concernant son extension à l'ensemble du territoire français. Les médecins satisfaits du tiers payant généralisé à La Réunion sont globalement pour cette extension et inversement. La plupart pensent que l'on tend indubitablement vers ce mode de fonctionnement.

Si le tiers payant généralisé devait être développé sur l'ensemble de la France, les médecins interrogés pensent qu'il faudrait d'abord effectuer une évaluation complète de son application à La Réunion. Aucun rapport de la sécurité sociale ou d'un organisme d'État ne semble en effet avoir été réalisé afin d'examiner l'application du tiers payant généralisé, en place depuis 2002 à La Réunion.

Ils préconiseraient que les améliorations préalablement citées (cf. 3.5) soient mises en place et des adaptations effectuées face à un contexte qui n'est pas le même en France métropolitaine qu'à La Réunion. Parmi les différences notables on peut noter :

- Le tarif de la consultation de médecine générale en secteur 1, à 29,60 € à La Réunion contre 25 € en métropole(73,74).
- Le nombre de cabinets employant une secrétaire, estimé à 80 % à La Réunion contre 42 % pour une région métropolitaine comme Rhône-Alpes(37,75).
- La concentration plus importante des organismes d'AMC dénombrés à une centaine environ à La Réunion contre 474 en métropole(27,56).

Enfin, ils prônent une incitation plutôt qu'une obligation afin de ne pas contraindre certains médecins pour qui le passage au tiers payant généralisé pourrait être une contrainte trop importante (exercices particuliers, médecins en fin de carrière, médecins non informatisés).

## Conclusion

Les médecins généralistes libéraux réunionnais ont des représentations hétérogènes concernant le tiers payant généralisé.

Certains en semblent satisfaits, évoquant un système efficace, améliorant l'accès aux soins des patients, désengorgeant les urgences et permettant de séparer la consultation du paiement de celle-ci. A contrario, le tiers payant peut aussi être associé à une augmentation des couts et des charges administratives des médecins, à l'inflation du nombre de consultations, à la dévalorisation de la médecine et à une dépendance accrue aux organismes payeurs. Pour remédier à ces problématiques, ils proposent l'instauration d'un payeur unique ou à minima des aides financières et l'optimisation de l'efficience et de la communication des organismes complémentaires. Ils prônent également l'information, l'éducation et le contrôle des patients et des médecins concernant le cout de la santé. A condition que ces revendications soient appliquées et que l'incitation se substitue à l'obligation, les médecins généralistes réunionnais sembleraient consentir une généralisation métropolitaine du tiers payant.

La diversité des représentations retrouvée à La Réunion est en grande partie similaire à celle des médecins métropolitains. Cependant, les médecins interrogés semblent se représenter plus positivement le tiers payant généralisé que leurs confrères de métropole. Une étude quantitative et comparative permettrait de tester cette hypothèse induite par notre recherche.

Par ailleurs, les représentations retrouvées ne semblent pas toutes se vérifier à la lecture de la littérature. Cependant, beaucoup de données, notamment économiques, manquent afin d'examiner si les représentations s'avèrent vraies. Un bilan global auprès des patients, des médecins, de la CGSS et des organismes complémentaires permettrait de faire un état des lieux des 18 années de pratique du tiers payant généralisé à La Réunion. Ce bilan permettrait de confirmer ou au contraire d'infirmer certaines représentations des médecins.

## **Bibliographie**

1. Bourgueil Y. L'organisation des soins de premiers recours en France : une réforme en quête de projet ? Santé Société Solidar [Internet]. 2008 [cité 16 nov 2020];7(2):105-14. Disponible sur: [https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2008\\_num\\_7\\_2\\_1296](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2008_num_7_2_1296)
2. Hassenteufel P. Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale. Trib Santé [Internet]. 2019 [cité 26 mai 2020];N° 59(1):21-33. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2019-1-page-21.htm?ref=doi>
3. Sécurité sociale en France [Internet]. Wikipédia. 2020 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%A9curit%C3%A9\\_sociale\\_en\\_France&oldid=176488362](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=S%C3%A9curit%C3%A9_sociale_en_France&oldid=176488362)
4. Assurance maladie. Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement [Internet]. Ameli. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>
5. Assurance maladie. Ticket modérateur [Internet]. Ameli. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur>
6. Assurance maladie complémentaire [Internet]. Wikipédia. 2020 [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Assurance\\_maladie\\_compl%C3%A9mentaire&oldid=175374636](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Assurance_maladie_compl%C3%A9mentaire&oldid=175374636)
7. LOI n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. JORF n°0138 du 16 juin 2013, ETSX1303961L.

8. Direction de l'information légale et administrative. Complémentaire santé solidaire (ex-CMU-C) [Internet]. service-public.fr. [cité 16 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
9. Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Inspection générale des affaires sociales; 2013 juill. Report No.: RM2013-143P.
10. Odoxa. Les Français soutiennent massivement la généralisation du tiers-payant [Internet]. 2015 [cité 25 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.odoxa.fr/sondage/francais-soutiennent-massivement-generalisation-tiers-payant/>
11. Ifop. Les Français et la généralisation du tiers payant [Internet]. 2014 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: [https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2706-1-study\\_file.pdf](https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2706-1-study_file.pdf)
12. Guichard G. Tiers-payant : les médecins préparent des grèves contre la loi Touraine. Le Figaro.fr [Internet]. 19 sept 2014 [cité 20 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2014/09/19/20002-20140919ARTFIG00008-les-medecins-rejettent-la-politique-de-sante-de-touraine.php>
13. Ifop. Les médecins libéraux, le projet de loi de santé et la cote de confiance de Marisol Touraine. 2015.
14. Amar J. Tiers payant : État des lieux sur son application et avis sur sa généralisation. A partir d'une enquête informatique auprès de 4 208 médecins [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg; 2014. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/These\\_tiers\\_payant\\_Amar\\_Julien\\_reduit.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/These_tiers_payant_Amar_Julien_reduit.pdf)
15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. JORF n°0022 du 27 janvier 2016, AFSX1418355L. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

16. Conseil constitutionnel. Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016 - Loi de modernisation de notre système de santé [Internet]. n° 2015-727 DC janv 21, 2016. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2016/2015727DC.htm>
17. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 63. JORF n°0305 du 31 décembre 2017, CPAX1725580L.
18. Direction de l'information légale et administrative. Tiers payant [Internet]. service-public.fr. 2019 [cité 19 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167>
19. Debeaupuis J, Marty-chastan C. Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2018 mars [cité 6 févr 2020]. Report No.: 2017-180R. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-180R.pdf>
20. La Réunion [Internet]. Wikipédia. 2020 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La\\_R%C3%A9union&oldid=176611140](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=La_R%C3%A9union&oldid=176611140)
21. Arrêté du 14 octobre 1948. JORF n°247 du 17 octobre 1948 oct 17, 1948 p. 10150.
22. Clicanoo. La Sécurité Sociale à La Réunion fut une conquête difficile. Clicanoo.re [Internet]. 28 déc 2015 [cité 19 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.clicanoo.re/node/356709>
23. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. De 1893 à 1999 : De l'Assistance médicale gratuite (AMG) à l'Aide médicale d'Etat (AME) en passant par l'Aide médicale départementale (AMD) [Internet]. CNLE. 2009 [cité 22 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/de-1893-a-1999-de-l-assistance.html>
24. Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat (1). JORF du 23 juillet 1983.

25. Gaüzère B-A, Aubry P. Histoire de la médecine à l'île Bourbon - La Réunion. Tome 2 - Histoire des maladies. Vol. 2. Paris: L'Harmattan; 2017.
26. GIORGI D. Evolution des dépenses d'assurance maladie - soins de ville - dans les départements d'Outre Mer [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2005 oct [cité 6 sept 2020]. Report No.: 2005 123. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000262.pdf>
27. Bartnik M. Le tiers payant est généralisé depuis plus de 10 ans à la Réunion. Le figaro.fr [Internet]. 17 mars 2015 [cité 4 juill 2019]; Disponible sur: <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2015/03/17/20002-20150317ARTFIG00389-le-tiers-payant-est-generalise-depuis-plus-de-10-ans-a-la-reunion.php>
28. David C. Généralisation du tiers-payant: une étude qualitative sur le ressenti de médecins généralistes de l'Hérault [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2016. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1162>
29. Gegout A. Influence de la généralisation du tiers payant intégral sur l'installation des futurs médecins généralistes du département du Nord [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2016. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/573c0a83-46e1-4c1e-81d9-b1f42848df96>
30. Héros-Monard M. Opinion des médecins généralistes de la Somme concernant la généralisation du tiers-payant de la loi de Marisol Touraine: enquête qualitative auprès de 15 médecins généralistes de la Somme [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Picardie Jules Verne; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01403957/document>
31. Guedira S. Opinions sur la pratique du tiers payant des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2016.

32. Berret F. Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord-Pas-de-Calais ? : entretiens semi-directifs et focus groups de Maîtres de Stage des Universités autour de leur pratique actuelle du tiers payant à l'heure où est débattue sa généralisation [Thèse d'exercice]. Université de Lille; 2015.
33. Chauvin B. Représentations des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant: étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2014.
34. Gaudet S, Robert D. L'aventure de la recherche qualitative : du questionnement à la rédaction scientifique [Internet]. Presses de l'Université d'Ottawa; 2018 [cité 14 janv 2021]. Disponible sur: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1885644>
35. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème édition. Coédition Global Média Santé/CNGE productions; 2018. 224 p.
36. Besson L. Cartographie de la pauvreté à La Réunion. Insee Anal La Réunion. oct 2018;(34).
37. Barral M. Le tiers-payant à la Réunion : le casse-tête des mutuelles [Internet]. What's Up Doc. 2015 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/le-tiers-payant-la-reunion-le-casse-tete-des-mutuelles-0>
38. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. économie publique [Internet]. 25 nov 2012;(28-29). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/economiepublique/8851>
39. Sass C. Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie [Internet]. Fonds CMU, Cetaf; 2011 mars [cité 17 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_Cetaf\\_FCMU\\_Renoncement\\_soins\\_2011.pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf)

40. Célant N, Rochereau T, Guillaume S. L'enquête santé européenne : enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2017 sept. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: 566. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>
41. Richard J, Balicchi J, Mariotti E, Pradines N, Beck F. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - La Réunion [Internet]. Santé publique France; 2014. (Baromètres santé). Report No.: W-0121-001-1505. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/2015/premiers-resultats-du-barometre-sante-dom-2014-la-reunion>
42. Boulevard P. Recours aux soins à la Réunion. Plateforme d'informations des études en santé, éditeur. juin 2016 [cité 24 oct 2019];(5). Disponible sur: [https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/ARS\\_InExtenso\\_Soins\\_n5\\_16sept\\_BD.pdf](https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/ARS_InExtenso_Soins_n5_16sept_BD.pdf)
43. Revil H, Daabek N, Bailly S. Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins. l'Observatoire des non-recours aux droits et services; 2019 févr.
44. Organisation mondiale de la santé. Résumé du Rapport sur la santé dans le monde "Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais" [Internet]. 2008 [cité 28 déc 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/whr/2008/summary\\_fr.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/summary_fr.pdf?ua=1)
45. Assurance maladie. Suivi trimestriel des délais de paiement des feuilles de soins électroniques en tiers payant [Internet]. 2019 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/432778/document/delais\\_paiement\\_fse\\_en\\_tiers\\_payant\\_2e\\_trimestre\\_2019\\_assurance\\_maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/432778/document/delais_paiement_fse_en_tiers_payant_2e_trimestre_2019_assurance_maladie.pdf)
46. Assurance maladie, Association des complémentaires santé. Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé. 2016 févr.
47. Céline L-F. Voyage au bout de la nuit. Denoël et Steele; 1932. 625 p.



48. Reymonet C. La relation médecin, malade et l'argent: vision des médecins généralistes de la région PACA [Thèse d'exercice]. Université d'Aix-Marseille; 2014.
49. Baubeau C, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes Résultats. 2003;(215).
50. TNS SOFRES. Les Français et l'hôpital public [Internet]. 2013 [cité 4 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.tns-sofres.com/publications/les-francais-et-lhopital-public-mai-2013>
51. Conférence Nationale des URPS Médecins Libéraux. Les réponses des Médecins Libéraux à l'engorgement des Services d'Urgences [Internet]. 2019 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: [https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1575383282\\_CN%20URPS-ML-Engorgement%20des%20Urgences%20-Re%CC%81ponses%20des%20Libe%CC%81raux.pdf](https://www.urpsml-na.org/uploads/images/1575383282_CN%20URPS-ML-Engorgement%20des%20Urgences%20-Re%CC%81ponses%20des%20Libe%CC%81raux.pdf)
52. Mesnier T, Carli P. Pour un Pacte de Refondation des Urgences. Ministère des solidarités et de la santé; 2019 déc p. 259.
53. ARS Hauts de France. L'ARS Hauts-de-France porte un projet de tiers payant généralisé en Maisons médicales de garde [Internet]. 2020 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-porte-un-projet-de-tiers-payant-generalise-en-maisons-medicales-de-garde>
54. Fauchier-magnan E, Roger J, Mejane J, Viossat L-C. Evaluation de la généralisation du tiers payant [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2017 oct [cité 9 juill 2019]. Report No.: 2017-111R. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf>
55. Assurance maladie. Rapport sur les conditions d'application du tiers payant pour tous les bénéficiaires [Internet]. 2017 sept [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/rapport\\_tpg\\_amo\\_amc.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/rapport_tpg_amo_amc.pdf)

56. Barlet M, Gaini M, Gonzalez L, Legal R. La complémentaire santé - Acteurs, bénéficiaires, garanties [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2019 [cité 2 janv 2021]. (Panoramas de la DREES). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cs2019.pdf>
57. Association inter-AMC. Contrat régissant les modalités de tiers payant de la part complémentaire [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.tpcomplementaire.fr/iamcps/telechargerDocument?filename=MEDG-SPECIMEN.pdf>
58. Larroque R. Le suivi des factures en tiers payant [Internet]. Assurance maladie, GIE SESAM-Vitale; 2016 [cité 25 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=4uFygGnBPTk&feature=youtu.be>
59. Jégot R. Le ticket modérateur en assurance santé : de sa justification théorique aux arguments en faveur de sa suppression [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2018. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=6c6d08cc-9ce8-4809-8eec-8c7546d12953>
60. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, éditeur. Etudes Résultats. déc 2015;(944).
61. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, éditeur. Etudes Résultats. févr 2005;(378).
62. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste? Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé; 2000 avr. Report No.: 490.
63. Delattre É, Dormont B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. Économie & prévision. 2000;(142):137-61.

64. Mohammadshahi M, Yazdani S, Olyaeemanesh A, Akbari Sari A, Yaseri M, Emamgholipour Sefiddashti S. A Scoping Review of Components of Physician-induced Demand for Designing a Conceptual Framework. J Prev Med Pub Health [Internet]. mars 2019 [cité 3 déc 2020];52:72-81. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6459765/>
65. Comité opérationnel départemental anti-fraude. Résultats du Comité opérationnel départemental anti-fraude (CODAF) en 2019. Objectifs pour l'année 2020 [Internet]. 2020 [cité 12 janv 2021] p. 11. Disponible sur: [http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/20200703\\_dp\\_codaf.pdf](http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/20200703_dp_codaf.pdf)
66. Mission interministérielle de coordination anti-fraude. Lutte contre la fraude aux finances publiques. Rapport 2019 [Internet]. 2020 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions\\_services/micaf/Bilan-2019-resultats-fraude-211220.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/micaf/Bilan-2019-resultats-fraude-211220.pdf)
67. Kempa A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017 : enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. Université de Nice-Sophia Antipolis; 2017.
68. David G. France : projet de loi santé/Les conditions de la reprise dans la zone euro [Internet]. L'économie en question. France culture; 2015 [cité 11 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/l-economie-en-questions/france-projet-de-loi-santeles-conditions-de-la-reprise-dans-la>
69. Foul M. Tiers payant : un bug sur le paiement de feuilles de soins fait craindre le pire à la FMF. lequotidiendumedecin.fr [Internet]. 22 août 2019 [cité 25 oct 2020]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/tiers-payant-un-bug-sur-le-paiement-de-feuilles-de-soins-fait-craindre-le-pire-la-fmf>
70. Godeluck S. Hollande promet aux médecins un tiers payant « plus simple ». lesechos.fr [Internet]. 5 janv 2015 [cité 12 janv 2021]; Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/2015/01/hollande-promet-aux-medecins-un-tiers-payant-plus-simple-241190>

71. Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant no 1 à la Convention nationale des médecins généralistes. JORF n°243 du 18 octobre 1997, MESS9723207A.
72. Assurance maladie. Assistant médicaux : une belle dynamique de progression [Internet]. ameli.fr. 2020 [cité 11 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/assistant-medicaux-une-belle-dynamique-de-progression>
73. Fédération des Médecins de France. Tarifs médecins généralistes métropole [Internet]. FMF. 2020 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/tarifs-medecins-generalistes-metropole.html>
74. Fédération des Médecins de France. Tarifs médecins généralistes DOM [Internet]. FMF. 2020 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/tarifs-medecins-generalistes-dom.html>
75. Ranjard S, Decaris A. Enquête : vos pratiques en matière de secrétariat médical [Internet]. URPS Médecins Rhône Alpes; 2014 [cité 13 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/8\\_ETUDES-2014-Secretariat-Enquete.pdf](https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/10/8_ETUDES-2014-Secretariat-Enquete.pdf)

## Annexes

### 1. Canevas d'entretien

## CANEVAS

Bonjour Dr. XXX,

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien.

Je m'appelle Simon FRANCOISE et je réalise une étude sur le tiers payant généralisé, dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Cette étude de type qualitative vise à explorer les représentations des médecins généralistes de La Réunion concernant leur pratique du tiers payant.

*Distribution fiche d'information écrite, information orale et recueil du consentement à participer à l'étude.*

Je vous poserai plusieurs questions visant à explorer vos représentations sur le sujet. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse. L'objectif est de recueillir le plus large éventail d'idées, d'opinions, de représentations concernant le sujet.

Pour information, quelques définitions :

Tiers payant intégral : concerne l'intégralité des honoraires (AMO + AMC). S'oppose au tiers payant partiel, relatif à une seule partie de ces honoraires (généralement AMO).

Tiers payant obligatoire : tiers payant obligatoirement réalisé par le médecin pour une partie des assurés qui sont définis par la loi ou une convention médicale.

Tiers payant généralisé : tiers payant obligatoirement réalisé par le médecin pour l'intégralité des patients couverts par une assurance maladie. On le considère généralement intégral.

*Enregistrement audio double. Débuter en indiquant date et n° d'anonymat.*

1. Brise-glace : comment pratiquez-vous le tiers payant aujourd'hui dans votre exercice quotidien ? (Généralisé ? Intégral ? Seulement pour cas obligatoire ? Gestion seule ou avec aide de secrétaire, concentrateur ?)
2. Que pensez-vous du tiers payant intégral généralisé tel que vous le pratiquez ?
  - Quels en sont les points positifs selon vous ?
  - Quels en sont les points négatifs selon vous ?

(Pour le médecin, pour le patient, de manière générale, administrativement, économiquement, pour l'accès aux soins)

3. Avez-vous pratiqué la médecine générale libérale en métropole ou avant la généralisation du tiers payant à La Réunion ? Si OUI :
  - Quelles modifications ont apporté le tiers payant généralisé dans votre pratique quotidienne ?
    - o Vis-à-vis de vos prescriptions/facturations ?
    - o Vis-à-vis de la relation médecin/patient ?
    - o Avez-vous remarqué des changements dans votre comportement ou celui de vos patients ? Lesquels ?
4. Quelles modifications apporteriez-vous au système de tiers payant actuel afin de l'améliorer ?
5. Que penseriez-vous d'une généralisation obligatoire du tiers payant sur tout le territoire français ?
6. Quel est, selon vous, l'avis de vos patients vis-à-vis du tiers payant généralisé ?
7. Avez-vous d'autres remarques à apporter concernant le tiers payant généralisé ?

*Récupération des données quantitatives.*

Remerciements.

## **2. Lettre d'information et de consentement**

### **INFORMATION ET CONSENTEMENT**

Représentations des médecins généralistes libéraux de La Réunion concernant le tiers payant généralisé

Madame, Monsieur,

Il vous est proposé de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Celle-ci est réalisée par Simon FRANCOISE, étudiant à l'université de La Réunion, sous la direction du Dr. Nicolas MONTÉE. Elle vise à explorer les représentations des médecins généralistes libéraux de La Réunion concernant le tiers payant généralisé.

Pour cela, vous allez réaliser un entretien avec le chercheur qui visera à obtenir votre opinion, vos représentations concernant la pratique du tiers payant dans votre activité professionnelle. Cet entretien sera filmé et enregistré afin que le chercheur puisse le retranscrire le plus précisément possible et l'analyser. Cette retranscription sera alors totalement anonymisée et les enregistrements effacés. Des citations anonymes de votre entretien pourront être publiées dans la thèse et possiblement dans un article de revue médicale.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du délégué à la protection des données de l'université de La Réunion et auprès de la CNIL.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment, sans aucune justification.

Vous pouvez joindre le chercheur pour toute question concernant cette étude et votre participation aux coordonnées suivantes :

Simon FRANCOISE

[sim.francoise@gmail.com](mailto:sim.francoise@gmail.com)

Je certifie avoir lu et compris les informations ci-dessus et suis volontaire à la participation à cette étude. J'accepte d'être filmé et enregistré dans ce cadre, ces enregistrements étant supprimés immédiatement après retranscription écrite et anonyme des entretiens.

Le :

Prénom :

Nom :

Signature :

### 3. Livre de codes extrait du logiciel Nvivo®

Améliorations
Diminuer les abus
Contrôles de la sécurité sociale
Éducation du patient
Diminuer les impayés et la charge administrative
Améliorer l'efficacité des mutuelles et leur communication
Avance santé par banques
Contrepartie financière à l'embauche d'une secrétaire
Payeur unique
Équipements
Généralisation à la métropole
Contexte métropolitain plus compliqué
Beaucoup de mutuelles
CS moins chère et donc moins de secrétaires
Médecins pas toujours informatisés
Évaluation nécessaire de ce qui se fait à la Réunion
Incitatif plutôt qu'obligatoire
Sentiment
Contre
Inéluctable
Pour
Pratiques actuelles
Gestion diverse du tiers payant
Géré par médecin
Géré par secrétaire
Pas de vérification
Quelques refus
AMC mauvais payeurs
Si patient inconnu
Taux de pratique
Élevé
Moins élevé
Représentations négatives
Administratif chronophage
Conventionnement avec les trop nombreuses mutuelles
Impression de faire le travail de la sécu, des mutuelles, des patients
Nécessité d'une secrétaire
Augmentation du nombre de consultations
De la part du médecin
De la part du patient
Réfuté par certains
Très coûteux pour la sécurité sociale
Déconnexion du prix de la consultation
Dévalorisation de l'acte médical et du médecin
Dépendance accrue aux organismes payeurs
Pas d'argent directement disponible pour le médecin



Systèmes divers pouvant buguer
Privatisation de la sécurité sociale
Obligation sociale et commerciale
Impossibilité de faire machine en arrière
Patient ne souhaitent plus jamais payer
Perte de revenus par impayés
Essentiellement des AMC
Injustice de payer pour être payé
Opacité du système
De la sécurité sociale
Des mutuelles
Difficultés à connaître les droits AMC des patients
Cartes mutuelles non lisibles
Pénalisation du médecin si non MT
Représentations positives
Désengorge les urgences
Pour le médecin
Pas de gestion d'argent liquide ou de chèque
Amélioration de la sécurité
Simplification de la trésorerie
Séparation de l'acte du paiement
Évite le tabou de demander de l'argent au patient
Permet de tout coter
Compense des tarifs bas
Permet de prendre plus de temps pour ceux qui en ont besoin
Une consultation n'est pas une consommation ordinaire
Simple, rapide et fiable
Pour les patients
Amélioration de l'accès aux soins
Réfuté par certains médecins
Droit vis à vis des cotisations payées
Patients satisfaits du tiers payant
Notamment remarqué par les patients métropolitains de passage
Sentiments
Négatif
Positif
De plus en plus accepté
Modérément positif
Très positif

#### **4. Serment d'Hippocrate**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## **Résumé**

### **Représentations du tiers payant généralisé par les médecins généralistes libéraux de La Réunion en 2020**

#### **Résumé**

Introduction : Contrairement à la métropole, où il est plus faiblement pratiqué, le tiers payant est généralisé pour les consultations de médecine générale, à La Réunion, depuis 2002. L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations du tiers payant généralisé par les médecins généralistes libéraux de La Réunion.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels et focus group avec analyse thématique a été réalisée.

Résultats : Quatorze médecins généralistes ont été interrogés du 18 juin au 31 août 2020. Ils ont des représentations hétérogènes du tiers payant généralisé. Certains en semblent satisfaits, évoquant un système efficace, améliorant l'accès aux soins des patients, désengorgeant les urgences et permettant de séparer la consultation du paiement de celle-ci. A contrario, le tiers payant peut aussi être associé à une augmentation des coûts et des charges administratives des médecins, à l'inflation du nombre de consultations, à la dévalorisation de la médecine et à une dépendance accrue aux organismes payeurs. Pour remédier à ces problématiques, ils proposent l'instauration d'un payeur unique ou d'aides financières et l'optimisation de l'efficacité et de la communication des organismes complémentaires. Ils prônent l'information, l'éducation et le contrôle des patients et des médecins concernant le coût de la santé.

Discussion : La diversité des représentations retrouvée à La Réunion est similaire à celle des médecins métropolitains. Une étude globale auprès des patients, des médecins, de la CGSS et des organismes complémentaires permettrait de faire un état des lieux des 18 années de pratique du tiers payant généralisé à La Réunion.

**Discipline** : Médecine générale

**Mots-clés** : remboursement par l'assurance maladie, tiers payant, Réunion, médecine générale, recherche qualitative

## **Representations that liberal general practitioners from Reunion Island have of third-party payments system in 2020**

### **Abstract**

Introduction: In contrast to metropolitan France, third-party payment has been generalized for general medical consultations since 2002 in Reunion Island. The objective of this study was to explore the representations that liberal general practitioners from Reunion Island have of third-party payments system.

Method: A qualitative study by semi-structured individual interviews and focus group with thematic analysis was carried out.

Results: Fourteen general practitioners were interviewed from June 18 to August 31, 2020. They have heterogeneous representations of the generalized third-party payment system. Some seem satisfied with it, citing an efficient system, improving access to patient care, relieving emergency departments and separating consultation from payment for it. However, third-party payment system can also be associated with an increase in costs and administrative burdens for doctors, an inflation in the number of consultations, the devaluation of medicine and an increased dependence on health insurance companies. To remedy these problems, they propose the establishment of a single disbursing organism or financial aid. They propose the optimization of the efficiency and communication of complementary health insurance companies too. They advocate to informing, educating and controlling patients and doctors on the health costs.

Discussion: The diversity of representations found in Reunion is similar to that of metropolitan doctors. A global study of patients, doctors and health insurance companies would make it possible to take stock of the 18 years of practice of third-party payment in Reunion.

**Discipline:** General practice

**Keywords:** insurance, health, reimbursement, third-party payment, Reunion, general practice, qualitative research