



**HAL**  
open science

# Pratique du tiers payant intégral généralisé par les médecins généralistes en Aquitaine : une étude auprès de 12 médecins généralistes

Adrien Maurice

► **To cite this version:**

Adrien Maurice. Pratique du tiers payant intégral généralisé par les médecins généralistes en Aquitaine : une étude auprès de 12 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03257375

**HAL Id: dumas-03257375**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03257375>**

Submitted on 10 Jun 2021

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 45

---

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

**Pratique du tiers payant intégral généralisé par les médecins  
généralistes en Aquitaine : une étude auprès de 12 médecins généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 2021

par Monsieur **Adrien MAURICE**

né le 3 juin 1989

Sous la direction du Dr Denis PASSERIEUX

---

**JURY**

Professeur Pierre DUBUS.....Président  
Docteur Marco ROMERO.....Rapporteur et Juge  
Docteur David CHEVILLOT.....Juge  
Docteur Nousone NAMMATHAO.....Juge  
Docteur Denis PASSERIEUX.....Directeur et Juge

## **REMERCIEMENTS**

A Monsieur le Professeur Pierre DUBUS,

*Doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, praticien hospitalier en cytologie et histologie.*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Marco ROMERO,

*Maître de conférences associé et chargé d'enseignement au département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Samadet.*

Vous me faites l'honneur d'être mon rapporteur de thèse.

Merci pour votre réactivité et vos conseils précieux.

A Monsieur le Docteur David CHEVILLOT,

*Maître de conférences associé du département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à La Réole.*

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Nousone NAMMATHAO,

*Médecin généraliste à Prayssas.*

Merci d'avoir accepté d'intégrer mon jury de thèse et d'évaluer mon travail.

Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance

A Monsieur le Docteur Denis PASSERIEUX,

*Chargé d'enseignement au département de médecine générale de Bordeaux et médecin généraliste à Labrit.*

Merci d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Ta disponibilité et ta réactivité ont été des aides précieuses à la réalisation de cette thèse.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude,  
Merci pour vos témoignages et le temps que vous m'avez accordé, j'espère que mon travail est resté fidèle à vos propos.

A toutes les équipes qui m'ont accompagné durant mes stages et qui ont participé à ma formation : le service de Gastro Entérologie et des Urgences de l'hôpital de Mont de Marsan, le service du Court séjour Gériatrique et des Urgences de l'Hôpital d'Orthez, le service de Pédiatrie du CHU de Bordeaux ainsi que mes maitres de stages en ambulatoire : Emilie, Marie Pierre, Denis.

A mes parents,  
Merci de votre soutien inconditionnel et de votre accompagnement durant ces longues années d'étude. Je vous en suis entièrement reconnaissant.

A mon frère Antoine,  
Merci de m'avoir accompagné et supporté depuis tant d'années.

A Cléo,  
Merci pour ton amour, tes conseils et ta patience. Merci de m'avoir soutenu tout au long de ce travail, de partager et d'enchanter mon quotidien.

A mes grands parents,  
Qui m'ont vu évoluer petit à petit et m'ont toujours encouragé, merci pour votre bienveillance.

A mes amis Pierrot, Piochette, Nico, Mathilde, Victoria, Mika et Delphine.  
Malgré la distance, vous avez toujours été là pour moi. Votre amitié m'est chère.

A mes amis Marion, Pierrick, petite Marie, grande Marie, Mathilde, Emilie.  
Notre amitié est née durant l'internat, je suis heureux de vous avoir à mes côtés pour la suite.

# **TABLE DES MATIERES**

<b>1. INTRODUCTION</b>	7
1.1 Le système français de Sécurité sociale	7
1.2 Le principe de tiers payant	7
1.3 Le tiers payant à l'étranger	8
1.4 La répartition des coûts de soins en France	9
1.5 De l'intérêt du tiers payant dans le débat social	9
<b>2. MATERIEL ET METHODE</b>	12
2.1 Type d'étude	12
2.2 Guide d'entretien	12
2.3 Déroulement de l'entretien	13
2.4 Technique de codage des données	13
2.5 Critères de validité	13
2.6 Procédure de l'enquête	13
<b>3. RESULTATS</b>	15
3.1 Saturation des données	15
3.2 Population étudiée et condition d'exercice	15
3.3 Niveau socio économique de la patientèle	16
3.4 Conditions d'application du tiers payant	17
3.5 Motivations à pratiquer le tiers payant intégral	18
3.5.1 Motivations sociales et syndicales	18
Le médecin référent	18
Sortir du paiement à l'acte	19
Rejet d'un système	20
Vouloir être un précurseur	21
Répandu dans d'autres professions	21
3.5.2 Motivation culturelle	21
Gêne par rapport à l'argent	21
3.5.3 Motivations philanthropiques	22
Faciliter l'accès aux soins	22
Faciliter l'éducation à la santé	23
3.5.4 Motivations financières et pratiques	24
Limiter les consultations gratuites	24
Défaut de paiement de certains patients	24
Gain de sécurité au cabinet	25
3.6 Fonctionnement pratique du tiers payant intégral	27
3.7 Fonctionnement avec les remplaçants	28
3.8 Les satisfactions à pratiquer le tiers payant intégral	29
3.8.1 Simplification du soin et de la relation	29

3.8.2	Meilleur accès aux soins .....	30
3.8.3	Simplification de la comptabilité .....	30
3.8.4	Simplicité technique .....	31
3.8.5	Habitude .....	32
3.8.6	Revenus assurés pendant les congés .....	32
3.9	Les difficultés à la pratique du tiers payant intégral .....	34
3.9.1	Difficultés liées aux remboursements des mutuelles .....	34
	Difficultés du médecin à être remboursé par les mutuelles .....	34
	Difficultés du patient à être remboursé par les mutuelles .....	35
	Des mutuelles qui ne jouent pas le jeu .....	36
	Contrôle des remboursements : une pratique chronophage .....	36
	Manque de lisibilité dans les remboursements.....	38
3.9.2	Difficultés techniques.....	39
	Liées au logiciel .....	39
	Liées aux conventionnement avec les mutuelles.....	39
	Liées à la multiplicité des mutuelles .....	40
3.9.3	Difficultés liées aux patients .....	41
	Changement de mutuelle et abus de certains patients .....	41
	Déresponsabilisation du patient .....	42
3.9.4	Difficultés liées aux médecins.....	43
	Abus de certains médecins .....	43
	Concurrence déloyale .....	43
	Sentiment d'être marginal .....	44
3.9.5	Difficultés liées aux syndicats.....	44
3.10	Les retours des patients .....	46
3.11	Hypothèses sur les réticences des autres médecins au tiers payant intégral .....	47
3.11.1	La crainte d'une augmentation du consumérisme médical .....	47
3.11.2	La crainte d'une dépendance vis à vis des organismes payeurs.....	50
3.11.3	La crainte d'une perte de revenus par augmentation des impayés.....	52
3.11.4	Une opposition à l'aspect obligatoire de la mesure.....	53
3.11.5	La crainte d'une dévalorisation de la profession.....	55
3.12	Alternative au tiers payant.....	58
3.12.1	Le salariat des médecins généralistes.....	58
3.12.2	Le paiement au forfait .....	61
3.13	Perspectives d'amélioration .....	63
3.13.1	Un interlocuteur unique.....	63
3.13.2	Un système qui facilite le lien avec les mutuelles.....	63
3.13.3	Une incitation plutôt qu'une obligation .....	63
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>66</b>
4.1	VALIDITE INTERNE .....	66
4.1.1	La méthode .....	66
4.1.2	Biais d'investigation .....	67
4.2	VALIDITE EXTERNE .....	67

4.2.1 Un tiers payant pratiqué pour tous les patients sans distinction.....	67
4.2.2 Un niveau socio économique de la patientèle varié .....	68
4.2.3 L’avance des frais de la consultation et le renoncement aux soins .....	68
4.2.4 La complexité administrative du tiers payant .....	69
4.2.5 Des impayés très rarement quantifiés .....	70
4.2.6 Le tiers payant intégral, un moyen de simplifier le soin .....	70
4.2.7 Le tiers payant intégral, un moyen de rééquilibrer le soin .....	71
4.2.8 Un tiers payant intégral déjà largement généralisé dans d’autres professions	71
4.2.9 Le souhait d’un interlocuteur unique.....	72
4.2.10 Le risque de consumérisme médical.....	72
4.2.11 Le risque de déresponsabiliser le patient.....	73
4.2.12 Le risque de dévaloriser la profession .....	74
4.2.13 Le risque de salarisation de la profession.....	74
4.2.14 Le risque de fraudes.....	76
4.2.15 Le retour des patients.....	76
<b>4.3 DISCUSSION DES RESULTATS .....</b>	<b>76</b>
<b>5. CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>81</b>
<b>7. ANNEXES .....</b>	<b>86</b>
Annexe 1 : Guide d’entretien.....	86
Annexe 2 : Les critères COREQ.....	89
<b>8. RESUMÉ .....</b>	<b>91</b>
<b>9. ABSTRACT .....</b>	<b>92</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE .....</b>	<b>93</b>

# **1.INTRODUCTION**

## **1.1 Le système français de Sécurité sociale**

Trois étapes importantes sont à relever dans la construction du système de protection sociale en France (1) :

-Très tôt, après la Révolution Française de 1789 et jusqu'à l'époque de l'Industrialisation du XIXème siècle, un régime de protection dit familial et corporatiste (réservé à une élite) a évolué vers la création balbutiante de quelques mutuelles d'entreprises privées et d'un système d'aide sociale publique.

- Puis, au début du XXème siècle, s'est développé, au sein des grandes entreprises ou des corps de métiers importants (agriculteurs, commerciaux, industriels), un début de couverture des risques sociaux de tous les employés, le tout étant financé par les plus gros contribuables ou le patronat.

- Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale, en octobre 1945, qu'émerge le concept universel de mutualité, avec la création de la Sécurité Sociale.

A partir de là, ce sera l'Etat qui imposera une couverture des principaux risques sociaux pour tous les citoyens, avec le but d'inverser progressivement la privatisation de la protection sociale. Afin de garantir un financement équitable, le Code de la Sécurité Sociale a introduit la notion de « *participation de l'assuré aux frais de maladie* » c'est-à-dire que chaque patient doit contribuer personnellement à la gestion financière de son propre risque maladie (2).

Aujourd'hui, il existe deux types de régime d'assurance couvrant le risque maladie : les organismes d'assurance maladie obligatoires (AMO) et les organismes d'assurance maladie complémentaires (AMC) comprenant les mutuelles et les assurances complémentaires santé, qu'elles soient publiques ou privées.

## **1.2 Le principe du tiers payant**

Depuis plusieurs décennies, le principe d'avance de frais est aménagé afin de garantir l'accès aux soins au plus grand nombre. Ainsi, dans certains cas, le prestataire de soins est



directement payé par l'assureur, le patient ne réglant au médecin que la part non couverte par ses assurances : c'est le principe du tiers payant.

Actuellement, en France, le médecin généraliste peut donc déjà décider de pratiquer le « tiers payant ». Il se fait rémunérer directement par les différents organismes AMO et AMC. Le patient peut se voir proposer :

- Soit un tiers payant AMO partiel à 70 %, le patient ne règle que la part complémentaire AMC de 30% (également appelé le reste à charge ou ticket modérateur).
- Soit un tiers payant intégral, c'est à dire une dispense d'avance de frais totale par le patient (sous conditions des situations de prise en charge à 100% par l'AMO, ou bien un tiers payant composite intégral AMO+AMC) (3).

Le médecin généraliste a pour obligation de pratiquer le tiers payant dans certains cas de figure : pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, ACS, AME, invalidité, soins en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle et depuis 2017, soins en rapport avec une ALD et soins en rapport avec la maternité (4).

### **1.3 Le tiers payant à l'étranger**

Il n'existe que trois pays de l'Union Européenne où le patient avance encore le paiement de la consultation chez le généraliste. La France, la Belgique et le Luxembourg. Dans les autres pays, c'est le tiers payant qui est la règle, mais avec certaines variantes (5).

En Suède, le patient se fait rembourser ultérieurement la consultation par sa caisse d'assurance maladie si les honoraires du médecin ne dépassent pas 90 euros. Au-delà, il n'a pas à avancer les frais.

En Allemagne, le tiers payant est appliqué. Les caisses d'assurance maladie paient des associations régionales de médecins qui les paient ensuite individuellement. Cela permet aux médecins de ne pas dépendre directement des organismes publics.

En Autriche et aux Pays-Bas, le tiers payant est aussi la règle. Dans ces pays, l'assuré règle directement au médecin la part non couverte par les assurances maladie.

Au Royaume-Uni comme au Danemark, les patients doivent choisir un médecin généraliste sur une liste qui leur est proposée en fonction de leur lieu de domicile pour bénéficier du tiers payant.

En Suisse, les patients ont, quant à eux, inventé le « tiers garant ». Le patient ne paie pas le médecin lors de la consultation mais un mois plus tard. Un délai suffisant pour se faire rembourser entre temps par son assurance maladie.

En Croatie, il existe encore une variante du tiers payant. Le patient ne fait pas d'avance des frais mais paye une franchise d'environ deux euros à chaque consultation.

## **1.2 La répartition des coûts de soins en France**

Les dépenses de santé en 2019, édition 2020, mettent en évidence qu'en 2019, la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) est évaluée à 208,0 milliards d'euros. Elle progresse plus vite en 2019 qu'en 2018 (+2,1 % après +1,6 %), du fait de l'évolution des soins hospitaliers.

La Sécurité sociale finance 78,2 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), 13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,9 % en 2019.

La France consacre au total 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle est le pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique) où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement (6).

## **1.4 De l'intérêt du tiers payant dans le débat social**

L'avance des frais d'une consultation médicale en soins primaires semble être, malgré tout, un frein à l'accès aux soins de plus en plus gênant pour les patients.

La dernière enquête sur la santé et la protection sociale menée par l'IRDS (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) en 2014 a révélé que plus de 5% de la population française a déclaré avoir renoncé à une consultation chez un médecin pour des raisons

financières au cours des 12 derniers mois. Ce sont les patients jeunes (âgés de 18 à 39 ans dans l'étude) qui sont le plus concernés (7).

De façon plus générale, le renoncement aux soins est loin d'être anecdotique. Dans une enquête portant sur l'année 2016 et sondant 29 000 bénéficiaires, plus du quart des assurés sociaux (26,5 %), interrogés dans dix-huit caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) disent avoir renoncé à se faire soigner (8). Les prothèses dentaires, les soins dentaires conservateurs, les consultations de spécialistes (notamment l'ophtalmologie) et les lunettes sont les secteurs les plus couramment cités.

Un grand nombre de médecins généralistes sont opposés à la mise en place du tiers payant de façon généralisée, c'est à dire pour sa mise en place pour l'ensemble des patients (9). Le projet de loi visant à instaurer le tiers payant généralisé obligatoire a finalement été supprimé en 2017 après la publication du rapport de l'Institut Général des Affaires Sociales (10). La généralisation du tiers payant était jugée irréaliste en l'état, compte tenu des freins techniques et d'une confiance encore trop fragile des professionnels de santé. Les différents gouvernements successifs n'abandonnent pas pour autant le projet. En l'heure actuelle des choses, il est envisagé de rendre « généralisable » le tiers payant de façon plus progressive et non obligatoire. Les principales craintes des médecins généralistes à pratiquer le tiers payant ont déjà été identifiées dans une étude en 2015 dans le Nord Pas de Calais (11) (pratique chronophage, perte de revenus, privatisation de la profession, dévalorisation de la profession, comportement inapproprié des patients).

Une autre étude en 2016 s'est attachée à étudier les modalités de la pratique du tiers payant dans son ensemble auprès de 181 médecins généralistes en Midi Pyrénées (12). La pratique du tiers payant de façon obligatoire et en dehors des cas obligatoires y étaient analysées. Bien qu'une partie importante de médecins pratiquent déjà le tiers payant y compris en dehors des cas obligatoires, cette dernière étude a révélé que la majorité de ces médecins sont opposés à sa généralisation obligatoire pour les différentes raisons déjà évoquées plus haut. A noter également que dans cette étude, seulement 3,87% des médecins pratiquaient le tiers payant de façon intégrale, c'est à dire à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

J'ai voulu cette fois m'intéresser exclusivement à cette population de médecins, c'est à dire aux médecins pratiquant uniquement le tiers payant intégral généralisé, et donc l'absence totale d'avance des frais pour tous leurs patients, ce qui n'a jamais été réalisé.

Ce travail nous semblait intéressant dans la mesure où il s'agit d'une pratique méconnue qui soulève de nombreuses interrogations et parfois des idées reçues.

La question qui a amené ce travail était :  
Quelles sont les motivations, les satisfactions et les difficultés ressenties par les médecins généralistes pratiquant le tiers payant intégral généralisé en Aquitaine ?

L'objectif principal de notre étude était donc de déterminer et de décrire les motivations, les satisfactions et les difficultés ressenties des médecins généralistes interrogés.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les modalités de réalisation du tiers payant intégral.

## **2. MATERIEL ET MÉTHODE**

### **2.1 Type d'étude**

Par cette étude, il s'agissait d'explorer des motivations, de recueillir des ressentis et des représentations personnelles. La forme qualitative s'est donc présentée comme étant la plus pertinente, et la plus adaptée pour répondre à l'objectif principal de l'étude.

Avec un sujet abordant des thèmes comme le rapport à l'argent qui peut être perçu comme assez tabou, l'entretien individuel avec une parole libre et sans crainte de jugement de la part de ses confrères nous est apparu comme le meilleur moyen d'obtenir des informations complètes.

Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur des entretiens semi dirigés soumis à des médecins généralistes en Aquitaine pratiquant le tiers payant de façon intégrale.

### **2.2 Guide d'entretien**

Nous avons réalisé la grille d'entretien avec les questions les plus ouvertes possibles. Des sous-questions de relance permettaient de faire préciser le sujet si besoin en cours d'entretien. Selon le principe de la méthode inductive, les sous questions de relance ont été adaptées au fur à mesure des entretiens.

Le guide d'entretien comportait plusieurs parties :

- une question d'introduction « brise glace » pour permettre à l'interviewé de se présenter et de décrire son type d'exercice
- six questions ouvertes concernant leur pratique du tiers payant intégral ainsi que leur ressenti sur cette pratique.
- une dernière question plus globale à la fin de l'entretien invitait l'interviewé à s'exprimer librement, notamment aux sujets de points non évoqués précédemment.

Ci joint en annexe le questionnaire canevas ayant servi de guide aux entretiens (Annexe 1)

### **2.3 Déroulement de l'entretien**

Les entretiens se sont déroulés avec les participants sur leur lieu de travail pour la grande majorité quand cela était réalisable.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord du participant et sous couvert d'anonymat.

1 entretien a été réalisé par Skype et 2 entretiens ont été réalisés par téléphone.

Tous les entretiens ont été enregistrés par dictaphone et les données ont été retranscrites de façon anonyme.

Les médecins ont été renommés de façon ordinale : Médecin A pour le premier médecin, Médecin B pour le second, etc.

### **2.4 Technique de codage des données**

Le verbatim des entretiens a été analysé via un travail de codage de données sur le logiciel « QSR-Nvivo 12 ». Ce travail a été réalisé par 2 examinateurs différents (le chercheur et le Docteur Emilie Morton) afin d'assurer une meilleure validité à l'étude. Puis les deux analyses obtenues ont été confrontées pour mettre en exergue les divergences éventuelles, liées au biais d'interprétation.

### **2.5 Critères de validité**

Nous avons réalisé notre étude en prenant en compte les critères de validité COREQ (COnsolidated criteria for Reporting Qualitative research), (Annexe 2), qui propose une « check list » de 32 items appliqués aux entretiens en recherche qualitative.

### **2.6 Procédure de l'enquête**

Les critères d'inclusion de l'étude sont :

- Installation en libéral en cabinet de médecine générale en Aquitaine.
- Pratique du tiers payant de façon intégrale.
- Praticiens en activité ou retraités

Les critères d'exclusions sont :

- Mode d'exercice exclusivement en salariat.

Le recrutement des participants s'est fait essentiellement via le site internet des internes de médecine générale SIMGA grâce aux internes connaissant ou ayant été en stage chez des médecins généralistes pratiquant le tiers payant intégral.

Nous avons réalisé les entretiens de Juillet 2019 à Janvier 2020.

### **3. RESULTATS**

#### **3.1 Saturation des données**

18 médecins répondant aux critères ont ainsi été identifiés et listés.  
2 médecins répondant aux critères ont refusé de participer à l'étude par manque de disponibilité.  
1 entretien a été exclu de l'étude car le médecin ne répondait finalement pas à un des critères de l'étude : il pratiquait le tiers payant uniquement sur la part obligatoire.  
Nous avons procédé à l'analyse du verbatim après chaque entretien. Nous sommes ainsi arrivés à saturation des données au terme du 11<sup>ème</sup> entretien. Nous avons décidé de réaliser 1 entretien supplémentaire afin de vérifier la saturation des données. Au total, nous avons donc recueilli 12 entretiens répondant aux critères de l'étude.

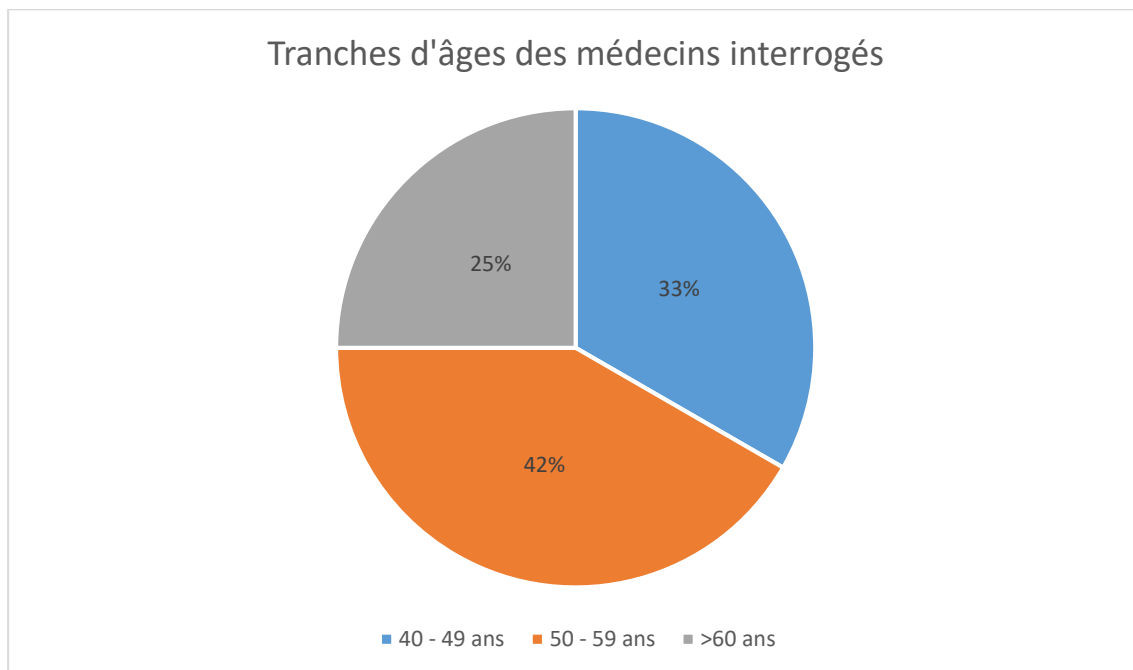


*Figure 1 : Diagramme de flux*

#### **3.2 Population étudiée et conditions d'exercice**

Les médecins interviewés étaient composés à 80% d'hommes âgés de 41 ans à 73 ans. L'âge moyen est de 55 ans.





*Figure 2 : Tranche d'âge des médecins interrogés*

Ils étaient installés en libéral en moyenne depuis 24,7 ans.

Ils travaillaient tous en collaboration et 75 % des médecins travaillaient en maison de santé pluri professionnelle.

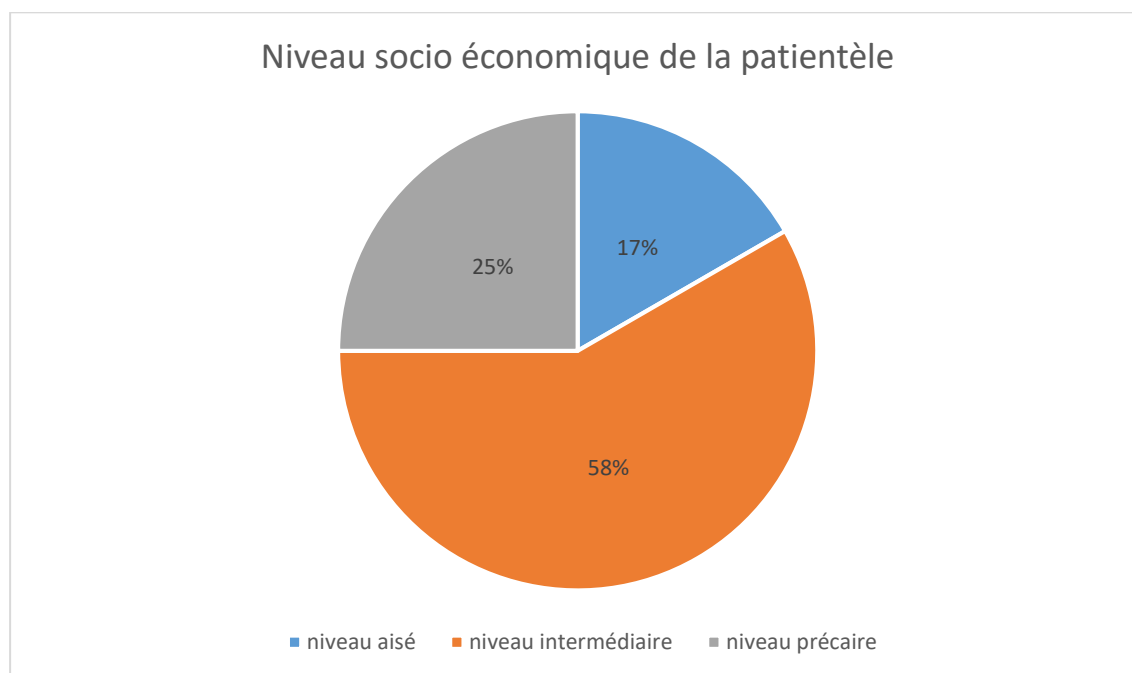
80% des médecins avaient une activité rurale ou semi rurale. 20% des médecins travaillaient en ville.

91% des médecins avaient une activité libérale pure. 1 seul médecin avait une activité mixte avec une activité en salariat très minoritaire (1 vacation par mois en salariat).

### **3.3 Niveau socio économique de la patientèle.**

Concernant le niveau socio économique de la patientèle, les réponses ont été très variées selon les médecins. Différents groupes de réponses se détachaient :

- Une patientèle de niveau aisé (Médecin J,L)
- Une patientèle de niveau intermédiaire (Médecin A B,D,G,H,I,K)
- Une patientèle plus précaire (Médecin C,E,F)



*Figure 3 : Niveau socio économique de la patientèle*

### **3.4 Conditions d’application du tiers payant**

Tous les médecins interrogés déclarent pratiquer le tiers payant sur les cas obligatoires. En dehors des cas obligatoires, ils pratiquent le tiers payant sur la part Sécu de façon systématique.

Les médecins interrogés proposent de façon systématique le tiers payant sur la part complémentaire à tous leurs patients. En revanche, ils le pratiquent généralement avec les mutuelles dont ils ont déjà des retours favorables concernant les remboursements.

Un médecin explique pratiquer le tiers payant mutuelle selon le bon fonctionnement de son système informatique (Médecin C)

Les médecins relèvent aussi un obstacle à la réalisation du tiers payant : les patients sans couverture complémentaire.

Les médecins expliquent qu’il leur est important de proposer le tiers payant pour l’ensemble de leurs patients sans distinction :

Les médecins considèrent qu’ils ne sont pas capables d’effectuer correctement le discernement entre les gens avec et sans difficultés financières :

« *Je ne connais pas la feuille d’impôts de mes patients.* » (Médecin G)

« *Je ne voulais pas le faire de manière discriminatoire, c'est à dire choisir moi-même les gens, parce qu'en fait on sait pas.* » (Médecin K)

Au total, les médecins déclarent que leur activité en tiers payant intégral est largement majoritaire.

Un médecin estime que son activité en tiers payant intégral est minoritaire (Médecin L).

### **3.5 Motivations à pratiquer le tiers payant intégral**

#### **3.5.1 Motivations sociales et syndicales**

##### **- Le médecin référent**

Beaucoup des médecins interrogés ont commencé à faire du tiers payant intégral dans les années 2000 avec le système du médecin référent.

Par une convention signée entre les caisses et les médecins généralistes, le patient qui venait consulter son médecin référent était dispensé de l'avance des frais de la consultation. Le patient de son côté s'engageait pour 1 an à ne pas consulter d'autres médecins généralistes :

Par le système de médecin référent, le médecin percevait une rémunération tarifaire annuelle. C'était pour beaucoup des médecins le début d'une forfaitisation des actes :

De par l'utilisation de nombreux superlatifs, nous pouvons estimer que les médecins de notre panel étaient satisfaits de ce système :

« *Ça fonctionnait très bien.* » (Médecin E)

« *Ça se passait très bien.* » (Médecin J)

« *Ça marchait hyper bien.* » (Médecin A)

Les médecins y voyaient un avantage majeur, celui d'un interlocuteur unique :

« A l'époque du médecin référent, le seul interlocuteur du médecin était la caisse primaire d'assurance maladie qui remboursait l'intégralité de la consultation ». Et c'est ensuite la caisse qui se retournait vers les mutuelles pour se faire rembourser ». (Médecin H)

Après l'abandon du système de médecin référent en 2004, les médecins interrogés ont gardé pour habitude de pratiquer du tiers payant intégral.

- **Sortir du paiement à l'acte**

Les médecins voient dans le tiers payant intégral un moyen détourné de s'affranchir du paiement à l'acte qui paraît largement déprécié par les médecins de notre panel :

« Pour moi le paiement à l'acte c'est une hérésie dans notre système de médecine générale. » (Médecin K)

« Il y a de plus en plus d'actes, le souhait c'est de sortir un peu de ce mode de fonctionnement un peu vintage. » (Médecin J)

« Je suis pour de moins en moins de paiement à l'acte qui est un système qui devient un peu dépassé. » (Médecin A)

Plusieurs critiques sont formulées à l'égard du paiement à l'acte :

- Le paiement à l'acte ne reflète pas correctement la valeur de leur travail :

« Faire payer 25 euros pour ce qu'on fait ça n'a pas de valeur non plus, ça n'a pas de signification. Je ne sais pas, on sauve la vie de quelqu'un, c'est 25 euros, ça n'a pas de sens donc mon temps qui est vraiment forfaitaire ne reflète pas ce qu'on fait. » (Médecin C)

« Une partie de notre travail n'est pas inscrit dans ce paiement là. » (Médecin J)

- Le paiement à l'acte s'inscrit dans une logique de rentabilité qui nuit à la qualité des soins :

*« Ça incite à engranger les actes et donc ça n'encourage pas les consultations de qualité et les gens qui essayent de prendre du temps avec leurs patients ». (Médecin K)*

Les médecins reconnaissent cependant que le tiers payant n'est qu'un moyen déguisé et détourné de s'affranchir du paiement à l'acte qui est certes moins visible mais qui reste toujours présent :

*« C'est une manière illusoire de sortir du paiement à l'acte, il permet seulement de moins voir le paiement à l'acte. » (Médecin K)*

Pour ces raisons, les médecins sont favorables à une plus grande forfaitisation des actes :

*« Je suis pour ce qu'il y ait plus de part forfaitaire sur les paiements. » (Médecin A)*

### **- Rejet d'un système**

Plusieurs médecins semblent vouloir exprimer à travers leur pratique du tiers payant intégral une opposition au système en place :

*« C'est peut-être aussi une forme de rejet de la société actuelle. » (Médecin G)*

Certains médecins qui ne se retrouvaient plus dans les idées de leurs confrères manifestent aussi la volonté de se démarquer d'eux :

*« La réaction de mes confrères concernant la loi Touraine m'a déplu et m'a fatigué quelque part. ». (Médecin D)*

*« Le tiers payant, un peu par orgueil peut être : ne pas faire comme les autres. » (Médecin C)*

Un médecin manifeste également son incompréhension vis à vis du système actuel de remboursement qu'il trouve illogique :

« Ce qui me scie, c'est pourquoi demander aux gens de payer quand on est remboursé après. Il y a quelque chose qui me gêne dans le fonctionnement tout simplement du système. Je pense que c'est redondant, faire payer pour rembourser après. [...]. Je trouve que c'est quelque part stupide. » (Médecin D)

- **Vouloir être un précurseur**

Plusieurs médecins expliquent avoir pris les devants sur la mise en place du tiers payant généralisé avec pour idée que cette pratique allait devenir inévitable ou obligatoire :

« J'avais entendu dire que les maisons de santé seraient les premières à être dans l'obligation de faire le tiers payant intégral. » (Médecin F)

« Dans les maisons de santé on nous encourage aussi à le faire donc c'était plus facile de s'y lancer. » (Médecin H)

- **Répandu dans d'autres professions**

Un médecin rappelle que le tiers payant fonctionne déjà dans d'autres professions :

« Les gens vont au labos, vont faire des radios, à la pharmacie, ils ont le tiers payant. Les pharmaciens sont des libéraux aussi et le tiers payant ils l'ont accepté depuis des dizaines d'années et ça se passe très bien. » (Médecin D)

### **3.4.2 Motivation culturelle**

- **Gêne par rapport à l'argent**

Les médecins interrogés reconnaissent être mal à l'aise avec l'argent et avoue une gêne à demander de l'argent à leur patient :

« Je trouve que c'est gênant, ça me dérange. » (Médecin A)

« Pour moi concilier le côté médical et financier c'était pas facile. » (Médecin B)

« J'ai un problème avec l'argent. C'est quelque chose qui me met mal à l'aise, ça me gêne que quelqu'un me donne de l'argent. » (Médecin E)

Une des raisons évoquées pour expliquer cette gêne est qu'ils ne perçoivent pas la médecine comme un commerce :

« Je ne me sens pas une âme de commerçant. » (Médecin E)

### **3.5.3 Motivations philanthropiques**

#### **- Faciliter l'accès au soin**

Les médecins voient d'abord dans la pratique du tiers payant intégral un accès facilité aux soins. Ils remarquent que plusieurs de leurs patients semblent repousser leurs soins pour des raisons financières :

« Pour certains, avancer 25 euros ou 7,5 euros, ça peut être cher. » (Médecin A)

« L'avance des frais, il y a quand même des gens pour qui ça constitue un frein. » (Médecin K)

Les médecins donnent des exemples de situations illustrant la précarité d'une partie de leur patientèle :

« Ça m'est arrivé d'avoir des retours de chèques impayés de 7,5 euros. » (Médecin A)

« Il y en avait beaucoup qui me faisaient des chèques en me disant : Docteur si vous voulez bien les encaissez à la fin du mois ou au début du mois quand j'ai mon salaire ». (Médecin E)

Ainsi, les médecins perçoivent d'abord le tiers payant intégral comme un service rendu au patient :

« *C'est surtout pour répondre aux besoins du patient.* » (Médecin L)

« *C'était un service parce que quelque part il y avait quand même une limitation des soins.* » (Médecin E)

Les médecins considèrent que le tiers payant facilite l'accès aux soins en permettant également une amélioration de la prise en charge du patient au sein du parcours de soin. Plusieurs médecins évoquent notamment la propension qu'ont les patients à consulter aux urgences où se pratique déjà l'absence d'avance de frais. Le tiers payant permettrait ainsi de rééquilibrer la distribution des patients entre les urgences et la médecine de ville :

« *On se retrouve avec des systèmes pourris où les gens vont aux urgences pour pas payer, un système qui est désorganisé.* » (Médecin A)

### **- Faciliter l'éducation à la santé**

Un médecin pense que le patient peut exercer par l'argent une forme de pression sur son médecin :

« *Les médecins ne sont pas toujours en position de pouvoir dire non à un patient qui vient et qui fait un chèque et qui veut un arrêt de travail et qui est un peu insistant et que le médecin de par ce fait se sent un petit peu redevable.* » (Médecin H)

Ainsi, ce médecin voit dans le fait de retirer l'argent et cette pression de la consultation un moyen de faciliter l'éducation à la santé :

« *C'est plus facile d'éduquer le patient et de lui dire non. Ce n'est pas parce que vous me payez 25 euros que vous en êtes en droit d'exiger un scanner ou un antibiotique.* » (Médecin H)



### **3.5.4 Motivations financières et pratiques**

#### **- Limiter les consultations gratuites**

Pour les médecins, le tiers payant permet de facturer plus facilement des consultations autrefois gratuites :

*« Ça permet aussi d'être payé sur des consultations où j'avais tendance à ne pas faire payer peut-être 2,3,4 personnes dans la journée. » (Médecin B)*

En effet, certains expriment un sentiment proche de la honte ou de la culpabilité à faire régler leurs patients dans certains cas de figure :

*« J'ai comme un sentiment de non légitimité à faire payer mon patient durant certaines consultations simples ou rapides. » (Médecin B)*

#### **- Défaut de paiement de certains patients**

Certains médecins voient dans le tiers payant un avantage économique avec une garantie du paiement de leurs honoraires en évitant notamment les chèques sans provisions :

*« Fini les chèques en bois ! ». (Médecin J)*

Un médecin explique aussi, qu'avant le tiers payant, des patients oublièrent leur moyen de paiement :

*« Malgré que l'on dise que les patients n'amènent jamais leur carte vitale, ils oublient encore plus leur moyen de paiement : ah mince j'ai pas retiré de l'argent, ah mince j'ai pas mon chéquier je l'ai laissé sur le parking, ah mince ma carte bleue est périmée. » (Médecin B)*

### **- Gain de sécurité au cabinet**

Pour un autre médecin, le fait de ne plus gérer des sommes importantes d'argent en espèces constitue aussi un gain de sécurité au sein même du cabinet en diminuant le risque d'agression :

*« De gérer de l'argent liquide, ça me déplaisait donc le tiers payant ça enlève de plus en plus ça, ça sécurise peut-être un peu. J'ai quand même quelques souvenirs de personnes dans les départements d'a côté qui se font agresser sur des fins de journée par des gens un petit peu particuliers mais qui avaient dans l'idée que dans les cabinets il y a plein d'argent. » (Médecin J).*

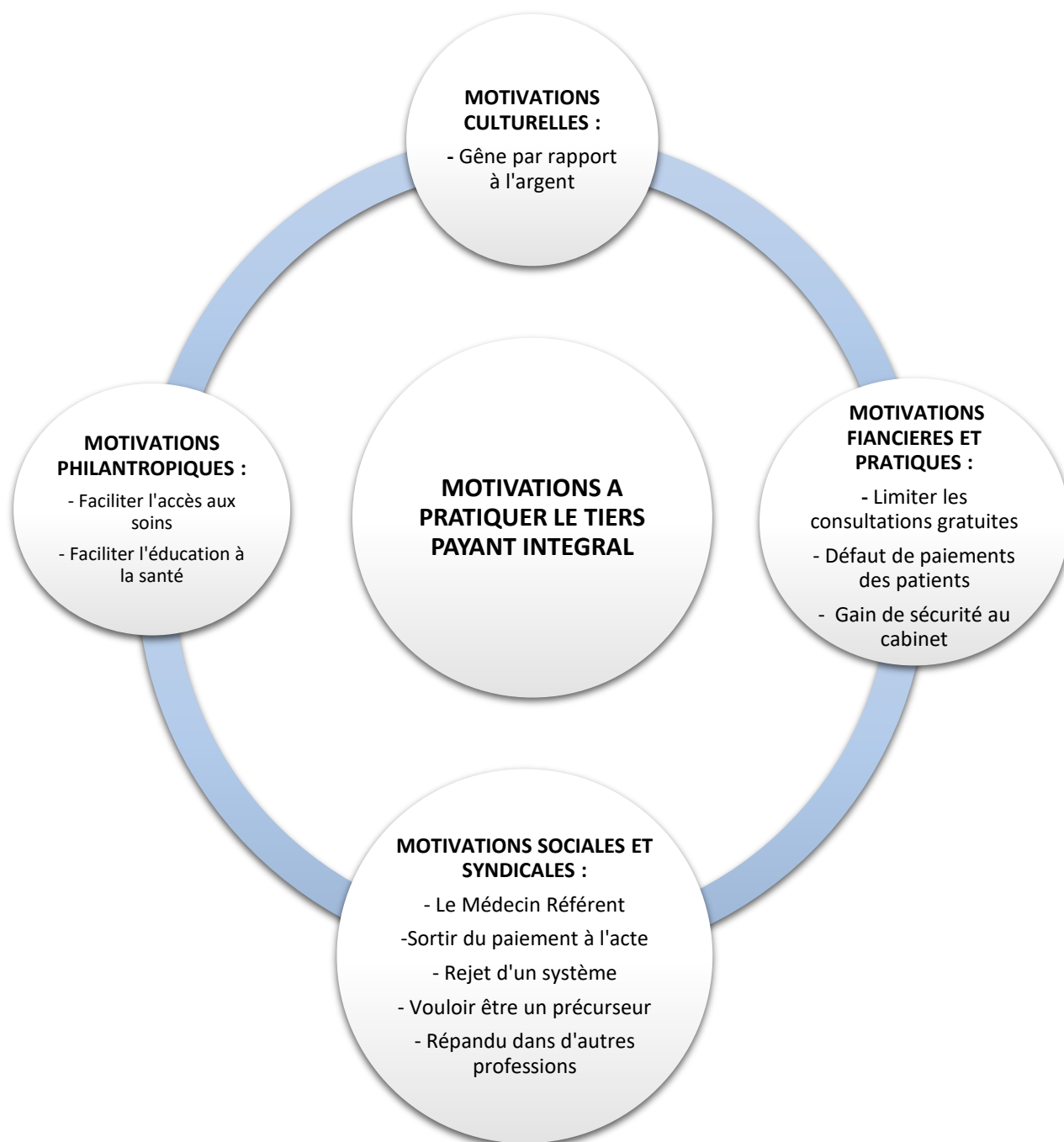


Figure 4 : Motivations à pratiquer le tiers payant intégral

### **3.6 Fonctionnement pratique du tiers payant intégral**

Pour pratiquer le tiers payant sur la part complémentaire, les médecins rappellent la nécessité d'avoir au préalable signé des conventions auprès de chaque complémentaire. (Médecin C, F, G, H, K, L)

Les médecins ont évoqué l'existence d'un site internet unique « [tpcomplémentaire.fr](http://tpcomplémentaire.fr) », qui permet après inscription un conventionnement auprès des mutuelles de façon simplifiée. (Médecin H, K, L)

Pour réaliser le tiers payant sur la part complémentaire, le numéro d'identification de la mutuelle, le code AMC, doit être rentré dans le logiciel de télétransmission. La plupart des médecins réalisent eux même cette opération. Pour d'autres, c'est la secrétaire qui s'occupe de demander la carte de mutuelle au patient en début de consultation et de rentrer le code AMC :

*« C'est elle qui va chercher les cartes vitales en salle d'attente et c'est elle qui rentre les mutuelles. »* (Médecin E)

L'ensemble des médecins souligne qu'il faut vérifier les droits des assurés à chaque consultation. Le nom de la mutuelle est demandé à chaque consultation afin de s'assurer que le patient n'a pas changé de mutuelle. Ils doivent également s'assurer de la date de validité des mutuelles allant de 6 mois pour certaines mutuelles à 1 an pour d'autres. (Médecin C, E, G, H, J, L)

Si le patient n'a pas changé de mutuelle, les codes AMC sont pour la plupart pré enregistrés dans le logiciel et il n'est pas nécessaire de rentrer les codes à chaque consultation :

*« J'ai du coup pré codé les complémentaires en question, donc ça j'ai pas besoin de le refaire systématiquement, voilà le logiciel peut tout à fait le faire. »* (Médecin J)

Il existe aussi certaines cartes vitales pour lesquelles les numéros des complémentaires sont pré intégrés dans la carte vitale et apparaissent directement sur le logiciel à la lecture de la carte vitale :

« Certains patients ont la complémentaire qui est inscrite sur leur carte vitale avec un tiers payant coordonné direct. » (Médecin A)

### **3.7 Fonctionnement avec les remplaçants**

Nous avons demandé aux médecins comment ils procédaient lors des remplacements et si leurs remplaçants respectifs conservaient le même mode de fonctionnement avec le tiers payant intégral.

Les médecins expliquent avoir des remplaçants réguliers qui connaissent bien le fonctionnement du cabinet ou qui ont été formés avant :

« La secrétaire leur apprend. » (Médecin E)

« J'ai toujours les mêmes remplaçants en fait. Je les ai un peu briefé au début. » (Médecin G)  
« Je leur montre comment je fais. » (Médecin I)

Leurs remplaçants pratiquent ainsi le même type d'exercice de tiers payant intégral que les médecins qu'ils remplacent :

« Ils pratiquent comme nous en fait. » (Médecin J)

« Les remplaçants procèdent pareil. » (Médecin E)

Les médecins considèrent que ce fonctionnement se déroule sans grosse difficulté dans l'ensemble :

« Ça se passe très bien. Ya jamais eu de problèmes. » (Médecin E)

« Ça se passe assez bien. » (Médecin F)

Les médecins reconnaissent cependant une certaine souplesse à l'égard de leurs remplaçants en cas de difficulté à pratiquer du tiers payant intégral :

« En général, ils font comme moi. Mais par contre quand ils ne savent pas, ils peuvent faire régler. » (Médecin L)

« Alors j'avoue que parfois je leur dis que si c'est trop compliqué ils s'excusent en disant qu'ils ne peuvent pas faire le tiers payant avec la mutuelle parce que c'est vrai que c'est parfois un peu fastidieux ». (Médecin I)

### **3.8 Les satisfactions à pratiquer le tiers payant intégral**

#### **3.8.1 Simplification de la relation de soin**

Les médecins se disent entièrement satisfaits d'avoir exclu le rapport à l'argent dans la consultation :

« Je suis satisfait parce que je n'ai pas de rapport avec l'argent avec le patient donc disons que ça, ça me va très bien. » (Médecin G)

« On a enlevé la relation de l'argent dans la plupart des consultations, ça me va très bien, ça c'est la grosse grosse satisfaction. » (Médecin H)

Pour les médecins, le fait d'exclure le rapport à l'argent permet de simplifier la relation médecin-patient au seul soin.

« Je trouve que la relation est plus simple. On a eu des patients qui faisaient semblant d'oublier leur chéquier parce qu'ils savaient très bien qu'ils seraient à découvert et qui du coup ne payent pas. Là ils viennent, on peut parler que de médecine, on peut faire que de la médecine. Ce que j'aime faire c'est la médecine générale et donc quand les patients arrivent juste avec leur carte vitale, on discute de leur santé, le côté financier n'intervient jamais. » (Médecin A)

#### **3.8.2 Meilleur accès aux soins**

L'ensemble des médecins trouve qu'il facilite l'accès aux soins de leurs patients en leur dispensant l'avance des frais de la consultation. Si c'est une raison principale qui les motive à pratiquer le tiers payant intégral, c'est aussi pour eux un élément important de satisfaction :

« Ça me satisfait dans le sens où les gens ne sont pas pénalisés. » (Médecin J)

« Le premier avantage c'est que finalement il y a plein de patients qui n'osaient pas me consulter parce qu'ils n'osaient pas faire l'avance et me dire de ne pas encaisser le chèque. »  
(Médecin B)

« Certainement, ce qui est positif c'est que les gens n'ont pas d'avance à faire, je crois quand même que ça rend service à beaucoup de personnes. » (Médecin D)

« A chaque fois que vous finissez la consultation et que le patient vous dit je vous dois combien, que vous dites rien du tout, je fais le tiers payant intégral, on voit quand même que ça fait du bien aux gens. » (Médecin F)

### **3.8.3 Simplification de la comptabilité**

Les médecins trouvent que la pratique du tiers payant intégral allège leur gestion quotidienne du cabinet en limitant le nombre d'actes comptables :

« C'est plus simple pour la comptabilité, c'est tout dans le virement. » (Médecin J)

« Je ne fais plus de comptabilité le soir avec mon ordinateur. Je fais que de la médecine. »  
(Médecin H)

Ils sont également nombreux à trouver un côté pratique à ne plus déposer de chèques ou d'argent liquide à la banque :

« Je suis aussi très content du tiers payant intégral car depuis j'ai quasiment plus de chèques à apporter à la banque. » (Médecin A)

« Ça me simplifie l'administratif aussi parce que je n'ai aucun chèque éventuellement à amener à la banque et puis j'ai plus de liquide, j'ai plus rien. » (Médecin G)

### **3.8.4 Simplicité technique**

S'ils sont nombreux à reconnaître que le fonctionnement technique du tiers payant intégral n'a pas toujours été facile au début, les médecins sont plusieurs à le trouver simple et pratique aujourd'hui :

*« Au début c'était un peu compliqué maintenant c'est assez facile. »* (Médecin H)

*« Clic, clic et puis voilà, c'est quelque chose de pratique, surtout si la mutuelle arrive à s'enregistrer dans le logiciel. »* (Médecin B)

*« Maintenant c'est simple mais ça a mis très longtemps à être simple. »* (Médecin E)

Ils sont plusieurs à trouver que l'acte technique en lui-même de rentrer les coordonnées AMC des mutuelles au cours de la consultation ne prend pas plus de temps que d'effectuer un paiement « classique » :

*« Ça prend autant de temps que de faire un paiement normal ou un paiement en tiers payant je pense. »* (Médecin B)

*« En temps, on perd autant de temps de sortir un chéquier, de trouver la monnaie, de rendre la monnaie, je pense que c'est équivalent. »* (Médecin F)

Un médecin va plus loin et estime que la transaction financière prend même plus de temps que la pratique du tiers payant. Il voit ainsi le tiers payant comme un moyen de gagner du temps dans la consultation qu'il peut mettre à profit pour se focaliser uniquement sur le soin.

*« On gagne un peu de temps sur les paiements en plus, on est vraiment que dans le soin. Avant, quand ils étaient obligés de payer, on perdait 5 mn en plus par consultation, le temps qu'ils cherchent leur chéquier, leurs sous, qu'il faut rendre la monnaie. Ça fait perdre du temps du pourquoi ils étaient venus, c'est à dire faire du soin. Là il arrive juste avec sa carte vitale, ça prend 30 secondes à la fin de la consultation. »* (Médecin A)



### **3.8.5 Une habitude**

Plusieurs médecins perçoivent aujourd'hui le tiers payant intégral comme une routine bien installée accompagnée d'un certain degré d'indifférence :

*« Maintenant que j'ai décidé de le faire, je ne vois pas ni points positifs ni points négatifs. C'est inclus dans mon système, ça s'est fait comme ça. » (Médecin D)*

*« Moi c'est une habitude maintenant, et puis voilà. » (Médecin G)*

*« Maintenant ça ne me fait ni chaud ni froid » (Médecin C)*

### **3.8.6 Revenus assurés pendant les congés.**

Du fait des paiements différés de la part des organismes payeurs, un médecin apprécie d'avoir des entrées d'argent en continu et notamment pendant ses périodes de congé. En évoquant les congés payés, un parallèle avec le salariat est fait :

*« Quand je pars en vacances ça continue à tomber pendant mes vacances... Ce que me donnent les caisses, les arriérés, pendant 2-3 semaines ça continue et oui ça me fait un congé payé. Effectivement en valeur absolue c'est pareil mais pendant 3 semaines, ça sort, je continue à être payé et comme nous sommes des professions libérales, on a des taxes, nos frais mensuels qui continuent à tomber pendant nos vacances. » (Médecin B)*

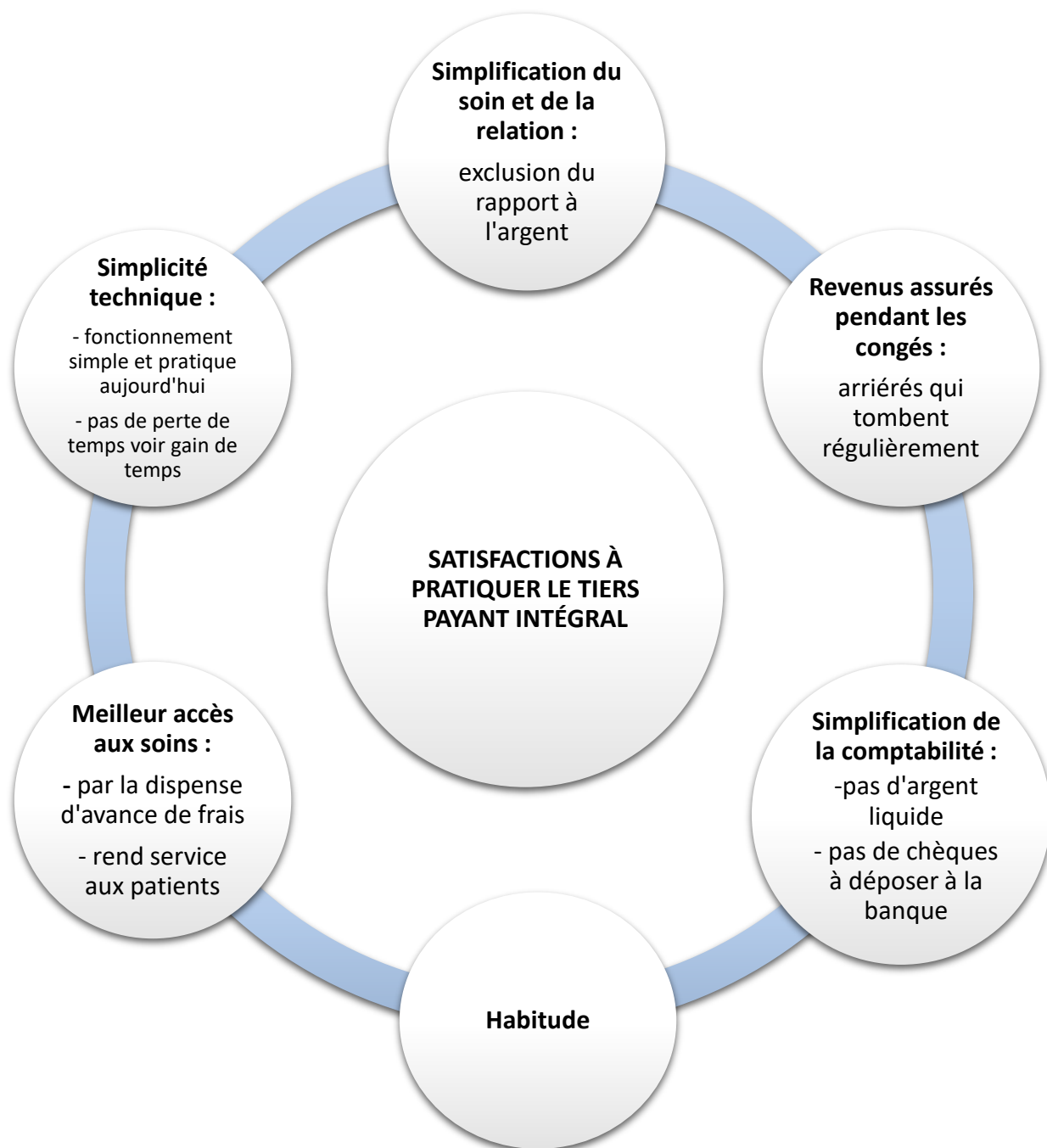


Figure 5 : Satisfactions à pratiquer le tiers payant intégral

### **3.9 Les difficultés à la pratique du tiers payant intégral**

#### **3.9.1 Difficultés liées aux remboursements des mutuelles**

##### **- Difficulté du médecin à être remboursé par les mutuelles**

Ce sont d'abord les médecins qui présentent des difficultés à être remboursés par les mutuelles :

« *Je ne suis pas forcément remboursé sur la part mutuelle.* » (Médecin A)

« *C'est compliqué le remboursement par les mutuelles.* » (Médecin E)

Les médecins décrivent une grande variabilité des remboursements suivant les mutuelles :

« *Les mutuelles, il faut savoir celles qui marchent et celles qui ne marchent pas.* » (Médecin B)

« *Il y a une série de mutuelles qui ne marchent pas.* » (Médecin C)

##### **- Difficulté du patient à être remboursé par les mutuelles**

Quand le médecin pratique un tiers payant uniquement sur la part AMO, il arrive également que le patient ne soit pas remboursé AMC :

« *Si je fais le tiers payant sur la part Sécu, il y a des mutuelles qui ne font pas le lien et qui ne remboursent pas la part complémentaire au patient. Ils n'arrivent pas à se faire rembourser.* » (Médecin A)

« *Pour le tiers payant juste sur l'AMO, quand on fait payer l'AMC, il y a quelques patients qui ont aussi des difficultés à se faire rembourser quand ils payent juste l'AMC.* » (Médecin H)

C'est pourquoi certains patients préfèrent payer la consultation dans son intégralité, plutôt qu'un tiers payant partiel, de peur de ne pas être remboursé de la part mutuelle :

*« Des fois ils payent complètement la consultation parce que leur mutuelle leur complique la vie pour être remboursé. » (Médecin B)*

**- Des mutuelles qui ne jouent pas le jeu**

Les médecins trouvent que certaines mutuelles ne font aucun effort pour faciliter la pratique du tiers payant intégral, ce qui contribue à des difficultés dans les remboursements sur la part mutuelle :

*« Certaines mutuelles jouent le jeu, d'autres moins. C'est juste une mauvaise volonté des mutuelles pour le faire parce que si elles veulent ça pourrait très bien se passer. Ils le font déjà sur le médicament, sur la radiologie, sur tout un tas d'autres trucs. Il n'y a pas une volonté globale pour que ça marche. » (Médecin A)*

*« Il y a certaines mutuelles avec lesquelles ça ne marche pas du tout, c'est une catastrophe. » (Médecin F)*

*« Ça serait génial si les mutuelles jouaient le jeu à fond, le problème, le gros problème, ça reste les mutuelles. » (Médecin G)*

Si certaines mutuelles reconnaissent clairement refuser pratiquer le tiers payant intégral, d'autres fournissent des explications souvent perçues comme floues ou insuffisantes par les médecins concernant le motif de rejet des feuilles de soins.

*« J'appelle les mutuelles des fois et en fait les gens qu'on a au bout du fil ils sont incapables de répondre aux questions qu'on a. Ils savent pas pourquoi ça été rejeté, ils ne savent pas. » (Médecin G)*

Plusieurs médecins pensent aussi que des mutuelles complexifient volontairement les démarches de remboursement, par le biais notamment de réclamation de factures. Cette

situation met en lumière les relations parfois conflictuelles qu'ont les médecins avec certaines mutuelles :

*« Il y en a qui ne jouent pas du tout le jeu puisqu'il y en a qui ne veulent rien rembourser si on ne fait pas une facture. » (Médecin I)*

*« Les mutuelles, elles demandent une facture. Alors moi je me suis attrapé plusieurs fois avec les mutuelles parce que la quittance, ils ne considèrent pas ça comme une facture. Pour eux la facture, c'est la feuille de maladie. Donc il faut que les secrétaires refassent une feuille de maladie et qu'elles connaissent l'adresse de la mutuelle des patients. Elles sont obligées de téléphoner aux gens, d'avoir le nom de la mutuelle, l'adresse de la mutuelle et d'envoyer une feuille de maladie et elles me disent que certaines elles n'ont aucun retour, c'est à dire qu'elles envoient la feuille de maladie et il y a zéro retour. » (Médecin G)*

- **Contrôle des remboursements, une pratique chronophage**

La plupart des médecins interrogés n'effectuent pas de contrôle sur leurs remboursements :

*« Je ne le fais pas, du tout. » (Médecin A)*

*« Je ne les contrôle pas. Je ne les contrôle pas du tout. » (Médecin C)*

Certains médecins réalisent des contrôles partiels :

*« Les vérifications, je le fais de temps en temps mais pas un par un. » (Médecin F)*

Différents moyens peuvent alors être utilisés. Des contrôles sont effectués :

- Soit par l'intermédiaire de leur logiciel :

*« Ensuite le logiciel il dit en fait, il y a des petites icônes qui disent la partie Sécu est passée mais la partie mutuelle n'est pas passée. » (Médecin K)*

- Soit par l'intermédiaire de leurs patients avec un accent mis sur le rapport de confiance que cela nécessite :

*« Alors je demande plutôt aux gens, je suis dans un rapport de confiance. Les gens vont sur leurs comptes Améli, leurs comptes bancaires, à partir du moment où on est en tiers payant ils voient bien que quand ils reçoivent leurs comptes de Sécu que le Docteur X, il a été payé de 25 euros ou 17,5 euros plus 7,5 euros qui vient de leur complémentaire, ils voient bien que ça fonctionne. Donc on fait un peu ce rétro contrôle de cette manière mais c'est quand même de confiance. » (Médecin J)*

*« Parfois j'ai aussi des patients de bonne foi, je leur demande de contrôler et qui vérifient et qui me disent. » (Médecin I)*

*« Parfois quand je demande, il me dise ah oui effectivement la mutuelle ne vous a pas remboursé. C'est pour ça que je demande chaque fois à mes patients de contrôler pour moi. » (Médecin L)*

Pour l'ensemble de ces médecins, c'est l'aspect chronophage qui rend impossible la vérification de l'intégralité des remboursements :

*« Je ne peux pas, c'est tellement fatigant. C'est prise de tête et j'ai décidé de pas vérifier un par un. Ça prend un temps fou. » (Médecin F)*

*« Je n'ai pas le temps. » (Médecin J)*

*« C'est à cause du temps, c'est de batailler, voilà j'ai autre chose à faire de ma vie. » (Médecin C)*

Certains médecins éprouvent même une certaine culpabilité à ne pas contrôler leurs remboursements :

*« Je sais ce n'est pas bien. Tous les autres me disent que c'est n'importe quoi. » (Médecin A)*

« *Le problème c'est que je ne les contrôle pas.* » (Médecin B)

« *Ce n'est pas très bien.* » (Médecin I)

Pour quelques médecins, les contrôles des remboursements ainsi que les réclamations sont effectués de façon systématique par leur secrétaire. De façon spontanée et parfois avec ironie, ils reconnaissent tous que cela représente une charge de travail importante pour leur secrétaire :

« *Ça a été extrêmement difficile, c'est à dire que je pense qu'un médecin sans secrétaire, ne pourrait pas se débrouiller.* » (Médecin E)

« *C'est plutôt une simplification...pour moi (rire) ! pas spécialement pour le secrétariat (rire). Je n'aurais pas de secrétariat, je pense que je ne le ferai pas. Enfin c'est sur je ne le ferai pas.* » (Médecin G)

Nous leur avons demandé d'estimer le temps moyen dédié par jour aux contrôles et aux réclamations des remboursements.

Après information auprès de sa secrétaire, un premier médecin nous a rapporté le temps passé moyen par sa secrétaire au contrôle des remboursements : ce temps est estimé à 2 heures par jour pour 2 médecins. Ce temps dédié par jour pouvait même être beaucoup plus important au début de la pratique du tiers payant intégral :

« *Au début, c'était au moins 3h par jour et encore...* » (Médecin E)

Un autre médecin nous a rapporté que ce temps passé par sa secrétaire était variable : de 30 minutes à 1heure et demi par jour.

#### **- Manque de lisibilité dans les remboursements**

Une autre difficulté qui complexifie le contrôle de remboursements pour les médecins est l'opacité des organismes payeurs avec un manque de lisibilité dans les remboursements :

« Les vérifications c'est plus compliqué. Il va arriver sur le compte 55 euros, il faut vérifier qui c'est. Derrière on ne sait pas forcément qui c'est. Alors on va savoir que c'est tel type de mutuelle mais à quel patient ça correspond exactement on ne sait pas toujours. Ça prendrait des heures pour tout vérifier. » (Médecin A)

« Sur la comptabilité, il y a certaines mutuelles où il y a des remboursements de 7,5 euros en bloc sur 2 ou 3 consultations, ce qui rend la chose compliquée à déchiffrer. » (Médecin B)

### **3.9.2 Des difficultés techniques**

#### **- Liées aux logiciels**

Des difficultés techniques directement en lien avec le logiciel métier des médecins et son paramétrage. Les médecins relèvent que les logiciels ont dû s'adapter progressivement à la pratique du tiers payant intégral et que des difficultés persistent :

« La mise en place a été très difficile parce que les logiciels en plus n'étaient pas équipés pour ça. Ça n'a pas été simple. » (Médecin D)

Cela peut aujourd'hui se traduire par des difficultés au moment de la télétransmission de la feuille de soins électronique. :

« Suivant le système qu'on a de télétransmission, il faut entrer différents paramétrages entre ordinateurs mais ça ne marche pas tout le temps. » (Médecin C)

Les médecins prennent pour exemple des situations d'erreurs de flux où le patient est parfois remboursé de la part mutuelle à la place du médecin :

« Il faut paramétrer régulièrement nos systèmes de télétransmissions pour que l'information qu'on a arrive à la mutuelle, parce que si n'arrive pas à la mutuelle, la mutuelle ne paye pas. Elle paye le patient mais pas nous. » (Médecin C)



Un médecin a également comme principale difficulté avec son logiciel le fait d'avoir à rentrer les codes AMC de chaque patient à chaque consultation :

*« En général, je ne peux pas l'enregistrer moi même, donc je suis obligé de leur redemander leur carte de mutuelle à chaque fois. Si c'était enregistré dessus, ça serait plus simple. ».*  
(Médecin I)

Les médecins rapportent que les éditeurs de logiciel se sentent dans l'ensemble peu concernés par ces problématiques :

*« Comme moi je suis assez isolé là-dedans, quand on discute avec les fournisseurs de logiciels ils s'en fichent un peu. Ils n'ont pas l'expertise et comme on est le seul à poser la question, ils n'ont pas forcément les réponses. »* (Médecin C)

#### **- Liées aux conventionnement avec les mutuelles**

Enfin, un médecin évoque les difficultés qu'il a rencontré au début de sa pratique du tiers payant intégral en lien avec la nécessité de signer des conventions avec les mutuelles :

*« Alors j'ai commencé à le faire en 2018. J'ai perdu un tiers de mes revenus à ce moment donc j'ai commencé à me dire bon on va arrêter. Donc je suis revenu au tiers payant partiel à ce moment là et je me suis crée un compte sur le site " le portail des mutuelles", ce que je n'avais pas fait au départ. Je n'avais pas compris qu'il fallait faire ça, un conventionnement. Donc du coup, une fois que je l'ai fait, maintenant ça marche. »* (Médecin K)

#### **- Liées à la multiplicité des mutuelles**

Plusieurs médecins trouvent aussi que l'augmentation importante du nombre de complémentaires complexifie leur pratique du tiers payant intégral :

*« Il y a tellement de mutuelles que c'est un peu difficile de s'en sortir là dedans. »* (Médecin A)

« Ça s'est dégradé sur les 5-10 dernières années dans le sens où les complémentaires se sont multipliées, Je suis un peu moins satisfait parce que le tiers payant fonctionne quand même de moins en moins bien à cause justement de cette multiplicité de mutuelles. » (Médecin J)

Les médecins font ainsi le constat d'un système peu uniformisé :

« Ce qui est compliqué c'est que le système n'est pas uniforme. Certains patients, par exemple, ont la complémentaire qui est inscrite sur leur carte vitale avec un tiers payant coordonné direct. Donc ça c'est facile, on sait que ça revient régulièrement. Il y en a d'autres où ce n'est pas marqué donc il faut leur demander leur carte de mutuelle, le rentrer dans notre machine et l'envoyer. » (Médecin A)

### **3.9.3 Difficultés liées aux patients**

#### **- Changements de mutuelles et abus de certains patients**

Les médecins signalent devoir être vigilants vis à vis des changements réguliers de mutuelle de leurs patients et des dates de validité de celles ci :

« Chaque personne qui vient, faut prendre sa carte mutuelle. Comme les cartes de mutuelle changent quand on change de boulot ou quand on change de régime, dès qu'il y a un changement, il faut faire attention. Et puis surtout ça change tous les ans aussi. » (Médecin F)

Cela implique pour les médecins de vérifier les droits de leurs patients et de demander leur carte de mutuelle à chaque consultation :

« Alors on est obligé de redemander à chaque fois. Moi je redemande à chaque fois. »  
(Médecin F)

Un médecin relève certains abus de ses patients :

*« Un des problèmes qu'on rencontre c'est les gens qui changent de mutuelles, qui sont radiés des mutuelles, qui ne le disent pas. Du coup, on a une mutuelle qui est enregistrée et en fait c'est des gens qui n'appartiennent plus à cette mutuelle ou qui ont été radiés. » (Médecin E)*

- **Déresponsabilisation du patient**

Quelques médecins trouvent que le fait de ne pas avancer les frais de la consultation peut amener à déresponsabiliser les patients :

- En les assistant de plus en plus :

*« Ça c'est un problème parce que le tiers payant c'est quand même une sorte d'assistanat des gens. Certains s'y habituent un peu trop. La seule chose qu'on leur demande c'est d'amener la carte vitale, beaucoup perdent leur carte vitale. Ils la perdent une fois, deux fois, trois fois donc c'est à nous de se débrouiller. Ça ce n'est pas normal. Il y en a de plus en plus qui oublient leur carte vitale ou leur mutuelle et qui viennent comme ça et qui vous répondent : ah bah nan vous avez tout dans l'ordinateur. » (Médecin E)*

- En leur faisant perdre la valeur du cout des soins :

*« Je m'interroge en fait si pour certains, s'ils ne font pas l'avance, de quels patients ou consommateurs ils deviennent. C'est vrai que ça interroge sur le fait que tout soit dû. Dans ces cas là quand c'est un du, ils considèrent qu'enfin voilà il demande ce qu'ils veulent et viennent le chercher et que ce n'est pas forcément un échange. Je trouve qu'ils ne se rendent pas compte dans ces cas là. » (Médecin I)*

### **3.9.4 Difficultés liées aux médecins**

#### **- Abus de certains médecins**

En prenant pour exemple des abus déjà existants notamment avec les patients CMU, un médecin mentionne la possibilité d'une dérive du tiers payant intégral qui consisterait en une surfacturation du nombre d'actes par les médecins :

*« Il existe des médecins qui sont condamnables, on est bien d'accord, mais qui gardent des cartes vitales de certains patients, notamment des patients à la CMU. Et on sait que ces médecins là passent régulièrement la carte pour qu'il y ait des actes, puisque c'est du tiers payant, et que les patients ne voient rien et ne payent pas. Sans compter qu'à la CMU parfois ce sont aussi des étrangers, des gens qui peuvent pas lire etc. Donc c'est beaucoup plus facile. Tout ça pour témoigner que si le médecin veut multiplier ses actes, oui c'est sur il va pouvoir le faire mais c'est lui qui triche. » (Médecin H)*

#### **- Concurrence déloyale**

Plusieurs médecins estiment que le tiers payant peut créer des inégalités entre médecins au sein du même cabinet s'ils ne pratiquent pas tous le tiers payant intégral :

*« C'est embêtant pour mes associés et mes remplaçants qui eux ne le font pas. Faut expliquer quand ils voient mes associés "ah bah mon médecin il fait le tiers payant et pas vous, vous ne savez pas le faire ". Ça met une inégalité qui est à l'origine n'est pas faite pour faire une concurrence déloyale mais ça met une inégalité alors qu'on a toujours essayé de mettre les choses sur l'égalité dans notre cabinet médical. Ça crée une inégalité de paiement. » (Médecin B)*

*« Ça peut poser un problème dans un cabinet de groupe, si les uns le font et pas les autres, ça peut poser un problème. Il faut que tous le fassent. » (Médecin D)*

- **Sentiment d'être marginal**

Plusieurs médecins reconnaissent se sentir isolés dans leur pratique du tiers payant intégral :

« *Je me sens tellement seul là dedans, oh punaise oui je me sens seul* ». (Médecin B)

« *Je suis assez isolé là dedans.* » (Médecin C)

### **3.9.5 Difficultés liées aux syndicats**

Les médecins estiment que certains syndicats médicaux constituent des freins importants au développement du tiers payant :

« *Il y a encore une opposition syndicale forte au tiers payant complet.* » (Médecin A)

« *C'est un problème syndical, ça n'a rien à faire dans les débats sur la médecine* » (Médecin C)

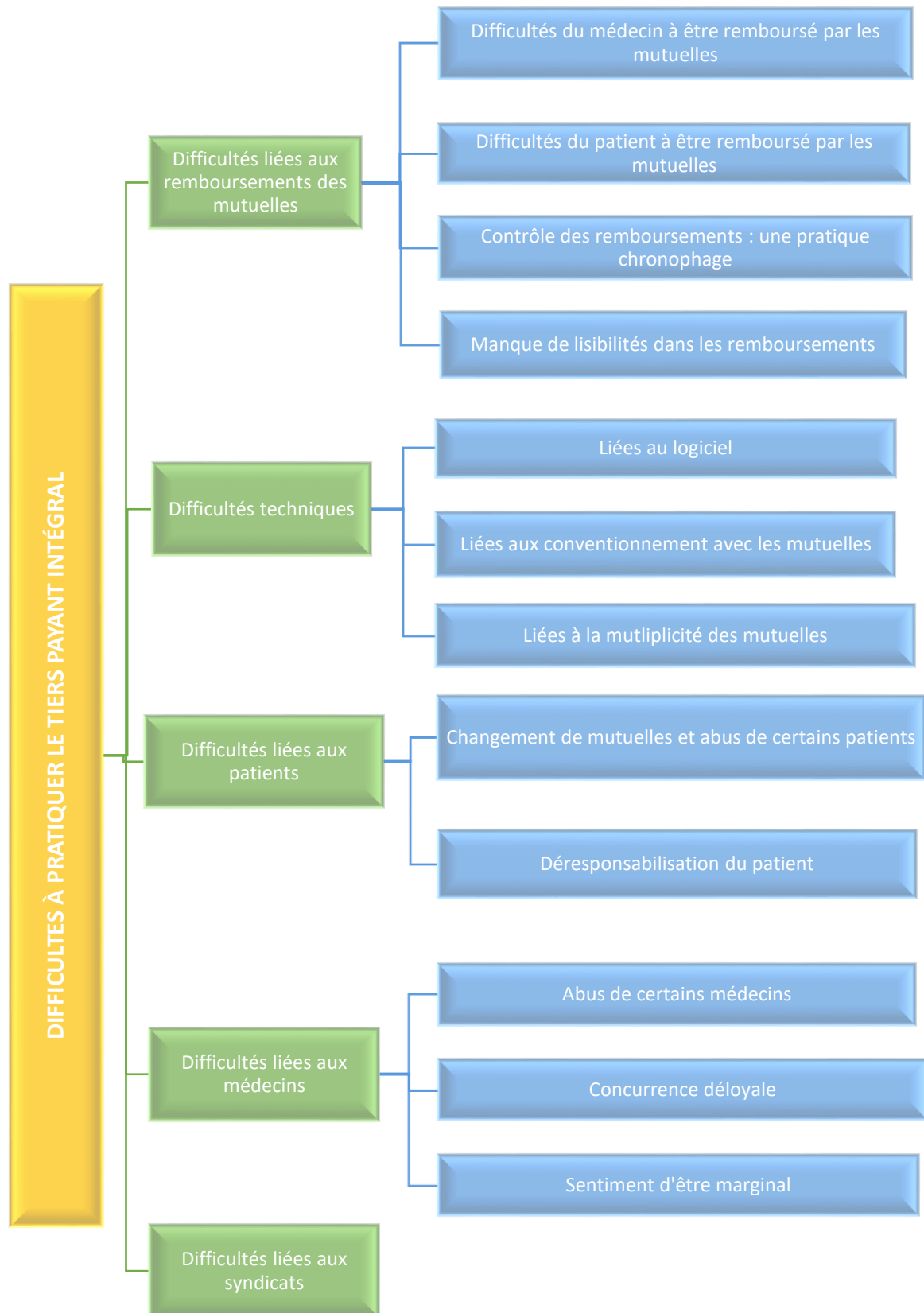


Figure 6 : Difficultés à pratiquer le tiers payant intégral

### **3.10 Les retours des patients**

Les médecins expliquent avoir des retours très favorables de leurs patients sur leur pratique du tiers payant intégral :

« *Ils sont contents.* » (Médecin A)

« *De manière générale, ils sont ravis.* » (Médecin D)

« *Les retours sont positifs.* » (Médecin I)

Pour certains patients, le tiers payant intégral est devenu comme une sorte d'habitude qu'ils ne relèvent plus forcément :

« *Quand le tiers payant ne marche plus, ça les embête. Parce qu'ils avaient pris cette habitude. Ils ont l'impression qu'on est dans normalité.* » (Médecin J)

« *Ils ont pris l'habitude, donc c'est la norme, comme beaucoup de choses. Ils ne payent pas chez le pharmacien non plus.* » (Médecin C)

Les nouveaux patients, quant à eux, expriment de la surprise vis à vis de la dispense d'avance de frais :

« *Et bien, c'est la première fois qu'on me dit ça. C'est la première fois que je viens chez un médecin et que je ne paye pas.* » (Médecin F)

Enfin, les médecins disent également avoir été confronté à quelques patients qui tenaient à régler l'intégralité de la consultation. Ils expliquent ces comportements par l'idée de certains patients que le fait de payer son médecin donne de la valeur à l'acte.

« *On a des vieux patients que ça angoisse énormément de ne pas payer chez le médecin. Ils auraient presque l'impression que leur consultation est dévalorisée sur le moment. Ils sont*

*confus dans le sens culpabilité de pas nous payer. C'est surtout sur des vieux patients qui ont encore une haute estime du médecin. Ils sont habitués comme ça aussi. » (Médecin A)*

*« Je pense que c'est peut-être générationnel ou éducatif, ils ont pas l'impression, c'est peut-être prétentieux, de gratifier mon travail s'ils ne payent pas. » (Médecin I)*

D'autres médecins expliquent ces comportements par l'idée de certains patients que la dispense d'avance de frais déresponsabilise les gens :

*« Ça arrive que des gens disent " ah oui mais alors du coup les gens ils vont plus se rendre compte des choses".(...) Et du coup, eux ils voient effectivement le fait que les gens vont surconsommer » (Médecin K)*

*« Philosophiquement, ils sont plus dans l'approche de dire il faut que les usagers payent pour se rendre compte que ça a un coût en fait. » (Médecin H)*

### **3.11 Hypothèse sur les réticences des autres médecins au tiers payant intégral**

#### **3.11.1 La crainte d'une augmentation du consumérisme médical**

Nous avons demandé aux médecins leur avis sur le lien qu'il pourrait y avoir entre le tiers payant intégral et une augmentation de la consommation de soins.

Il s'agit d'une crainte de beaucoup de médecins généralistes mise en avant dans les études passées autour de la généralisation du tiers payant.

L'intégralité des médecins de notre étude estime que le tiers payant intégral ne favorise pas le consumérisme médical :

*« Le fait du tiers payant ou pas ne change pas à mon avis leur comportement. » (Médecin A)*

*« Je n'ai pas remarqué de demandes de soins plus importantes chez ces personnes la que chez les personnes qui règlent. » (Médecin L)*



Pour soutenir cette idée, un médecin met en avant ses relevés d'activité SNIR rédigés par la Sécurité Sociale tous les ans :

« *Quand je regarde mon SNIR, ils mettent des croix pour les gens qu'on revoie. Donc je ne revois pas grand monde. Je suis dans la moyenne par rapport aux autres, donc les gens ne reviennent pas parce qu'ils ne payent pas.* » (Médecin G)

Plusieurs médecins prennent pour argument l'investissement en temps que peut représenter une consultation pour les patients :

« *Si c'est pour venir attendre dans la salle d'attente, perdre du temps... Ils ne viennent pas plus, j'ai pas l'impression.* » (Médecin A)

« *Quand les mecs viennent s'embêter 2 heures en salle d'attente c'est pas du consumérisme, même pour un truc qui nous paraît banal, pour lui c'est important...* » (Médecin B)

« *Ils ont autre chose à faire de leur vie que de venir chez le médecin.* » (Médecin C)

« *Sur mes rendez vous, hors urgence, je dois être à 15 jours de délai d'attente et je crois que ce n'est pas un plaisir de venir chez le médecin. Quand on vient chez le médecin, c'est qu'on a besoin.* » (Médecin G)

Plusieurs médecins évoquent un effet de rattrapage de certains soins avec la pratique du tiers payant intégral en lien avec des retards de prise en charge accumulés auparavant :

« *A mon avis c'est juste un rattrapage, on le voit sur des soins dentaires. On voit des gens qui arrivent avec les dents complètement pourries parce que les gens évitent les soins, pourquoi ? Parce qu'ils n'ont pas l'argent pour payer des soins dentaires par exemple.* » (Médecin A)

Ces médecins font souvent un parallèle avec la prise en charge des patients CMU :

« *C'est ce qu'on connaît avec les patients CMU. Il y en a qui ont des retards de prise en charge au niveau de leurs soins. Quand on ils ont accès aux soins par le tiers payant par exemple ils vont pouvoir consommer un peu plus au début mais parce que c'est nécessaire et après on les*

*retrouve sur une consommation classique. Donc ça on le sait bien avec la CMU, c'est la même chose avec les mutuelles. » (Médecin H)*

*« C'est la même discussion qu'on a avec la CMU. S'il y a un peu plus de consommation des fois de certains patients en CMU par rapport aux autres c'est souvent parce qu'ils ont des problèmes sociaux et des maladies qui sont probablement plus importants. » (Médecin A)*

Un médecin explique que l'avance des frais d'une consultation médicale peut créer des défauts d'aiguillage des patients en prenant pour exemple le nombre important de consultations aux urgences :

*« Pourquoi en ce moment on a tant de monde aux urgences, il faut peut-être s'interroger aussi. Effectivement les patients qui sont un peu juste préfèrent aller aux urgences où ils feront aucune avance de frais plutôt que d'aller en soins primaires où ils auraient dû être normalement. » (Médecin A)*

Pour les médecins, la consommation des soins relève plus de la responsabilité du médecin que de celle des patients. Ils estiment notamment que c'est au médecin qu'appartient de gérer et de réguler le flux des patients :

*« C'est à nous en tant que professionnel de décider ou pas que le besoin ressenti par le patient nécessite une consultation médicale dans un délai plus ou moins grand. Je pense que l'aspect régulation de la demande joue. » (Médecin K)*

La responsabilité du médecin consiste aussi en l'éducation de ses patients :

*« Donner les compétences aux gens pour qu'ils puissent gérer eux même une partie des symptômes lorsqu'il n'y a pas la nécessité de consulter. Ça permet d'éviter les consultations qui n'ont pas lieu d'être donc ça c'est ma responsabilité. » (Médecin K)*

*« Ça c'est l'éducation à la santé. » (Médecin E)*

*« Si j'ai la volonté d'éduquer les patients, en fait je vois moins souvent les patients. » (Médecin H)*

Pour un médecin, cette gestion et cette régulation des soins n'est possible qu'avec une bonne coordination des soins entre praticiens :

*« Je pense que le fait de travailler de façon coordonnée, ça limite ce genre de dérives. »*  
(Médecin K)

La nécessité d'un secrétariat physique est aussi mise en avant :

*« Le fait d'avoir une secrétaire, personne physique c'est sûr que ça va permettre une forme de régulation. Ça aussi ça joue, la capacité et les interactions entre les secrétaires et les professionnels de santé. C'est sûr que si vous avez un télésecrétariat avec lequel vous communiquez très peu et qui vous remplit votre agenda... Si vous n'avez pas de secrétaire, il y a des chances que vous chargiez votre agenda avec des demandes plus ou moins justifiées. »*  
(Médecin K)

Des médecins estiment qu'on peut également sensibiliser et responsabiliser les patients au coût de la santé par d'autres moyens que le fait de faire payer :

*« Je pense que ça serait plus logique que tout le monde reçoive son relevé de la CPAM ou autre, en disant voilà ce mois ci ou ce trimestre les soins dont vous avez bénéficié ont couté tant. Donc ça pour moi, ça suffit à expliquer à des gens que ça a un cout. »* (Médecin H)

### **3.11.2 La crainte d'une dépendance vis à vis des organismes payeurs.**

Une autre crainte des médecins dans les études sur la généralisation du tiers payant est que le tiers payant puisse favoriser la dépendance des médecins vis à vis des Caisses et des mutuelles.

Nous avons demandé à nos médecins ce qu'ils pensaient de cette idée.

Indépendamment de la pratique ou pas du tiers payant, les médecins de notre étude expriment déjà un sentiment de dépendance vis à vis de la Sécurité sociale et des mutuelles :

« Ça existe déjà, faut pas croire qu'on est complètement indépendant. » (Médecin A)

« C'est un leurre, nous sommes complètement dépendants de la Sécurité Sociale. » (Médecin B)

« Mais on l'est de toute manière dépendant. » (Médecin D)

La dépendance s'exprime pour les médecins par le conventionnement :

« A partir du moment où on est conventionné, on est lié à la Sécu et les mutuelles. Si on ne veut pas l'être, il ne faut pas être conventionné. » (Médecin C)

Cette dépendance ainsi que le conventionnement ne sont majoritairement pas qualifiés de façon péjorative. Les médecins expliquent notamment que c'est ce conventionnement qui leur assure leurs revenus :

« On a aussi des avantages : le fait d'avoir la Sécurité Sociale et les mutuelles nous garantit déjà nos revenus. » (Médecin A)

« Les gens viennent aussi parce que c'est remboursé et qui dit remboursé dit dépendance. » (Médecin B)

« Sans la Sécurité Sociale, ils vivraient très mal les médecins. On vit parce que les gens sont remboursés. (...) On est aussi dépendant des caisses pour les forfaits. On est rémunéré au forfait pour ce qu'ils appellent les ROSP. » (Médecin D)

Pour les médecins, le fait de pratiquer le tiers payant ne change rien à cette dépendance :

« Mais ça n'a rien à voir à mon avis avec le système du tiers payant ou pas. » (Médecin A)

« La dépendance est strictement la même. » (Médecin J)

« Ce n'est pas du tiers payant ou pas de tiers payant qui vont faire qu'on soit indépendant ou pas et de toute façon. » (Médecin B)

Un médecin évoque la possibilité d'une dérive du système de santé vers une privatisation où les régimes complémentaires auraient plus de place, tout en considérant que ce constat est indépendant de la pratique ou non du tiers payant :

*« Je pense que malheureusement ça peut glisser. Je veux bien entendre cette crainte qui est que la santé a glissé comme quelque chose d'un bien commun, une redistribution vers un système plus privé et où les mutuelles ont plus de place. Mais je pense que le tiers payant ne change rien à ça. Je pense que malheureusement, il peut y avoir cette envie de certains de faire peser le coût de la santé à l'échelle individuelle et du coup les prix des mutuelles vont être fonction de nos capacités à payer. Donc notre capacité à payer va vous autoriser ou pas à accéder à des soins et ça qu'il y ait tiers payant ou pas. » (Médecin K)*

### **3.11. 3 La crainte d'une perte de revenus par augmentation des impayés**

Les participants de l'étude estiment que certains médecins s'opposent au tiers payant intégral en raison d'une crainte d'une baisse de leurs revenus et ainsi d'une dégradation de leur qualité de vie :

*« Quand on commence à avoir peur de perdre 7,5 euros quand on a des revenus élevés, je pense qu'il faut se poser des questions. » (Médecin C)*

*« Ça, ce sont les angoisses de médecins. Ils ont des angoisses par rapport à leur train de vie. » (Médecin A)*

Au cours des entretiens, nous avons donc demandé aux médecins de quantifier et de qualifier l'importance de leurs impayés.

Ce paragraphe a été volontairement séparé du paragraphe « Difficultés ». En effet si l'ensemble des médecins reconnaît avoir des impayés plus ou moins importants, ils sont au final très peu à considérer ces impayés comme une difficulté dans leur pratique du tiers payant intégral.

De la même façon qu'un certain nombre de médecins ne contrôlent pas leurs remboursements, ils sont plusieurs à ne pas pouvoir quantifier précisément leurs impayés. En

revanche, plusieurs de ces médecins estiment que leurs impayés doivent représenter une part négligeable de leurs revenus :

« *Une goutte d'eau, ça représente vraiment un truc minimum.* » (Médecin A)

« *S'il y avait un décalage, il est infime, ça doit vraiment être négligeable.* » (Médecin I)

3 médecins ont été en mesure de quantifier précisément leurs impayés. Chaque fois, ce sont les impayés après déductions de sommes reversées après réclamations qui ont été comptabilisés. Ces impayés ont été évalués pour l'année 2018 :

- Pour les deux premiers médecins, les impayés sont évalués respectivement à 2,3 % et 2,4% de leur chiffre d'affaire en 2018. (Médecin E et G)

Ces deux médecins appartiennent au même cabinet de groupe et c'est leur secrétaire qui effectue les contrôles des remboursements.

- Pour le 3<sup>ème</sup> médecin, les impayés sont évalués à 5% de son chiffre d'affaire en 2018. (Médecin F)

De façon assez détachée, un autre médecin a préféré imaginer ses impayés plutôt que de nous donner un chiffre exact :

« *Chaque année c'est une jolie voiture qui s'en va.* » (Médecin C)

Si ces médecins reconnaissent facilement que ces sommes peuvent être perçues comme importantes, ils disent en revanche n'y accorder que très peu d'importance :

« *C'est quelque chose que j'accepte.* » (Médecin B)

« *Quand on commence à avoir peur de perdre 7,5 euros quand on a des revenus élevés, je pense qu'il faut se poser des questions.* » (Médecin C)

« *Je n'accorde pas trop d'importance à l'argent. Moi ça ne m'empêche pas de dormir.* » (Médecin G)

« Bon après pour tout vous dire ça m'est égal, ce n'est pas ma priorité, loin de là. » (Médecin H)

Plusieurs médecins trouvent que ces impayés ont tendance à diminuer au fil des années du fait notamment d'une meilleure connaissance du fonctionnement du tiers payant et des mutuelles. :

« Les impayés, là il y en a de moins en moins. » (Médecin E)

Un médecin estime que les impayés sont exclusivement expliqués par le tiers payant et que sans tiers payant il n'aurait pas d'impayés :

« C'est sûr que je perds plus si je fais le tiers payant que si je prends de l'argent. Parce qu'en revenus, si je ne le faisais pas, je n'ai pas de pertes. Il n'y pas d'impayés. On ne prend pas de risque par ailleurs. Franchement moi avant que je fasse le tiers payant intégral, j'avais un chèque une fois par an en impayé. Et puis maintenant les gens utilisent très peu de chèques donc il n'y a plus d'impayés. » (Médecin F)

Les motifs d'impayés sont majoritairement expliqués par des défauts de paiement sur la part complémentaire. Les défauts de paiement sur la part obligatoire ont moins souvent été évoqués :

« Sur la part obligatoire, ça fonctionne assez bien. » (Médecin F)

#### **3.11.4 Une opposition à l'aspect obligatoire de la mesure**

Les participants de l'étude pensent que les autres médecins ont mal accepté le projet de loi sur la généralisation du tiers payant du fait de son objectif de le rendre obligatoire :

« Les médecins ont râlé parce que le gouvernement a prononcé le mot obligatoire, ce qui a fait descendre les gens dans la rue, comme à chaque fois qu'on dit obligatoire en France. Ils

*auraient dit Tiers Payant au bon vouloir du médecin, il n'y aurait eu aucun problème. »*  
(Médecin B)

### **3.11.5 La crainte d'une dévalorisation de la profession**

Dans les études sur la généralisation du tiers payant, une autre crainte de beaucoup de médecins est que le fait de ne pas régler directement son médecin puisse dévaloriser la profession.

Nous avons également interrogé les médecins de notre étude à ce sujet.

Aucun des médecins interrogés ne considère que la pratique du tiers payant intégral dévalorise leur profession :

*« Si on est payé 25 euros par la Caisse ou 25 euros par le patient, je ne vois pas en quoi la consultation n'est pas la même. »* (Médecin A)

*« Il n'y a pas de dévalorisation, bien au contraire. »* (Médecin C)

*« La stimulation par l'argent sur l'entretien médical à mon sens n'est plus d'actualité. »*  
(Médecin B)

Des médecins expliquent également, parfois avec humour, ne pas se sentir déconsidérés par leurs patients du fait du tiers payant :

*« Ils ne m'insultent pas plus, ils se garent toujours à côté de ma voiture. »* (Médecin H)

*« Ils s'interrogent quand même sur est ce que je vais bien être payé. Ils sont soucieux. »*  
(Médecin I)

Les médecins pensent que ce raisonnement est directement en lien avec le rapport qu'ont les gens à l'argent en général :

*« Tout dépend comment vous estimez votre acte, est ce que l'argent est le maître étalon de la valeur des choses ? »* (Médecin H)



Les médecins reprennent comme exemple les patients qui tiennent à régler leur consultation et qui considèrent que seul ce qui a un prix a de la valeur :

*« C'est ce que je vous disais pour les patients qui veulent payer, c'est des patients qui ont un rapport à l'argent et à la représentation et à la considération par l'argent. » (Médecin H)*

Les médecins interrogés expliquent être à l'opposé de cette idée et évoquent plutôt une gêne voire un sentiment de non légitimité à faire payer leurs patients :

*« Je pense que c'est l'inverse, moi si je peux ne pas parler d'argent, de parler que de soins ça m'arrange. » (Médecin F)*

*« J'ai probablement un rapport un peu compliqué avec l'argent mais si j'ai quelqu'un qui vient pour me montrer, un truc que je vais gérer rapidement en 5-6 minutes, je vais avoir du mal. C'est moi qui vais me sentir survalorisé. Voilà j'ai une impression de me survaloriser, que les 25 euros que je pourrais leur demander ne reflète pas. » (Médecin G)*

Pour renforcer son propos, un médecin prend pour exemple le travail et le ressenti d'un médecin travaillant en salariat :

*« Les médecins à l'hôpital, ils n'ont pas l'impression de ne pas faire du soin parce qu'ils ne sont pas payés directement et qu'ils sont salariés. Certains sont encore dans cette culture là de dire que s'ils ne sont pas payés directement que ce n'est pas une consultation normale, que ça dévalorise leur consultation et leur travail. » (Médecin A)*

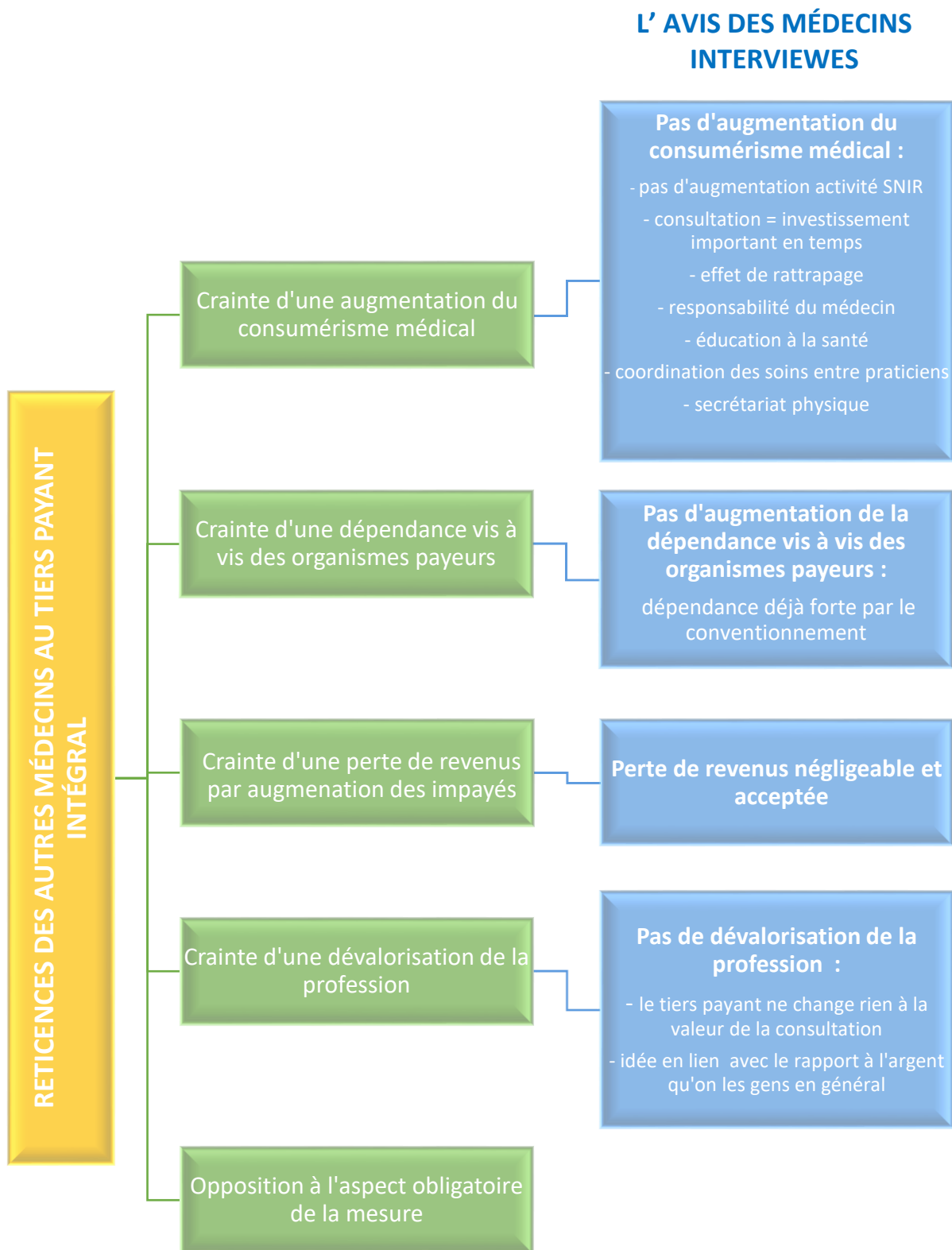


Figure 7 : Réticences des autres médecins au tiers payant intégral

## **3.12 Alternative au tiers payant**

### **3.12.1 Le salariat des médecins généralistes**

Dans l'idée de s'éloigner du paiement à l'acte, plusieurs médecins ont fait spontanément des parallèles entre leur pratique du tiers payant intégral et le salariat de médecins en structure de soins.

Nous leur avons donc demandé leur avis sur ce type de pratique et de rémunération.

Les médecins dressent une liste des avantages et des inconvénients liés au salariat.

Les médecins trouvent d'abord que le salariat leur assure **certaines garanties** :

- **Garanties Financières :**

*« Disons que le fait d'être salarié, ça sécurise, disons qu'on sait qu'on va être payé. Alors qu'en libéral, on a toujours des risques de non paiement. » (Médecin L)*

*« C'est la facilité d'avoir un salaire. » (Médecin H)*

- **Temps de travail fixe et allégé :**

*« Les médecins salariés dans des centres médicaux, ils travaillent évidemment beaucoup moins que nous. » (Médecin A)*

*« Est ce que si j'étais salarié, je bosserai 50 ou 60 heures par semaine (rire) ? » (Médecin G)*

- **Moins de charges administratives :**

*« Ça aurait pu me tenter parce qu'effectivement j'ai horreur de la comptabilité et je trouve qu'on a déjà beaucoup de charges administratives et c'est vrai que se délester de cette part là c'est attractif. » (Médecin I)*

*« Si j'étais intégralement salarié, ça finirait de résoudre mes casse têtes de comptabilité donc ça ne me pose aucun problème. » (Médecin J)*

- **Garanties sociales :**

*« Arrêts maladies, retraite, etc. » (Médecin H)*

Les médecins relèvent aussi **plusieurs inconvénients** au salariat :

- **Des revenus moins importants :**

*« Notre revenu est plus intéressant que certains médecins hospitaliers parce qu'on travaille plus d'heures. A l'heure on n'est pas payé plus mais comme on travaille plus, le total est plus important. » (Médecin A)*

*« En fait quelque soit le truc on est moins bien payé quand on est en salariat, on est dépendant de tout un système. » (Médecin F)*

- **Moins de disponibilité** des médecins pour les patients du fait d'une couverture horaire plus faible :

*« A ce moment là, si on est salarié pur, on va avoir tendance à réduire nos heures. Qui va faire ce boulot à notre place ? » (Médecin A)*

*« A partir du moment où on sera salarié, à 18h on s'en va. » (Médecin B)*

- **Perte de certaines libertés** notamment d'organisation et de gestion :

*« Disons que si je veux prendre des vacances, je m'organise avec mes deux confrères et c'est tout. Voilà, ça me semble plus souple en libéral. » (Médecin I)*

*« La différence en libéral c'est que je peux décider : aujourd'hui je ne veux pas travailler, demain je vais travailler. » (Médecin J)*

- **Perte d'indépendance :**

*« Il nous reste quand même, dans le cadre des bonnes pratiques, une certaine liberté que le patient peut apprécier. Quand vous êtes salarié d'une structure, vous appliquez ce qu'on vous dit de faire. » (Médecin E)*

- **Perte d'efficacité :**

*« Quand un médecin faisait avant 60 actes par jour, si on leur dit vous gagnez tant quelque soit le salaire, ils vont se dire je ne vais pas faire plus que les 20 ou 25 actes par jour de manière confortable parce que je suis sûr d'avoir mon salaire au bon du compte. » (Médecin H)*

*« Au bout d'un moment, si je suis payé 5000 euros pour finir à 18h, je finis à 18h point barre. Danger de ce côté là. » (Médecin B)*

- **Se voir fixer des contraintes d'objectifs et de rentabilité :**

*« Quand on entend la ministre nous dire " la désertification c'est pas compliqué, il suffit de dire on voit 6 personnes par heure et puis il n'y aura plus de désert". Alors le salariat ça pourrait imposer ça, parce que ça met des contraintes. » (Médecin J)*

*« Qui dit salarié dit objectifs en fin d'années donc la on va passer à des médecins salariés avec des mutuelles qui vont peut-être donner des coups de fils ou envoyer des SMS en disant " euh on est en ligne directe comment ça se fait que vous avez vu que 1 seul patient depuis 1h". » (Médecin B)*

Au total, si les médecins se disent séduits par certains aspects du salariat, ils s'accordent à penser que le métier de médecin généraliste est un métier singulier et pas forcément compatible avec le salariat :

*« Je pense que le médecin n'est pas fait pour être salarié. Médecin ce n'est pas un métier comme un autre, je pense que c'est antinomique. Il ne peut pas être salarié parce que nos créneaux horaires doivent être larges, on doit être à la disposition des gens. » (Médecin E)*

*« De l'expérience que j'en ai, le salariat je pense que ce n'est pas une bonne chose parce que c'est une vision médico centrée de la médecine, une vision syndicaliste, c'est à dire qu'on s'occupe du médecin en regardant ses conditions d'exercice, est ce qu'il est content, est ce qu'il est bien payé, tout ça, sans regarder ce qui devrait être la médecine au sein d'une société, c'est à dire pourquoi on fait de la médecine et pourquoi il y a des médecins. C'est pour soigner les gens. Ça c'est ma vision en tout cas. » (Médecin C)*

### **3.12.2 Le paiement au forfait**

Les médecins se disent favorables à une évolution croissante des rémunérations vers une rémunération au forfait :

*« Je suis pour ce qu'il y ait plus de part forfaitaire sur les paiements que des paiements à l'acte qui deviennent un peu dépassés. » (Médecin A)*

*« Après le temps qu'on résolve les problèmes, cela sera déjà un problème dépassé puisqu'on aura bien évolué vers une rémunération au forfait, donc le problème se posera plus. » (Médecin C)*

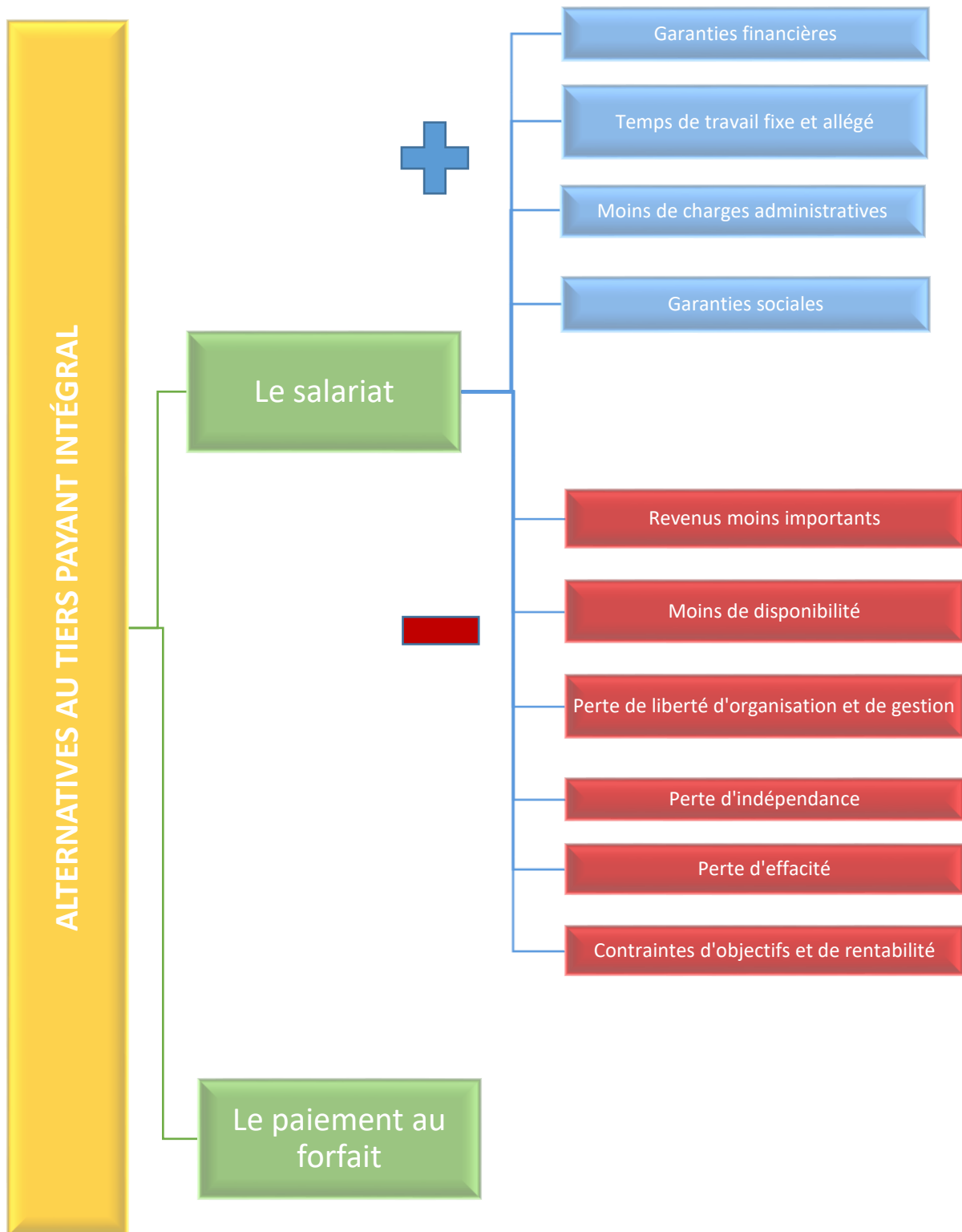


Figure 8 : Alternatives au tiers payant intégral

### **3.13 Perspectives d'amélioration**

#### **3.13.1 Un interlocuteur unique**

Les médecins s'accordent à dire qu'ils préféreraient un tiers payant intégral avec un interlocuteur unique, le régime obligatoire, ceci afin de simplifier l'aspect technique du tiers payant intégral :

*« J'aurais souhaité, par exemple, que la CPAM soit l'organisme qui chapeaute le tout, y compris avec les mutuelles, de pas avoir des interlocuteurs différents ». (Médecin L)*

*« Ce serait plus simple d'avoir un simple interlocuteur bien entendu. » (Médecin A)*

*« Je pense que ça pourrait être encore plus facilité avec une gestion coordonnée entre la caisse et les mutuelles. Ça aurait facilité beaucoup je pense ; en tout cas ça aurait limité les résistances des médecins sur le côté ceux qui philosophiquement étaient plutôt d'accord avec le tiers payant intégral mais qui avaient une crainte un peu technique. » (Médecin H)*

*« A quand la Sécu généralisée identique pour tout le monde, ça simplifierait. » (Médecin I)*

#### **3.13.2 Un système qui facilite le lien avec les mutuelles**

A défaut d'un interlocuteur unique, certains médecins de notre étude ont montré un intérêt pour des systèmes de gestion des mutuelles et des remboursements.

*« Leur but, c'est d'arriver à passer des conventions avec toutes les mutuelles qui existent au fur et à mesure et deuxièmement avoir une visibilité sur le retour ; ce que nous n'avons pas actuellement. La on aura une visibilité individuelle. » (Médecin C)*

Un médecin décrit avoir très récemment souscrit à un organisme payant de ce type. Le regard du médecin, après quelques semaines de recul, sur ce type d'organisme est assez critique en raison de son coût et de son apport jugé encore modeste :



*« Ça a un coût assez important. (...) Je suis un des premiers clients, j'essuie encore les plâtres. (...) Pour l'instant, j'ai mis ça en attente, ça va faire un mois que ça bataille. » (Médecin C)*

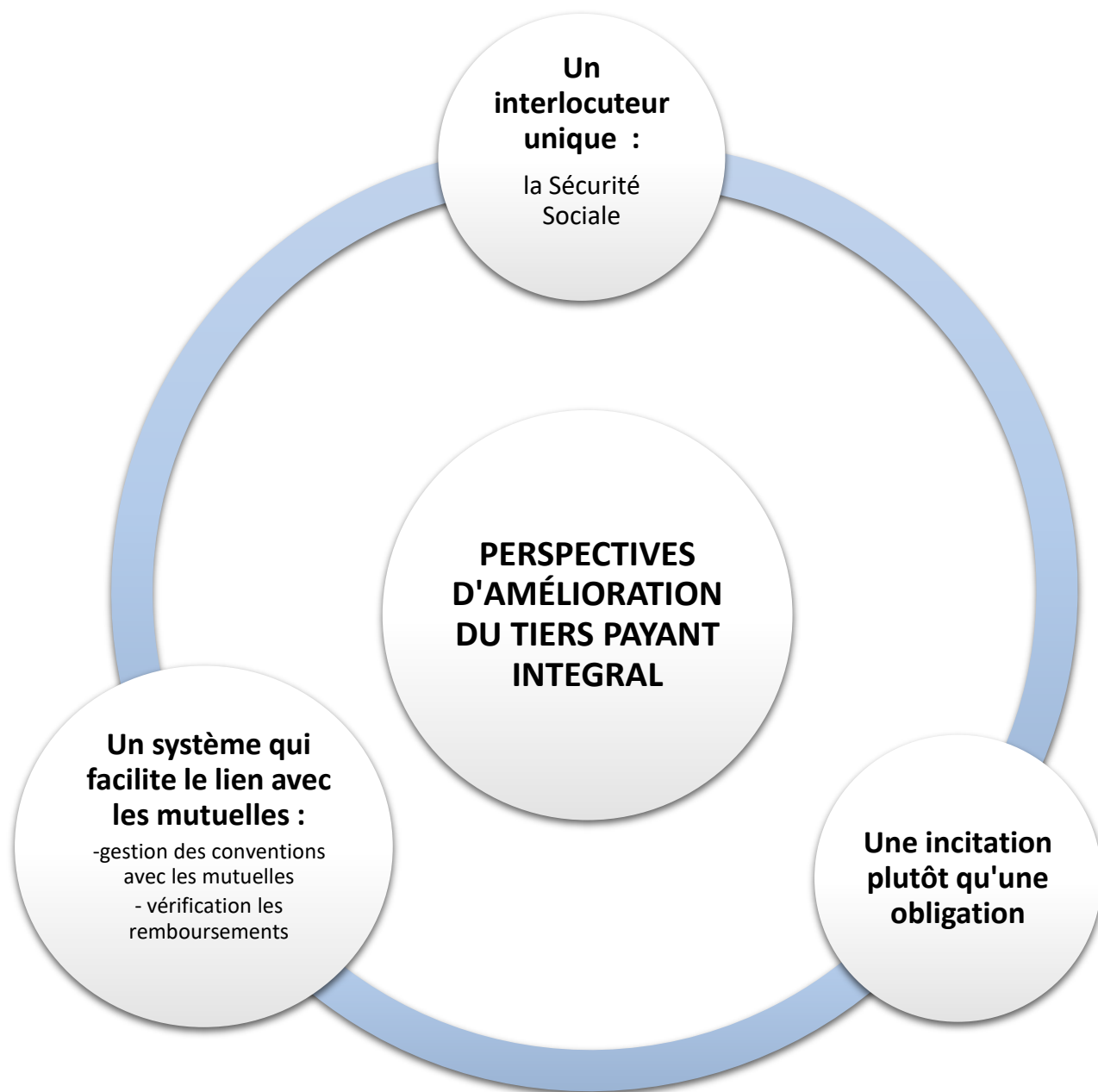
Les médecins de façon générale expriment aussi une inquiétude quant au cout d'un tel système :

*« J'ai des copains pharmaciens. Ils ont recours à des organismes de recouvrement pour vérifier que les mutuelles payent tout bien. Eux, ils ont des sommes bien plus importantes. Alors nous, est ce qu'il faut en venir la ? Ça couterait un peu cher la plaisanterie. » (Médecin A)*

### **3.13.3 Une incitation plutôt qu'une obligation**

Les participants pensent aussi que le tiers payant se développerait plus facilement en passant par des mesures incitatives plutôt qu'obligatoires :

*« C'est dommage que l'Etat au début ait parlé de Tiers payant obligatoire en sachant qu'en disant obligatoire, ça allait être le foutoir. Ils auraient fait ça en disant Tiers payant incitatif, les mutuelles auraient joué le jeu et rapidement on s'y serait mis, en un an ou deux. Il y en a certainement plus qui l'auraient fait. Rapidement ça serait rentré dans l'ordre. » (Médecin B)*



*Figure 9 : Perspectives d'amélioration du tiers payant intégral*

## **4. DISCUSSION**

### **4.1. VALIDITE INTERNE**

#### **4.1.1 La méthode**

L'étude de la pratique du tiers payant intégral généralisé chez les médecins généralistes a été peu explorée jusqu'à présent. C'est ce qui fait l'originalité de notre travail. Les résultats de l'étude permettront probablement d'orienter la recherche vers de nouvelles problématiques de travail, peu développées jusqu'ici. Le choix d'une méthode qualitative avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés a permis la réalisation d'un travail riche en données. Ces dernières ont été très diversifiées et des thèmes inattendus sont ressortis en cours de l'analyse. Notre recherche a été menée de manière rigoureuse afin de répondre au mieux aux critères de validation :

- L'étude a bien été présentée à chaque médecin avant le recueil de données. Chaque médecin a eu accès à la retranscription écrite de l'entretien.
- Les procédures utilisées ont été détaillées pour montrer la crédibilité de notre étude. La saturation des données a bien été atteinte. Le codage ouvert, correspondant à la première étape de l'analyse, a été réalisé en double aveugle afin de valider notre travail de recherche. Les résultats obtenus ont été concordants lors de la triangulation des données.
- Les règles de méthodologie (saturation des données, entretien test) ont été respectées.

Le même sujet aurait pu être étudié avec une autre technique de recueil de données. Nous avons fait le choix dans notre travail de réaliser des entretiens semi-dirigés. Il pourrait être intéressant de voir quels sont les résultats obtenus lors d'entretiens collectifs (« focus groups »). La dynamique de groupe peut parfois permettre aux médecins de s'exprimer sur des thèmes qu'ils n'auraient pas abordés en entretien individuel. Les interactions entre les participants peuvent également faire émerger des opinions et des expériences. Néanmoins, les entretiens en groupe peuvent influencer les réponses de chacun par peur du jugement de l'autre. C'est pour que chaque médecin puisse exprimer librement sa propre opinion que notre choix

s'est porté sur l'utilisation d'entretiens semi-dirigés. De plus, les éloignements géographiques importants entre chaque médecin rendaient difficile l'organisation de ce type d'entretiens.

### **4.1.2 Biais d'investigation**

La qualité de l'étude reposait en partie sur ma neutralité durant les entretiens et nécessitait des questions les plus ouvertes possibles afin de ne pas influencer les participants.

Cette thèse constitue ma première expérience en recherche qualitative et les réponses des participants durant les interviews ont pu être influencées par des questions de relances parfois trop fermées. La parfaite neutralité nécessaire à la bonne réalisation des entretiens a certainement été biaisée par une orientation subjective de l'enquêteur. Tout chercheur a ses intentions qui l'amènent à orienter le discours de la personne interrogée vers tel ou tel thème. La notion d'objectivité est ainsi remise en question. Ces risques sont cependant inhérents à la méthode et ne peuvent pas être complètement écartés.

Après relecture du guide d'entretien avec plusieurs mois de recul, il apparaît encore plus clair que les dernières questions du guide d'entretien, notamment sur la partie concernant « les difficultés rencontrées dans la pratique du tiers payant », étaient trop orientées et ont pu biaiser l'analyse qualitative.

Ce biais tient principalement du fait d'une inquiétude que certains thèmes qui me semblaient importants ne soient pas abordés spontanément par les médecins interviewés. Les résultats auraient été différents si cette étude avait été menée par des chercheurs plus expérimentés

La lecture préalable d'ouvrages en recherche qualitative (13) et la réalisation de deux entretiens test ont malgré tout essayé de limiter ce biais.

## **4.2 VALIDITÉ EXTERNE**

### **4.2.1 Un tiers payant pratiqué pour tous les patients sans distinction**

S'agissant des conditions d'application du tiers payant, il est aussi intéressant de noter que les médecins tentent d'appliquer au maximum le tiers payant intégral pour l'ensemble de leurs patients sans distinction. En effet, les médecins jugent trop complexe et délicat d'effectuer eux même ce discernement. L'étude de B. Girard (14) vient corroborer cette impression.

Quinze médecins généralistes de ville ont eu chacun à évaluer dix patients appartenant à leur patientèle depuis deux ans sur une échelle allant de 0 à 100 dite de vulnérabilité sociale. La valeur attribuée était ensuite comparée à celle donnée par le score dit EPICES (Evaluation de Précarité et d'Inégalité de santé pour les Centres d'Examen de Santé allant de 0 pas de précarité à 100 précarité maximale) dont on a démontré la spécificité et la sensibilité dans le repérage des patients en situation de précarité. L'écart moyen entre le score donné par les médecins et le score EPICES était de presque 30 points et dans pour près de 60 % des patients, les médecins faisaient une erreur d'au moins 20 points. Même si ce travail comporte quelques limites (taille de l'échantillon), il semble indiquer que l'évaluation intuitive du médecin généraliste sur la précarité de ses patients est moins juste que ce que certains médecins semblent croire.

#### **4.2.2 Un niveau socio économique de la patientèle varié**

Les résultats concernant le niveau socio économique de la patientèle des médecins sont intéressants. Nous pouvions nous attendre à ce que les patientèles des médecins pratiquant le tiers payant intégral soient majoritairement à faibles revenus, ce qui n'est pas le cas.

Nous avons retrouvé plusieurs médecins avec des patientèles au niveau aisé ou intermédiaire, ce qui pourrait signifier que les raisons sociales ne sont pas les uniques motivations des médecins à pratiquer le tiers payant intégral.

#### **4.2.3 L'avance des frais de la consultation et le renoncement aux soins**

Les résultats relatifs aux motivations des médecins à pratiquer le tiers payant intégral de notre étude sont superposables aux résultats obtenus dans une étude sur la pratique du tiers payant dans le Nord Pas de Calais en 2015 (11). Ces résultats montrent que les médecins pratiquent le tiers payant intégral pour deux grandes raisons : faciliter l'accès aux soins et écarter l'argent de la consultation. S'il apparaît évident que le tiers payant facilite l'accès aux soins, il semble aussi dans la littérature que l'avance des frais ne constitue pas la seule raison financière du renoncement aux soins. Les raisons du renoncement aux soins semblent avant tout s'expliquer par les difficultés économiques des patients et par les limites du système de protection sociale. C'est donc avant tout le niveau de reste à charge laissé au patient, l'absence de couverture complémentaire pour certains d'entre eux et les prix pratiqués par

certaines professionnels de santé qui expliquent ce renoncement pour raisons financières (15). Les résultats d'une étude récente menée en 2018 auprès de 42 023 assurés sociaux de 29 caisses primaires d'assurance maladie vont dans le même sens Si le montant des restes à charge reste le principal frein évoqué pour justifier les renoncements aux soins, l'avance de frais est un motif évoqué par 30% des personnes ayant déclaré avoir renoncé à- ou reporté- des soins au cours des douze derniers mois (8).

Ainsi il apparaît que si la réduction des barrières financières est une condition nécessaire pour réduire les inégalités aux soins elle n'est certainement pas suffisante (16,17).

#### **4.2.4 La complexité administrative du tiers payant**

Les médecins pointent du doigt un certain nombre de difficultés dans leur pratique du tiers payant. L'aspect fastidieux et chronophage du contrôle des remboursements a été souligné par l'ensemble de nos praticiens. C'est ce qui les conduit en grande majorité à ne pas contrôler leurs remboursements.

Les médecins qui ne contrôlent pas leurs remboursements jugent qu'il est impossible d'effectuer ces contrôles sans l'aide d'une tierce personne. Ceux qui contrôlent leurs remboursements par l'intermédiaire de leur secrétaire reconnaissent volontiers la surcharge de travail importante que cela constitue pour leur secrétaire.

Une étude réalisée en 2018 s'est intéressée à l'évaluation des tâches non médicales de 121 médecins généralistes libéraux (18). Elle a pu établir que sur 57 heures de travail hebdomadaire en moyenne, plus de 13 heures étaient consacrées chaque semaine à la réalisation de tâches non médicales, ce qui représentait entre 22 et 33% de l'activité professionnelle de ces médecins. Ils considèrent très majoritairement que ces tâches pèsent lourdement sur leur activité professionnelle. Ainsi, il nous apparaît difficile en l'état de concevoir l'acceptation par les médecins de nouvelles tâches administratives inhérentes au tiers payant.

Un autre travail intéressant réalisé pour une thèse en 2013 montrait que l'un des principaux freins à l'installation en libéral était le temps consacré aux charges administratives pour 70 à 89 % des médecins libéraux (19) (15). Le suivi du tiers payant différé et la gestion des impayés arrivaient en bonne place dans la hiérarchisation des tâches administratives contraignantes pour le médecin. Cependant, ce résultat peut-être contre balancé par une autre donnée de cette même enquête : la gestion de la comptabilité quotidienne, qualifiée de

contraignante, inhérente au paiement à l'acte (gestion des chèques à compléter, tamponner, recompter, remettre à la banque, comptabilité de l'argent liquide en fin de journée ...).

Les difficultés qu'ont les médecins à se faire rembourser de certaines mutuelles constituent une autre source importante de difficulté. Les défauts de communications avec les organismes payeurs ont souvent été pointés du doigt par les médecins et les motifs de refus de paiement restent souvent obscurs. La complexité administrative du tiers payant constituait déjà une des craintes principales des médecins dans une étude sur la généralisation du tiers payant en Midi Pyrénées en 2016 (12).

Egalement lors du rapport de l'IGAS en 2017 (10), de nombreuses difficultés techniques notamment sur la partie AMC ont été soulevées : problème avec l'identification des droits des assurés, paiement par les AMC moins performant que celui de l'AMO et complexité du traitement des factures.

#### **4.2.5 Des impayés très rarement quantifiés**

Les résultats concernant les impayés nous ont également surpris. Déjà, très peu de médecins ont été capables de quantifier leurs impayés. Ensuite, même si les sommes étaient parfois importantes (jusqu'à 5% du chiffre d'affaire), aucun des médecins interrogés n'a considéré ses impayés comme une difficulté ou un frein dans sa pratique du tiers payant.

Ceci vient renforcer l'idée du rapport singulier à l'argent qu'ont ces médecins

#### **4.2.6 Le tiers payant intégral, un moyen de simplifier le soin**

Malgré ces nombreuses difficultés, l'intégralité des médecins se disent satisfaits par leur pratique du tiers payant intégral et souhaitent poursuivre ce type de rémunération.

Le fait d'écarter l'argent de la consultation est perçu avant tout comme un moyen de simplifier la relation de soin. L'argumentation d'inspiration psychanalytique consistant à dire que le paiement participe à l'efficacité de la prise en charge du patient (20) n'a pas été avancée par les praticiens et a même été écartée par d'autres. Les médecins s'accordent à penser que le tiers payant est vecteur d'une plus grande liberté dans leur exercice de la médecine.

Cette perception du paiement direct comme responsable d'une influence sur l'attitude du médecin et notamment son acte de prescription a été mise en évidence par les observations comparées de consultations entre des médecins néerlandais et français (21). Nous y observons la position dominante du patient à la fin de la consultation en France qui semble échanger son paiement contre la satisfaction de ce qu'il est venu chercher, par exemple une ordonnance. C'est une des explications avancées pour expliquer la plus grande fréquence de prescriptions de médicaments souvent inutiles par les médecins français par rapport aux médecins des autres pays.

#### **4.2.7 Le tiers payant intégral, un moyen de rééquilibrer le soin**

Un point positif cité par un de nos médecins et également repris par le Dr Denantes dans son ouvrage « Journal d'une généraliste d'un quartier populaire de Paris » est que la pratique du tiers payant présente aussi l'avantage de rééquilibrer l'attractivité respective des urgences hospitalières et de la médecine générale (22). Si le cabinet médical libéral bénéficie du tiers payant comme l'hôpital, un motif de recours aux urgences disparaît, dans l'intérêt sans doute de l'hôpital et de la sécurité sociale mais également du patient et même du médecin traitant qui assure la continuité des soins.

#### **4.2.8 Un tiers payant intégral déjà largement généralisé dans d'autres professions**

Plusieurs de nos médecins ont également relevé comme argument en faveur du tiers payant que beaucoup de professions para médicales pratiquent déjà le tiers payant intégral depuis plusieurs années. Ils voient dans les médecins réfractaires au tiers payant un manque de modernité et une vive opposition au changement.

En effet, selon le rapport de l'IGAS, le tiers payant intégral est pratiqué à des niveaux très variables selon les professions de santé (10). Les pharmaciens ont été précurseurs de sorte qu'ils ont une pratique généralisée du tiers payant intégral (93 % des actes). D'autres professions, comme les infirmiers et les centres de santé, pratiquent aussi le tiers payant intégral de manière importante (entre 45 et 75 % des actes). Enfin, certaines professions (médecins, chirurgiens-



dentistes) ont une pratique du tiers payant limitée aux cas obligatoires et la pratique du tiers payant intégral y est très faible (4 % pour les chirurgiens-dentistes, 7 % pour les généralistes). Il est intéressant de relever que les pharmaciens ont des recours massifs à des organismes intermédiaires de recouvrement pour la gestion du tiers payant. Les médecins nous ont signalé que le recours à ce type de dispositifs en médecine ambulatoire étaient difficilement envisageables en raison du surcoût important qu'ils représentent. Pour certains leurs coûts seraient même supérieurs aux impayés, ce qui est donc peu incitatif.

#### **4.2.9 Le souhait d'un interlocuteur unique**

En reprenant l'exemple du médecin référent qu'ils évoquent presque avec nostalgie, les médecins de notre étude prônent pour le retour d'un interlocuteur unique pour les remboursements. Les médecins considèrent que cela permettrait de simplifier grandement le fonctionnement du tiers payant et d'encourager plus de médecins à le pratiquer.

#### **4.2.10 Le risque de consumérisme médical**

Beaucoup de médecins et de patients craignent que le tiers payant provoque une augmentation importante de la consommation de soins, l'apparente gratuité des soins créant un effet d'aubaine. La thèse de Caucat B. sur « L'influence du tiers payant sur la consommation de soins ambulatoires » a montré que trois quart des médecins interrogés pensaient que le tiers payant provoquait un abus de consommation de soins (23). Les médecins de notre étude n'ont pas constaté cet effet. Une étude menée en 2000 par l'IRDES intitulée « le tiers payant est il inflationniste ? » apporte des éléments de réponse (24). Selon cette étude, le tiers payant n'est pas inflationniste par lui même. Il apparaît comme un mode de paiement socialement plus équitable. Plutôt qu'un effet inflationniste, c'est plus un effet de rattrapage qui est constaté chez des patients ayant accumulés des retards de soins au fil des années. Le rapport de l'étude date en effet de 2000, mais les données traitées datent de 1995, soit il y a presque 20 ans. Depuis, la CMU et de l'ACS ont été créées. Les auteurs de l'étude interrogés par l'institut admettent que leur mise en place a permis de « régler » l'effet de rattrapage de consommation de soins. Une autre faille réside dans son objet d'étude : les dépenses pharmaceutiques. Peut-on extrapoler ces résultats à la médecine ambulatoire ? L'IGAS recommande d'ailleurs avant toute généralisation de réaliser une étude sur les

conséquences financières de la généralisation du tiers payant pour les actes réalisés en médecine de ville.

#### **4.2.11 Le risque de déresponsabiliser le patient**

Nous avons constaté que la crainte du caractère inflationniste du tiers payant est directement liée à la crainte de la déresponsabilisation du patient par la dispense d'avance de frais. Hors, comme les médecins de notre étude, certains chercheurs considèrent que de responsabiliser les patients par l'argent est inefficace (25). D'ailleurs l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) qui a pourtant promu, dans les années 80 et 90, les politiques de responsabilisation financière des assurés, les a jugées en 2004, finalement contre-productives car elles reportaient l'accès aux soins dans le temps pour les plus démunis et entraînaient un surcoût quand ces patients sont pris en charge à un stade plus avancé de leurs pathologies (26).

Les médecins de notre panel ont aussi beaucoup insisté sur leur rôle dans l'éducation à la santé des patients. C'est au médecin qu'il appartient de responsabiliser ses patients afin d'éviter toute pratique de surconsommation. Les médecins ont évoqué la nécessité de développer les actes de prévention et d'éducation à la santé, notamment auprès des publics. On peut dans ce domaine s'accorder sur l'ambivalence des pouvoirs publics. Ces derniers reconnaissent régulièrement l'utilité pour les patients et à terme pour la maîtrise des dépenses de santé de telles priorités. Ils les mettent en place via des campagnes de sensibilisation ou développement de certains axes comme l'éducation thérapeutique, le dépistage de certaines pathologies, la mise en place des centres d'examen de santé (CES). Mais, dans le même temps, les centres de protection médicale infantile (PMI), de médecine du travail ou de médecine scolaire souffrent d'une pénurie de moyens de plus en plus marquée pour remplir des missions dont le cœur est précisément la prévention (27).

Nous rappelons aussi que le patient est tenu par les organismes obligatoires de respecter certaines règles comme le respect du parcours du soin (28). Si le patient ne respecte pas ces règles, il s'expose à une réduction de son taux de remboursement. La part remboursée sur la part AMO passe alors de 16,5 euros à 7,5 euros. Avec la pratique du tiers payant intégral, lorsque le médecin facture son acte, son remboursement est soumis aux mêmes règles. Il est alors de la responsabilité du médecin de vérifier que le patient les ait bien respectées. Cet

exemple non repris par les médecins de notre panel illustre les craintes de certains médecins de déresponsabilisation du patient par le tiers payant. En effet, certains considèrent comme injuste que ces critères de régulation des organismes obligatoires soient transposés aux médecins

#### **4.2.12 Le risque de dévaloriser la profession.**

Un certain nombre de médecins généralistes en France pensent que la généralisation du tiers payant risque de dévaloriser la profession avec l'idée que seul ce qui a un prix a de la valeur. Nos médecins s'opposent formellement à cette idée. Cette question permet de bien identifier le rapport qu'ont nos médecins à l'argent. L'argent est perçu comme un facteur venant parasiter la consultation et qui n'a rien à faire dans le soin.

Les médecins estiment que la reconnaissance de leur métier peut passer par d'autres moyens que par l'argent. Ces propos font écho au Code de Santé Publique (Art R 4127-19) qui reprend l'article 19 du code de déontologie médicale : « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce » (29). Ainsi, le tiers payant est même plutôt perçu comme pourvoyeur de valeurs. La valeur de l'échange dans le soin est très clairement mise en avant.

#### **4.2.13 Le risque de salarisation de la profession**

Les médecins généralistes dans les études sur la généralisation du tiers payant s'inquiètent également d'un risque de privatisation de la santé avec la pratique du tiers payant. Un travail en 2014 concernant « Les représentations des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant » évoque cette défiance des médecins vis à vis des organismes payeurs du fait d'un attachement fort à l'identité libérale de la médecine. Le fait que le médecin soit directement payé par les régimes obligatoires et par les complémentaires viendrait renforcer un sentiment de dépendance vis à vis de ces organismes (30).

Les médecins de notre étude estiment que leur pratique du tiers payant ne modifie pas ce rapport de dépendance qui, selon eux, est déjà fort notamment vis à vis des régimes obligatoires. En revanche, les médecins ont très peu abordé la question des liens entre médecins et mutuelles à travers le tiers payant et la dérive possible vers un système où les mutuelles auraient progressivement plus de place. Seulement un médecin a évoqué ce risque avec beaucoup de nuances.

L'idée chère à nos médecins de séparer l'argent de la consultation nous a amené à leur demander ce qu'ils pensaient du salariat des médecins généralistes.

L'évocation de systèmes de rétribution comme le salariat, a donné lieu à l'expression d'une critique du paiement à l'acte. Les principales critiques du paiement à l'acte évoquées par les médecins de l'étude quant à la qualité des soins témoignent d'une réalité économique établie : le caractère inflationniste du paiement à l'acte par l'induction de consultations non nécessaires pour le patient ou de surprescriptions afin de fidéliser la patientèle. Ceci a pu être constaté lors d'études sur les comportements des médecins en cas de variations marquées de la densité médicale locale (31). On peut toutefois remarquer que ces travaux témoignent de phénomènes ayant lieu dans les années 1990-début des années 2000. Les problématiques de répartition des médecins sur le territoire étaient différentes de celles actuelles et la réforme du médecin traitant, qui incite le patient à consulter toujours le même médecin, n'avait pas encore été mise en place.

C'est toute l'ambivalence des médecins de notre étude qui a été révélée par la question sur le salariat : s'ils sont facilement opposés au paiement à l'acte, ils ne se disent pas prêts pour autant à un exercice salariat pur. Les médecins nous confient se sentir comme déjà « quasi salariés » des régimes obligatoires par l'intermédiaire notamment du conventionnement, par l'intermédiaire des ROESP et des paiements au forfait ou par les contrôles des régimes obligatoires. Ils sont cependant attachés à leur indépendance et à leur liberté d'organisation et de gestion.

Dans notre étude, la médecine est considérée comme un métier singulier et peu compatible avec l'exercice en salariat. Nous constatons que dans le dévouement qu'elle exige, la fonction du médecin est élevée au rang de sacerdoce. Le médecin se doit notamment de rester disponible sur des plages horaires larges, ce qui serait incompatible avec un salariat. La question de la rémunération est aussi pour beaucoup de nos médecins un élément qui n'a rien à faire dans les débats sur la médecine.

Le paiement à l'acte lui-même n'apparaît donc plus comme le mode de paiement incontournable et exclusif notamment auprès des jeunes générations de médecins qui acceptent plus facilement la diversification des modes de rémunération. Il est d'ailleurs intéressant de relever que l'exercice médical exclusivement libéral se révèle être aujourd'hui minoritaire puisqu'il représente 46 % des médecins contre 43% des médecins qui sont salariés et 12% qui ont une activité mixte. 63 % des nouveaux médecins sont salariés, soit une proportion nettement plus élevée que parmi l'ensemble des médecins en exercice (43 %). Les jeunes médecins libéraux ou mixtes exercent pour les deux tiers d'entre eux en tant que remplaçants (32).

#### **4.2.14 Le risque de fraudes**

Le risque de l'augmentation des fraudes professionnelles par la pratique du tiers payant a été très peu abordé. Un seul médecin a évoqué le risque d'abus et de surfacturation du nombre d'actes de la part de praticiens peu scrupuleux. L'IGAS en 2013 s'est intéressé à cette problématique (33). Un certain nombre de directeurs de CPAM ont estimé que dès lors que la facturation s'effectue en tiers payant, il existe un risque accru que le médecin facture des actes inexistantes, le tiers payant induisant potentiellement une moindre vigilance de la part du patient sur ses relevés de soins. Cette analyse, au sens de la mission, est toutefois affaiblie par l'absence de données permettant d'isoler la part représentée par l'utilisation du tiers payant dans la fraude professionnelle et permettant d'en mesurer l'évolution dans le temps en fonction des taux de tiers payant. La CNAMTS a indiqué utiliser le tiers payant pour repérer des comportements suspects de fraudes lorsque les indicateurs en montrent une utilisation statistiquement aberrante. A titre d'exemple, le programme de contrôle lancé en 2011 concernant les médecins généralistes réalisant un grand nombre d'actes en tiers payant a abouti au ciblage de 21 médecins et à la constatation d'actes fictifs dans 4 cas, d'un non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels dans 5 cas, et d'un abus d'acte dans un cas. La CNAMTS considère que si le tiers payant « peut faciliter, tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, certains mécanismes de fraude », il n'est pas en lui-même générateur d'un risque d'occurrence accrue de certains types de pratiques, parmi lesquels les doubles paiements, les fausses factures ou actes fictifs et la facturation d'actes annulés par le patient. La généralisation du tiers payant priverait dès lors la CNAMTS d'une entrée en termes de détection de la fraude professionnelle.

Nous pensons que ce risque sera d'autant plus limité que les patients continueront à contrôler leurs relevés de soins.

#### **4.2.15 Le retour des patients**

Concernant le retour des patients, une thèse soutenue en 2017 à Angers sur la représentation des patients sur la généralisation du tiers payant (34) a permis de montrer que la plupart des patients interrogés n'envisageaient pas de changement dans la relation avec leur médecin traitant. L'idée de faciliter l'accès aux soins pour les personnes en difficulté financière

paraissait acceptée. Mais la plupart des patients craignait une diminution de la disponibilité de leur praticien. Ce temps alloué par le médecin semble beaucoup compter pour les patients, ce que remarquait d'ailleurs Winckler M. dans l'un de ses textes : « Dans la réalité, de nombreux patients déplorent le fait que les médecins généralistes et spécialistes ne possèdent aucune de ces qualités et surtout, qu'ils ne leur consacrent pas le temps et l'attention qu'ils attendent d'eux. Le manque de temps nécessaire à l'écoute constitue ainsi le grief le plus fréquent » (35). Une étude anglaise de 2002 avait d'ailleurs montré un lien statistiquement significatif entre la satisfaction des patients et la durée estimée de leurs consultations (36).

Les représentations des patients sur les bénéficiaires actuels du tiers payant sont dichotomiques (37) : d'une part les patients en ALD, AT-MP et maternité bénéficiant de la reconnaissance de leur pathologie par la société, d'autre part les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU qui semblent stigmatisés de par la vision péjorative d'une prise en charge par la société de leurs difficultés financières concernant la santé. On peut penser que la généralisation du tiers payant pourrait atténuer cette différence de perception des mesures de tiers payant.

### **4.3 DISCUSSION DES RÉSULTATS**

A la lecture de ces résultats, c'est d'abord la lourdeur administrative du tiers payant qui nous a interpellé, à tel point que 9 médecins sur 12 ont fini par s'affranchir des contrôles des remboursements. Nous avons trouvé que la multiplicité ainsi que le manque d'homogénéité des mutuelles complexifient grandement le tiers payant et limitent les garanties de paiement. Nous avons été aussi surpris par le manque de lisibilité dans la lecture des remboursements qui, selon nous, nécessite aussi des ajustements.

Les impayés, quand ils ont été quantifiés, vont de 2 à 5% suivant les médecins. Cependant ce résultat est difficilement généralisable du fait que trop peu de médecins ont su répondre à cette question.

Sur le plan idéologique, la pratique du tiers payant intégral est un projet séduisant en élargissant l'accès aux soins et pour la simplification de la relation de soin qu'il apporte en supprimant la notion d'argent dans la consultation.

L'idée du paiement direct du médecin par les organismes payeurs, sans passer par un intermédiaire qu'est le patient, nous paraît en soi plus cohérent. Le concept même pour le patient de « payer » pour être « remboursé » derrière nous semble en soi exclure une certaine forme de logique.

Cependant, en l'état actuel, la pratique du tiers payant intégral de façon généralisée nous paraît fastidieuse et dure à faire accepter à des médecins généralistes déjà très pris sur le plan administratif.

Ainsi, le tiers payant intégral nous apparaît véritablement généralisable qu'à condition d'un payeur unique. Un seul interlocuteur permettrait en effet de simplifier les démarches administratives et de limiter les impayés.

## **5.CONCLUSION**

La pratique du tiers payant intégral n'est pas encore obligatoire en France. Cependant, certains médecins le pratiquent déjà depuis plusieurs années. Il s'agit très souvent d'anciens médecins qui avaient participé au projet médecin référent dans les années 2000. Ce système permettait aux praticiens de pratiquer déjà du tiers payant intégral. Avec une nouvelle convention et la suppression du système médecin référent, plusieurs de ces médecins ont souhaité conserver ce type de rémunération.

A travers la dispense d'avance des frais de la consultation, les médecins expriment d'abord leur souhait de faciliter l'accès aux soins pour tous leurs patients. En effet, encore trop de patients renonceraient à aller consulter pour des raisons financières. Ensuite, beaucoup de ces médecins, du fait d'une gêne vis à vis de l'argent, voient dans le tiers payant intégral un moyen d'écarter l'argent de la consultation.

L'intégralité des médecins se dit satisfait du tiers payant intégral qui leur permet à la fois de simplifier la relation médecin-patient au seul soin ainsi que d'alléger leur comptabilité.

Les médecins de notre étude bousculent également les idées reçues concernant le tiers payant : le tiers payant ne favoriserait ni le consumérisme médical, ni la dévalorisation de la profession ni la dépendance vis à vis des organismes payeurs.

La pratique du tiers payant n'est pas pour autant un long fleuve tranquille. La lourdeur administrative du tiers payant complexifie le tiers payant et limite les garanties de paiement.

Une éventuelle généralisation du tiers payant intégral soulève aussi une problématique non évoquée par nos médecins. Nous pouvons imaginer que le tiers payant pourrait stigmatiser les patients qui n'ont pas d'assurance complémentaire. Selon l'enquête de l'IRDS de 2014, près de 5% des français déclaraient ne pas en avoir (7). La généralisation de la complémentaire d'entreprise entrée en vigueur en 2016 a peu changé cette situation. Selon une enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) (37) actualisée en 2019, le taux de non couverts n'auraient en effet baissé que d'1 point. Il s'agit souvent de patients précaires « trop riches » pour bénéficier de la CMUC ou de l'ACS et qui n'arrivent pas



ou plus à financer une complémentaire. En cas de tiers payant intégral, les médecins devront-ils, en fin de consultation, demander aux patients les plus fragiles, qui n'ont pu accéder à une complémentaire, de verser les 7,5 euros d'AMC qu'ils ne demandent plus aux autres patients ?

Au total, en raison de sa complexité technique et administrative, le tiers payant intégral apparaît difficilement généralisable en l'état actuel. L'instauration d'un interlocuteur unique permettrait de rendre recevable le tiers payant intégral au reste des médecins généralistes.

Un travail de recherche complémentaire pourrait être entrepris ultérieurement afin d'étudier d'autres modes de rémunération alternatifs des médecins généralistes tels que le salariat ou le partage d'honoraires dans des centres de soins.

## **6. BIBLIOGRAPHIE**

1. Le portail du service public de la Sécurité sociale. L'histoire de la Sécurité Sociale en quelques dates clés. [en ligne]  
<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>
2. Code de la sécurité sociale. - Article L322-2 et L322-3. [en ligne]  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_1c/LEGIARTI000031699837/2021-03-10](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_1c/LEGIARTI000031699837/2021-03-10)
3. Améli.fr. Le ticket modérateur. 2019. [en ligne]  
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/ticket-moderateur>
4. Améli.fr. Tiers payant : modalités et règles de facturation. 2020. [en ligne]  
<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tiers-payant-modalites-regles-facturation/tiers-payant-modalites-regles-facturation>
5. Napolier F. Tiers payant généralisé. Egora. 2015 ; (46) :19.
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé-Edition 2020. [en ligne]  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>
7. Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES). Enquête sur la santé et la protection sociale. 2014. [en ligne]  
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>
8. Revil H, Bailly S. Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de généralisation des PFIDASS. 2018. [en ligne]  
[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic\\_descriptif\\_du\\_renoncement\\_aux\\_soins\\_-\\_vague\\_2\\_-\\_vd.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic_descriptif_du_renoncement_aux_soins_-_vague_2_-_vd.pdf)

9. Amar J. Tiers payant : état des lieux sur son application et avis sur sa généralisation. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : spécialité médecine générale : Strasbourg : 2014 ;188. [en ligne]  
[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)
10. Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Evaluation de la généralisation du tiers payant. 2017. [en ligne]  
<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf>
11. Berret F. Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord-Pas-de-Calais. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : spécialité médecine générale : Lille : 2015.
12. Liquière A. Pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées : une enquête auprès de 181 médecins généralistes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : spécialité médecine générale : Toulouse : 2016 ; 1043.
13. Frappé P. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Edition 2011.
14. Girard B. Comparaison du score de raisonnement analogique clinique et du score EPICES pour repérer les patients à risque d'inégalité sociale de santé en médecine générale. Thèse d'exercice : Med : Aix-Marseille II : 2011.
15. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F, Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, questions d'économie de la santé n°170, novembre 2011.
16. Bourgueil Y, Jusot F, Leuleu H. Comment les soins primaires peuvent ils contribuer à réduire les inégalités de Santé. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2012 [en ligne]  
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>  
*Consulté le 7 juillet 2020.*

17. Jusot F, Carré B, Wittwer J. Réduire les barrières financières à l'accès aux soins. Revue Française d'économie. 2019 [en ligne]  
<https://www-cairn-info.docelec.u-bordeaux.fr/revue-francaise-d-economie-2019-1-page-133.htm#re1no1>
18. Prunières J. Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto questionnaire. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Montpellier : 2018. [en ligne]  
[https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:504197&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3AABIU\\_MEMOIRES%3A2245&file=2018\\_Prunieres\\_Jean-Baptiste.pdf](https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:504197&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3AABIU_MEMOIRES%3A2245&file=2018_Prunieres_Jean-Baptiste.pdf)
19. Toussaint E. Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : Reims : 2013
20. Richard F, Levy G, Chabert C et al. Le travail du psychanalyste en psychothérapie. Paris : Dunod ; 2005. 278 p.
21. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays bas. In : Singuliers généralistes. Bloy G, Schweyer F, Trépos J et al. Paris : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP); 2010. 117-131.
22. Denantes M. Le tiers payant en médecine générale. Journal d'une généraliste d'un quartier populaire de Paris. Les tribunes de la santé. 2015 ; (48) : 57. [en ligne]  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2015-3-page-57.htm>
23. Caucat B. Influence du tiers payant sur la consommation de soins ambulatoires, enquête auprès des médecins généralistes. Thèse d'exercice : Med : paris XII (Créteil) : 2001.

24. Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES). Le tiers payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé. 2000. [en ligne]  
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1296.pdf>
25. Laude A. Le patient entre responsabilité et responsabilisation. Les tribunes de la santé. 2013 ; (41) : 86. [en ligne]  
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-4-page-79.htm?contenu=article>
26. Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE). Vers des systèmes de santé plus performants. Le Projet de l'OCDE sur la santé. 2004. [en ligne]  
<https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/31785614.pdf>
27. Chauvin B. Représentation des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant : étude qualitative. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : spécialité médecine générale : Bordeaux : 2014 ;169.
28. Service-public.fr. Ticket modérateur, forfait et franchises (Sécurité Sociale). 2019 [en ligne]  
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F165>
29. Code de déontologie médicale : Article R 4127-19. 2019 [en ligne]  
<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
30. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité : rapport au premier ministre. 2013. [en ligne]  
[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport\\_officiel-aline\\_archimbaud%5B1%5D.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf)
31. Dormont B, Samson A. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des médecins généralistes : les enseignements de quelques études économétriques pour la France. Revue française des affaires sociales. 2011 ; (2-3) : 173-174

32. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Démographie des professionnels de santé. 2018. [en ligne]  
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf)
33. Inspection générale des affaires sociales (IGAS) : Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. 2013 [en ligne]  
[http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P\\_Tiers\\_payant\\_DEF.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P_Tiers_payant_DEF.pdf)
34. Khirallah -Meftah N, Capelle R, Plancke H. Représentations des patients sur la généralisation du tiers payant en consultation de médecine générale. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine : spécialité médecine générale : Angers : 2017.
35. Winckler M. La crise de la médecine générale. Tribune de la Santé. 2009;(22):67-74.
36. Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract. déc 2002;52(485):1004-6.
37. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). La complémentaires santé : acteurs, bénéficiaires, garanties.2019. [en ligne]  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12-11.pdf>

## **7.ANNEXE**

### **Annexe 1 : Guide d'entretien**

Bonjour, il s'agit d'un travail de thèse sur le type de rémunération des médecins généralistes et notamment sur ceux pratiquant le tiers payant intégral et généralisé en région Aquitaine par entretien individuel.

Les modes de rémunérations sont souvent des sujets récurrents autour de la santé comme en témoignent les débats passés autour du projet de loi Touraine sur la généralisation du tiers payant en 2017.

L'entretien sera enregistré si vous acceptez bien sûr, mais il reste parfaitement confidentiel et anonyme.

#### **Thèmes abordés :**

##### **1) Type d'exercice pratiqué**

Nous vous proposons d'aborder d'abord une question d'ordre général qui me permettra de mieux vous connaître :

Seriez vous d'accord pour m'expliquer, vos conditions d'exercice actuelles :

type de patientèle, niveau socio-économique de la patientèle âge, durée d'installation, exercice seul ou en groupe, type d'exercice avant.

##### **2) Pratique du TPG :**

Quel type de rémunération pratiquez vous auprès de vos patients ?

Depuis quand ?

Quels patients cela concerne-t-il ?

##### **3) Les motivations**

Au vu des différents types de rémunération, quelles étaient vos motivations initiales à pratiquer le tiers payant intégral ? Comment en êtes-vous venu à pratiquer ce type de rémunération (proposé par des collègues ? vu faire ?)

##### **4) Fonctionnement**

Comment cela fonctionne-t-il ?

En pratique ça se passe comment ?

(Modalités pratiques d'entrée des mutuelles, une fois ? ou à chaque consultation ?, paramétrage, logiciel...)

Et quand les patients changent de mutuelles ? comment cela se passe-t-il ?

Comment contrôlez vous les remboursements ?

Combien de temps cela vous prend-il ?

### **5) Les satisfactions**

Maintenant que vous le pratiquez depuis X années, Qu'est ce qui vous plait dans la pratique du tiers payant intégral ?

### **6) Les difficultés/ limites**

Quelles (autres) difficultés avez-vous rencontré ?

Arrivez vous à quantifier vos impayés ? Qu'est ce que cela représente pour vous ?

Qu'est ce que vous pensez des comportements des patients depuis que vous le pratiquez ?

Que pensez vous de l'idée que cela peut augmenter une certaine forme de consumérisme médical une augmentation des comportements inappropriés des patients (augmentation de la fréquence des consultations et augmentation du nombre de consultations injustifiées) ?

Que pensez de l'idée de dévalorisation de votre profession de ne pas être payé directement par votre patient ?

Qu'est ce que vous pensez quand à la crainte de certains médecins d'avoir le sentiment d'être plus dépendant des caisses d'assurance maladie et organismes de remboursements complémentaires du fait de la pratique du tiers payant intégral ?

Que pensez vous de l'orientation vers le salariat des médecins généralistes libéraux ?



Comment procédez vous lors de vos remplacements ? (Comment procèdent vos remplaçants et vos collaborateurs ? Cela pose t-il des difficultés ?)

**7) Le retour des patients**

D'après vous, comment vos patients le perçoivent-ils ?

**8) Conclusion**

Concernant le tiers payant intégral, avez vous des choses à ajouter ?

## Annexe 2 : Les critères COREQ

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.**

N°	Item	Guide questions/description
<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>

### **Domaine 2 : Conception de l'étude**

#### Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie

Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?  
*Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu*

#### Sélection des participants

10. Échantillonnage

Comment ont été sélectionnés les participants ? *Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige*

11. Prise de contact

Comment ont été contactés les participants ?  
*Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel*

12. Taille de l'échantillon

Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

13. Non-participation

Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?

#### Contexte

14. Cadre de la collecte de données

Où les données ont-elles été recueillies ?  
*Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail*

15. Présence de non-participants

Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

16. Description de l'échantillon

Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?  
*Par exemple : données démographiques, date*

#### Recueil des données

17. Guide d'entretien

Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

18. Entretiens répétés

Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

19. Enregistrement audio/visuel

Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

20. Cahier de terrain

Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (*focus group*) ?

**Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).**

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ( <i>focus group</i> ) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

## **8. RESUME**

**Contexte :** Le projet de loi visant à instaurer le tiers payant généralisé obligatoire a finalement été supprimé en 2017. Un grand nombre de médecins généralistes sont opposés à sa mise en place. Cependant, certains pratiquent déjà le tiers payant généralisé de façon intégrale, soit l'absence totale d'avance des frais pour tous leurs patients.

**Objectif :** Déterminer et décrire les motivations, les satisfactions et les difficultés ressenties des médecins généralistes pratiquant le tiers payant intégral généralisé en Aquitaine.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes libéraux en Aquitaine pratiquant le tiers payant généralisé intégral. Après saturation théorique des données, une analyse du verbatim intégralement retranscrit a fait émerger des catégories significatives.

**Résultats :** 12 entretiens ont été réalisés. Les médecins pratiquent le tiers payant généralisé intégral principalement pour faciliter l'accès aux soins pour tous et pour écarter l'argent de la consultation. Les médecins se disent satisfaits du tiers payant intégral qui leur permet à la fois de simplifier la relation médecin-patient au seul soin ainsi que d'alléger leur comptabilité. Les difficultés principales du tiers payant intégral résident dans sa lourdeur administrative et les difficultés de paiement par les mutuelles. En revanche, le tiers payant ne favoriserait ni le consumérisme médical, ni la dévalorisation de la profession ni la dépendance vis à vis des organismes payeurs.

**Conclusion :** En raison de sa complexité technique et administrative, le tiers payant intégral apparaît difficilement généralisable en l'état actuel. L'instauration d'un interlocuteur unique permettrait de rendre recevable le tiers payant intégral au reste des médecins généralistes.

## **9.ABSTRACT**

**Background:** The bill to introduce mandatory generalized third-party payment system was finally scrapped in 2017. A large number of general practitioners were opposed to its implementation. However, some already practice the generalized third-party payment system in a complete way, i.e. the total absence of advance payment for all their patients.

**Objective:** To determine and describe the motivations, satisfactions and difficulties experienced by general practitioners practicing the generalized third-party payment system in Aquitaine.

**Method:** Qualitative study by semi-directed interviews with private general practitioners in Aquitaine practicing the integral generalized third-party payment system. After theoretical saturation of the data, an analysis of the transcribed verbatim revealed significant categories.

**Results:** 12 interviews were conducted. Doctors practice the integral generalized third-party payment system mainly to facilitate access to care for all and to remove money from the consultation. Doctors say they are satisfied with the integral third-party payment system, which allows them to simplify the doctor-patient relationship for the sole purpose of care, as well as to lighten their accounting. The main difficulties with the full third-party payment system are its administrative burden and the difficulties of payment by mutual insurance companies. On the other hand, third-party payment does not encourage medical consumerism, the devaluation of the profession or dependence on paying organizations.

**Conclusion:** Because of its technical and administrative complexity, integral third-party payment system is difficult to generalize in its current state. The introduction of a single contact person would make integral third-party payment system acceptable to the rest of the general practitioners.

## **10. 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 leurs 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 sont 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.*

**Contexte :** Le projet de loi visant à instaurer le tiers payant généralisé obligatoire a finalement été supprimé en 2017. Un grand nombre de médecins généralistes sont opposés à sa mise en place. Cependant, certains pratiquent déjà le tiers payant généralisé de façon intégrale, soit l'absence totale d'avance des frais pour tous leurs patients.

**Objectif :** Déterminer et décrire les motivations, les satisfactions et les difficultés ressenties des médecins généralistes pratiquant le tiers payant intégral généralisé en Aquitaine.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes libéraux en Aquitaine pratiquant le tiers payant généralisé intégral. Après saturation théorique des données, une analyse du verbatim intégralement retranscrit a fait émerger des catégories significatives.

**Résultats :** 12 entretiens ont été réalisés. Les médecins pratiquent le tiers payant généralisé intégral principalement pour faciliter l'accès aux soins pour tous et pour écarter l'argent de la consultation. Les médecins se disent satisfaits du tiers payant intégral qui leur permet à la fois de simplifier la relation médecin-patient au seul soin ainsi que d'alléger leur comptabilité. Les difficultés principales du tiers payant intégral résident dans sa lourdeur administrative et les difficultés de paiement par les mutuelles. En revanche, le tiers payant ne favoriserait ni le consumérisme médical, ni la dévalorisation de la profession ni la dépendance vis à vis des organismes payeurs.

**Conclusion :** En raison de sa complexité technique et administrative, le tiers payant intégral apparaît difficilement généralisable en l'état actuel. L'instauration d'un interlocuteur unique permettrait de rendre recevable le tiers payant intégral au reste des médecins généralistes.

## **Practice of generalized third-party payment system by general practitioners in Aquitaine: a study of 12 general practitioners.**

**Background:** The bill to introduce mandatory generalized third-party payment system was finally scrapped in 2017. A large number of general practitioners were opposed to its implementation. However, some already practice the generalized third-party payment system in a complete way, i.e. the total absence of advance payment for all their patients.

**Objective:** To determine and describe the motivations, satisfactions and difficulties experienced by general practitioners practicing the generalized third-party payment system in Aquitaine.

**Method:** Qualitative study by semi-directed interviews with private general practitioners in Aquitaine practicing the integral generalized third-party payment system. After theoretical saturation of the data, an analysis of the transcribed verbatim revealed significant categories.

**Results:** 12 interviews were conducted. Doctors practice the integral generalized third-party payment system mainly to facilitate access to care for all and to remove money from the consultation. Doctors say they are satisfied with the integral third-party payment system, which allows them to simplify the doctor-patient relationship for the sole purpose of care, as well as to lighten their accounting. The main difficulties with the full third-party payment system are its administrative burden and the difficulties of payment by mutual insurance companies. On the other hand, third-party payment does not encourage medical consumerism, the devaluation of the profession or dependence on paying organizations.

**Conclusion:** Because of its technical and administrative complexity, integral third-party payment system is difficult to generalize in its current state. The introduction of a single contact person would make integral third-party payment system acceptable to the rest of the general practitioners.

**DISCIPLINE :** Médecine générale

**MOTS CLES :**

- |                                     |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. Tiers payant intégral généralisé | 5. Dépendance mutuelles |
| 2. Accès aux soins                  | 6. Interlocuteur unique |
| 3. Consumérisme médical             | 7. Salariat             |
| 4. Dévalorisation profession        | 8. Comptabilité         |

**UNIVERSITE DE BORDEAUX**, 146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux .