

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2014

N° : 188

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**  
Diplôme d'Etat  
D.E.S. de Médecine Générale

**PAR**

AMAR Julien  
Né le 28 mai 1981 à Strasbourg

**Titre de la Thèse**

**TIERS PAYANT : ETAT DES LIEUX SUR SON APPLICATION ET AVIS SUR SA  
GENERALISATION**

A partir d'une enquête informatique auprès de 4 208 médecins

Président de thèse : Professeur Jacques KOPFERSCHMITT

Directeur de thèse : Docteur Claude BRONNER

## TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                 | <b>19</b> |
| <b>L'ENQUÊTE .....</b>                                    | <b>22</b> |
| I) <b>MATERIEL ET METHODES.....</b>                       | <b>22</b> |
| A.  Protocole d'étude .....                               | 22        |
| 1)  Choix du sujet .....                                  | 22        |
| 2)  Elaboration du questionnaire.....                     | 24        |
| 3)  Recrutement.....                                      | 25        |
| 4)  Modalités d'envoi .....                               | 25        |
| 5)  Le questionnaire.....                                 | 26        |
| B.  Recueil des données .....                             | 30        |
| C.  Analyse des commentaires libres .....                 | 30        |
| D.  Type d'étude .....                                    | 31        |
| II) <b>RESULTATS .....</b>                                | <b>32</b> |
| A.  Population étudiée .....                              | 32        |
| 1)  Sexe et âge.....                                      | 32        |
| 2)  Spécialité.....                                       | 33        |
| 3)  Répartition géographique .....                        | 35        |
| B.  Activité et structure .....                           | 36        |
| 1)  Activité .....  | 36        |
| 2)  Secrétariat sur place .....                           | 36        |
| 3)  Ancien médecin référent .....                         | 36        |
| 4)  Pratique en établissement .....                       | 37        |
| 5)  Année d'installation en libéral .....                 | 37        |
| 6)  Actes de permanence de soins .....                    | 37        |
| 7)  Pourcentage d'activité de soins en libéral .....      | 38        |
| C.  Pratique personnelle du tiers payant .....            | 39        |
| 1)  Pour les situations obligatoires .....                | 39        |
| 2)  Pour les patients à 100%, non obligatoire (ALD) ..... | 40        |
| 3)  Pour les actes de permanence de soins .....           | 40        |

|   |    |
|---|----|
| 4) Quand les patients n'ont pas de quoi payer .....   | 40 |
| 5) Avec la mutuelle quand cela fonctionne avec la carte vitale.....   | 41 |
| 6) Avec la mutuelle sans garantie de paiement .....   | 41 |
| D. Modalités de contrôle du tiers payant .....  | 42 |
| 1) Par les médecins eux-mêmes.....  | 43 |
| 2) Par le secrétariat .....   | 43 |
| 3) Par le service comptable de la clinique .....  | 43 |
| 4) Par un service de recouvrement des créances .....  | 44 |
| E. Opinion sur la proposition de généralisation du tiers payant .....   | 45 |
| F. Opinion vis-à-vis d'un tiers payant « idéal » .....  | 47 |
| G. Opinion sur la proposition de la FMF .....   | 48 |
| H. Opinion sur l'action lancée par l'UFML .....   | 50 |
| I. Comparaison référents/non référents .....  | 51 |
| J. Analyse thématique des commentaires.....   | 52 |
| 1) Opinions sur le tiers payant.....  | 53 |
| a) Items négatifs.....  | 54 |
| b) Items positifs.....  | 66 |
| c) Commentaires redondants/inutilisables.....   | 73 |
| 2) Commentaires sur l'action à mener .....  | 75 |
| III) DISCUSSION .....   | 80 |
| A. Forces et faiblesses de l'enquête.....   | 80 |
| B. Principaux éléments de l'enquête .....   | 82 |
| 1) Principaux freins à l'application et la généralisation du tiers payant .....   | 82 |
| a) Freins logistiques/techniques .....  | 83 |
| b) Freins philosophiques.....   | 84 |
| 2) Principaux arguments en faveur du tiers payant et de sa généralisation.....  | 85 |
| a) Arguments logistiques/techniques : .....   | 85 |
| b) Arguments philosophiques .....   | 86 |
| 3) Pratique du tiers payant, modalités de contrôle, opinion sur la généralisation du tiers payant et sur la proposition de la FMF ..... | 86 |
| C. Comparaison des données avec la littérature .....  | 91 |
| 1) Population .....   | 91 |

|   |            |
|---|------------|
| 2) Pratique du tiers payant .....   | 93         |
| a) Pour les situations « de droit » et le patients en ALD .....                         | 94         |
| b) Pour les autres situations, en dehors des patients en difficultés financières :..... | 96         |
| 3) Tiers payant et lourdeurs administratives .....                                      | 98         |
| 4) Tiers payant et impayés/délai de paiement.....                                       | 103        |
| 5) Tiers payant et inflation de la consommation de soins de santé .....                 | 105        |
| 6) Tiers payant et accès aux soins .....  | 112        |
| 7) Tiers payant, paiement à l'acte, statut libéral de la médecine.....                  | 117        |
| 8) Tiers payant et aspect psychanalytique de l'échange d'argent .....                   | 126        |
| <b>CONCLUSION .....</b>   | <b>131</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>   | <b>136</b> |
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>   | <b>141</b> |

## **INTRODUCTION**

Le système de soins français fonctionne traditionnellement en tiers garant. En vertu de ce principe, l'assuré avance les frais en payant directement le médecin, puis se fait rembourser par ses assurances obligatoire et complémentaire. Il est à noter que ce système de rémunération des médecins est minoritaire dans l'ensemble des pays analogues à la France du point de vue de la santé(1)(2)(3).

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.

D'abord proposé pour les actes les plus coûteux (4), puis pour les ménages les plus modestes, le tiers payant est actuellement régi par la loi et par la convention médicale. Par effet de la loi, il s'applique de droit pour les patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) (5) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) (6), les victimes d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (7), les frais d'hospitalisation (8), certains actes de prévention (9), les examens et soins réalisés dans les centres de santé et de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (10) et les sapeurs pompiers volontaires pour des accidents survenus en service (11). Par effet de la convention médicale, il s'applique aux bénéficiaires de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS) (12), aux actes de

plus de 120 euros (13), dans le cadre de la permanence de soins (14) et dans des situations particulières (chez l'ancien médecin référent, en cas d'accords locaux spécifiques...). Le tiers payant est ainsi pratiqué aujourd'hui dans presque 35% des actes de médecine de ville (15).

Toutefois, il existe une importante disparité dans son application, s'expliquant par la façon dont il est inscrit dans la convention nationale : « *les parties conventionnelles conviennent de permettre **punctuellement**, pour les patients qui le nécessiteraient, la dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant* » (16). S'il est généralisé pour les actes de pharmacie, très largement pratiqué par certaines spécialités (radiologie, biologie médicale), le tiers payant est utilisé de façon beaucoup plus aléatoire pour les actes de soins primaires. Seuls 14,2% des actes chez le généraliste en secteur 1, hors ménages modestes et Affection Longue Durée (ALD), font l'objet de tiers payant (15).

Dans un souci d'homogénéisation et afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales propose de généraliser le tiers payant en médecine de ville à l'horizon 2017 (17). Cette proposition soulève un certain nombre de questionnements voire de réprobations de la part des médecins. Le tiers payant est devenu un sujet brûlant de l'actualité médicale. De nombreux articles issus de la presse médicale se sont ainsi emparés du sujet, tandis que les syndicats médicaux ont pris position (souvent à l'encontre de sa généralisation) et que l'ordre des médecins a fait entendre sa voix (18). Pourtant, comme le met en évidence l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans un rapport datant de juillet 2013 (15), le tiers payant a fait l'objet de peu d'études récentes.

C'est dans ce contexte qu'en octobre 2013, la Fédération des Médecins de France (FMF) a soumis par internet auprès de médecins un questionnaire portant sur le tiers payant et sa généralisation.

Notre objet d'étude porte donc sur les résultats de cette enquête.

L'objectif principal de notre travail est de cerner la pratique courante du tiers payant chez les médecins, d'identifier leurs réticences ou au contraire les bénéfices qu'ils voient dans son application et sa généralisation et de comprendre les enjeux sous-jacents. Cette enquête permet d'actualiser et d'apporter des données supplémentaires sur un sujet particulièrement sensible dans le milieu médical.

L'objectif secondaire est d'établir un parallèle entre les principaux arguments des médecins et les données de la littérature, afin de proposer une base de réflexion permettant d'enrichir le débat sur sa future généralisation.

Dans une première partie, nous aborderons le matériel et les méthodes utilisés pour concevoir cette enquête, puis en seront présentés les résultats bruts dans une seconde partie. Enfin, dans un troisième titre, seront discutées les forces et faiblesses de l'enquête, dont les apports seront analysés et comparés avec la littérature existante.

# L'ENQUÊTE

## I) MATERIEL ET METHODES

### A. Protocole d'étude

#### 1) Choix du sujet

Le 5 Novembre 2013, j'ai rencontré mon directeur de thèse, le Dr Bronner, qui m'a proposé d'analyser les données d'une enquête élaborée pour le compte de la FMF (syndicat de médecins dont il est le vice-président) portant sur le tiers payant et sa généralisation. Je ne suis pas intervenu dans l'élaboration du questionnaire.

En tant que médecin généraliste remplaçant depuis presque trois ans exclusivement dans le Bas-Rhin, ma pratique du tiers payant se résume à celle des praticiens que je remplace. Certains l'utilisent systématiquement, d'autres l'appliquent pour les situations de droit et pour les patients impécunieux ; la plupart des médecins le pratiquent quasi systématiquement pour les patients en ALD.

Il est à noter que la région Alsace présente un régime local spécifique. Ainsi le tiers payant est appliqué de façon plus systématique que dans d'autres régions de France.

D'un point de vue logistique, en tant que remplaçant n'ayant pas à gérer les retours de la caisse, le tiers payant me pose rarement problème. Il m'oblige à manipuler de la petite monnaie, ce qui est parfois contraignant en début de semaine (nécessité d'avoir un fond de caisse avec des petites pièces), mais se révèle plus pratique en fin de remplacement. En effet on se retrouve alors avec une centaine d'euros en monnaie, contre parfois plus d'un millier

sans tiers payant (somme que l'on hésite moins à laisser sur place ou à donner à un associé). Je n'ai jamais eu de retour direct de problèmes de comptabilité de la part des praticiens que je remplace. Cependant, certains m'ont mis en garde en cas de non respect par le patient de son parcours de soins ou de droits non à jour, et préfèrent faire passer le tiers payant systématiquement en urgence pour éviter les impayés.

Il m'est arrivé en particulier de me retrouver en difficulté sur la part complémentaire, par exemple lorsque je réclamais au patient 2,30 ou 6,90 euros et que celui-ci me soutenait qu'il ne payait jamais rien. Cela s'expliquait certainement par l'absence de saisie des données de sa mutuelle. Ce type de situation peut se révéler assez complexe et chronophage. J'y remédiais alors en remplissant une feuille de soins papier, les patients n'ayant pas de quoi régler.

Le tiers payant s'avère particulièrement intéressant, voire quasi indispensable, pour les personnes âgées en maison de retraite, à qui il est parfois impossible de réclamer directement de l'argent pour des raisons cognitives.

D'un point de vue philosophique, la relation d'argent avec le patient ne me dérange pas, pas plus que la dispense d'avance de frais qui facilite certainement l'accès aux soins pour les plus défavorisés. Pour certaines consultations, notamment celles qui prennent peu de temps pour plusieurs membres d'une même famille (vaccins, renouvellement de pilule...), cela peut s'avérer plus facile de demander, par exemple, 6,90 euros que 69 euros.

Il est difficile en tant que remplaçant de se faire une opinion quant à l'éventuelle surconsommation de soins qu'entraînerait le tiers payant. Je peux cependant constater l'existence d'un certain consumérisme médical, d'une médicalisation importante de la santé

auxquels il m'apparaît que le tiers payant ne pourrait mécaniquement que participer. De plus, les patients ne savent pas toujours comment fonctionne le système de soins et ont pour certains d'entre eux l'impression de « payer avec la carte verte ». Ils sont ainsi parfois offusqués de devoir régler 23 euros, par exemple en cas de problème de saisie. Il faut alors leur rappeler qu'il ne s'agit que d'une avance de frais. La pédagogie s'avère fondamentale.

En réalité, je me posais jusqu'alors peu de questions sur le tiers payant. C'est en travaillant sur ce sujet que j'ai cerné les enjeux fondamentaux qu'il soulevait sur le système de santé en général et sur la profession médicale en particulier. Le tiers payant se retrouve en fait à la croisée de nombreuses disciplines : économie, sociologie, histoire, anthropologie et psychanalyse.

Ce travail passionnant qui allait être le mien s'est en outre avéré être au cœur d'une actualité brûlante.

## **2) Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été entièrement élaboré par la FMF, syndicat créé en 1968 à la suite d'une scission avec la CSMF (19)(20). La FMF insiste sur l'aspect libéral de la profession médicale. Sa position sur le tiers payant est claire : opposée à sa généralisation, elle n'est pas contre son application « *à la libre appréciation du médecin en accord avec son patient* » et sous certaines conditions (mise en place d'un guichet unique, simplification des démarches, absence de charges administratives ou de coût supplémentaire pour le médecin).

Meher Trabelsi, informaticien à l'*Espace Médecine* de Strasbourg, a réalisé la mise en page du questionnaire. Le questionnaire a été validé par les 222 médecins du forum du syndicat avant sa mise en ligne.

### **3) Recrutement**

Nous avons bénéficié de l'accès à la liste des adresses mail de l'*Espace Médecine* où figurent les médecins ne refusant pas de recevoir des courriers électroniques de la part de l'association. Cette liste de coordonnées, déclarées à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), s'est constituée à partir :

- des formulaires d'inscription aux actions de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles,
- des fiches de renseignement des formateurs,
- des formulaires d'inscription en ligne aux formations,
- des sites web des pages jaunes, du conseil national de l'ordre des médecins et de la sécurité sociale.

### **4) Modalités d'envoi**

Le 13 Octobre 2013, un premier lien a été envoyé via l'*UGé Zapping No81*, la communication d'Union Généraliste.



13 OCTOBRE 2013 N°81

TIERS PAYANT ET ACTION D'AUTOMNE : VOTRE AVIS  
COMPTE

**ENQUÊTE TIERS-PAYANT** On a beaucoup parlé de la généralisation du tiers payant et les réactions ont été nombreuses. Nous vous proposons de répondre à une enquête qui dépasse le simple cadre du pour ou contre et rentre un peu dans les détails, tout en vous permettant de vous exprimer. N'hésitez pas à répondre au **QUESTIONNAIRE SUR LE TIERS-PAYANT** en cliquant sur le lien (il sera aussi envoyé par un message à part). C'est aussi le moment de donner votre avis sur une éventuelle action des libéraux en cette fin d'année 2013 : votre avis est capital.

Un mail de relance a été envoyé le 18 Octobre 2013. Au total, les mails ont été envoyés à 37 659 adresses, dont un certain nombre ne sont pas parvenus à leur destinataire (boîte mail saturée, adresse incorrecte ou n'existant plus, problème technique).

## 5) Le questionnaire

Le mail invite les médecins à se connecter sur le site en cliquant directement sur le lien faisant apparaître le questionnaire.

Aucune réponse n'est obligatoire pour pouvoir valider l'envoi.

Les réponses sont anonymes.

Les questions sont à choix fermé, mais deux espaces de commentaires libres permettent aux médecins de nuancer leurs réponses ou d'ajouter des items non proposés dans la liste.



## Tiers payant



Chères Consoeurs, chers confrères,

La Ministre de la Santé vient d'annoncer un grand plan santé. Un de plus. Pour ceux qui sont curieux du contenu de l'annonce, il est résumé en [Stratégie Nationale de Santé en 10 pages que vous pouvez consulter](#).

La seule mesure réellement concrète que nous découvrons dans ce document est celle-ci et seulement les caractères en gras : « Lutte contre les inégalités d'accès aux soins : généraliser la couverture complémentaire en santé, agir sur les dépassements d'honoraires et **généraliser le tiers payant en médecine de ville** »

Cette généralisation est prévue pour 2017 et nul ne sait ce que recouvre « techniquement » cette affirmation.

On rappellera que le tiers payant est actuellement régi par la loi et par la convention ([surtout articles 5 à 11](#)) . Il est obligatoire par la loi pour les CMU, AME, ACS (pour la part sécu), accidents du travail et maladies professionnelles.

Il est autorisé par la convention pour tous les actes supérieurs à 120 € et prévu par la même convention sans limite de valeur pour les patients exonérés du ticket modérateur (patients en ALD et quelques autres situations)

On notera que le tiers payant au bon vouloir du médecin est inscrit de la manière suivante dans la convention : « *les parties conventionnelles conviennent de permettre **ponctuellement**, pour les patients qui le nécessiteraient, la dispense d'avance de frais selon l'appréciation du médecin traitant* ».

Si la FMF avait été suivie lors de la négociation conventionnelle, ce « ponctuellement » n'aurait pas existé car nous pensons qu'il faut laisser la liberté de contractualisation entre le médecin et son patient. *On résumerait la pratique du tiers payant en 3 lignes alors que cela représente plusieurs pages dans la convention :*

*Le tiers payant est obligatoire pour les patients en CMU, AME, ACS..., au choix du patient pour les actes supérieurs à 120 € et il est laissé à la libre appréciation du médecin en accord avec son patient pour toutes les autres situations.*

Il nous a paru essentiel d'interroger les médecins sur leur pratique, leurs attentes et leurs craintes, voire intolérances face au sujet du tiers payant.

| Votre profil |   |             |                      |
|--------------|---|-------------|----------------------|
| Sexe         | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin | Code postal | <input type="text"/> |
| Age          | <input type="text"/>  | Spécialité  | <input type="text"/> |

| Activité et structure  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Activité   | <input type="radio"/> Installé seul<br><input type="radio"/> En association<br><input type="radio"/> Remplaçant                    | Pratique en établissement                 | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| Secrétaire sur place (au moins une partie du temps de travail) | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   | Année d'installation en libéral           | <input type="text"/>                                   |
| % d'activité de soins en libéral                               | <input type="radio"/> < 25 %<br><input type="radio"/> 25 à 50 %<br><input type="radio"/> 50 à 75 %<br><input type="radio"/> > 75 % | Je fais des actes de permanence des soins | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| J'ai été médecin référent                                      | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non   |   |  |

| Pratique personnelle du tiers payant  |   |
|---|---|
| Je pratique le tiers payant pour les situations obligatoires (CMU, AT...)             | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant pour les patients à 100 %, non obligatoire (ALD)          | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant pour les actes de permanence de soins                     | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant quand mes patients n'ont pas de quoi me payer             | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant avec Mutuelle quand ça marche avec la Carte Vitale        | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant avec Mutuelle même si je n'ai pas la garantie de paiement | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |

**Commentaires sur MA pratique du tiers payant**

| Mes modalités de contrôle du tiers payant réalisé |   |
|---|---|
| Je contrôle le paiement de mes tiers payant       | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |

**Mon opinion sur le tiers payant et la proposition de Marisol Touraine de le rendre obligatoire et généralisé en 2017**

*Parmi les propositions suivantes, je note mon accord ou mon désaccord*

|   |   |
|---|---|
| C'est une proposition qui me convient dans la situation actuelle                                | <input type="radio"/> Accord <input type="radio"/> Pas d'accord |
| C'est une proposition qui me convient à la condition que les problèmes techniques soient réglés | <input type="radio"/> Accord <input type="radio"/> Pas d'accord |
| C'est une proposition démagogique   | <input type="radio"/> Accord <input type="radio"/> Pas d'accord |
| Il faut changer de ministre   | <input type="radio"/> Accord <input type="radio"/> Pas d'accord |

**Mon opinion vis à vis d'un tiers payant idéal**

On fait un rêve et on se dit qu'en 4 ans (d'ici à 2017) le gouvernement, particulièrement efficace, aura réglé tous les problèmes politiques et techniques et que le tiers payant roule : le médecin facture en une opération, il est payé rubis sur l'ongle en une opération et il est destinataire d'un relevé d'opérations limpide !

|   |  |
|---|--|
| Dans ce cas j'accepte le tiers payant pour les actes pris en charge à 100% (100% secu ou 100% sécu + complémentaires)         | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| Dans ce cas j'accepte le tiers payant pour les actes non pris en charge à 100% et je perçois directement le ticket modérateur | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |

**Mon opinion sur la proposition de la FMF concernant le tiers payant : « A part les situations obligatoires dans la loi, liberté d'accord entre le médecin et le patient et guichet unique avec paiement intégral garanti si on fait le tiers payant »**

- D'accord avec cette proposition  
 En désaccord avec cette proposition

**N'hésitez pas à préciser votre point de vue**

**L'UFML veut lancer une action pour dire stop à la généralisation du tiers payant. Elle propose une journée de grève des soins le 2 décembre.**

|   |  |
|---|--|
| Etes vous prêts à vous y associer ?   | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| Que vous ayez répondu oui ou non, seriez vous partant pour faire une journée de grève de la télétransmission (feuilles de soins papier, pas report d'envoi) pour un coup de semonce ? | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |

**Autre proposition**

## B. Recueil des données

Grâce au travail de l'informaticien, les réponses de chaque médecin ont été converties en données analysables par un tableur : l'ensemble des réponses se présente sous forme de tableau, avec une ligne par personne contenant toutes les réponses données. Le tableau s'incrémente au fur et à mesure.

## C. Analyse des commentaires libres

Les commentaires libres des médecins répondants ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. Il s'agit d'un examen systématique et méthodique des données brutes d'un texte consistant à les décomposer en unités élémentaires, les classifier, et les interpréter. Cette transformation permet de simplifier et de réarranger les données afin de les rendre compréhensibles de façon globale, compte-tenu des objectifs de recherche. Après plusieurs lectures des commentaires, l'analyse thématique<sup>1</sup> a permis de classer des unités de sens<sup>2</sup>, de synthétiser et de hiérarchiser des thèmes afin d'établir une grille de codage. L'analyse des commentaires a fait l'objet d'une thématization continue, qui consiste en l'identification des thèmes et la construction de la grille de codage au fur et à mesure des lectures des verbatim, de façon progressive. La grille de codage n'a ainsi été achevée qu'à la fin de l'analyse. L'analyse des commentaires a été faite de façon manuscrite. Aucun logiciel informatique n'a été utilisé. Elle n'a pas fait l'objet de relecture de la part d'un tiers.

---

<sup>1</sup> **Analyse thématique** : analyse de contenu consistant à découper transversalement tous les entretiens sous forme de codes, catégories et thèmes, afin de produire des modèles explicatifs de pratiques, de représentations ou d'opinions.

<sup>2</sup> **Unité de sens** : encore appelée unité d'analyse ou d'enregistrement. C'est l'unité de signification à coder qui peut être de nature et de taille variable, comme un mot, une phrase ou un ensemble de phrases.

## **D. Type d'étude**

Il s'agit donc d'une étude descriptive et analytique à partir du questionnaire élaboré par la FMF.

Une partie de ce questionnaire est composée de questions fermées à choix multiples.

Celle-ci fait l'objet d'une analyse quantitative et descriptive de la pratique du tiers payant et de l'opinion des médecins sur sa généralisation. Elle s'attache à répondre à la question « comment ? ».

Trois lots de commentaires libres font l'objet d'une analyse qualitative. Etudiés selon la méthode de l'analyse thématique continue, ils permettent de cerner les arguments qui sous-tendent la pratique du tiers payant et l'opinion sur sa généralisation. Cette partie analytique et qualitative de l'enquête s'attache à répondre à la question « pourquoi ? ».

## II) RESULTATS

Le questionnaire était disponible en ligne jusqu'au 24 Octobre 2013, soit durant 11 jours.

4 477 lignes de réponses ont été créées dans le tableau de recueil de données dont on a retiré les lignes blanches et les doublons.

Au total, 4 208 réponses ont été traitées soit un taux de réponses s'élevant à 11,17 %.

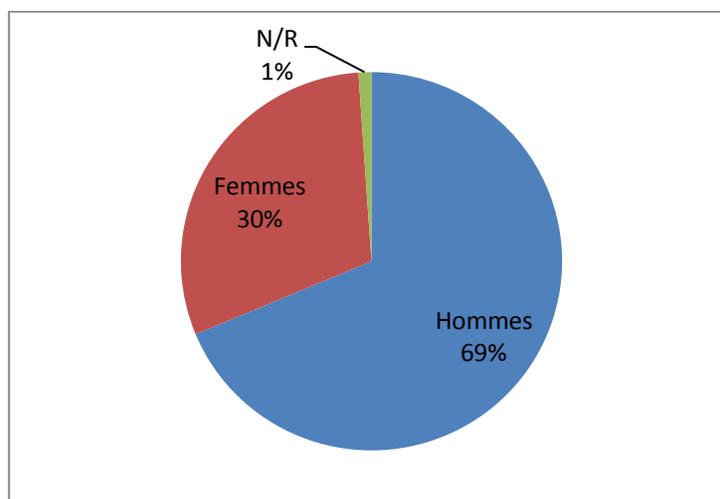
### A. Population étudiée

#### 1) Sexe et âge

The image shows a screenshot of a web form titled "Votre profil". It contains several input fields: "Sexe" with radio buttons for "Masculin" and "Féminin", "Code postal" with a text input field, "Age" with a text input field, and "Spécialité" with a dropdown menu.

L'échantillon est composé de 68,7 % d'hommes et 30,2 % de femmes. 1,1 % des répondants n'ont pas renseigné cet item. L'âge moyen des répondants est de 50,2 ans.

**Figure 1 : Répartition des répondants en fonction du sexe**



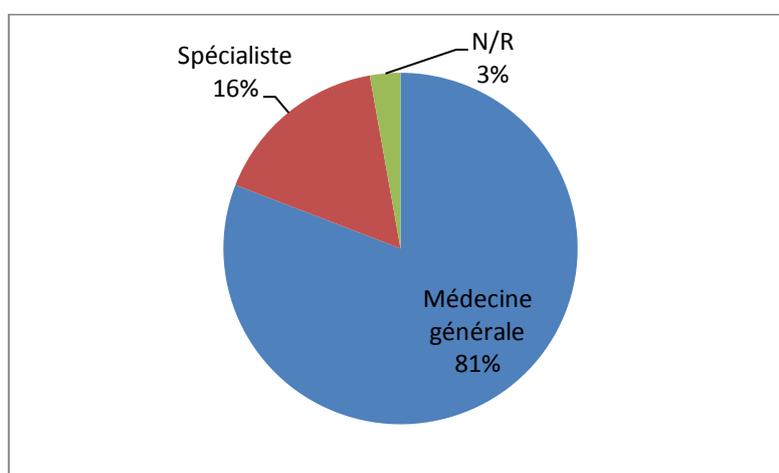
## 2) Spécialité

80,89 % des médecins répondants sont des généralistes (35,22 % ont spécifié « qualifié en médecine générale », 45,67 % ayant spécifié « médecine générale »).

16,33 % sont des spécialistes non généralistes.

2,78 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 2 : Répartition des répondants en fonction de leur spécialité**



Les spécialités se répartissent selon le tableau suivant:

**Tableau 1 : Répartition des spécialités des médecins répondants**

| Spécialité                                | Effectif | Pourcentage |
|---|----------|-------------|
| Ophthalmologie                            | 109      | 16 %        |
| Gynécologie                               | 64       | 9,4 %       |
| ORL                                       | 60       | 8,8 %       |
| Psychiatrie                               | 45       | 6,7 %       |
| Dermatologie-vénérologie                  | 43       | 6,3 %       |
| Chirurgie orthopédique et traumatologique | 42       | 6,2 %       |
| Pédiatrie                                 | 36       | 5,3 %       |
| Rhumatologie                              | 31       | 4,6 %       |

|  |            |              |
|--|------------|--------------|
| Pathologie cardio-vasculaire             | 28         | 4 %          |
| Anesthésiologie réanimation              | 18         | 2,6 %        |
| Chirurgie urologique                     | 16         | 2,3 %        |
| Chirurgie générale                       | 15         | 2,2 %        |
| Radiologie                               | 15         | 2,2 %        |
| Gastro-entérologie                       | 14         | 2 %          |
| Endocrinologie                           | 13         | 1,9 %        |
| Homéopathie/Acupuncture                  | 13         | 1,9 %        |
| Neurologie                               | 12         | 1,6 %        |
| Stomatologie                             | 11         | 1,6 %        |
| Pneumologie                              | 11         | 1,6 %        |
| Angiologie                               | 11         | 1,6 %        |
| Médecine du sport/ostéopathie            | 8          | 1,2 %        |
| Médecine physique et réadaptation        | 8          | 1,2 %        |
| Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | 7          | 1 %          |
| Gériatrie                                | 7          | 1 %          |
| Médecin à exercice particulier           | 6          | 0,9 %        |
| Nutrition                                | 6          | 0,9 %        |
| Chirurgie plastique et reconstructrice   | 6          | 0,9 %        |
| Allergologie                             | 6          | 0,9 %        |
| Anatomie pathologique                    | 3          | 0,4 %        |
| Chirurgie pédiatrique                    | 3          | 0,4 %        |
| Néphrologie                              | 3          | 0,4 %        |
| Addictologie                             | 2          | 0,3 %        |
| Médecine interne                         | 2          | 0,3 %        |
| Urgentiste                               | 2          | 0,3 %        |
| Douleur                                  | 1          | 0,2 %        |
| Médecine nucléaire                       | 1          | 0,1 %        |
| Médecin conseil                          | 1          | 0,1 %        |
| Médecine de montagne                     | 1          | 0,1 %        |
| Pédopsychiatrie                          | 1          | 0,1 %        |
| Hématologie                              | 1          | 0,1 %        |
| Neurochirurgie                           | 1          | 0,1 %        |
| Dentiste                                 | 1          | 0,1 %        |
| Oncologie/Radiothérapie                  | 1          | 0,1 %        |
| <b>Total</b>                             | <b>685</b> | <b>100 %</b> |

### 3) Répartition géographique

Au niveau géographique, la répartition des médecins répondants est la suivante :

**Tableau 2 : Répartition géographique des médecins répondants**

| Région               | Effectif    | Pourcentage |
|----------------------|-------------|-------------|
| Ile-de-France        | 579         | 13,9 %      |
| PACA                 | 440         | 10,6 %      |
| Alsace               | 410         | 9,8 %       |
| Rhône-Alpes          | 389         | 9,3 %       |
| Bretagne             | 326         | 7,8 %       |
| Languedoc-Roussillon | 305         | 7,2 %       |
| Nord-Pas-de-Calais   | 283         | 6,8 %       |
| Midi-Pyrénées        | 221         | 5,2 %       |
| Pays de Loire        | 177         | 4,3 %       |
| Centre               | 156         | 3,7 %       |
| Aquitaine            | 152         | 3,6 %       |
| Picardie             | 124         | 2,9 %       |
| Lorraine             | 112         | 2,7 %       |
| Haute-Normandie      | 90          | 2,2 %       |
| Basse-Normandie      | 76          | 1,8 %       |
| Franche-Comté        | 60          | 1,4 %       |
| Bourgogne            | 58          | 1,3 %       |
| Outre-Mer            | 50          | 1,2 %       |
| Auvergne             | 42          | 1 %         |
| Poitou-Charentes     | 35          | 0,8 %       |
| Champagne-Ardennes   | 34          | 0,8 %       |
| Corse                | 29          | 0,7 %       |
| Limousin             | 22          | 0,5 %       |
| <b>Total</b>         | <b>4170</b> | <b>100%</b> |

## B. Activité et structure

| Activité et structure  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Activité   | <input type="checkbox"/> Installé seul<br><input type="checkbox"/> En association<br><input type="checkbox"/> Remplaçant                       |  | Pratique en établissement<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non                    |
| Secrétaire sur place<br>(au moins une partie<br>du temps de travail) | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   |  | Année d'installation<br>en libéral <input type="text"/>  |
| % d'activité de soin<br>en libéral                                   | <input type="checkbox"/> < 25 %<br><input type="checkbox"/> 25 à 50 %<br><input type="checkbox"/> 50 à 75 %<br><input type="checkbox"/> > 75 % |  | Je fais des actes de<br>permanence des soins<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| J'ai été médecin<br>réfèrent   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non   |  |  |

### 1) Activité

53,5 % des médecins répondants sont installés en association, 42,9 % sont installés seuls et 2,2 % sont des médecins remplaçants.

Ils sont 1,3 % à ne pas avoir renseigné cet item.

Le nombre moyen d'associés par cabinet est de 2,54.

### 2) Secrétariat sur place

Ils sont 49,3 % à avoir un secrétariat sur place, contre 48,6 % qui n'en ont pas. 2,1 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

### 3) Ancien médecin réfèrent

70,4 % des médecins répondants n'ont pas été médecins référents. 22,6 % l'ont été.

Cet item est inapplicable pour 6,9 % des répondants.

#### 4) Pratique en établissement

70,1 % n'ont pas de pratique en établissement, contre 24,8 % qui en ont une.

5,2 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

#### 5) Année d'installation en libéral

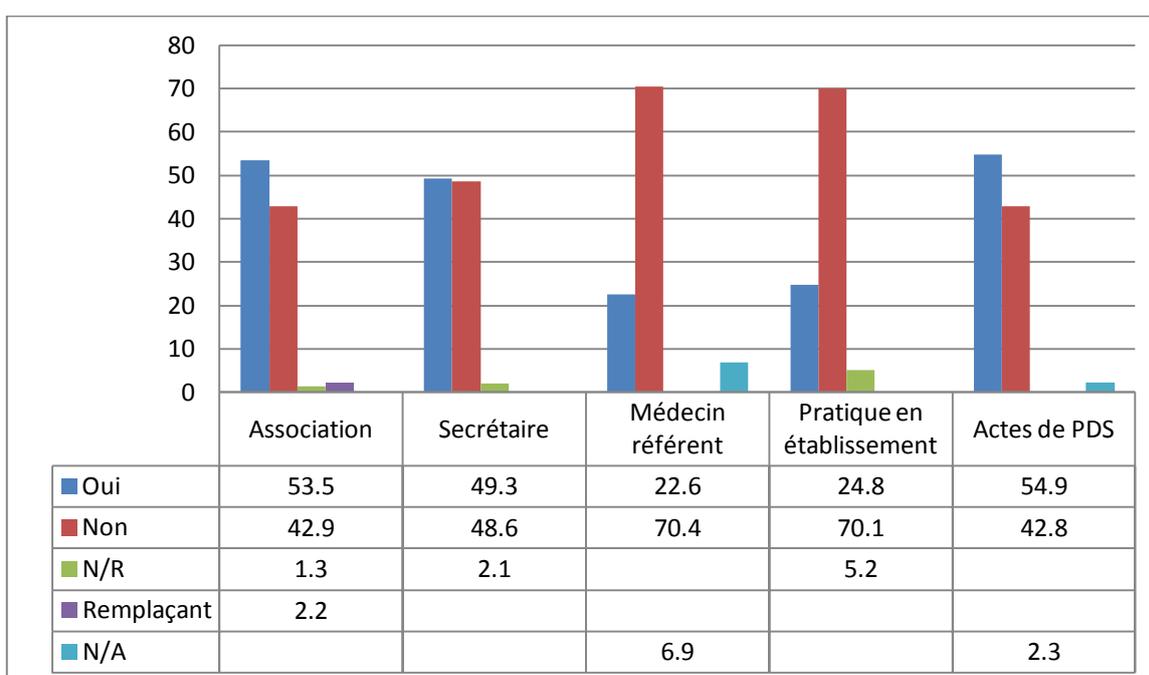
L'année moyenne d'installation en libéral des médecins répondants est 1991.

#### 6) Actes de permanence de soins

54,9 % des répondants effectuent des actes de permanence de soins, contre 42,8 % qui n'en font pas.

Cet item est inapplicable pour 2,3 % des répondants.

**Figure 3 : Récapitulatif des résultats « activité et structure »**



## 7) Pourcentage d'activité de soins en libéral

91,9 % exercent plus de 75 % de leur activité en libéral.

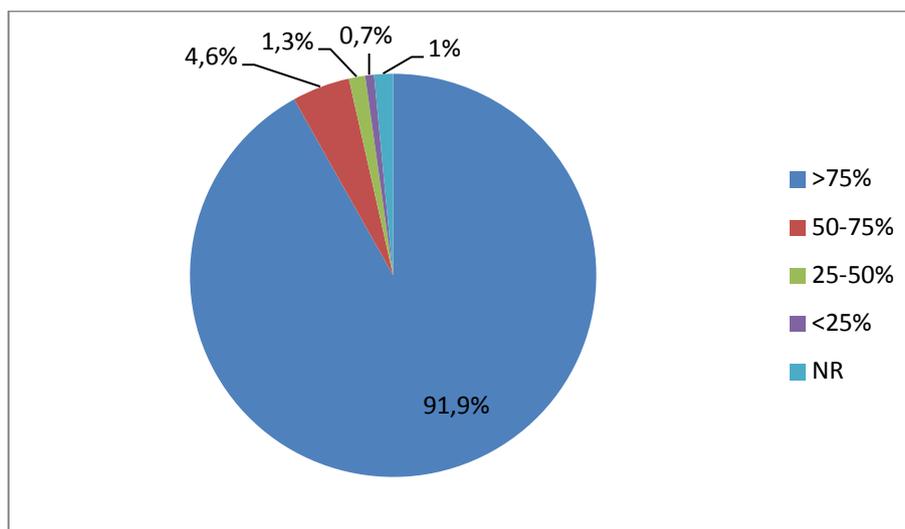
Pour 4,6 % d'entre eux, la part d'exercice libéral se situe entre 50 et 75 %.

Pour 1,3 % d'entre eux la part d'exercice libéral se situe entre 25 et 50 %.

Ils sont 0,7 % à exercer moins de 25 % de leur activité en libéral.

1,5 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 4 : Répartition des taux d'activités de soins en libéral des répondants**



## C. Pratique personnelle du tiers payant

| Pratique personnelle du tiers payant  |   |
|---|---|
| Je pratique le tiers payant pour les situations obligatoires (CMU, AT...)             | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant pour les patients à 100 %, non obligatoire (ALD)          | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant pour les actes de permanence de soins                     | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant quand mes patients n'ont pas de quoi me payer             | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant avec Mutuelle quand ça marche avec la Carte Vitale        | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |
| Je pratique le tiers payant avec Mutuelle même si je n'ai pas la garantie de paiement | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |

### 1) Pour les situations obligatoires

Pour les situations obligatoires, 87,6 % des médecins répondants effectuent systématiquement le tiers payant, 6,6 % le pratiquent très fréquemment, 2,8 % le pratiquent fréquemment.

1,7 % le pratiquent rarement dans ces conditions, 0,7 % ne le font jamais.

1,1 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

## **2) Pour les patients à 100 %, non obligatoire (ALD)**

Pour les patients à 100 % mais sans obligation de faire le tiers payant (patients en ALD), 14,6 % des médecins répondants effectuent systématiquement le tiers payant, 23,6 % le pratiquent très fréquemment, 24 % le font fréquemment.

24 % le font rarement dans ces conditions, 12,9 % ne le font jamais.

1 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

## **3) Pour les actes de permanence de soins**

Pour les actes de permanence de soins, 6,9 % des médecins répondants effectuent systématiquement le tiers payant, 7,5 % le pratiquent très fréquemment, 12,1 % le font fréquemment.

23,5 % le font rarement dans ces conditions, 36,3 % ne le font jamais.

13,6 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

## **4) Quand les patients n'ont pas de quoi payer**

Quand les patients n'ont pas de quoi payer, 29,9 % des médecins répondants effectuent systématiquement le tiers payant, 19,4 % le pratiquent très fréquemment, 19,9 % le font fréquemment.

17,8 % le font rarement dans ces conditions, 11,5 % ne le font jamais.

1,4 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

## **5) Avec la mutuelle quand cela fonctionne avec la carte vitale**

7,1 % des médecins répondants effectuent systématiquement le tiers payant avec la mutuelle quand ils sont sûrs que cela fonctionne avec la carte vitale, 6,9 % le pratiquent très fréquemment, 8,4 % fréquemment.

18,3 % le font rarement dans ces conditions, 58,1 % ne le font jamais.

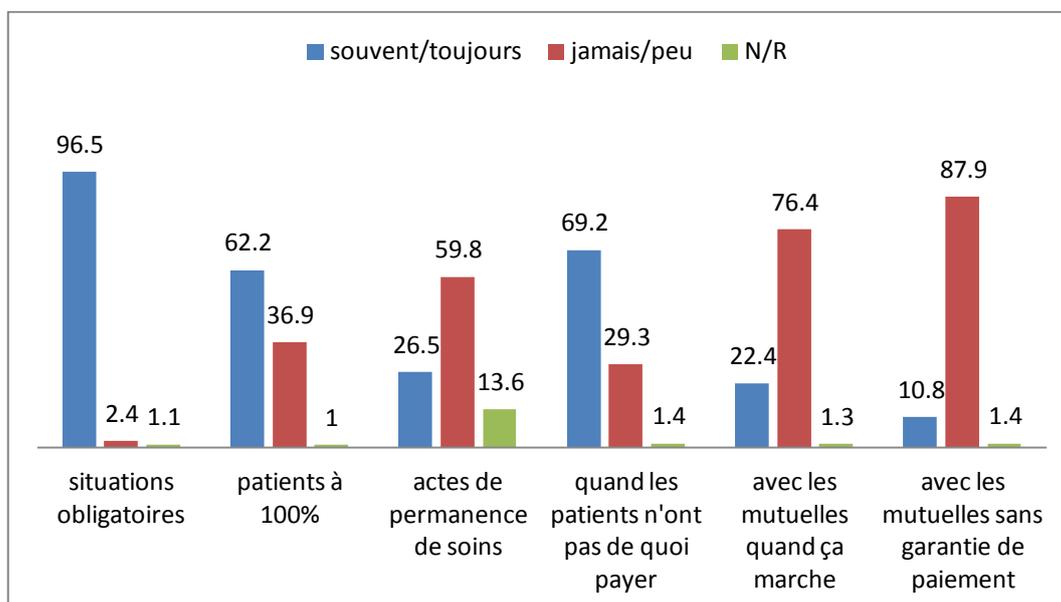
1,3 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

## **6) Avec la mutuelle sans garantie de paiement**

1,5 % des médecins répondants effectuent systématiquement le tiers payant avec la mutuelle sans avoir de garantie de paiement, 3,3 % le pratiquent très fréquemment, 6 % le font fréquemment.

17,2 % le font rarement dans ces conditions, 70,7 % ne le font jamais.

1,4 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 5 : Récapitulatif des résultats « Pratique personnelle du tiers payant »**

## D. Modalités de contrôle du tiers payant

| Mes modalités de contrôle du tiers payant réalisé |   |
|---|---|
| Je contrôle le paiement de mes tiers payant       | <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Fréquemment <input type="radio"/> Très fréquemment <input type="radio"/> Toujours |

22,1 % ne contrôlent jamais le paiement de leurs tiers payant, 28,4 % le font rarement, 13,3 % le font fréquemment, 7,7 % le font très fréquemment, et 26,7 % le contrôlent systématiquement.

1,7 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

Ceux qui ont répondu autre chose que jamais sont maintenant invités à compléter.

### **1) Par les médecins eux-mêmes**

51,6 % des médecins répondants effectuent systématiquement par eux-mêmes le contrôle de leur tiers payant, 3,5 % le font très fréquemment, 8,2 % le contrôlent fréquemment.

23 % font ce contrôle rarement, 10,6 % ne le font jamais.

### **2) Par le secrétariat**

Le contrôle de paiement du tiers payant est effectué par le secrétariat systématiquement chez 11,9 % des répondants, très fréquemment pour 2,8 % d'entre eux, et fréquemment pour 3,6%. 4,9 % font rarement intervenir le secrétariat, 37,5 % ne le font jamais.

Pour 33,7 % des répondants, cet item est inapplicable. 5,6 % ne l'ont pas renseigné.

### **3) Par le service comptable de la clinique**

Le contrôle de paiement du tiers payant est fait par le service comptable de la clinique systématiquement chez 1,6 % des médecins répondants, très fréquemment chez 0,4 % d'entre eux, et fréquemment chez 0,4 %.

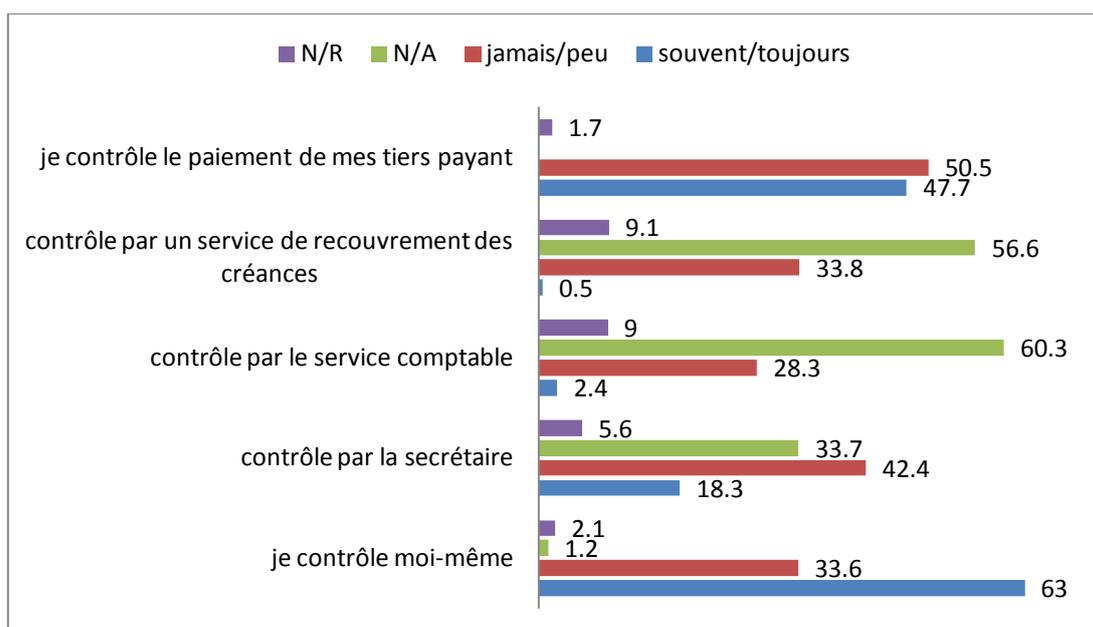
0,8 % font rarement intervenir le service comptable, et 27,5 % ne le font jamais. Pour 60,3% des répondants, cet item est inapplicable. 9 % ne l'ont pas renseigné.

#### 4) Par un service de recouvrement des créances

Le contrôle de paiement du tiers payant est fait par un service de recouvrement des créances systématiquement chez 0,3 % des médecins répondants, très fréquemment chez 0,1 % d'entre eux, et fréquemment chez 0,1 %.

1 % font rarement intervenir le service de recouvrement des créances, 32,8 % ne le font jamais. Pour 56,6 % des répondants, cet item est inapplicable. 9,1 % ne l'ont pas renseigné.

**Figure 6 : Récapitulatif des résultats « Contrôle du tiers payant »**



## E. Opinion sur la proposition de généralisation du tiers payant

| <b>Mon opinion sur le tiers payant et la proposition de Marisol Touraine de le rendre obligatoire et généralisé en 2017</b><br><i>Parmi les propositions suivantes, je note mon accord ou mon désaccord</i> |   |
|---|---|
| C'est une proposition qui me convient dans la situation actuelle  | <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Pas d'accord |
| C'est une proposition qui me convient à la condition que les problèmes techniques soient réglés   | <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Pas d'accord |
| C'est une proposition démagogique   | <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Pas d'accord |
| Il faut changer de ministre   | <input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Pas d'accord |

83,2 % des médecins répondants sont en désaccord avec la proposition de généralisation du tiers payant dans la situation actuelle. Elle convient pour 12,7 % d'entre eux.

4,1 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

60,5 % restent en désaccord avec cette proposition même si les problèmes techniques sont réglés. 36,1 % des médecins adhèrent à la proposition si les problèmes techniques sont réglés.

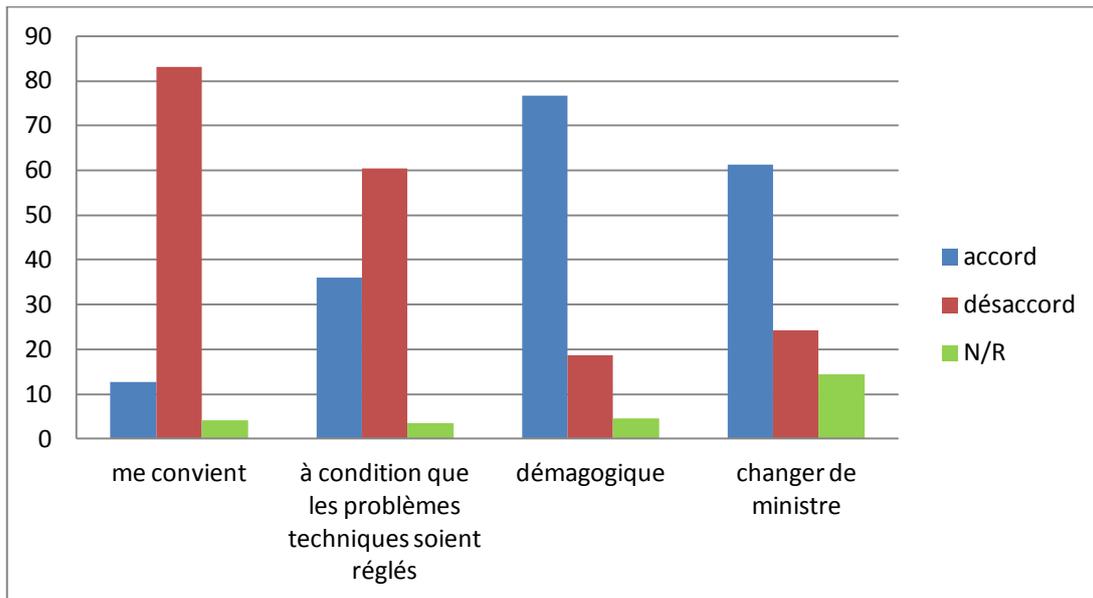
3,4 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

76,8 % trouvent cette proposition de généralisation démagogique, contre 18,6 % qui ne le pensent pas.

4,6 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

61,3 % pensent qu'il faut changer de ministre, contre 24,2 % qui ne le pensent pas. 14,5 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 7 : Récapitulatif des résultats « Opinion sur la généralisation du tiers payant »**



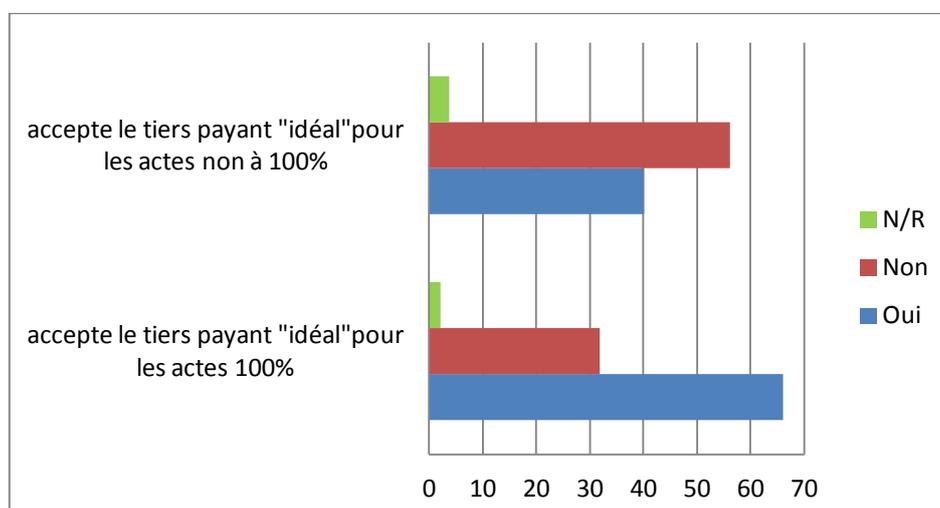
## F. Opinion vis-à-vis d'un tiers payant « idéal »

| Mon opinion vis à vis d'un tiers payant idéal   |  |
|---|--|
| On fait un rêve et on se dit qu'en 4 ans (d'ici à 2017) le gouvernement, particulièrement efficace, aura réglé tous les problèmes politiques et techniques et que le tiers payant roule : le médecin facture en une opération, il est payé rubis sur l'ongle en une opération et il est destinataire d'un relevé d'opérations limpide ! |  |
| Dans ce cas j'accepte le tiers payant pour les actes pris en charge à 100% (100% secu ou 100% sécu + complémentaires)   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| Dans ce cas j'accepte le tiers payant pour les actes non pris en charge à 100% et je perçois directement le ticket modérateur   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |

66 % des médecins répondants acceptent ce tiers payant « idéal » pour les actes pris en charge à 100 %, contre 31,9 % qui ne le pratiqueraient pas. 2,1 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

Ils sont 40,2 % à accepter ce tiers payant « idéal » pour les actes non pris en charge à 100%, contre 56,1 % qui ne le pratiqueraient pas. 3,7 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 8 : Récapitulatif des résultats « Opinion vis-à-vis d'un tiers payant idéal »**



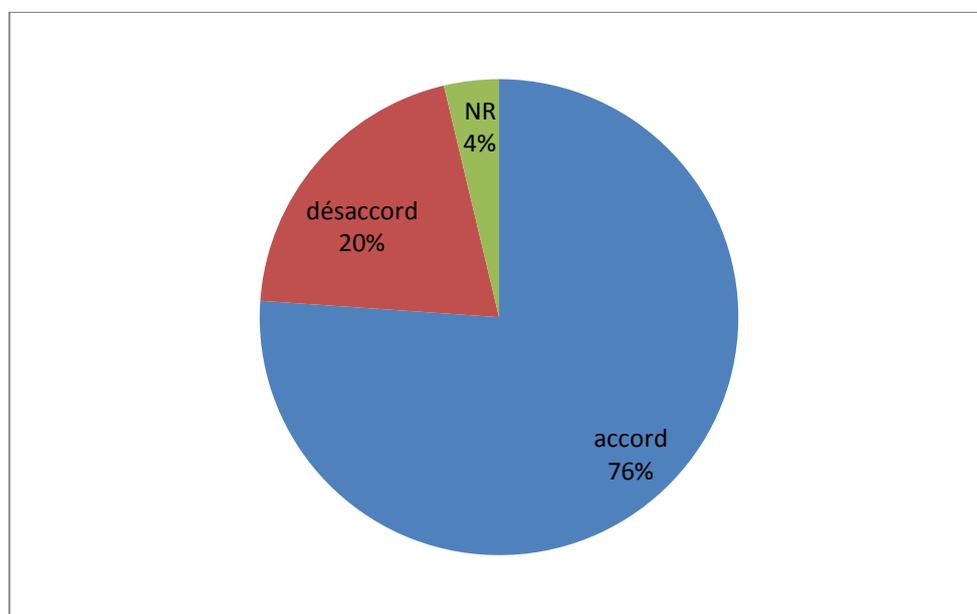
## G. Opinion sur la proposition de la FMF

|  |
|--|
| <p>Mon opinion sur la proposition de la FMF concernant le tiers payant :<br/>« A part les situations obligatoires dans la loi, liberté d'accord entre le médecin et le patient et guichet unique avec paiement intégral garanti si on fait le tiers payant »</p> |
| <p><input type="checkbox"/> D'accord avec cette proposition<br/><input type="checkbox"/> En désaccord avec cette proposition</p>   |

76,1 % des médecins répondants sont d'accord avec la proposition de la FMF sur le tiers payant, contre 20,2 % qui sont en désaccord.

3,7 % n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 9 : Opinion sur la proposition de la FMF**

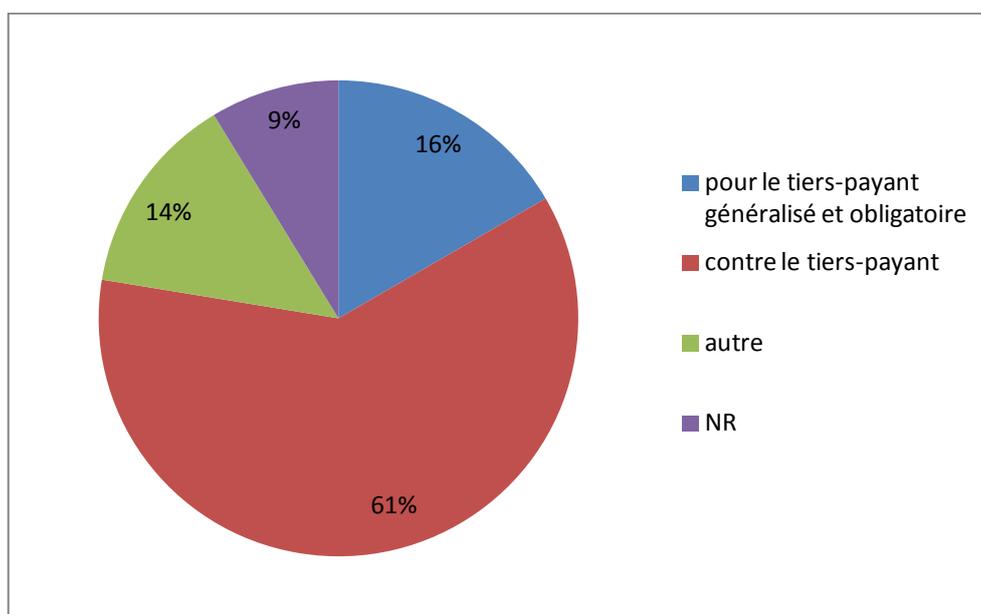


### ❖ Causes du désaccord

Parmi les médecins en désaccord avec la proposition de la FMF concernant le tiers payant, 61 % le sont car ils sont contre le tiers payant, 16,6 % car ils sont pour le tiers payant généralisé et obligatoire, 13,7 % pour d'autres raisons.

8,7 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 10 : Causes du désaccord sur la proposition de la FMF**



## H. Opinion sur l'action lancée par l'UFML

|   |  |
|---|--|
| <b>L'UFML veut lancer une action pour dire stop à la généralisation du tiers payant.<br/>Elle propose une journée de grève des soins le 2 décembre.</b>                               |  |
| Etes vous prêts à vous y associer ?   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |
| Que vous ayez répondu oui ou non, seriez vous partant pour faire une journée de grève de la télétransmission (feuilles de soins papier, pas report d'envoi) pour un coup de semonce ? | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |

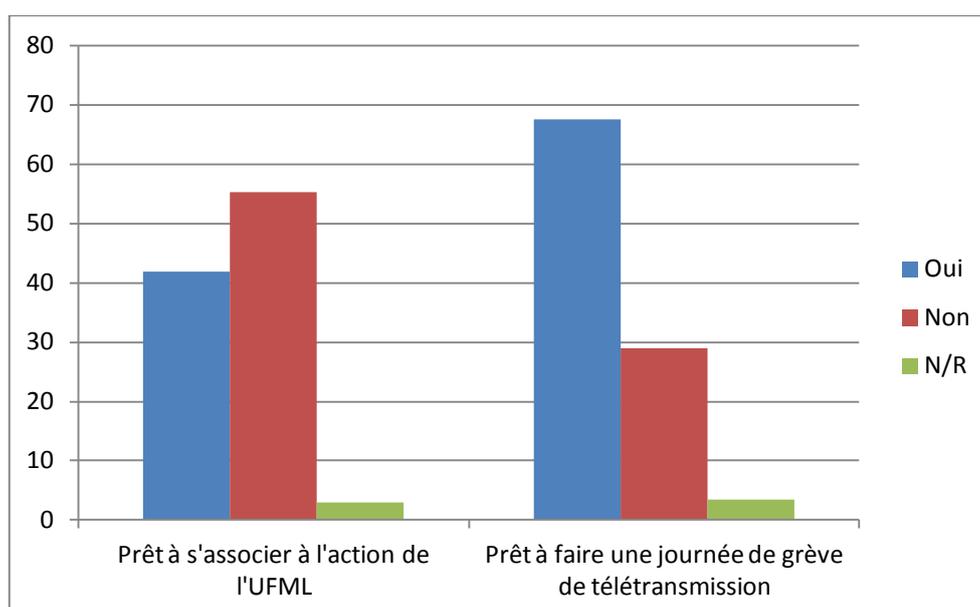
41,8 % des répondants sont prêts à s'associer à l'action lancée par l'UFML alors que 55,3% ne le sont pas.

2,9 % des répondants n'ont pas renseigné cet item.

67,6 % sont partants pour une journée de grève de la télétransmission contre 29 % en désaccord.

3,4 % n'ont pas renseigné cet item.

**Figure 11 : Récapitulatif des résultats « opinion sur l'action à mener »**



## I. Comparaison référents/non référents

Nous avons ici comparé les réponses des praticiens s'étant déclarés anciens médecins référents avec le reste de l'échantillon.

Les résultats ont été rapportés sur le tableau suivant :

**Tableau 3 : Comparaison entre médecins référents et non référents**

|  | REFERENTS     | NON-REFERENTS | TOUS          |
|--|---------------|---------------|---------------|
| Nombre   | 952           | 2 964         | 4 208         |
| Hommes   | 75,8 %        | 66,2 %        | 68,7 %        |
| Age moyen  | 52,3 ans      | 49,9 ans      | 50,2 ans      |
| Association  | 56,1 %        | 53,7 %        | 53,5 %        |
| Secrétariat  | 48,5 %        | 49,7 %        | 49,3 %        |
| Permanence de soins  | 58,1 %        | 54,8 %        | 54,9 %        |
| Tiers payant toujours pour ALD                               | 25,3 %        | 11,3 %        | 14,6 %        |
| Tiers payant très fréquemment pour ALD                       | 29,2 %        | 21,9 %        | 23,6 %        |
| Tiers payant fréquemment pour ALD                            | 22,5 %        | 24,8 %        | 24 %          |
| <b>Total favorable</b>                                       | <b>77 %</b>   | <b>58 %</b>   | <b>62,2 %</b> |
| Tiers payant toujours avec mutuelle sur carte vitale         | 14,5 %        | 4,6 %         | 7,1 %         |
| Tiers payant très fréquemment avec mutuelle sur carte vitale | 14,5 %        | 4,6 %         | 6,9 %         |
| Tiers payant fréquemment avec mutuelle sur carte vitale      | 10,2 %        | 7,9 %         | 8,4 %         |
| <b>Total favorable</b>                                       | <b>39,2 %</b> | <b>17,1 %</b> | <b>22,4 %</b> |
| Accord sur généralisation du tiers payant                    | 24,9 %        | 8,8 %         | 12,7 %        |
| Il faut changer de ministre                                  | 49,9 %        | 65,2 %        | 61,3 %        |
| Accord sur la proposition de la FMF                          | 78 %          | 76,3 %        | 76,1 %        |
| Accord sur un tiers payant « idéal » pour les actes à 100%   | 79,3 %        | 62,3 %        | 66 %          |

## J. Analyse thématique des commentaires

Trois lots de commentaires ont été analysés :

- Le premier lot concerne les commentaires sur « *Ma pratique du tiers payant* » : on en a dénombré 2 087 auxquels on a décompté 20 doublons soit 2067 commentaires (49,12 % des répondants). Il sera noté **C1**.
- Le deuxième lot « *n'hésitez pas à donner votre point de vue* » fait suite à la proposition de la FMF sur le tiers payant : il regroupe 1 317 commentaires dont 11 doublons soit 1 306 commentaires (31,03 % des répondants). Il sera noté **C2**.
- Le dernier lot « *autre proposition* » fait suite à la proposition d'action lancée par l'UFML : on compte ici 856 commentaires auxquels on soustrait 11 doublons soit 845 commentaires (20,08 % des répondants). Il sera noté **C3**.

Les résultats des analyses thématiques ont permis de regrouper les deux premiers lots de commentaires, dans lesquels les médecins donnaient finalement, aussi bien dans l'un que dans l'autre, leur opinion sur le tiers payant et sa généralisation.

Le troisième lot a été analysé à part.

Les verbatim sont écrits en italique et entre guillemets.

La référence du commentaire est noté après le verbatim entre parenthèses avec la référence du lot et le numéro du commentaire.

Exemple : (C1-550) équivaut à : commentaire n°550 du 1<sup>e</sup> lot de commentaires.

La grille de codage ainsi que le détail des verbatim en fonction des thèmes peuvent être accessibles auprès de l'auteur sur demande.

## 1) Opinions sur le tiers payant

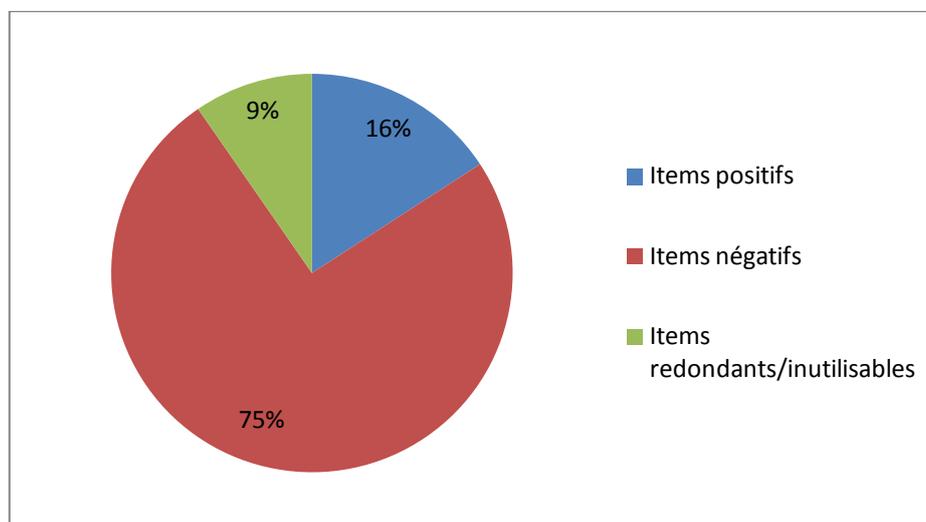
Nous scindons ici les commentaires en 3 lots :

- Items négatifs (défavorables au tiers payant et/ou à sa généralisation) :  
C1 (2 370 items) + C2 (2 003 items) = 4 373 items négatifs soit 74,6 % de la totalité des items.
- Items positifs (favorables au tiers payant et/ou à sa généralisation) :  
C1(754 items) + C2(172 items) = 926 items positifs soit 15,8 % de la totalité des items.
- Items redondants/inutilisables :  
C1 (388 items) + (172 items) = 560 items redondants/inutilisables soit 9,6 % de la totalité des items.

Le nombre total d'items est de 5 859.

Le nombre d'items peut dépasser le nombre de commentaires : plusieurs items (positifs et/ou négatifs) peuvent en effet se retrouver dans un même commentaire.

**Figure 12** : Répartition des items retrouvés dans les commentaires C1 et C2



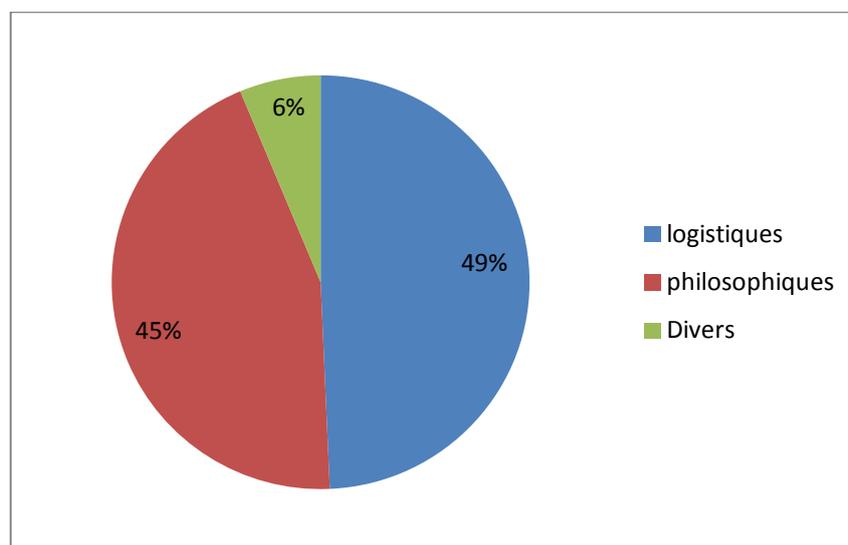
### a) Items négatifs

Les items négatifs ont été retrouvés : C1 (2 370 items) + C2 (2 003 items) = 4 373 fois parmi les commentaires. Ils représentent 74,6 % de la totalité des items.

Au sein des items négatifs, 3 grands thèmes ont pu être dégagés :

- Les arguments logistiques/techniques relevés 2 156 fois, soit 49,3 % des items négatifs.
- Les arguments philosophiques relevés 1 941 fois, soit 44,4 % des items négatifs.
- Les arguments divers au sein desquels ont été regroupés les arguments ne répondant pas aux deux premières catégories, relevés 276 fois, soit 6,3 % des items négatifs.

**Figure 13** : Répartition des arguments retrouvés dans les items négatifs



### ◆ **Arguments Logistiques/techniques**

Ces arguments logistiques/techniques ont été retrouvés :

C1 (1 536 items) + C2 (620 items) = 2 156 fois parmi les commentaires analysés. Ils représentent 49,3 % de la totalité des items négatifs.

Nous présentons maintenant les sous-thèmes selon leur récurrence décroissante dans les commentaires analysés (le 1<sup>e</sup> nombre entre parenthèses correspond au nombre d'items retrouvés dans le 1<sup>e</sup> lot de commentaires, le 2<sup>e</sup> nombre au nombre d'items retrouvés dans le 2<sup>e</sup> lot de commentaires).

- **Impose une surveillance/vérification complexe/traçabilité opaque/demande de vérification (356+180=536) : 24,9 %**

Nombre de commentaires sont revenus sur le caractère contraignant et délicat qu'impose la comptabilité des actes en tiers payant. La vérification des retours serait laborieuse, complexe, le contrôle difficile, la traçabilité des retours serait opaque : « *impossible de contrôler ce qui a été payé* » (C1-1) ; « *pointage laborieux* » (C1-550) ; « *la vérification du paiement est en pratique impraticable sur un système de retour informatique opaque* » (C1-2047). Beaucoup souhaitent une simplification du système : « *je le fais par obligation légale (AT) mais apprécierais une simplification du système de rémunération* » (C1-473) ; « *par contre, oui pour une simplification du remboursement type guichet unique* » (C2-425).

➤ **Impayés/erreurs de paiement (345+131=476) : 22,1 %**

Certains médecins soulignent qu'ils doivent faire face à de nombreux impayés, venant parfois de la caisse mais plus encore des mutuelles : « *j'ai régulièrement des impayés de la sécu.* » (C1-8) ; « *souvent, les mutuelles ne paient pas* » (C1-504) ; « *j'ai eu ces dernières années jusqu'à 30% d'impayés* » (C1-505) ; « *j'ai eu un manque à gagner de 4000 euros environ sur ces 6 mois* » (C1-521) ; « *3 à 5000 euros par an passent à la trappe !* » (C2-694).

➤ **Problèmes posés par les mutuelles (255+51=306) : 14,2 %**

Nombreux sont les médecins qui mettent en exergue les problèmes techniques sur la part complémentaire : « *Par contre, je n'ai pas de contrat avec les mutuelles. En cas de tiers payant nous auront toutes les peines du monde pour nous faire payer* » (C1-36) ; « *je vais réduire le tiers payant Mutuelles pour ne plus perdre d'argent* » (C1-219) ; « *jamais de mutuelle, trop compliqué* » (C1-228) ; « *il n'est pas question de gérer nous-mêmes la part mutuelle* » (C2-11).

➤ **Chronophage (201+88=289) : 13,4 %**

Beaucoup de médecins mettent en avant le temps de travail administratif supplémentaire que leur impose la gestion du tiers payant : « *trop de temps et d'énergie (...) passés à vérifier le tiers payant* » (C1-11) ; « *la gestion des mutuelles était chronophage (extrêmement !)* » (C1-17) ; « *les contrôles sont chronophages et parfois impossibles* » (C1-497) ; « *je ne veux pas encore augmenter le temps administratif des consultations !!!* » (C2-359).

➤ **Problèmes posés par le parcours de soins/statut du patient**

**(199+59=258) : 12 %**

De nombreux commentaires reviennent sur le problème posé par le parcours de soins et le statut du patient. Beaucoup sont ceux qui se plaignent d'être pénalisés lorsque le patient n'a pas désigné de médecin traitant ou ne respecte pas le parcours de soins : « *il faudrait obtenir la dispense des pénalités pour parcours de soins* » (C1-19) ; « *ennuis de remboursement pour les plus de 16 ans qui traînent à envoyer leur contrat MT, les 18 ans qui passent en LMDE ou pour ceux qui changent de caisse* » (C1-714) ; « *il faut que la CPAM s'occupe de récupérer les impayés auprès des patients qui n'ont pas de mutuelle, ou qui n'ont pas mis à jour leur droit à CMU, ou qui n'ont pas déclaré de médecin traitant, et non plus que cela se fasse sur la bourse du médecin* » (C2-286) ; « *quid des patients qui ont égaré leur carte ou fin de droits pas à jour ou sans mutuelle* » (C2-745).

➤ **Réclamation difficile (46+19=65) : 3 %**

Un certain nombre de commentaires évoquent la difficulté à réclamer les impayés : « *ne me freine que les contraintes de vérification et de réclamation* » (C1-1975) ; « *il est très long de faire ces réclamations, j'abandonne...* » (C1-2036) ; « *Suite à de nombreux impayés, j'ai réagi auprès de la CPAM qui n'a jamais régularisé la situation* » (C2-367) ; « *j'ai environ 1000 euros d'impayés sur mes FSE (...) c'est irrécupérable car très difficile à réclamer* » (C2-984).

➤ **Délai de paiement (42+21=63) : 2,9 %**

Beaucoup de médecins se plaignent du délai de paiement de la part des caisses : « rémunération totalement payée de façon hasardeuse dans le temps... dans 5 jours ou dans les 6 mois » (C1-6) ; « on ne sait pas quand est ce que le versement sera réalisé » (C1-1305) ; « Délais insupportables dans le paiement des 1/3 payants » (C2-388) ; « merci bien pour les délais de paiement sécu puis mutuelle : plus jamais. » (C2-1262).

➤ **Coûteux (25+26=51) : 2,3 %**

Certains se plaignent de la mise en place logistique coûteuse que leur impose le tiers payant et la vérification des retours de paiements, d'autres mettent en évidence le coût des réclamations : « sans compter les 66 euros par mois que me coutent le matériel de télétransmission et l'accès internet pour vérifier ces paiements » (C1-157) ; « pas les moyens de payer une secrétaire pour vérifier les paiements quand on est en secteur 1 » (C1-682) ; « pas les moyens de payer un comptable » (C2-1306).

➤ **Paperasserie supplémentaire (22+20=42) : 2 %**

Certains mettent en exergue la paperasserie supplémentaire qui leur est imposée sans forcément préciser : « temps perdu, paperasse » (C1-31) ; « surveillance trop lourde, paperasseries supplémentaires et perte de temps considérable » (C1-222) ; « on a déjà beaucoup trop de papier à gérer !! » (C2-258) ; « le tiers payant généralisé (...) va augmenter la paperasse pour les médecins sans secrétaire » (C2-1072).

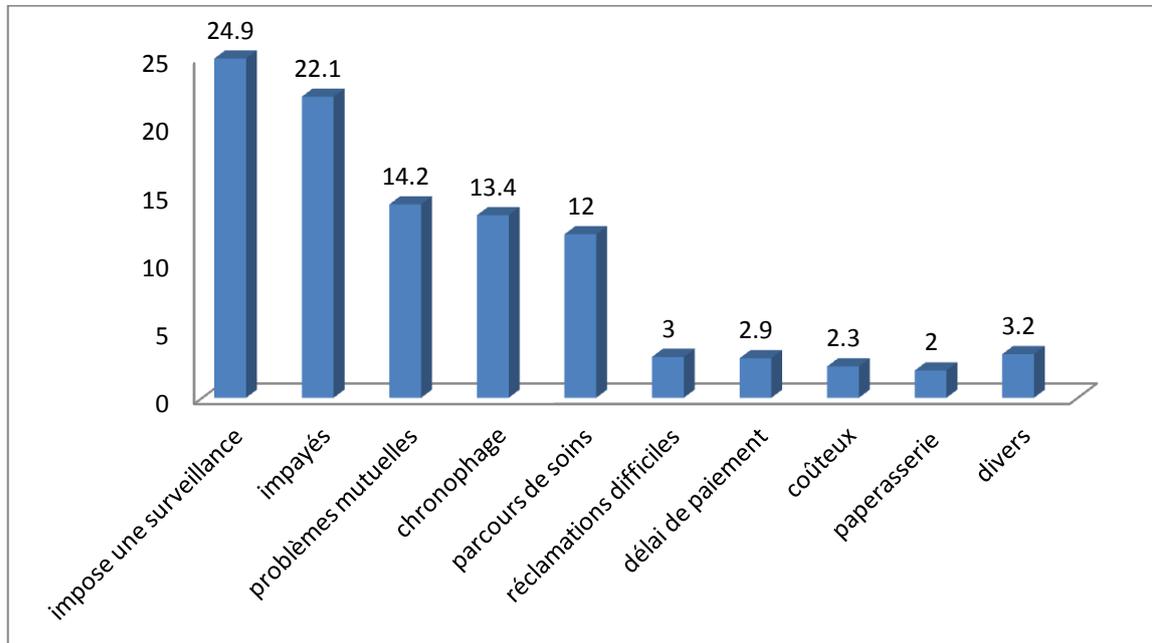
➤ **Divers : saisie informatique, secteur 2, secteur 3, petites monnaies**

**(27+10+12+13+6+2=70) : 3,2 %**

Parmi les autres arguments qui reviennent de manière moins significative, on retrouve le problème de la saisie informatique du tiers payant, trop compliquée, coûteuse et pour laquelle les médecins sont insuffisamment formés : « *compliqué avec l'informatique* » (C1-31) ; « *tiers payant avec mutuelle = véritable casse-tête informatique* » (C1-319) ; « *la saisie d'un paiement en tiers payant avec mon logiciel (Hypermed) prend environ 5 minutes (...) c'est trop long et fastidieux pour le médecin* » (C2-984).

On retrouve également le problème des médecins en secteur 2 : « *je considère que le tiers payant est la mort du secteur 2* » (C1-657) ; « *en tiers payant, je perçois des honoraires secteur 1... sur lesquels sont prélevées des charges secteur 2* » (C1-701).

Le problème de la petite monnaie est également mis en avant par certains : « *nécessite une caisse avec beaucoup de monnaie* » (C1-198) ; « *la plaie c'est de rendre la monnaie* » (C1-1620).

**Figure 14 : Récapitulatif des arguments logistiques négatifs**

### ◆ Arguments philosophiques

Ces arguments philosophiques/idéologiques ont été retrouvés :

C1 (765 items) + C2 (1 176 items) = 1 941 fois parmi les commentaires analysés. Ils représentent 44,4 % de la totalité des items négatifs.

Voici présentés par fréquence décroissante les principaux arguments retrouvés :

#### ➤ Inflationniste (128+237=365) : 18,8 %

Beaucoup de médecin pensent que le tiers payant est inflationniste, c'est-à-dire qu'il serait à l'origine d'une surconsommation de soins, entraînant un surplus de consultations souvent inutiles : « *générateur d'une surconsommation* » (C1-9) ; « *le tiers payant est de*

*toute évidence inflationniste » (C1-461) ; « le tiers payant sera inflationniste avec beaucoup de consultations inutiles puisque gratuites dans l'esprit de nombreux patients » (C2-667).*

➤ **Argument pédagogique (122+152=274) : 14,1 %**

Les médecins ont peur que l'acte soit perçu comme gratuit par les patients, qu'ils aient l'impression que tout leur est dû. Ils souhaitent leur faire prendre conscience que la santé a un coût : *« cela donne une idée fausse de soins quasi gratuits et d'absence du coût de la santé » (C1-29) ; « sur le plan pédagogique (...) je trouve important que le patient paie à la suite de sa démarche pour se soigner » (C1-413) ; « le patient doit avoir une notion extrêmement précise des coûts engendrés par les soins qui lui sont dispensés !! » (C2-21). « j'estime (...) que le tiers payant (...) continuerait à leur faire croire que tout leur est dû » (C2-863).*

➤ **N'améliore pas l'accès aux soins/tiers payant détourné/inutile car remboursement rapide (172+73=245) : 12,6 %**

Nombreux sont les médecins qui estiment que le tiers payant est finalement inutile, car ils connaissent leurs patients en difficultés financières, qu'ils n'hésitent pas à encaisser le chèque après que le remboursement ait été effectué auprès du patient (tiers payant détourné), et que le remboursement avec la carte vitale est effectué suffisamment rapidement pour éviter les problèmes d'accès aux soins : *« c'est un faux problème (...) car bien souvent les patients sont remboursés avant que je ne dépose le chèque » (C1-413) ; « c'est une proposition démagogique qui ne règle aucun des problèmes d'accès aux soins » (C1-1125) ; « ce n'est pas avancer les frais qui pose problème, patients et médecins*

*s'arrangent depuis toujours* » (C2-97) ; « *on trouve toujours un moyen pour les (très) rares autres patients (différé d'encaissement, voire acte gratuit !)* » (C2-233).

➤ **Dévalorisation (87+141=228) : 11,7 %**

De nombreux médecins craignent une dévalorisation de l'acte et de la profession médicale en cas de généralisation du tiers payant : « *oubli de la valeur du soin* » (C1-7) ; « *Effet pervers de dévalorisation de l'exercice perçu comme gratuit par la population* » (C1-10) ; « *la généralisation du tiers payant créerait inflation et mépris de l'acte médical* » (C1-2070) ; « *ce qui est gratuit est sans valeur* » (C2-560).

➤ **Déresponsabilisation (87+136=223) : 11,5 %**

D'après certains médecins, la dispense d'avance de frais entraînerait la déresponsabilisation des patients: « *cela aggrave la déresponsabilisation des patients citoyens qui ne connaissent plus la valeur des dépenses de santé* » (C1-1633) ; « *on assiste un peu plus la population plutôt que de la responsabiliser* » (C2-536).

➤ **Modifie le statut libéral du médecin/fonctionnarisation de la profession/fin du paiement à l'acte (42+179=221) : 11,4 %**

Le fait de ne plus être payé directement par le patient mais par la caisse signifie pour certains une modification du statut libéral du médecin, la fin du paiement à l'acte et une fonctionnarisation de la profession, le médecin devenant un salarié de la caisse d'assurance maladie : « *c'est un salariat d'état déguisé* » (C1-72) ; « *fin de la médecine libérale et du*

*paiement à l'acte » (C1-76) ; « le médecin libéral ne doit pas devenir le salarié de la caisse » (C2-1) ; « plus de tiers payant égale nationalisation complète de notre exercice » (C2-4).*

➤ **Dépendance vis-à-vis de la caisse et des mutuelles (58+136=194) : 10 %**

De par cette modification de statut, beaucoup ont peur de devenir dépendants vis-à-vis des caisses et des mutuelles et d'avoir des comptes à leur rendre : *« Madame la caisse va nous contrôler, nous gruger » (C1-1016) ; « je (...) refuse d'être l'otage des mutuelles » (C1-1791) ; « je veux rester maître de ma trésorerie pour ne pas subir un éventuel chantage de la caisse » (C2-30) ; « Je ne veux pas que 90% de mon revenu dépende de Mme Lacaisse et de 400 mutuelles : j'imagine très bien dans quelques années Mme Lacaisse refuser de payer certains actes au prétexte allégué d'une trop grande fréquence et/ou d'une trop faible utilité » (C2-236).*

➤ **Irrespect du patient envers le médecin (28+29=57) : 3 %**

La gratuité d'un soin entraînerait pour certains une perte de respect du patient vis-à-vis de son médecin : *« la gratuité incite à une surconsommation et surtout à l'irrespect vis-à-vis du médecin » (C1-525) ; « les patients sont en général revanchards et n'ont aucun respect pour nous : nous vallons ce qu'ils nous paient » (C1-859).*

➤ **Démonétisation (10+40=50) : 2,6 %**

Certains mettent en avant l'argument selon lequel le tiers payant entraînerait une démonétisation néfaste pour la relation médecin-malade. L'échange d'argent comme en psychanalyse ferait partie de la thérapeutique, et serait nécessaire pour éviter des

phénomènes de dette morale. De même, il serait essentiel pour instaurer une relation de confiance et de respect mutuel : *« l'échange d'argent est peut-être nécessaire comme en psychanalyse dans la relation thérapeutique »* (C1-1031) ; *« je suis opposé à la dématérialisation totale des paiements : (...) disparition de l'échange symbolique, faute de quoi le patient reste en dette »* (C1-1560) ; *« payer sa consultation est un acte citoyen fondateur »* (C2-95).

➤ **Modification de la relation médecin-malade (18+26=44) : 2,3%**

Irrespect, surconsommation médicale, dévalorisation de l'acte et déresponsabilisation du patient entraîneraient une modification du rapport entre le médecin et son patient : *« le rapport avec les patients en est modifié »* (C1-618) ; *« un acte qu'on ne paie pas peut être considéré comme n'ayant pas de valeur ce qui génère des comportements particuliers dans la relation médecin-malade »* (C1-1113) ; *« il s'agit d'un changement complet de pratique avec la disparition des actes gratuits et une relation médecin-malade de type 'service public' »* (C2-288).

➤ **Moyen d'attirer le patient (13+19=32) : 1,6%**

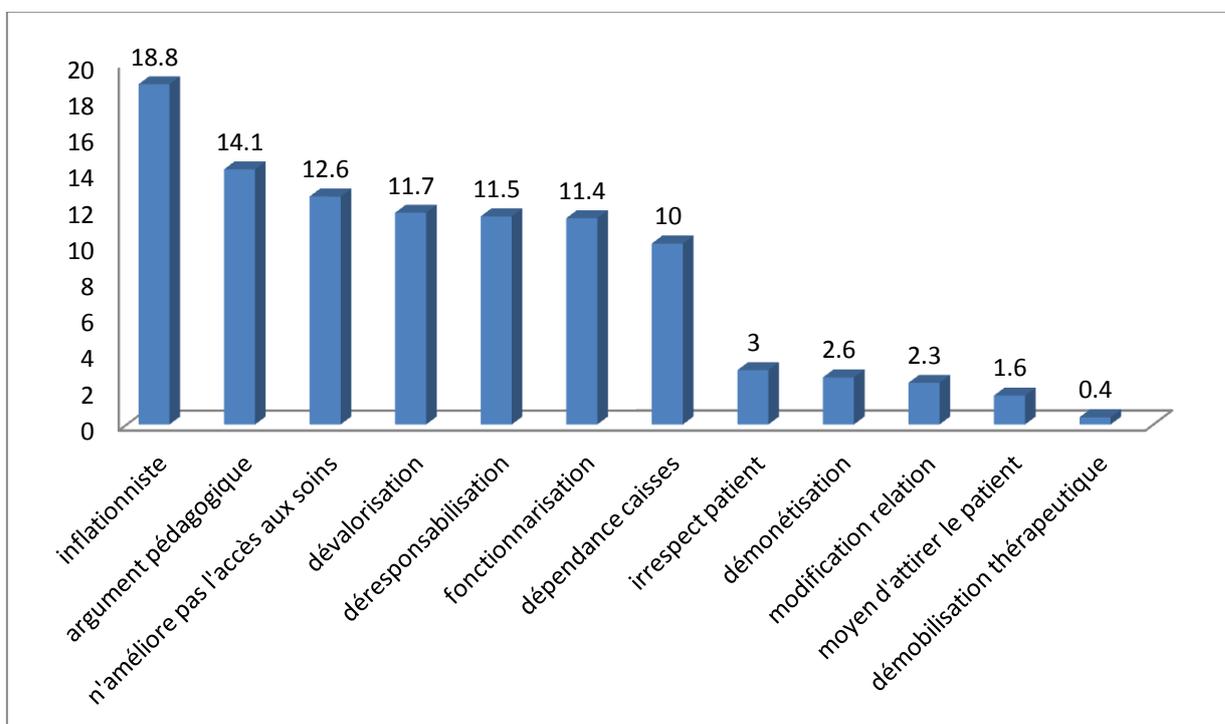
Certains médecins avancent qu'en rendant la consultation plus accessible au niveau financier, des médecins pourraient attirer leur patientèle par ce biais ou faire passer plus de consultations, notamment celles qu'ils faisaient gratuitement auparavant : *« le tiers payant est vécu par certains confrères comme un moyen d'attirer la patientèle »* (C1-218) ; *« tiers payant = inflation (...) par les médecins malhonnêtes et par la majorité honnête qui transformera tous ses actes gratuits en tiers payant (demande de renouvellement de pilule*

entre 2 portes etc...) » (C1-376) ; « le tiers payant favorise les abus des patients... mais aussi des médecins » (C1-676).

- **Entraîne un service minimum de la part du médecin/néfaste pour la qualité des soins (C2 - 8) : 0,4%**

Le tiers payant, par dévalorisation de l'acte, favoriserait un service minimum de la part des médecins et une démobilité thérapeutique. Les consultations pourraient être expédiées plus rapidement : « *risque de démobilité thérapeutique* » (C2-292) ; « *cette perte de temps sera préjudiciable à la qualité des soins* » (C2-482).

**Figure 15 : Récapitulatif des arguments philosophiques négatifs**



### ◆ **Divers**

Les arguments divers ont été retrouvés : C1 (69 items) + C2 (207 items) = 276 fois parmi les commentaires. Ils représentent 6,3 % de la totalité des items négatifs.

Certains évoquaient la nécessité de liberté de choix laissée aux médecins : « *accord entre le médecin et le patient au cas par cas mais pas de TP systématique* » (C2-116) ; d'autres évoquaient la nécessité de prendre en main des sujets plus urgents que le tiers payant comme la revalorisation de l'acte : « *le problème N° 1 me semble ailleurs, ne vous en déplaise : la revalorisation des tarifs du secteur 1 est indispensable* » (C2-168). Certains évoquaient leur réticence vis-à-vis du tiers payant et sa généralisation, ou étaient favorables à sa généralisation sous condition mais sans argumenter : « *Oui à un tiers payant garanti* » (C1-604) ; « *contre le tiers payant généralisé* » (C1-589) ; « *refus total du tiers payant* » (C2-498).

### **b) Items positifs**

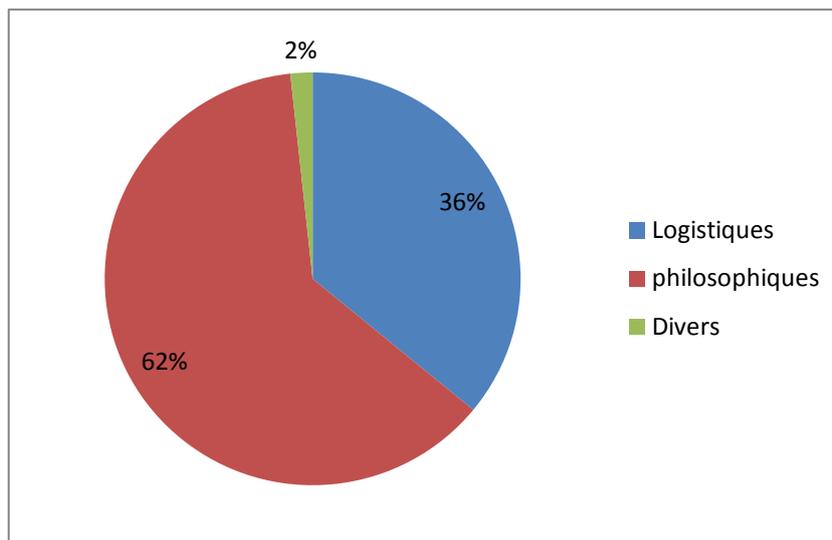
Les items positifs ont été retrouvés : C1 (754 items) + C2 (172 items) = 926 fois parmi les commentaires. Ils représentent 15,8 % de la totalité des items.

Au sein des items positifs, 2 grands thèmes ont pu être dégagés :

- Les arguments logistiques/techniques relevés 271 fois, soit 29,3 % des items positifs.
- Les arguments philosophiques relevés 470 fois, soit 50,8 % des items positifs.

- Les arguments divers où ont été regroupés les items ne répondant pas aux deux premières catégories. Ils ont été relevés 185 fois, soit 19,9 % des items positifs.

**Figure 16 : Répartition des arguments retrouvés dans les items positifs**



#### ◆ *Arguments logistiques/techniques*

Ces arguments logistiques/techniques ont été retrouvés : C1 (227 items) + C2 (44 items) = 271 fois parmi les commentaires analysés. Ils représentent 29,3 % de la totalité des items positifs.

Nous présentons maintenant les sous-thèmes selon leur récurrence décroissante dans les commentaires analysés :

➤ **Simplifications administratives (86+18=104) : 38,4 %**

Un certain nombre de médecin apprécie le côté pratique du tiers payant, qui facilite leur comptabilité et diminue la charge de travail administratif : « *souvent un gain de temps* » (C1-877) ; « *cela aura le mérite de simplifier les procédures pour le médecin* » (C2-324).

➤ **Pratique pour certaines situations (57+7=64) : 23,6 %**

D'autres soulignent le côté pratique du tiers payant pour certaines situations : « *le tiers payant permet de débloquer quelques situations* » (C1-30) ; « *le paiement est plus rapide pour les patients en maison de retraite* » (C1-563) ; « *il y a des situations où le tiers payant peut s'avérer intéressant : suivi chronique, fin de vie, consultations à répétition, précarité, urgences psychiatriques, HDT, urgences vitales* » (C2-93) ; « *personnellement le tiers payant me fait gagner du temps à consacrer aux patients (certains mettent jusqu'à 5 minutes pour remplir un chèque par exemple)* » (C2-994).

➤ **Garantit le paiement (38+6=44) : 16,2 %**

Certains médecins mettent en avant le fait que le tiers payant constitue souvent une garantie de paiement face à une population de plus en plus précaire et qui a toujours plus de difficultés à avancer les frais de la consultation : « *Dans le rural soit on fait du tiers payant... Soit on fait des actes gratuits !!!* » (C1-20) ; « *je le pratique uniquement pour les actes dont je pense mal être payé par le patient* » (C1-27) ; « *nous n'avons pas vraiment le choix puisque les patients n'ont que 2,30 euros* » (C1-567).

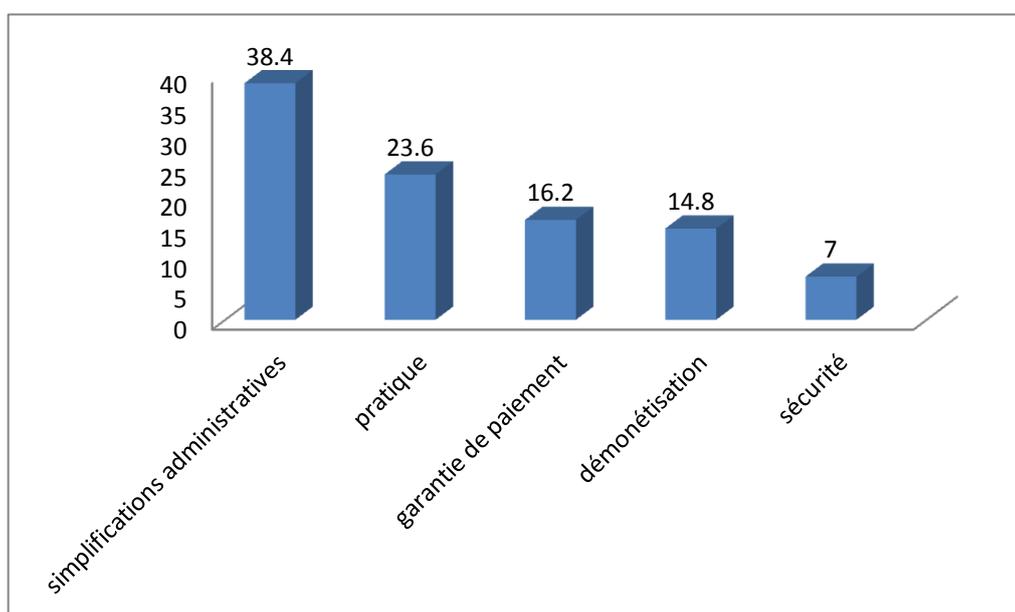
➤ **Démonétisation (30+10=40) : 14,8 %**

Certains soulignent le côté pratique de ne pas avoir à manipuler d'argent : « *je trouve cela plus pratique et plus sécurisé de ne pas manipuler d'argent* » (C1-705) ; « *pratique, pas de gestion des chèques* » (C1-730) ; « *peut avoir l'avantage d'éviter au médecin de faire porter ses recettes à la banque* » (C2-595).

➤ **Sécurité (16+3=19) : 7 %**

Parmi ceux qui apprécient la démonétisation engendrée par le tiers payant, certains mettent en avant l'atout sécurité avec la diminution du risque de vol et d'agression à ne plus manipuler de grosses sommes d'argent : « *pas de problème de sécurité (un chèque ou un billet de banque, ça se vole)* » (C1-77) ; « *je préfère : moins d'argent liquide sur moi, je ne crains pas d'être agressée* » (C1-339).

**Figure 17 : Récapitulatif des arguments logistiques positifs**



### ◆ **Arguments philosophiques**

Ces arguments philosophiques/idéologiques ont été retrouvés : C1 (374 items) + C2 (96 items) = 470 fois parmi les commentaires analysés. Ils représentent 50,8 % de la totalité des items positifs.

Voici présentés par fréquence décroissante les principaux arguments retrouvés :

- **Améliore l'accès aux soins/utilisé pour les patients en difficultés financières (327+70=397) : 84,5 %**

De nombreux médecins ont mis en avant l'argument selon lequel le tiers payant permettrait de faciliter l'accès aux soins en déchargeant les patients en difficultés financières de l'avance des frais de consultation : « *il est important (...) de le décharger de l'avance des frais quand il a souvent recours au médecin* » (C1-65) ; « *patientèle très défavorisée, donc tiers payant obligatoire de fait* » (C1-322) ; « *je suis pour le tiers payant généralisé et obligatoire afin de garantir l'égalité d'accès aux soins* » (C2-300).

- **Démonétisation (24+5=29)/assainit la relation médecin malade (9+1=10) : 8,3 %**

Certains apprécient qu'il n'y ait plus de lien d'argent avec les patients : « *plus de lien d'argent avec les patients (...) j'y suis très très favorable* » (C1-91) ; « *il me semble très utile de ne pas avoir de rapports d'argent avec mes patients* » (C1-727) ; « *si le patient n'est pas lié financièrement au médecin, personnellement je me sentirais plus libre d'abstentions thérapeutiques lors de pathologies bénignes* » (C2-211) ; « *La relation d'argent pervertit la*

*relation entre le médecin et le patient* » (C2-540); « *je suis déculpabilisé (...) désintéressement* » (C1-369).

➤ **Fonctionnarisation de la profession (2+18=20) : 4,2 %**

Certains voient comme positive la fonctionnarisation de la profession : moins de temps de travail, moins de consultations inutiles: « *c'est top, on va vers une médecine salariée.* » (C1-1082); « *je souhaiterais quitter le statut libéral et devenir salarié de la CPAM (...) on aurait les avantages des salariés*» (C2-89); « *Je suis pour une fonctionnarisation officielle de la médecine ce qui permettrait de limiter les consultations inutiles* » (C2-91).

➤ **Pas inflationniste (8+1=9) : 2 %**

Certains ne pensent pas que la pratique du tiers payant ou sa généralisation entraîneraient une surconsommation médicale : « *je ne le pense pas inflationniste* » (C1-137); « *contrairement à ce que disent certains cela (...) n'augmente pas la 'consommation' médicale* » (C1-234).

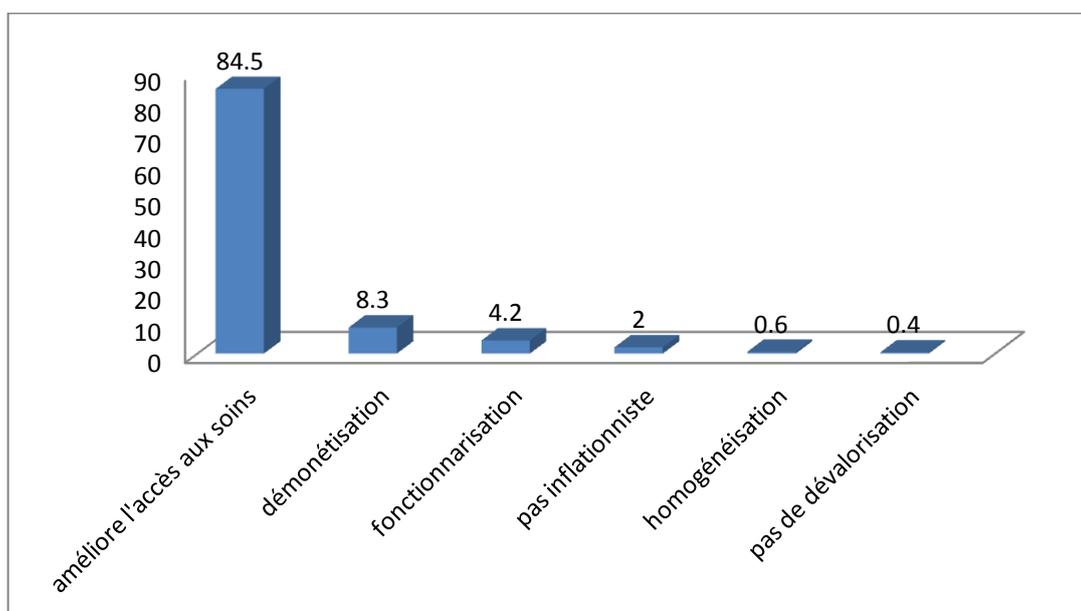
➤ **Homogénéisation (3) : 0,6 %**

Certains estiment que cela permettrait une homogénéisation avec les autres professions médicales et les autres professions de santé en général, qui pratiquent très majoritairement le tiers payant : « *Pour car dispense d'avance de frais partout (labo, pharmacie, spécialiste souvent...) sauf chez médecin généraliste* » (C1-729); « *pourquoi pas nous ?* » (C1-1096).

➤ **Pas de dévalorisation (1+1=2) : 0,4 %**

Certains pensent que le tiers payant n'entraînerait pas de dévalorisation de l'acte médical : « *contrairement à ce que disent d'autres médecins, cela ne dévalorise pas l'acte médical* » (C1-234) ; « *mes patients en tiers payant me respectent autant que les autres* » (C2-829).

**Figure 18 : Récapitulatif des arguments philosophiques positifs**



◆ **Divers**

Ces arguments divers ont été retrouvés : C1 (153 items) + C2 (32 items) = 185 fois parmi les commentaires. Ils représentent 19,9 % de la totalité des items positifs.

Ici ont été regroupés les commentaires soulignant le côté positif du tiers payant sans détailler : « *Aucun problème* » (C1-710) ; « *il me semble que ça marche plutôt bien en l'état* »

(C1-731) ; ceux qui mettaient en avant le bon fonctionnement du tiers payant sur la part obligatoire : « *pas de problème avec la CPAM de l'ain* » (C1-116) ; « *la part sécu est toujours payée* » (C2-259) ; et enfin ceux qui étaient favorables à la généralisation sans précision : « *je suis très heureux qu'il se généralise enfin* » (C1-287).

### **c) Commentaires redondants/inutilisables**

Beaucoup de commentaires se sont révélés être redondants avec les réponses déjà apportées dans le questionnaire. D'autres se sont révélés carrément inutilisables. Ils ont été retrouvés : C1 (388 commentaires) + C2 (172 commentaires) = 560 fois parmi les commentaires. Ils représentent 9,6 % de la totalité des items.

On retrouve ainsi ce genre de commentaires : « *juste pour CMU et AME et pour AT si présentation feuille AT* » (C1-14) ; « *elle est conforme au texte : en accord avec le patient s'il me le demande ou si je lui propose* » (C1-214) ; « *Burk* » (C1-719).

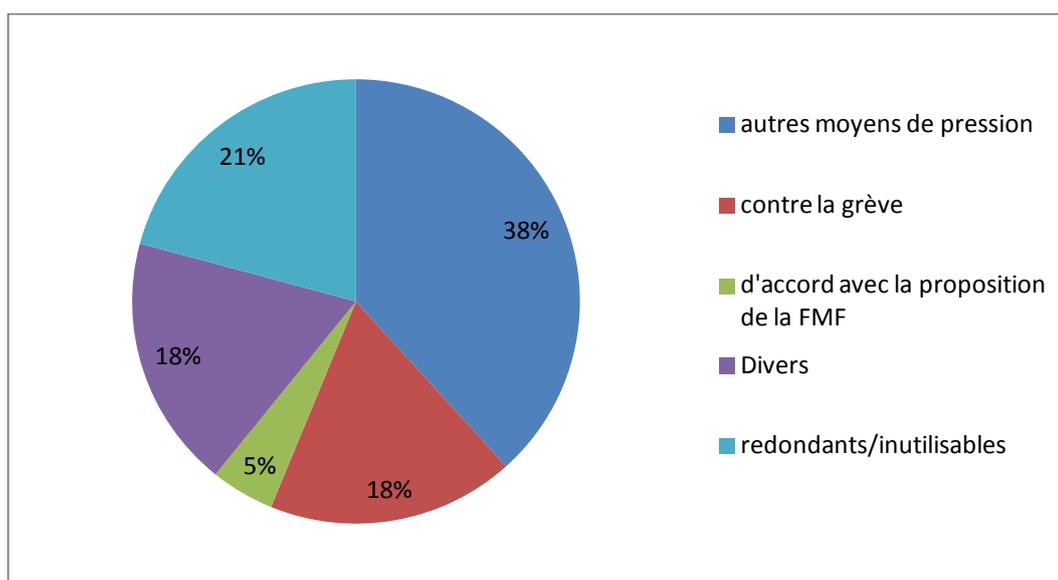
**Tableau 4 : Récapitulatif des principaux arguments sur le tiers payant résultant de l'analyse thématique des commentaires libres**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Total items (5 859) 100 %</b>             | <b>Items négatifs (4 373) 74,6 %</b>                        | <b>Arguments logistiques (2 156) 49,3 %</b>                  | Impose une surveillance/traçabilité opaque (536) <b>24,9%</b>    |
|  |   |  | Impayés/erreurs de paiements (476) <b>22,1 %</b>                 |
|  |   |  | Problèmes posés par les mutuelles (306) <b>14,2 %</b>            |
|  |   |  | Chronophages (289) <b>13,4 %</b>                                 |
|  |   |  | Problèmes parcours de soins/statut du patient (258) <b>12 %</b>  |
|  |   |  | Réclamation difficile auprès des caisses (65) <b>3 %</b>         |
|  |   |  | Délai de paiement (63) <b>2,9 %</b>                              |
|  |   |  | Coûteux (51) <b>2,3 %</b>  |
|  |   |  | Paperasserie supplémentaire (42) <b>2 %</b>                      |
|  |   | Divers : saisie informatique, secteur 2 (70) <b>3,2 %</b>    |  |
|  |   | <b>Arguments philosophiques (1 941) 44,4 %</b>               | Inflationniste (365) <b>18,8 %</b>                               |
|  |   |  | Argument pédagogique (274) <b>14,1 %</b>                         |
|  |   |  | N'améliore pas l'accès aux soins/inutiles (245) <b>12,6 %</b>    |
|  |   |  | Dévalorisation (228) <b>11,7 %</b>                               |
|  |   |  | Déresponsabilisation (223) <b>11,5 %</b>                         |
|  |   |  | Fonctionnarisation de la profession (221) <b>11,4 %</b>          |
|  |   |  | Dépendance vis-à-vis de la caisse et mutuelles (194) <b>10 %</b> |
|  |   |  | Entraîne l'irrespect du patient (57) <b>3 %</b>                  |
|  |   |  | Démonétisation, perte du rapport à l'argent (50) <b>2,6%</b>     |
|  | Modification de la relation médecin-malade (44) <b>2,3%</b> |  |  |
|  | Moyen d'attirer le patient (32) <b>1,6 %</b>                |  |  |
|  | Néfastes pour la qualité des soins (8) <b>0,4 %</b>         |  |  |
|  | <b>Divers (276) 6,3 %</b>                                   | Liberté de choix au médecin, sujets plus urgents             |  |
| <b>Items positifs (926) 15,8 %</b>           | <b>Arguments logistiques (271) 29,3 %</b>                   | Simplifications administratives (104) <b>38,4 %</b>          |  |
|  |   | Pratique pour certaines situations : EHPAD (64) <b>23,6%</b> |  |
|  |   | Garantie de paiement (44) <b>16,2 %</b>                      |  |
|  |   | Démonétisation (40) <b>14,8 %</b>                            |  |
|  | <b>Arguments philosophiques (470) 50,8 %</b>                | Sécurité (19) <b>7 %</b>                                     |  |
|  |   | Améliore l'accès aux soins (397) <b>84,5 %</b>               |  |
|  |   | Démonétisation/assaini la relation (39) <b>8,3 %</b>         |  |
|  |   | Fonctionnarisation de la profession (20) <b>4,2 %</b>        |  |
|  |   | N'est pas inflationniste (9) <b>2 %</b>                      |  |
|  | <b>Divers (185) 19,9 %</b>                                  | Homogénéisation avec les autres professions (3) <b>0,6%</b>  |  |
| Pas de dévalorisation (2) <b>0,4 %</b>       |   |  |  |
| <b>Divers (185) 19,9 %</b>                   |   |  | Tiers payant positif sans détailler                              |
| <b>Redondants/ inutilisables (560) 9,6 %</b> |   |  |  |

## 2) Commentaires sur l'action à mener

Le nombre entre parenthèses correspond au nombre de fois où l'item a été retrouvé dans le 3e lot de commentaires.

**Figure 19 : Répartition des arguments sur l'action à mener**



◆ **Utiliser d'autres moyens de pression/faire grève autrement (396) : 38,3 %**

➤ **Action insuffisante/prolongation de la grève (109) : 27,5 %**

Un certain nombre de commentaires mettent en exergue l'insuffisance de l'action proposée : « Pourquoi se limiter à une journée de grève ? » (C3-2) ; « une journée de grève ne gêne pas la caisse » (C3-746).

➤ **Autres moyens de pression (103) : 26 %**

D'autres aimeraient utiliser d'autres moyens de pression : « *campagne d'affichage* » (C3-5) ; « *pétition, pression sur les mutuelles* » (C3-354).

➤ **Actions pédagogiques (76) : 19,2 %**

Certains estiment que des actions pédagogiques seraient plus constructives : « *il est indispensable que les médecins COMMUNIQUENT les raisons de leur opposition à cette mesure* » (C3-393) ; « *une campagne publicitaire dans les médias* » (C3-395).

➤ **Déconventionnement/retraite/fermeture du cabinet (63) : 16 %**

D'autres prévoient de se déconventionner, de fermer leur cabinet ou d'avancer leur retraite si jamais la mesure passe : « *se mettre tous en secteur 3* » (C3-15) ; « *dévisser sa plaque si ça passe* » (C3-285) ; « *Prendre sa retraite en 2017* » (C3-392).

➤ **Faire grève autrement (45) : 11,3 %**

Un certain nombre pensent que la grève est un bon moyen de pression mais qu'elle serait plus efficace organisée différemment : « *Grève à la japonaise : port de brassard/tee-shirt 'médecin en grève'* » (C3-20) ; « *la seule chose qui ait marché jusqu'à présent est la grève des gardes en 2001* » (C3-43).

◆ **Contre la grève (186) : 17,9 %**

➤ **Grève inutile/inefficace (99) : 53,2 %**

Beaucoup pensent que la grève est inutile et inefficace : « *la grève quelle qu'elle soit ne fait pas partie de ma culture* » (C3-10) ; « *Inutile à mes yeux* » (C3-446).

➤ **Pénalisation du patient (46) : 24,7 %**

La grève serait, pour certains, avant tout une pénalisation du patient : « *La grève de la télétransmission c'est le patient qui est pénalisé* » (C3-4) ; « *la grève (...) lèse plus nos patients que la CPAM* » (C3-10)

➤ **Pénalisation du médecin (41) : 22,1 %**

Pour d'autres ce seraient les médecins les premiers pénalisés : « *on travaille trois fois plus les jours qui suivent c'est donc nous les plus pénalisés !* » (C3-11) ; « *quand on fait le tiers payant, si on fait la grève de la télétransmission, on se punit soi-même !!!* » (C3-52).

◆ **D'accord avec la proposition de la FMF (48) : 4,6 %**

Certains médecins sont d'accord avec le type d'actions proposées : « *prêt pour une journée de grève intersyndicale* » (C3-23).

◆ **Divers (190) : 18,4 %**

➤ **Revendiquer autre chose (97) : 51 %**

Certains pensent qu'il faut porter d'autres revendications que le tiers payant : « *il faut faire une grève sur l'abus de pouvoir de l'ARS* » (C3-19) ; « *ne pas oublier l'étatisation de la carmf qui est plus intolérable que le tiers payant* » (C3-153).

➤ **Critique du gouvernement (45) : 23,7 %**

Certains en profitent pour critiquer le gouvernement : « *virer le gouvernement* » (C3-24) ; « *les Enarques ministériels sont tellement sûrs de leur fait, que même quand ils font semblant de nous écouter, ils n'en font qu'à leur tête* » (C3-84).

➤ **Critique du syndicalisme (37) : 19,5 %**

D'autres en profitent pour critiquer les actions syndicales : « *ras-le-bol de ce pseudo-syndicalisme politicien minable* » (C3-18) ; « *Que les syndicats se mettent d'accord entre eux !* » (C3-1) ; « *je ne suis pas syndiqué car je considère que tous les syndicats mangent dans la main de la caisse* » (C3-441).

➤ **Ne croit pas à la généralisation du tiers payant (6) : 3,2 %**

Quelques-uns pensent que le tiers payant ne sera jamais généralisé, au vu des difficultés à mettre en place cette mesure : « *le tiers payant généralisé n'est pas prêt de se mettre en place* » (C3-88).

➤ **Demande de négociation (5) : 2,6 %**

Certains pensent que la négociation est la meilleure solution : « *négociier autour d'une convention* » (C3-705) ; « *Nous exprimer, débattre et exprimer notre sentiment... les autres actes ne sont pas entendus* » (C3-734).

◆ **Redondances/inutilisables (215) : 20,8 %**

Un certain nombre de commentaires s'est révélé être redondant avec les lots de commentaires précédents revenant sur le caractère inflationniste, coûteux, chronophage et déresponsabilisant du tiers payant : « *prouver que le tiers payant est inflationniste* » (C3-60). D'autres commentaires se sont révélés inutilisables : « *???* » (C3-40) ; « *une 2<sup>e</sup> révolution française* » (C3-63).

### III) DISCUSSION

#### A. Forces et faiblesses de l'enquête

L'enquête par mail constitue un biais de sélection en soi car elle ne touche que les médecins possédant une adresse électronique. Toutefois, ceux-ci représentant aujourd'hui une large majorité (21), on peut considérer que ce mode de diffusion a justement permis de toucher un maximum de praticiens.

Sur 37 659 médecins contactés dans toutes les régions de France, le taux de participation s'élève en effet à 11,17%, ce qui donne un échantillon d'étude conséquent de 4 208 réponses traitées. L'échantillon est large, l'enquête semble avoir mobilisé sur un sujet d'actualité.

L'enquête a été élaborée par un syndicat qui n'est pas neutre vis-à-vis de la question du tiers payant. La FMF est un syndicat qui revendique le caractère libéral de la profession médicale. Il se positionne clairement contre la proposition de généralisation du tiers payant. Ce positionnement explique l'élaboration de questions politiques (« *faut-il changer de ministre ?* ») et d'une proposition de solution bien définie (« *mon opinion sur la proposition de la FMF concernant le tiers payant* »). On pourrait redouter que ce positionnement ait une influence sur les réponses des médecins. On constate pourtant que celles-ci sont partagées et correspondent aux données de la littérature disponibles sur ce sujet (*cf infra*).

Cette enquête traite d'un sujet qui mobilise les médecins et qui est au cœur de l'actualité. Ce sujet aux enjeux multiples, qui semble fondamental pour au moins une partie de la profession, n'a été que peu traité ces dernières décennies. Peu de chiffres sont accessibles

dans la littérature (15). Cette enquête a donc le mérite d'actualiser, voire d'apporter des données supplémentaires concernant un sujet particulièrement sensible dans le milieu médical.

La question de la représentativité des médecins répondants peut se poser. On peut émettre l'hypothèse que les médecins ayant répondu au questionnaire sont les plus revendicatifs et ont en majorité voulu exprimer leur mécontentement ou leur réprobation à l'encontre du tiers payant. Parmi eux, on peut également présupposer que la plupart de ceux qui ont pris la peine de laisser des commentaires (dans les 2 parties de commentaires libres) l'ont fait dans l'unique but de faire connaître leur ressenti négatif sur le tiers payant. Il n'est cependant pas possible de déterminer si l'échantillon est suffisamment large pour limiter cet écueil.

L'analyse des commentaires constitue une partie importante de l'étude. Malheureusement, l'intitulé des encadrés amenant les médecins à s'exprimer dans le questionnaire est particulièrement vague. Ainsi les répondants n'ont sans doute pas compris ce qu'on attendait d'eux. On peut supposer que cela a découragé un certain nombre de médecins à s'exprimer. D'autres ont laissé des commentaires inutilisables (« *POUVEZ PAS FAIRE UN PHRASE ENCORE PLUS COMPLIQUEE ????* » ; commentaire 13, 2<sup>e</sup> lot). On retrouve également un nombre conséquent de commentaires redondants, en particulier pour le premier lot, où les médecins ne font que reprendre leur pratique du tiers payant qu'ils avaient déjà évoquée en répondant aux questions à choix fermé, sans y ajouter d'arguments.

L'analyse des commentaires introduit forcément une part de subjectivité. Les possibilités d'interprétations ont constitué le principal écueil de cette étude, d'autant plus que les commentaires n'ont été analysés que par une seule personne, sans l'aide d'un logiciel informatique. Des erreurs de codage sont donc également possibles.

Malgré tout, l'apport des commentaires permet d'affiner l'analyse en les mettant en parallèle avec les résultats chiffrés de l'enquête. Leur examen permet également d'apporter des résultats inédits, car jusqu'à présent aucune étude ne s'était intéressée à l'opinion des médecins vis-à-vis du tiers payant.

## **B. Principaux éléments de l'enquête**

Il ressort de l'analyse des commentaires que les arguments négatifs sur le tiers payant et sa généralisation sont majoritaires. Ils représentent 74,6% de la totalité des items retrouvés, contre 15,8% pour les items positifs et 9,6% pour les items inutilisables.

### **1) Principaux freins à l'application et la généralisation du tiers payant**

L'analyse des commentaires a permis de mettre en exergue les principaux freins au tiers payant et à sa généralisation du point de vue des médecins ; ils sont de deux ordres :

- Logistiques/techniques.
- Philosophiques.

### a) Freins logistiques/techniques

Pratiquer le tiers payant oblige les médecins à contrôler le retour des paiements pour être à jour dans leur comptabilité. Cette **surveillance est difficile** voire impossible, la traçabilité des retours semblant particulièrement opaque, notamment lorsque les patients sont affiliés à différents régimes et mutuelles. Les médecins souhaitent une **simplification du système** notamment pour les mutuelles, du type guichet unique avec un remboursement effectué uniquement par la caisse laquelle se chargerait de se faire rembourser la partie complémentaire auprès des différents organismes. La complexité du système entraîne une **difficulté de saisie** en amont, souvent source d'erreurs, d'autant plus lorsque le patient n'est **pas à jour dans ses droits ou lorsqu'il ne respecte pas le parcours de soins**. Ceci est à l'origine d'un taux non négligeable d'**impayés** ou d'erreurs de paiements, que le médecin a par la suite beaucoup de **difficultés à réclamer**. Tout cela impose un travail administratif supplémentaire particulièrement **chronophage**, temps qui ne peut plus être consacré à la consultation médicale. Seule possibilité de faire face pour les médecins : soit faire l'impasse sur ces impayés, soit déléguer le travail à un tiers (secrétaire, comptable) dont ils ne souhaitent pas assumer le **coût supplémentaire**.

## b) Freins philosophiques

La généralisation du tiers payant n'a pas lieu d'être car celui-ci **n'améliore pas l'accès aux soins**. Il semble inutile devant le **délai de remboursement très rapide** des caisses envers les patients depuis la télétransmission<sup>3</sup>. Les médecins savent que parmi leurs patients souffrent de difficultés financières et n'hésitent pas à pratiquer, s'il le faut, un **tiers payant détourné** (encaissement de chèque plusieurs jours après le remboursement).

Le tiers payant **fait perdre au patient la notion du coût de la santé** car il n'a plus à avancer tout ou partie des frais de la consultation. Cela lui donne le sentiment du « tout gratuit » et que « tout lui est dû », ce qui le **déresponsabilise** et engendre une **inflation de consultations** inutiles. Surconsommation et gratuité des consultations **dévalorisent l'acte médical** et la profession. La **relation-médecin malade s'en trouve modifiée**, source d'**irrespect** du patient vis-à-vis de son médecin. La dévalorisation de la profession alliée à l'aspect chronophage imposé par la gestion du tiers payant entraîne une **démobilisation thérapeutique** et une qualité préjudiciable des soins promulgués. De même, en rendant l'assuré neutre à l'égard de sa consommation de soins, le tiers payant pourrait amener le professionnel de santé à induire une demande de son patient au-delà de ce qui serait strictement nécessaire à l'entretien de sa santé afin de garantir ses revenus (**demande induite voire fraude**).

Par ailleurs, le tiers payant, en mettant **fin au paiement à l'acte**, est un premier pas vers la perte du statut libéral de la médecine et sa **fonctionnarisation**, les médecins devenant

---

<sup>3</sup> L'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale encadre ces délais de remboursement en cas de transmission par voie électronique à 3 jours ouvrés en cas de paiement direct à l'assuré et à 5 jours en cas de tiers payant, délai rappelé par la convention médicale du 26 Juillet 2011 (9).

**salariés des caisses** d'assurances maladie dont ils **dépendront**, et envers lesquelles ils auront des obligations et des comptes à rendre.

Par la **démonétisation** et l'absence d'échange d'argent entre le malade et le médecin, le patient **reste en dette** et l'**aspect psychanalytique** de cet échange disparaît, ce qui est notamment préjudiciable pour les soins promulgués.

Certains sujets comme la revalorisation de la consultation sont plus urgents.

## **2) Principaux arguments en faveur du tiers payant et de sa généralisation**

Les arguments relevés en faveur du tiers payant du point des médecins sont de 2 ordres :

- Logistiques/techniques.
- Philosophiques.

### **a) Arguments logistiques/techniques :**

Le tiers payant **fonctionne bien**, en particulier sur la part obligatoire. Il permet une **simplification de la comptabilité, évite d'accumuler trop d'argent** liquide ou de chèques, ce qui est bénéfique en matière de **sécurité** (vol, agression). Il est **pratique pour certaines situations** (patients déments, en maison de retraite...). C'est une **garantie de paiement** lorsque le patient n'a pas de quoi régler la totalité de la consultation.

## b) Arguments philosophiques

Le tiers payant, en permettant de ne pas avancer tout ou partie des frais de la consultation, **améliore l'accès aux soins** des patients les plus démunis. Par l'**absence d'échange d'argent**, il permet d'**assainir la relation médecin-malade** qui est dès lors désintéressée. Il n'est **ni inflationniste** sur la consommation de soins, **ni dévalorisant** pour le médecin. Il permet une **homogénéisation** des pratiques, les autres professions de santé l'effectuant plus ou moins systématiquement depuis un certain temps. Source de **fonctionnarisation** de la profession pour certains, cela permettrait aux médecins de changer de statut et d'acquérir des droits qui amélioreraient leur qualité de vie.

## 3) Pratique du tiers payant, modalités de contrôle, opinion sur la généralisation du tiers payant et sur la proposition de la FMF

D'après les résultats de l'étude, mis en parallèle avec l'analyse des commentaires libres, on constate que :

- ❖ Le tiers payant est très majoritairement appliqué (à 96,5%) pour les situations obligatoires :

Les médecins respectent dans leur très grande majorité les situations (régies par la loi et la convention) où le tiers payant s'applique de droit. On retrouve des chiffres analogues dans la littérature (*cf infra*). On peut cependant nuancer l'application systématique du tiers payant dans les situations de droit par le résultat de notre étude concernant les actes de permanence de soins, où les médecins répondants appliquent en minorité le tiers payant

pourtant régi par la convention (26,5 % le pratiquent systématiquement ou fréquemment contre 59,8 % qui le font peu voire jamais). On peut émettre l'hypothèse selon laquelle les arguments philosophiques développés à l'encontre d'un tiers payant inflationniste et déconnectant le malade de la réalité du coût des soins prennent une importance accrue dans cette situation.

- ❖ Le tiers payant est fréquemment pratiqué (à 69 %) pour les patients qui n'ont pas de quoi payer :

Aucune donnée de la littérature n'a été retrouvée précisément sur ce sujet, mais on peut émettre des hypothèses à partir de l'analyse des commentaires : le tiers payant semble être utilisé majoritairement par les médecins pour faciliter l'accès aux soins des patients nécessaires. Cependant ce résultat paraît relativement partagé (29% ne le font que rarement voire jamais dans ce cas là). Certains médecins estiment peut-être que les contraintes logistiques qu'engendre le tiers payant sont trop lourdes pour le pratiquer même au cas par cas. D'autres estiment peut-être qu'avec la possibilité de faire un tiers payant détourné (encaisser le chèque après remboursement du patient par la caisse) et avec le remboursement rapide de la caisse auprès du patient, le tiers payant n'améliore finalement pas l'accès aux soins et s'avère inutile, même pour les patients impécunieux.

- ❖ Le tiers payant est fréquemment pratiqué pour les patients en ALD (à 62%) :

Les médecins répondants semblent pratiquer le tiers payant plus fréquemment dans cette situation que ne le montrent les données de la littérature (*cf infra*). On peut penser que l'importance de l'affection et la récurrence des soins qu'elle nécessite pousse les

médecins à pratiquer régulièrement le tiers payant dans cette situation, afin de garantir l'accès aux soins de patients particulièrement fragiles et consommateurs de soins de santé. Il existe cependant une réticence relative que l'on retrouve dans l'étude (37% l'effectuent peu ou pas dans cette situation) et dans les données de la littérature. On peut penser que l'argument pédagogique selon lequel il est utile de faire connaître à l'assuré le coût de ses soins de santé afin d'éviter le phénomène du « tout gratuit », est ici prépondérant.

- ❖ Le tiers payant est rarement voire très rarement appliqué en dehors des situations précédentes :

Ces réticences sont également retrouvées dans les données de la littérature disponibles (*cf infra*). Elles sont l'expression pratique des arguments logistiques et philosophiques relevés dans l'analyse de commentaires. Il est cependant difficile à ce stade de hiérarchiser l'importance des uns par rapport aux autres. Dans notre étude, on constate une réticence importante à appliquer le tiers payant sur la part complémentaire (pratiqué à 22,4 % quand cela fonctionne avec la carte vitale, à 10,8 % quand il n'y a pas de certitude à être payé). Ces chiffres sont relativement équivalents dans la littérature (*cf infra*). Ces réticences à l'égard des mutuelles sont également présentes dans de nombreux commentaires, le taux d'impayés, d'erreurs de paiement, et le délai de paiement semblant particulièrement importants pour la part complémentaire, expliquant une méfiance accrue de la part des médecins. D'autres praticiens avancent également des arguments philosophiques, parmi lesquels le souhait de conserver leur indépendance vis-à-vis des mutuelles.

- ❖ Le contrôle des retours est partagé (50,5 % le font peu voire jamais contre 47,7 % qui le font souvent voire toujours) ; il est effectué en majorité (63,5%) par le médecin lui-même :

On peut supposer que les arguments logistiques d'un tiers payant chronophage et d'une traçabilité opaque des retours de paiement entraînant une surcharge de travail administratif sont prépondérants. Dans notre enquête, ce résultat partagé sur le contrôle des retours est sans doute le reflet d'un autre argument logistique à prendre en compte : la nécessité pour les médecins de vérifier les retours de paiement car il existe de nombreux impayés de la part des caisses et des mutuelles.

- ❖ Les médecins sont nettement opposés (83,2 %) à la proposition d'application obligatoire et généralisée du tiers payant en 2017 :

On peut voir sans doute ici tout le poids des arguments philosophiques à l'encontre du tiers payant peser dans la balance. On retrouve d'ailleurs l'importance des arguments philosophiques dans les résultats suivants de l'enquête : la majorité des médecins répondants (56,1 %) ne pratiqueraient pas un tiers payant « idéal » (sans contrainte technique) pour les actes non pris en charge à 100 %. A noter que ce désaccord massif est relativement atténué si les médecins sont assurés que les problèmes techniques sont résolus, mais même dans ce cas l'opposition reste franche (60,5 %).

La proposition de la FMF semble convenir à une majorité de médecins car elle exclut le caractère obligatoire de l'application du tiers payant. La grande majorité des médecins en désaccord avec cette proposition sont contre le tiers payant pour des raisons philosophiques

car la proposition de la FMF concerne un tiers payant exempt de tout dysfonctionnement logistique et technique.

- ❖ Les anciens médecins référents pratiquent plus volontiers le tiers payant mais demeurent largement réticents à sa généralisation :

Le premier dispositif de médecin référent a été mis en place par la convention des médecins généralistes de mars 1997 (22). Il a couru jusqu'en 2004 avant d'être abandonné et remplacé par le système du médecin traitant. « *Les médecins adhérant à l'option s'engagent, contre une rémunération spécifique, à tenir leur rôle de médecin référent auprès de ceux de leurs patients qui auraient fait le choix de ne s'adresser qu'à eux pendant un an* » (23). L'assuré est quant à lui dispensé d'avance de frais lorsqu'il consulte son médecin référent.

Il nous paraissait intéressant de connaître le point de vue spécifique de ces médecins qui avaient adhéré à un système garantissant le tiers payant systématique pour certains de leurs patients et de le comparer au reste des médecins répondants.

C'est sans surprise que ces médecins pratiquent plus volontiers le tiers payant pour les patients en ALD (à 77 % contre 58 % pour les non référents). Ils l'appliquent également plus fréquemment sur la part AMC (Assurance Maladie Complémentaire) même si les réticences demeurent importantes (à 39,2 % contre 17,1 % pour les non référents). Enfin, il est intéressant de voir qu'ils demeurent très réticents à sa généralisation (24,9 % en accord avec la proposition de généralisation) mais qu'ils sont près de 80 % à adhérer à l'idée d'un tiers payant « idéal » (contre 62,3 % des non référents). Le différentiel peut s'expliquer par le

poids des arguments logistiques chez ces médecins qui ne sont a priori pas opposés philosophiquement au tiers payant.

## **C. Comparaison des données avec la littérature**

### **1) Population**

Nous avons comparé les résultats de notre enquête avec les données du conseil national de l'ordre de médecins au 1<sup>e</sup> janvier 2013 (24).

Il y a 271 907 médecins dont 215 865 actifs et 56 105 retraités. Parmi eux, 199 419 ont une activité régulière (médecins qui exercent une activité au même endroit).

L'âge moyen des médecins est de 51,6 ans.

On dénombre 43 % de femmes.

46,6 % (92 851) des inscrits à l'ordre exercent en libéral, 43,1 % (85 876) exercent en tant que salariés dont 65,8 % d'entre eux sont des hospitaliers. 10,3 % (20 558) ont une activité mixte (libérale et salariée) dont 68,6 % de libéraux-hospitaliers.

Les médecins généralistes représentent 45,9 % des effectifs (91 539 inscrits en activité régulière). 59 % d'entre eux exercent en libéral, 35 % sont salariés et 6 % ont une activité mixte.

Les médecins spécialistes représentent 54,1 % des effectifs (107 880 inscrits en activité régulière). 36 % des spécialistes exercent leur activité en secteur libéral exclusif.

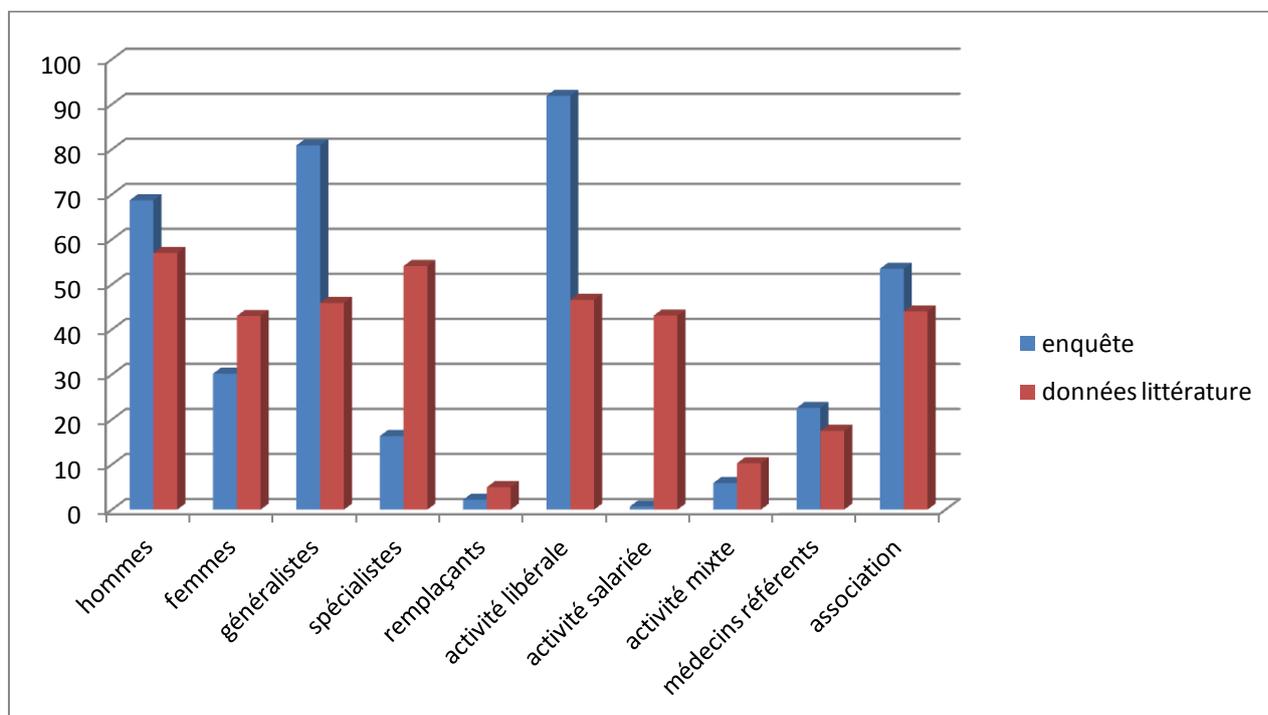
Il y a 10 138 médecins remplaçants (5 % des médecins ayant une activité régulière).

Si des études de 2009 font état de 54 % de généralistes en secteur 1 travaillant en association, il n'a pas été trouvé de données bibliographiques récentes sur la proportion de l'ensemble des médecins exerçant en cabinet de groupe ou individuellement. Seule une étude de 2004 avance le chiffre de 44 % de médecins libéraux exerçant en groupe (25).

47 % des omnipraticiens sont volontaires pour effectuer des actes de permanence de soins (26).

En ce qui concerne les chiffres sur les médecins référents, les taux d'adhésion sont variables selon la littérature : « *les estimations les plus couramment avancées (comme taux probable d'adhésion) portent sur une fourchette de 10 à 25 % des généralistes* » (23).

**Figure 20 : Comparaison de la population de l'enquête avec les données de la littérature**



Dans notre échantillon, les hommes, les médecins généralistes et les médecins exerçant en secteur libéral sont donc largement surreprésentés.

Il est tout à fait logique de retrouver une large majorité de médecins exerçant en libéral, car les médecins salariés, s'ils peuvent tout à fait avoir un avis sur le tiers payant, ne sont pas concernés par ce sujet dans leur pratique quotidienne.

On peut expliquer la surreprésentation des médecins généralistes par le fait qu'ils sont les premiers intéressés par cette mesure de généralisation du tiers payant. Ils ont donc été plus enclins à prendre le temps de répondre au questionnaire. Sur les 523 millions d'actes facturés par les médecins (chiffres de 2012), 54,02 % sont le fait des généralistes. Ces derniers ont facturé près de 43 millions d'actes en tiers payant, contre 48 millions pour l'ensemble des autres spécialités (15). Comme le rappelle le rapport de l'IGAS, la proposition de généralisation du tiers payant vise à favoriser principalement l'accès aux soins de premier recours que représente la médecine générale (15).

## **2) Pratique du tiers payant**

Dans la littérature, peu de chiffres sont disponibles sur la pratique du tiers payant car très peu d'études ont été publiées sur le sujet ces dernières années.

Le récent rapport de l'IGAS sur le « *tiers payant pour les consultations de médecine de ville* » (15) permet cependant de combler cette lacune et apporte un point de comparaison avec les résultats issus de notre enquête.

Ce rapport note que « 34,9 % des actes effectués par les médecins libéraux (chiffres du deuxième semestre 2012) font aujourd'hui l'objet de tiers payant ».

Derrière ce chiffre se cache une importante disparité des pratiques en fonction de la spécialité et de la sectorisation du praticien, comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 5 : Proportion des actes réalisés en tiers payant en fonction de la spécialité et du secteur**

|   | Secteur conventionnel         | Nombre d'actes | Nombre d'actes avec TP | % tiers payant |
|---|-------------------------------|----------------|------------------------|----------------|
| <b>Généralistes (y compris MEP<sup>4</sup>)</b> | Secteur 1                     | 131 713 408    | 41 621 437             | 31,6 %         |
|   | Secteur 2 et 1DP <sup>5</sup> | 9 630 463      | 1 309 743              | 13,6 %         |
| <b>Spécialistes « cliniques »<sup>6</sup></b>   | Secteur 1                     | 28 597 147     | 11 267 276             | 39,4 %         |
|   | Secteur 2 et 1DP              | 11 031 081     | 2 426 838              | 22 %           |
| <b>Spécialistes « techniques »<sup>7</sup></b>  | Secteur 1                     | 51 470 557     | 26 044 102             | 50,6 %         |
|   | Secteur 2 et 1DP              | 29 213 286     | 8 676 346              | 29,7 %         |

Source : CNAMTS – Erasme national tous régimes – Juillet à septembre 2012. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, IGAS, juillet 2013.

### a) Pour les situations « de droit » et le patients en ALD

Malgré une nuance de taille pour les actes de permanence de soins, les médecins répondants de notre étude pratiquent très majoritairement le tiers payant (à 97 %) pour les situations « de droit ».

<sup>4</sup> MEP : Mode d'Exercice Particulier.

<sup>5</sup> Secteur 1 DP : secteur 1 avec droit permanent à dépasser.

<sup>6</sup> Spécialistes « cliniques » : cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, spécialistes de médecine interne, pédiatres, pneumologues, rhumatologues, neuropsychiatres, spécialistes de rééducation et réadaptation fonctionnelle, neurologues, psychiatres, gériatres, néphrologues, spécialistes d'endocrinologie et métabolisme.

<sup>7</sup> Spécialistes « techniques » : anesthésistes, chirurgiens, radiologues, gynécologues, neurochirurgiens, O.R.L., ophtalmologues, urologues, stomatologues, anatomo-cyto-pathologistes, médecins biologistes.

On retrouve des chiffres analogues dans la littérature : des données datant de 2009 (tableau 6) montrent que le tiers payant est appliqué dans 96 % des cas lorsque le patient bénéficie de la CMU-C, idem pour les accidents de travail. Les médecins appliquent en moyenne le tiers payant dans 48,5 % des cas pour les patients en ALD d'après la littérature, taux inférieur à celui de notre étude (le tiers payant est appliqué souvent voire toujours dans 62 % des cas dans cette situation).

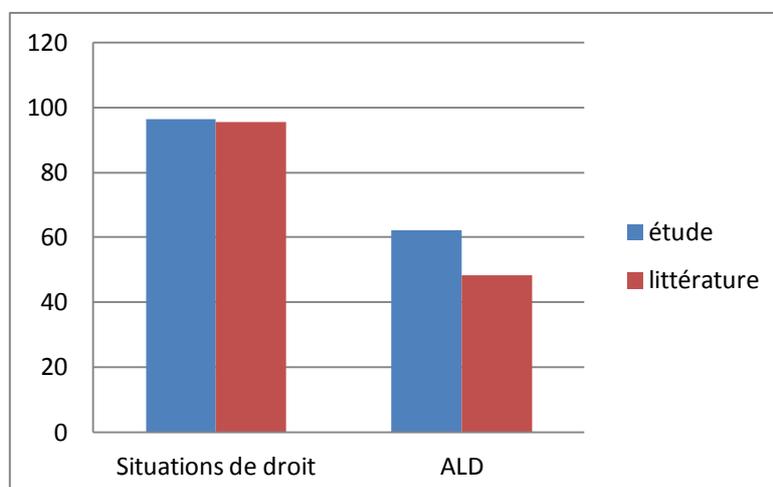
**Tableau 6 : Taux de tiers payant par motif et par catégorie de médecins**

|  |                  | CMUC   | ALD    | Risque AT-MP |
|--|------------------|--------|--------|--------------|
| <b>Généralistes<br/>(compris MEP)</b>  | Secteur 1        | 98,1 % | 41 %   | 97,1 %       |
|  | Secteur 2 et 1DP | 93,8 % | 20,9 % | 95,4 %       |
| <b>Spécialistes<br/>« cliniques »</b>  | Secteur 1        | 95 %   | 62,1 % | 97,1 %       |
|  | Secteur 2 et 1DP | 93,5 % | 39,3 % | 94,3 %       |
| <b>Spécialistes<br/>« techniques »</b> | Secteur 1        | 97,1 % | 75,8 % | 99,1 %       |
|  | Secteur 2 et 1DP | 95,8 % | 51,6 % | 97,9 %       |

Source : Assurance maladie, France entière, régime général (hors SLM), liquidations de janvier à juin 2009.

En comparant ces données de 2009 avec les résultats de notre enquête, on obtient le graphique suivant :

**Figure 21 : Comparaison de l'application du tiers payant dans les situations de droit et les patients en ALD, entre les résultats de l'enquête et la littérature**



Il est intéressant de noter, dans un cas comme dans l'autre, que le taux de tiers payant pour les patients bénéficiant de la CMU même s'il est très élevé, n'est pas de 100 %. Il existe donc des phénomènes de refus de la part des médecins. D'après une étude réalisée en 2011, le refus d'application du tiers payant par les professionnels de santé est à l'origine de 13,5 % des situations de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU (27).

**b) Pour les autres situations, en dehors des patients en difficultés financières :**

En dehors des situations précédentes et des patients qui présentent des difficultés financières, les médecins répondants de notre enquête sont beaucoup plus réticents à appliquer le tiers payant.

Ces résultats sont comparables aux données du rapport de l'IGAS de 2013.

L'institut montre la réticence à l'application du tiers payant par les spécialistes en soins primaires en dehors des situations obligatoires et des situations de difficultés financières. Ainsi, hors ménages modestes et hors ALD, le tiers payant n'est appliqué que dans 14,2% des cas par les généralistes en secteur 1. Il est près de trois fois plus pratiqué par les spécialistes que par les généralistes (30,3 % contre 13,6 %), et deux fois plus pratiqué par les spécialistes « techniques » que par les spécialistes « cliniques », comme le montre le tableau suivant :

**Tableau 7 : Proportion des actes réalisés en tiers payant hors ALD et ménages modestes en fonction de la spécialité et du secteur**

|  |           | Proportion d'actes réalisés en tiers payant<br>(hors ménages modestes et ALD) |        |
|--|-----------|---|--------|
|  |           | 2012  | 2011   |
| <b>Généralistes</b>                    | Secteur 1 | 14,2 %  | 13,3 % |
|  | Secteur 2 | 4,9 %   | 4,4 %  |
| <b>Spécialistes<br/>« cliniques »</b>  | Secteur 1 | 20,5 %  | 19,9 % |
|  | Secteur 2 | 12,6 %  | 11,9 % |
| <b>Spécialistes<br/>« techniques »</b> | Secteur 1 | 42,3 %  | 41,5 % |
|  | Secteur 2 | 23,8 %  | 22,9 % |

Source : CNAMTS – Erasme national tous régimes – juillet à septembre 2012, Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, IGAS, juillet 2013.

Cette disparité peut s'expliquer, d'après l'institut, par la corrélation entre le coût des actes (supérieur chez les spécialistes) et la pratique du tiers payant.

Dans notre étude, on constate une réticence importante de la part des médecins à appliquer le tiers payant sur la part complémentaire (pratiqué à 22,4 % quand cela fonctionne avec la carte vitale, à 10,8 % quand il n'y a pas de certitude à être payé). Ces chiffres sont en relative adéquation avec ceux de la littérature : « selon les chiffres de la mutualité française à la fin de mars 2013, les taux de tiers payant des médecins de ville sont proches de 6 % » (15), avec une importante disparité selon les spécialités.

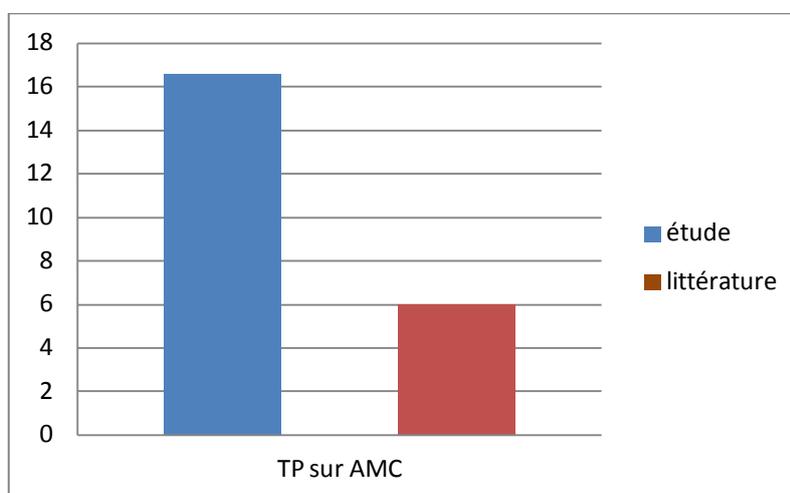
**Tableau 8 : Taux de tiers payant sur la part AMC en fonction de la spécialité**

|   | Médecins libéraux<br>hors radiologues | Radiologues | Laboratoires | Centres de<br>santé |
|---|---------------------------------------|-------------|--------------|---------------------|
| <b>Taux de tiers payant<br/>en part AMC</b> | 6 %                                   | 40 %        | 84 %         | 80 %                |

Source : Unocam. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, IGAS, juillet 2013.

En comparant ces données avec les chiffres de notre enquête, on obtient le graphique suivant :

**Figure 22 : Comparaison de l'application du tiers payant sur la part complémentaire, entre les résultats de l'enquête et la littérature**



### 3) Tiers payant et lourdeurs administratives

Nous avons constaté dans notre étude que l'un des principaux freins au tiers payant et à sa généralisation était constitué par les lourdeurs administratives engendrées par celui-ci : sa gestion complexe est chronophage et coûteuse ; la traçabilité des retours de paiement semble particulièrement opaque.

Dans la littérature, peu d'études récentes chiffrées se sont penchées sur cette problématique.

En juillet 2009, l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) indique que 20 % du temps de travail hebdomadaire des généralistes est consacré aux activités autres que celles directement dédiées aux soins. «*On estime ainsi entre 4,5 et 6,5 heures hebdomadaires le temps consacré aux tâches administratives.*» (28).

Il renvoyait à une étude datant de 2003 réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML RA) auprès de 123 médecins généralistes et 117 spécialistes de la région (29). Malgré le faible taux de participants et l'ancienneté de l'étude, des résultats intéressants en adéquation avec les inquiétudes mises en avant dans notre étude en ressortent. D'après cette enquête, les généralistes de la région estimaient à 1 heure 47 par journée d'activité le temps consacré à des tâches administratives liées aux patients, soit 18 % de leur activité professionnelle quotidienne, et 1h30 pour un spécialiste (soit 17 % de son temps d'activité). La plupart du temps passé en tâches administratives (80 % environ) avait lieu en dehors de la consultation ou la visite, de manière "regroupée" (le soir ou durant un jour de la semaine ou de manière plus occasionnelle). La gestion du tiers payant représentait 5 à 7 minutes par patient concerné, environ 19 minutes par jour pour l'ensemble des généralistes étudiés et environ 13 minutes chez les spécialistes (à cette époque, le tiers payant concernait une patientèle moins importante qu'aujourd'hui puisqu'il était appliqué à 13 % des patients des généralistes et 15 % de la patientèle des spécialistes). Il était déjà noté à l'époque que l'essentiel du temps consacré à la gestion du tiers payant était passé par le médecin lui-même pour le généraliste (la présence d'une secrétaire était relativement rare) alors que chez le spécialiste, 40 % de ce temps était assumé par un(e) collaborateur(trice). Il fallait rajouter à ce temps de gestion celui des vérifications comptables des prestations de Sécurité Sociale qui prenaient entre 1,5 et 2 heures par mois, le médecin assumant lui-même la majorité du temps consacré à ces tâches (70 % pour les généralistes et 56 % pour les spécialistes), le reste étant le fait d'un collaborateur.

Une autre donnée intéressante de cette enquête était la perception du transfert de charges subi par les médecins. En ce qui concernait la gestion du tiers payant, 85 % des

généralistes et 84 % des spécialistes estimaient qu'il s'agissait d'un transfert de charges entre la caisse et les médecins. Ce transfert était qualifié de « caractérisé » pour respectivement 42 % et 62 % d'entre eux.

L'IRDES estime que « *depuis, l'évolution de ces techniques a sans doute diminué le temps de travail. De même, la création en 2007 d'un compte professionnel personnel, accessible sur le site de l'Assurance maladie, a probablement permis de réduire le temps passé à la gestion des tiers payants.* » (28). On peut cependant nuancer l'idée d'une diminution des tâches administratives par une plus forte proportion d'actes passés en tiers payant aujourd'hui qu'à l'époque de l'enquête (13 % des actes chez le généraliste en 2003 contre plus de 30 % aujourd'hui).

Il serait quoiqu'il arrive intéressant de refaire une étude de ce type sur un plus large panel à l'aune des nouvelles techniques acquises, et des nouvelles habitudes de pratique.

Une autre étude intéressante réalisée pour une thèse datant d'octobre 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 (30). 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 etc...).

Dès lors, la part des choses entre une gestion du tiers payant source de contraintes administratives supplémentaires ou source de simplifications administratives paraît difficile à établir.

Un autre rapport de l'IGAS datant de juillet 2013 sur les centres de santé montrait que « *l'obligation de tiers payant, du fait de la complexité des règles de remboursement par l'assurance maladie, s'avère très coûteuse* » pour ces centres de soins (31). Il soulignait qu'il y avait nécessité de « *vérifier la cohérence entre les retours de l'assurance maladie au centre de santé et le virement de l'assurance maladie au service comptable du centre. Or, comme il s'agit de lots en masse, qui ne se recoupent pas, cet exercice est extrêmement difficile* ». Il met également en avant la complexité de vérification due à la « *multiplicité des interlocuteurs, qui sont aussi nombreux qu'il y a de régimes et de caisses, chacun ayant sa propre organisation et sa propre façon de gérer le tiers payant* », la gestion étant « *encore plus complexe lorsqu'elle est pratiquée pour la part complémentaire* ». Le rapport considère que « *l'obligation de tiers payant, telle qu'elle est mise en œuvre actuellement, constitue une charge de travail chronophage et coûteuse pour les centres de santé* ». Il estime que le coût de vérification des droits prend environ 20 % à 50 % du temps de travail des agents d'accueil, et que le montant moyen du coût du tiers payant se situe entre 4 et 9 euros par acte.

Le rapport de l'IGAS sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville estime que « *le fonctionnement du tiers payant en part obligatoire est aujourd'hui globalement stabilisé* » alors que « *la pratique du tiers payant complémentaire demeure fastidieuse* ». Il note que « *le véritable palier en termes de charge administrative liée à la gestion des rejets concerne davantage le passage à la télétransmission que le passage au tiers payant* », expliquant qu'en cas de télétransmission, « *le médecin reçoit et doit traiter un 'flux retour'* »

qu'il y ait eu tiers payant ou pas, alors qu'en cas de transmission papier, la feuille de soins est renvoyée à l'assuré hors tiers payant et au médecin en tiers payant. Il admet qu'il existe « *un risque de charge administrative supplémentaire liée au recoupement entre les factures émises et les paiements reçus, et à la gestion des impayés éventuels. Ce risque est d'autant plus grand que le nombre d'interlocuteurs est élevé* ». Il avance cependant que la charge administrative s'est trouvée « *limitée par la possibilité de paramétrer les logiciels médicaux de telle sorte qu'ils effectuent le recoupement automatique entre les feuilles de soins électroniques transmises et les retours signalement paiement d'une part, et entre les retours signalement paiement et les virements d'autre part* », cela permettant même de se décharger d'une partie du travail de comptabilité (gestion des chèques). La charge administrative au moment de la saisie est pour l'IGAS très limitée, « *les logiciels étant dans leur ensemble paramétrés pour reconnaître les cas de tiers payant légal* », même si la vérification de l'information médecin traitant sur l'Espace Pro est jugée « *unaniment chronophage à l'échelle d'une consultation* ». En ce qui concerne la part AMC, l'IGAS souligne que « *l'absence d'attestation électronique oblige le médecin à renseigner manuellement les informations relatives à l'AMC dans le logiciel de facturation* », ce qui accroît le risque de rejets et sa charge de travail.

Ainsi, la charge administrative supplémentaire imposée aux médecins par le tiers payant existe indéniablement. Cependant, son poids est extrêmement difficile à circonscrire, dans la mesure où la seule étude chiffrée disponible sur le sujet est ancienne et peu représentative. Une nouvelle étude palliant à ces écueils serait donc fortement souhaitable.

#### 4) Tiers payant et impayés/délai de paiement

Dans notre étude, nous avons mis en exergue l'un des principaux freins à l'application du tiers payant, à savoir les impayés et délais de paiement imposés aux médecins par les caisses et mutuelles. Seul le récent rapport de l'IGAS, se basant sur les données de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), permet d'apporter des chiffres (15) :

**Tableau 9 : Répartition des rejets par profession de santé et par nature des flux pour le mois de mars 2013**

|   | Omnipraticiens | Spécialistes  |
|---|----------------|---------------|
| Nombre de factures en anomalie pour les flux FSE <sup>8</sup> | 172 402        | 103 578       |
| Nombre total de factures pour les flux en FSE                 | 15 150 368     | 8 586 698     |
| Ratio factures en anomalie/total factures FSE                 | 1,14 %         | 1,21 %        |
| Nombre de factures en anomalie pour les flux B2 <sup>9</sup>  | 9 633          | 11 895        |
| Nombre total de factures pour les flux en B2                  | 115 902        | 128 453       |
| Ratio factures en anomalie/total factures en B2               | 8,31 %         | 9,26 %        |
| <b>Ratio factures en anomalies/total FSE+B2</b>               | <b>1,19 %</b>  | <b>1,32 %</b> |

Source : CNAMTS – IRIS – Mars 2013. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, IGAS, juillet 2013.

On constate que le taux de rejets globaux des factures envoyées par les professionnels de santé est de l'ordre de 1,19 % pour les omnipraticiens et de 1,32 % pour les spécialistes. Les cas les plus fréquents d'impayés sont dus au non respect du parcours de soins pour les spécialistes hors accès direct, l'anomalie « montant demandé supérieur au montant calculé hors parcours en tiers payant » représentant 4,49 % des rejets (source CNAMTS, DDO, avril 2013) (15).

<sup>8</sup> Feuille de soins électronique

<sup>9</sup> Télétransmission en mode dégradé c'est-à-dire sans carte vitale.

D'après l'IGAS, ce taux de rejet incluant des erreurs de saisie en amont qui peuvent être corrigées par le médecin au terme d'une opération dite de « recyclage » de la FSE, « *les pertes financières (...) restent globalement limitées* » pour les médecins. Les minorations financières se trouvent encore réduites pour les professionnels de santé depuis la mise en place par la convention du 26 juillet 2011 d'une garantie de paiement sur la base des droits en carte c'est-à-dire même en cas de carte Vitale non à jour. En pratique, l'IGAS admet que cette garantie de paiement se révèle « caisses-dépendantes », n'étant pas appliquée automatiquement par toutes les Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Au niveau du tiers payant complémentaire, aucun chiffre sur le taux d'impayés n'a pu être retrouvé. L'IGAS explique cependant que du fait de « *l'absence de support électronique embarquant les droits complémentaires* », le tiers payant sur la part complémentaire est plus aléatoire pour le médecin, car les mutuelles refusant de courir un risque financier appliquent de façon variable la garantie de paiement, « *certaines refusant d'honorer le paiement en cas de droit expirés* ».

En ce qui concerne les délais de paiement sur la part obligatoire, le délai est déterminé par la convention nationale et doit être de cinq jours ouvrés après la télétransmission pour les dossiers sécurisés (article R 161-47 code de la sécurité sociale). Ce délai paraît globalement maîtrisé d'après l'institut (aucune étude à l'échelle nationale n'a été retrouvée sur ce thème) mais est toutefois plus aléatoire hors régime général, « *pouvant parfois courir jusqu'à plusieurs semaines* ». En revanche, en ce qui concerne le régime complémentaire, les délais peuvent aller de 2 à 15 jours suivant les mutuelles.

Il ressort de ce qui précède que le ressenti des médecins sur le risque et la survenance d'impayés, très souvent mis en avant dans les réponses, est largement tempéré par les chiffres disponibles. Cependant, les problématiques rencontrées en cas de non respect du parcours de soin par le patient et sur la part complémentaire restent entières.

## **5) Tiers payant et inflation de la consommation de soins de santé**

Parmi les arguments philosophiques retrouvés dans notre étude, le caractère inflationniste du tiers payant sur la consommation de soins constitue l'une des principales inquiétudes des médecins.

Mais afin de mieux cerner cette problématique, il est nécessaire dans un premier temps de comprendre la tendance consumériste du système de santé.

J. Baudrillard a été l'un des premiers auteurs à émettre une analyse critique de la société de consommation dans son ensemble : « *Il y a aujourd'hui tout autour de nous une espèce d'évidence fantastique de la consommation et de l'abondance, constituée par la multiplication des objets, des services, des biens matériels, et qui constitue une sorte de mutation fondamentale dans l'écologie de l'espèce humaine.* » (32).

Un certain nombre d'auteurs estime que le domaine de la santé n'est pas épargné par cette dérive consumériste. Le patient, considéré comme un « consommateur de soins de santé », se situerait « *dans une situation intermédiaire entre un rattachement sanitaire clair et une évolution consumériste importante* » (33). Cela s'expliquerait par la convergence de plusieurs phénomènes, à la fois anthropologiques, sociologiques et économiques.

En effet, l'évolution du rapport au corps et à la santé en général a contribué à l'émergence de cette dérive, concrétisée par une demande toujours plus « banalisée » de soins de santé (34).

La démystification du corps et l'avènement du « règne du corps machine », la peur de la mort et la crainte du vieillissement sont des phénomènes décrits par D. Le Breton : « *le statut actuel des personnes âgées, la dénégation qui marque la relation que chacun noue avec son propre vieillissement, la dénégation aussi de la mort, ce sont là des signes qui montrent les réticences de l'homme occidental à accepter les données de la condition qui fait d'abord de lui un être de chair* » (35).

Ces phénomènes, alliés à la naissance d'un sujet « hypermoderne » et individualiste, en quête de satisfaction immédiate, évoluant dans une société où tout peut être négocié et qui invoque le droit à la complétude (c'est-à-dire le droit à tout)(36), sont autant de facteurs aboutissant au désir de « santé parfaite » décrit par L.Sfez (37). Ainsi, « *nous ne désirons plus seulement la diminution de la souffrance et de la maladie, mais nous désirons aussi atteindre une condition humaine parfaite, une sorte de nouvelle incarnation sans les défauts de la chair et peut-être aussi une corporéité sans corps* » (38). Cela conduit à la « *médicalisation de la santé par laquelle la médecine est dorénavant sollicitée non plus seulement pour guérir mais aussi pour assurer la promotion du bien-être et du plaisir individuel* » (34). La consommation de santé se transforme ainsi peu à peu en une consommation « de confort », dans laquelle les soins et médicaments sont perçus comme des « *biens et services de consommation* » (34)(39).

Peut-on dès lors encore parler de déresponsabilisation du patient ? N'est-ce pas là le symptôme ou le fruit d'une société qui promeut la complétude de l'individu dans un « *état de complet bien être physique et mental* » (définition de la santé selon l'organisation mondiale de la santé - OMS) ?

J. Baudrillard rejette d'ailleurs l'idée d'un patient qui use et abuse de prestations sociales démocratisées. Pour lui, dès lors que la relation de santé est « *médiée par une représentation du corps comme bien de prestige, elle devient exigence fonctionnelle de statut. A partir de là, elle entre dans la logique concurrentielle et se traduit par une demande virtuellement illimitée de services médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques – demande compulsive liée à l'investissement narcissique du corps/objet (partiel), et demande statutaire liée aux processus de personnalisation et de mobilité sociale (...)* ». Ainsi, « *La santé est moins aujourd'hui un impératif biologique lié à la survie qu'un impératif social lié au statut* », le médecin étant désormais celui qui permet d'atteindre un bonheur social en soignant le corps comme « *investissement narcissique* » et « *faire-valoir* » (32).

D'un point de vue économique, certains auteurs estiment que l'avènement de la démocratie sanitaire permet d'identifier le patient comme un « consommateur en soins de santé » (33)(40).

Dans les années 1980, on observe un effritement du paternalisme médical laissant la place à un patient décideur, actif, autonome, voire revendicatif dans ce « colloque singulier » qu'il entretient avec le praticien. Il s'effectue donc un rééquilibrage dans la relation de soins, les pouvoirs étant moins inégalement répartis qu'auparavant (33)(40). Pour ce nouveau malade « sachant » (40)(41) qui revendique dorénavant un libre choix thérapeutique, le

praticien n'est plus qu'une instance de savoir parmi d'autres, avec lequel il traite directement (40). Cette évolution vers la démocratie sanitaire s'est faite par stratifications et sera entérinée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui pose comme principe que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé* » (42) et que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* » (43). Cette transformation majeure, consacrant l'autonomisation et l'émancipation du patient et lui permettant de « *prétendre faire jouer la concurrence et comparer des offres* » (44), va lui donner un pouvoir de marché. Cette émancipation est aujourd'hui largement accentuée par l'utilisation de l'outil internet, source inépuisable d'informations.

Cependant, s'il a des droits, le patient autonome a également des devoirs, comme le rappelle le code de la santé publique : « *Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose.* » (45). Le code de la sécurité sociale va dans le même sens : « *chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie* » (46). Ainsi, c'est toute une sédimentation de mécanismes juridiques visant à limiter par différentes charges financières (ticket modérateur, participation forfaitaire d'un euro par acte, franchise annuelle sur les boîtes de médicaments, sur les actes des auxiliaires médicaux et sur les transports sanitaires, forfait journalier hospitalier) les conséquences de ce que les économistes de la santé appellent « l'aléa moral ».

On distingue généralement deux types d'aléa moral : *ex ante* et *ex post*.

L'aléa moral *ex ante* apparaît lorsqu'étant mieux assurée, la personne se met à adopter des comportements susceptibles d'augmenter la probabilité de survenance d'un problème de santé. On considère souvent cet aléa comme étant négligeable dans le domaine de la santé. L'aléa moral *ex post* intervient une fois le problème de santé déclaré, entraînant une augmentation de l'ampleur des soins administrés, c'est-à-dire une surconsommation de soins de la part du patient. Celle-ci est due à une diminution des prix nets des soins médicaux, le patient n'hésitant plus à engager des dépenses qui n'ont pas forcément de justification médicale. Cependant, cette surconsommation n'est pas le seul fait de l'assuré mais peut venir également du soignant qui, par son pouvoir discrétionnaire et surtout lorsqu'il est payé à l'acte, peut voir un intérêt à augmenter le volume de soins prescrits. On parle alors de demande induite (47)(48)(49)(50).

C'est là que les avis des auteurs divergent.

Certains estiment que le développement de la responsabilisation financière du patient éloigne la relation médecin-malade du modèle consumériste, dans lequel la question des obligations ou des responsabilités des consommateurs est justement totalement occultée. Le but de cette responsabilisation est d'associer le patient à la gestion du système de santé afin d'en assurer au mieux la pérennité. Alors que le consumérisme est centré sur la défense du consommateur et la défiance à l'égard des professionnels, « *le système de santé se caractérise par un travail commun* », une sorte de « *co-gestion* » entre tous les intervenants (33).

Pour d'autres auteurs au contraire, la responsabilisation du patient est le pendant nécessaire à l'extension de ses droits afin d'assurer la mise en place d'un système marchand

en matière de santé. Par l'édification d'un patient autonome et informé, la sphère de la demande éclate mécaniquement alors qu'elle était auparavant sous la tutelle des médecins et des financeurs. La revalorisation « *du rôle du malade amène assez logiquement à soumettre à une régulation marchande les biens et services dont le patient-consommateur est capable de juger la qualité et dont les différences de consommation ne mettent pas en jeu la santé publique et la justice sociale* » (40)(41).

Par les différentes charges financières qui pèsent sur lui afin de le responsabiliser, le patient est davantage mis à contribution pour le financement de ses dépenses de santé. Ces frais (ticket modérateur, participation forfaitaire, franchise) sont à la charge du patient ou de sa complémentaire ; ce sont des dépenses dites désocialisées. L'assuré social devient le gestionnaire de son capital santé. Cela conduit à accentuer le décalage entre la dépense de santé et la dépense socialisée, laissant une place plus grande à l'espace marchand (40).

Quelle est la place du tiers payant à proprement parler dans ces discussions ? Il n'a pas été trouvé d'élément bibliographique le mettant en relation directe avec ces problématiques.

Elles touchent en effet plus directement les notions de reste-à-charge, d'assurance obligatoire et complémentaire. Qu'en est-il de la place de la généralisation du tiers payant dans cette conception plus ou moins consumériste de la société en générale et du système de santé en particulier ?

Dans une étude du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES devenu IRDES) intitulée : « le tiers payant est-il inflationniste ? » (1), il ressort que le tiers payant apparaît comme un facteur de diminution des inégalités de

consommation dues aux écarts de revenus, c'est-à-dire qu'en permettant aux impécunieux de s'affranchir de l'avance de frais, il favorise leur accès aux soins. L'effet se traduit donc par un rattrapage par les pauvres du volume de soins que consommaient déjà les ménages non concernés par la contrainte de liquidité, entraînant un gain d'équité. Cet effet n'est donc pas à proprement parler inflationniste, puisqu'il n'augmente pas tous les coûts de soins chez tous les assurés.

L'une des failles principales de cette étude, comme le souligne l'IGAS, est son ancienneté : 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.

Un dernier problème, néanmoins crucial, apparaît dans les conclusions mêmes du rapport de l'IRDES : rien n'indique que le volume rattrapé par les plus pauvres grâce au tiers payant soit un volume souhaitable du point de vue des résultats de santé (1). Certes, lorsqu'on réfléchit en termes de volume, on constate un gain d'équité. Mais dans une société du « tout, tout de suite », où l'on aspire à une santé parfaite, on peut se demander si ce volume ne concerne pas en premier lieu des dépenses que l'on pourrait qualifier de « confort » en termes de santé.

Toujours est-il qu'en déconnectant l'assuré du coût réel de ses soins, la généralisation du tiers payant semble en complète contradiction avec les mesures de responsabilisation de la demande précédemment mises en place dans le but de limiter l'aléa moral. Cette remise en question de la « co-gestion » du système de santé avancée par certains auteurs ne replacerait-elle pas dès lors le patient dans un modèle consumériste ?

On peut cependant également se poser la question dans un tout autre sens. En effet, dès lors que l'on considère que les politiques de responsabilisation du patient ont placé le système de santé dans un modèle marchand, ne fait-on pas œuvre salubre en revenant sur cette politique ?

Cette interrogation peut toutefois d'ores et déjà être nuancée. Le tiers payant n'étant qu'une dispense d'avance de frais, les charges financières continueront quoi qu'il en soit de peser sur le patient. Aussi la généralisation du tiers payant peut n'avoir aucune influence sur la marchandisation du système et apparaître dès lors comme un leurre.

Si le tiers payant peut bien avoir un impact sur le système de soins, celui-ci résiderait plutôt dans l'amélioration de l'accès aux soins. Mais qu'en est-il réellement ?

## **6) Tiers payant et accès aux soins**

Dans notre étude, le principal argument invoqué en faveur du tiers payant (84,5 % des arguments positifs) est qu'il permet de favoriser l'accès aux soins.

Si cet argument paraît mécaniquement évident au premier abord, il est beaucoup plus nuancé à la lecture des principaux éléments de la littérature parus sur ce sujet.

La réduction des inégalités sociales de santé est aujourd'hui l'un des objectifs affichés de nombreux pays européens (51). Même si « *celles-ci s'expliquent essentiellement par des facteurs sociétaux en amont de l'accès aux soins* » (52) (« *conditions de vie et de travail, comportements et modes de vie, mais aussi sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie au travail, faiblesse des liens sociaux et condition de vie dans l'enfance* ») (53), certaines sources s'accordent à dire que le système de santé, en particulier le secteur de soins primaires, peut jouer un rôle positif (52)(53)(54).

C'est pourquoi l'amélioration de l'accès aux soins fait aujourd'hui partie des priorités des pouvoirs publics, comme on peut le voir au travers du récent rapport gouvernemental de septembre 2013 sur « *l'accès aux soins des plus démunis* » (55). La généralisation du tiers payant apparaît d'ailleurs en 18<sup>e</sup> proposition de ce rapport.

La notion de renoncement paraît fondamentale pour comprendre les difficultés d'accès aux soins : « *Le renoncement comme indicateur d'accessibilité financière aux soins a émergé progressivement dans le champ politique et social* » (56).

Le renoncement se définit ainsi : « *les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit* » (56).

« *Le renoncement apparaît corrélé positivement avec le fait d'être une femme, avec le niveau d'éducation, le soutien social et négativement avec le niveau de revenu et la couverture assurancielle (...). Il apparaît également négativement corrélé avec l'âge et un bon état de santé* » (57).

Derrière cette définition se cachent principalement deux formes de renoncement :

- Le renoncement-barrière
- Le renoncement-refus

*« Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins. Ces deux formes de renoncement – barrière et refus – sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin. » (56)(58).*

Le renoncement aux soins pour raisons financières fait ainsi partie du « *renoncement-barrière* » mais il n'est pas le seul : il y a aussi le renoncement fondé sur le besoin subjectif de l'individu<sup>10</sup>, le renoncement dû à la mauvaise connaissance des droits sociaux, le renoncement lié à l'organisation et à la répartition de l'offre de soins (56)(58).

Selon des chiffres datant de 2008, « *15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée), et dans une moindre mesure l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %).* » (56)(59).

---

<sup>10</sup> « *L'individu projette de recourir à un soin en fonction de l'identification et de l'interprétation qu'il fait de ses symptômes et en fonction des normes sociales quant à la manière d'y faire face* » (68).

S'il est impossible de déterminer aujourd'hui quel serait précisément l'impact du tiers payant sur les 3,4 % de personnes renonçant aux soins pour raisons financières, on peut néanmoins émettre l'hypothèse selon laquelle la dispense d'avance de frais joue un rôle partiel sur le renoncement.

En effet, les raisons financières du renoncement aux soins sont multiples. S'il est difficile de savoir à quelle place se situe l'avance de frais, 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 certains professionnels de santé qui expliquent ce renoncement pour raisons financières (56)(57)(59). D'autres causes sont également retrouvées : « *des facteurs de renoncement liés à l'histoire de vie, en particulier la situation sociale passée, présente ainsi que les perspectives d'avenir* » (59). La disponibilité financière du moment, en particulier quand le patient doit avancer les frais, est également évoquée dans la littérature, mais cet élément paraît moins fondamental (56).

Aussi, les conséquences de ce renoncement semblent diverger selon les sources de la littérature retrouvées. Si, selon certaines études, « *les renoncements ont un effet causal sur la dégradation à quatre ans de l'état de santé perçu* » (57), pour d'autres auteurs, même s'ils admettent l'existence d'un lien positif entre niveau d'assurance et niveau de recours aux soins, « *l'impact de la consommation de soins permise par l'assurance sur l'état de santé n'est démontrée que dans des domaines particuliers : la vision et l'hypertension dans l'expérience de la Rand, la mortalité des enfants par les études Medicaid, la prévention primaire ou secondaire pour les études normatives ; sur des indicateurs plus généraux d'état*

*de santé, l'horizon d'observation de ces études ne permet pas de conclure à une amélioration ». Cependant, « le fait que l'assurance santé ait un rôle plus protecteur sur la santé des pauvres que sur celle des riches tend à confirmer l'hypothèse de l'efficacité de l'assurance maladie en tant qu'instrument de lutte contre les inégalités sociales de santé » (60).*

Enfin, c'est l'étude de l'IRDES de 2000 « le tiers payant est-il inflationniste ? » (1) qui, en répondant à cette question, est l'unique travail retrouvé dans la littérature permettant d'établir un parallèle direct entre le tiers payant et l'accès aux soins. On rappellera ses principales conclusions : le tiers payant apparaît comme un facteur de diminution des inégalités de consommation dues aux écarts de revenus, c'est-à-dire qu'en permettant aux impécunieux de s'affranchir de l'avance de frais, il favorise leur accès aux soins. L'effet se traduit donc par un rattrapage par les pauvres du volume de soins que consommaient déjà les ménages non concernés par la contrainte de liquidité, entraînant un gain d'équité.

Il est important de rappeler également les principaux écueils de cette étude : les données traitées datent de 1995 soit il y a presque 20 ans, c'est-à-dire avant la création de la CMU et de l'ACS dont les auteurs de l'étude interrogés par l'IGAS admettent que la mise en place a permis de « régler » l'effet de rattrapage de consommation de soins. D'après les conclusions mêmes du rapport, rien n'indique que le volume rattrapé par les plus pauvres grâce au tiers payant soit un volume souhaitable du point de vue des résultats de santé.

Aussi, à la lecture du rapport sur le renoncement aux soins de 2011 pour le moins exhaustif sur cette question, on constate que la place du tiers payant est particulièrement

restreinte voire minimale. Celui-ci est très peu évoqué aussi bien dans l'exposition des problèmes d'accès aux soins que dans les solutions proposées.

L'ensemble de ces données nous permet d'avancer l'idée que le tiers payant ne peut avoir qu'un effet favorable sur l'accès aux soins. Néanmoins, cet effet paraît restreint. Son impact est d'autant plus difficile à quantifier en ce qui concerne les inégalités sociales de santé qu'aucune étude n'établit de lien direct entre les deux.

Ainsi, aucun élément probant ne permet d'affirmer que cette amélioration d'accès aux soins par le tiers payant apporte un réel gain en matière de santé.

## **7) Tiers payant, paiement à l'acte, statut libéral de la médecine**

Comme on l'a vu dans notre étude, les médecins invoquent des arguments de responsabilisation du patient, de perte de notion du coût de la santé, de nécessité de faire appel à leur sens civique pour justifier le paiement à l'acte. Mais le tiers payant, en remettant en cause l'un des piliers de la médecine libérale, est également vu comme une mise en cause d'ordre identitaire du statut libéral de la médecine.

Si ce statut est déjà fragilisé à plusieurs niveaux (manque d'attractivité du statut, composantes démographiques défavorables, système de formation peu propice), c'est en effet surtout autour du paiement à l'acte, symbole par excellence du libre exercice de la profession pour la plupart des syndicats, que se sont toujours cristallisées le plus les tensions (61). C'est donc tout le poids de la tradition libérale historique et du combat du

syndicalisme médical qui pèsent aujourd'hui sur la position des médecins face au tiers payant.

Un bref rappel historique est nécessaire pour bien comprendre cette prise de position *a priori* dominante dans la profession.

La création des premiers syndicats médicaux français est en effet à relier non seulement à une action de défense des intérêts économiques de la profession, mais aussi en référence au développement des mutuelles reconnues depuis le décret impérial du 26 mars 1852 (19)(20)(49)(62).

Ainsi, au nom de l'autonomie professionnelle, les médecins s'opposent à la mise en place de la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite (49). Cette loi « *permet à tout malade inscrit sur la liste des indigents de se faire soigner gratuitement par un médecin ensuite remboursé par l'administration (système du tiers payant) (...). Les syndicats médicaux (...) se mobilisent dans la mesure où le texte ne fixait que de façon très lâche les rapports entre les médecins et l'administration* » (62). Ils demandent le respect des principes préservant un exercice autonome de la médecine tels que le libre choix du médecin par le malade et le paiement à l'acte. Ils obtiennent gain de cause sur ces deux principes par la signature d'un accord en 1895 entre l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF) et la ligue de la prévoyance et de la mutualité (62)(20).

En 1914, devant le développement d'une médecine libérale de plus en plus indépendante, le gouvernement envisage de créer un corps de médecins agréés, rémunérés à la capitation, et qui auront pour fonction de gérer la médecine sociale, mais l'USMF s'y oppose (20).

On voit déjà que les bases structurant le conflit entre syndicalisme médical et développements de l'assurance maladie sont clairement posées : « *d'un côté le Syndicaliste médical farouchement attaché au paiement direct à l'acte et dans la mesure du possible à la liberté d'honoraires, puis de l'autre le Politique, qu'il soit de droite ou de gauche, allié au Patronat pour imposer une médecine sociale fondée sur le travail de médecin salariés ou rémunérés forfaitairement* » (20).

Au lendemain de la guerre, avec le rattachement à la France de l'Alsace-Lorraine et son système « bismarckien<sup>11</sup> », le principe d'assurances sociales se développe (63)(20). En 1919, le tiers payant est instauré pour permettre aux victimes de guerre de se faire soigner gratuitement (49). En 1920, une proposition de modification de la loi qui entraînerait la mise en place d'un tarif fixe et limiterait le libre choix déclenche un violent conflit entre les médecins et l'Etat. Suite à une grève administrative de l'USMF, les médecins obtiennent la négociation du tarif et le contrôle du tiers payant (20).

Encore une fois, la question de l'intervention d'un tiers dans le « colloque singulier » entre un médecin et son patient se pose.

Cette question se cristallise lors de la scission d'une partie de l'USMF. Une portion de médecins est en désaccord avec la majorité qui se prononce en faveur de la création de contrats collectifs et du conventionnement. En opposition à cette conception d'un syndicalisme médical s'intégrant à la protection sociale, la Fédération des Syndicats Médicaux de France (FSMF) est ainsi créée. Pour elle, l'unique but poursuivi par le

---

<sup>11</sup> « *Système fondé sur un contrat négocié entre les caisses d'assurance maladie et les organisations de médecins. Dans ce système, les médecins sont payés à l'acte et les honoraires sont fixés bilatéralement entre les organisations médicales représentatives et les caisses d'assurance maladie* » (20).

syndicalisme doit être la préservation du caractère strictement individuel de la pratique médicale (62). L' « *entente directe* » devient l'élément central de leurs revendications, vidant ainsi de sa substance l'idée même d'un système d'assurance maladie. En novembre 1926, la FSMF adopte une charte définissant les principes « *qui régissent l'exercice de la médecine* », qu'elle parvient à imposer lors du congrès des syndicats médicaux qui se tient le 30 novembre 1927, et qui débouche sur la réunification syndicale. « *La charte de la médecine libérale* » comprend sept principes (20)(61)(62) :

- Le libre choix
- Le respect absolu du secret professionnel
- Le droit à des honoraires pour tout malade soigné
- Le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux
- La liberté thérapeutique et de prescription, l'intérêt technique du traitement doit primer sur le facteur économique
- Le contrôle des malades par la caisse, des médecins par le syndicat et commission médicale d'arbitrage en cas de désaccord
- La nécessité de représentation du syndicat dans les commissions techniques organisées par les Caisses

Forts de cette charte libérale et de leur poids syndical au sein de la nouvelle Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), les médecins s'opposent à la loi sur les assurances sociales du 5 avril 1928 remettant en cause le paiement à l'acte, l'entente directe et évoquant la possibilité d'un tiers payant (15)(20). La loi du 30 avril 1930 ne retient plus que le principe d'avance de frais, confirmant la libre entente et l'absence de tiers

payant. « *La part contributive garantie par les caisses* » permet à celles-ci de rembourser à l'assuré une partie des frais, mais n'empêche pas les médecins de demander des honoraires supérieurs aux taux de remboursement fixés par les caisses (62). C'est aussi dans cette loi que s'affirme le principe du ticket modérateur, institué afin de modérer les citoyens dans leur consommation et qui conduira secondairement à la création des assurances complémentaires (20).

Les principes de « *la charte de la médecine libérale* » désormais inscrits dans la loi vont bien sûr évoluer dans le temps mais constituent néanmoins « *le socle identitaire et unificateur du syndicalisme médical français.* » (19).

La création de la sécurité sociale avec l'ordonnance 45/2454 du 19 octobre 1945 ne remet pas en cause le paiement à l'acte, mais tente de limiter l'entente directe par des conventions départementales destinées à encadrer les tarifs (61). Toutefois, les médecins continuant à appliquer leurs propres tarifs, ce n'est qu'en 1971 avec la première convention nationale (64) que les tarifs seront uniformisés et fixés par arrêté ministériel et les médecins conventionnés. Pour le patient, le tarif opposable constitue la base de remboursement par l'assurance maladie. C'est à l'occasion de cette même convention que les médecins obtiennent l'inscription des principes de la médecine libérale au niveau législatif dans le Code de la sécurité sociale : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf*

*dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971. » (65).*

C'est dans ce nouveau cadre conventionnel que vont évoluer les modalités de paiement des médecins et les avancées du tiers payant, avec des réticences persistantes de la part des syndicats à l'égard de ce dernier.

Le principe de dispense d'avance de frais est posé lors de la deuxième convention signée en 1976, puis élargi à chaque nouvelle négociation, afin de garantir l'accès aux soins pour les actes coûteux (64). Les tentatives de l'élargir à toute la médecine de premier recours échouent (tiers payant intégral pour les patients remboursés à 100 % proposé par l'avenant 1 à la convention de mars 1990 et refusé par la plupart des syndicats ; échec du système du médecin référent qui proposait la dispense d'avance de frais aux patients consultants les médecins qui y avaient adhéré) (15).

Mais le principe de tiers payant gagne du terrain quelques années plus tard, la loi permettant aux ménages les plus pauvres d'en bénéficier avec la création de la CMU le 27 juillet 1999 et de l'ACS le 13 août 2004 (15).

On voit donc bien à travers ce rappel historique, l'attachement des médecins (à travers leurs syndicats) à leur statut libéral. L'entente directe puis le paiement à l'acte dans un secteur conventionné en ont été les piliers fondamentaux.

Par l'entente directe (qui doit permettre de moduler le paiement selon le contenu en travail de l'acte, la réputation du médecin et la capacité financière du patient), les médecins s'opposent de principe au système de protection sociale et donc à toute possibilité de tiers

payant. Selon eux, elle garantirait le caractère libéral de l'exercice médical en le protégeant contre l'inquisition administrative du tiers payeur et la subordination (l'intégration ?) autoritaire dans une organisation de soins. Seul l'exercice libéral du médecin permettrait d'établir une relation de confiance entre le praticien et son patient, condition nécessaire à la bonne guérison de celui-ci. Faire intervenir un tiers dans ce « colloque singulier » transformerait cette relation particulière en trio infernal et serait donc contraire à l'éthique médicale.

On peut ainsi résumer la philosophie de la médecine libérale en ces termes : *« par son caractère intellectuel, la médecine est une profession libérale ; ce qui veut dire que l'on exerce en toute liberté : liberté d'accorder ou de refuser ses soins ; liberté de traiter le patient à sa guise, ayant pour seul guide et seul frein l'intérêt du malade et la conscience professionnelle ; liberté de réclamer des honoraires que l'on proportionne à l'importance des soins donnés et du service rendu, aux situations sociales du client, personnelle du praticien. C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir »* (66)(19)(62).

L'accord sur un paiement à l'acte conventionné, débuté dans l'après-guerre et entériné en 1971 avec la première convention nationale, constitue un « *grand tournant de la médecine libérale* » (67) : la profession médicale, liée à l'assurance-maladie par un dispositif conventionnel, accepte que la dépense de santé soit socialisée. Les médecins libéraux doivent désormais « *faire face à une situation complexe mettant en jeu leurs prestations génératrices de revenus, la demande de soins rendue solvable par le système d'assurance maladie et la nécessaire régulation du système afin de garantir un accès universel à l'offre de*

soins » (61). Le paiement à l'acte devient donc le révélateur de « *l'ambiguïté du positionnement libéral d'une médecine au cœur d'un système de santé régulé* » (61).

C'est à travers cette régulation du système de santé et la nécessité de garantir l'accès aux soins au plus grand nombre que vont se diversifier les modes de rémunération des médecins libéraux (rémunération forfaitaire : médecin référent, participation à la permanence de soins, médecin traitant ; rémunération à la performance : CAPI, ROSP) et qu'intervient la proposition de généralisation du tiers payant. Celles-ci se heurtent tout naturellement à la méfiance voire au rejet d'une grande partie des médecins et de la plupart des syndicats médicaux : l'ancrage philosophique libéral décrit ci-dessus est toujours de mise, le paiement à l'acte du patient au médecin s'inscrivant dans la continuité de l'entente directe pour garantir l'autonomie du praticien vis-à-vis de l'assurance maladie et une relation de confiance vis-à-vis de son patient. « *Les médecins praticiens nourrissent à l'égard de toute forme d'organisation sociale une méfiance qui n'a d'égale que leur confiance dans la singularité du rapport au patient ; ils se savent travailleurs au service du social, mais ils redoutent, comme une compromission identitaire, l'esprit de système qui pourrait les éloigner des fondements de l'approche anatomo-clinique et de la décision individuelle.* » (68).

Mais, si l'attachement de la plupart des syndicats au statut libéral de l'exercice médical à travers le paiement à l'acte paraît sans faille, l'avis des médecins ainsi que la réalité sur le terrain paraissent plus nuancés.

L'exercice médical exclusivement libéral se révèle être aujourd'hui minoritaire puisqu'il représente 46,6 % des effectifs de médecins, contre 43,1 % d'entre eux qui sont salariés et

10,3 % qui ont une activité mixte (22). La « désaffection » relative pour le statut libéral est d'autant plus prégnante dans les jeunes générations (61).

Cependant, il convient de préciser que s'il n'y a que 12 % des nouveaux inscrits à choisir l'exercice libéral, ils sont 35 % à exercer en mode libéral cinq ans plus tard. En médecine générale, ils passent de 23 % en première inscription à 45,5 % cinq ans plus tard (22).

Le paiement à l'acte lui-même n'apparaît 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 (69)(70).

S'il semble assurer pour les médecins leur autonomie professionnelle et une relation de qualité avec le patient, le paiement à l'acte n'est pour autant pas exempt de critiques et de défauts : risque de demande induite, risque de surproduction de soins, incitation à satisfaire la demande des patients, incitation à la productivité et à réduire le temps de consultation, donc la qualité des soins. En outre, le paiement à l'acte n'entraîne aucune incitation aux actes préventifs et peut creuser les inégalités d'accès aux soins (69)(70)(71)(72)(73).

S'il reste à déterminer précisément l'impact de la généralisation du tiers payant sur ce dernier aspect de l'accès aux soins (*cf supra*), on peut se demander si, en déconnectant les patients et la relation médecin-malade en général du coût des soins, il ne va pas mécaniquement alourdir les effets intrinsèques du paiement à l'acte énumérés plus haut, tout en remettant en cause les derniers garants de la médecine libérale : autonomie professionnelle, relation médecin-malade basée sur la confiance.

## 8) Tiers payant et aspect psychanalytique de l'échange d'argent

Si, pour certains, maintenir un lien d'argent dans la relation médecin-malade paraît indispensable pour ne pas déconnecter le patient de la connaissance du coût des actes, pour d'autres, la fonction de ce lien réside plus dans une dimension psychanalytique issue de la théorie du don à laquelle il serait « coûteux » de toucher.

Pour certains auteurs, l'essence du « colloque singulier » repose sur une économie résiduelle du don due « à la nature particulière du bien santé et au caractère inaliénable de la personne humaine » (49).

Alain Caillé, auteur qui s'est beaucoup intéressé à cette thématique, donne la définition suivante du don : « toute prestation effectuée sans garantie de retour en vue de nourrir le lien social dans laquelle les biens ne valent pas par leur utilité (valeur d'usage) ou par leur prix (valeur d'échange), mais parce qu'ils créent ou alimentent la relation interpersonnelle (valeur de lien) » (74).

La triple obligation de donner-recevoir-rendre mise en évidence par Marcel Mauss dans son essai sur le don (75) se situerait pour certains auteurs au cœur de la relation médecin-malade. Le malade confie sa vie, sa souffrance au médecin, il lui en fait don. En retour, le médecin fait contre-don de son savoir et de son temps pour essayer de rétablir la santé voire la vie de son patient. Cet échange asymétrique, la vie et la santé étant des attributs de la personne humaine présentant un caractère inaliénable (49), crée le lien, la socialité. L'argent a ici une fonction symbolique, symbolique de l'échange donc du lien. Il permet au patient de s'acquitter en partie de sa dette : par la confiance qu'il a en son médecin, par le fait de lui

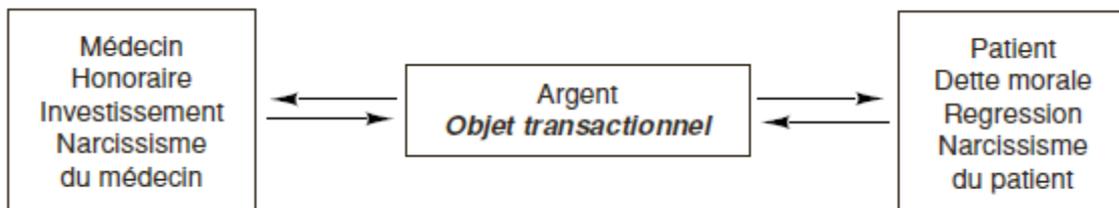
confier sa vie, par l'argent qu'il lui donne, il le valorise, il l'honore. « *La relation de don est une reconnaissance mutuelle fondée sur la confiance. L'échange n'est pas nécessairement égalitaire et le geste de retour n'est pas forcément concomitant. Il s'agit d'un don de soi, d'une relation engageante, personnalisée, où l'identité se joue, ponctuée de dettes et d'abandons. Nimbé de gratuité, le don s'oppose à la relation marchande et véhicule un champ sémantique axé sur la grâce, la gratitude et la reconnaissance(...). Une relation de don repose donc sur une alternance de la dette. Nous sommes tour à tour 'des obligés' et cet endettement moral, librement accepté, construit la relation* » (76).

On entrevoit donc assez bien le continuum philosophique qu'il peut y avoir entre cet aspect « maussien » de la relation médecin-malade et la théorie psychanalytique de l'échange monétaire, qui s'en rapproche à plusieurs égards en se recentrant sur l'argent comme symbolique de la dette et de l'investissement personnel du patient.

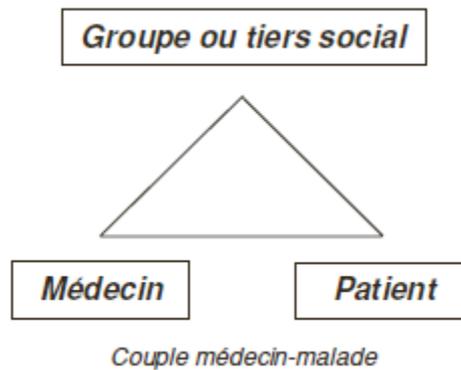
« *L'absence de l'influence correctrice du paiement présente de graves désavantages ; l'ensemble des relations échappe au monde réel ; privé d'un bon motif, le patient n'a plus la même volonté de terminer le traitement* » (77). C'est ainsi la relation monétaire directe entre le praticien et son patient qui permettrait l'adhésion thérapeutique, l'amélioration de l'observance et donc l'efficacité des soins.

L'argent agirait également comme un objet fantasmatique, symbolique : il peut être une traduction des valeurs narcissiques qu'on se porte à soi-même. Par sa matérialité, il « *viendrait pallier l'insuffisance du médiateur fantasmatique, qu'est l'imgo paternelle, en fait indispensable à la constitution de la relation objectale, à la réduction de l'omnipotence* » (78).

Symbole de la libido donc d'énergie psychique, sa place prend du sens dans la relation thérapeutique en tant qu'objet transactionnel : par la mise à disposition de son temps, de son énergie, de sa personne, s'effectue une perte de « libido (énergie) narcissique » pour le médecin. L'argent qu'il reçoit, s'il lui sert à vivre, sert également à rendre honneur (honoraires) et à souligner l'importance du service rendu, la rémunération compensant la perte d'énergie physique et psychique du médecin. Pour le patient, l'échange d'argent sert à compenser la dette morale contractée vis-à-vis de celui-ci. « *A l'instar du médecin, le patient doit protéger et préserver son narcissisme mis à l'épreuve par la maladie* », l'échange monétaire permettant d'éviter une situation de dépendance morale vis-à-vis du praticien (79). Sans échange monétaire, le médecin « *pourrait alors devenir ce personnage omnipotent qui empêche toute individuation du patient, et contraindre celui-ci à payer de sa personne plutôt qu'avec de l'argent* » (78).



On voit donc à travers ces notions que le tiers payant, en introduisant la notion de triangulation, modifierait la relation duelle médecin-malade ; « *les enjeux inconscients d'honorabilité, d'estime, de dette morale du patient se trouveraient donc en partie réduits voire évacués* » (79).



Toutefois, si ces notions prennent certainement leur place dans une relation de soins psychothérapeutiques, sont-elles vraiment applicables et généralisables à l'ensemble de la médecine ambulatoire ?

Par ailleurs, on peut se demander s'il est vraiment pertinent de considérer l'argent comme un élément d'échange purement symbolique, rentrant dans le registre du don.

Comme l'explique F. Lordon, l'échange monétaire fait justement sortir la relation du cadre purement symbolique du don fait d'alternance d' « obligés » pour l'amener sur le terrain marchand. Le désir de prendre est alors libéré de toutes ses contraintes et des premiers obstacles moraux historiques. *C'est au sein de « l'échange marchand que le 'je veux' peut-être dit sans la moindre restriction, et le geste aussitôt joint à la parole » (80).*

Il y a ici une contradiction avec la vision psychanalytique pour qui payer est au contraire une soustraction à la jouissance, le sujet y perd quelque chose.

Où placer le tiers payant dans ces conceptions contradictoires ?

Assainit-il la relation médecin-malade en la soustrayant à l'échange d'argent donc à une relation purement marchande où le « je veux » est aussitôt joint à la parole ?

Ou au contraire, en introduisant une triangulation dans la relation duelle entre le médecin et son patient, en évacuant l'échange monétaire considéré comme symbolique du lien et de

la soustraction à la jouissance, aggrave-t-il les comportements ? Met-il en péril toutes les dynamiques qui se jouent entre un malade et son médecin lors de cet échange ?

Il semble difficile au travers de notre seule étude de trancher. Comme nous venons de le voir, seule une étude pluridisciplinaire permettrait d'apporter un éclairage complet sur un mécanisme dont les ressorts sont multiples.

## **CONCLUSION**

L'amélioration de l'accès aux soins est l'un des objectifs affichés des pouvoirs publics. Dans cette optique, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé propose de généraliser le tiers payant en médecine de ville à l'horizon 2017. On peut cependant se demander comment une telle réforme serait accueillie par les praticiens.

Par une enquête informatique réalisée auprès de 37 659 médecins, nous avons cherché à cerner leur pratique du tiers payant et les opinions qui la sous-tendent.

L'analyse des 4 208 réponses (représentant un taux de participation à l'étude de 11,17 %) permet de mettre en évidence l'ambivalence des médecins sur ce sujet et les disparités d'application du tiers payant. Utilisé quasiment systématiquement dans les situations « de droit », il est pratiqué de façon plus partagée pour les patients impécunieux et en ALD et très rarement dans les autres situations.

D'une façon générale, on peut affirmer que les médecins sont globalement réticents à l'application et à la généralisation du tiers payant. Si, pour certains, le tiers payant facilite le travail administratif et permet d'améliorer l'accès aux soins, pour la majorité il est source de problèmes logistiques et philosophiques.

Selon eux, le tiers payant impose une surcharge de travail coûteuse et chronophage et occasionne de nombreux impayés de la part des caisses et plus encore des mutuelles.

Au-delà de la seule problématique logistique, il est intéressant de noter le poids des arguments philosophiques, qui semblent se situer au cœur du rejet de nombreux médecins vis-à-vis du tiers payant. Celui-ci serait à l'origine d'une surconsommation en soins de santé, d'une dévalorisation de l'acte médical et d'une modification profonde du « colloque singulier » entre le médecin et son patient. En reconsidérant le principe du paiement à l'acte et l'indépendance du praticien vis-à-vis de l'assurance maladie, le tiers payant est perçu comme une remise en cause identitaire du statut libéral de la médecine.

Les principaux résultats de l'enquête ont bien évidemment été mis en perspective avec les données de la littérature.

Concernant les arguments logistiques, la littérature afférente, si elle permet de nuancer l'importance des impayés, confirme l'existence de difficultés liées à des charges administratives supplémentaires, au parcours de soins du patient et à l'application du tiers payant sur la part complémentaire.

De nouvelles études ciblées seraient nécessaires afin d'évaluer précisément l'importance de ces différents éléments.

Quant aux arguments philosophiques, certains peuvent paraître au premier abord relever de l'idéologie. Cependant, leur confrontation avec les données de la littérature permet de mieux comprendre l'origine des réticences et de soulever de nouveaux questionnements.

De nombreuses interrogations ont ainsi pu émailler notre analyse des résultats :

- Quel est l'impact réel du tiers payant sur l'accès aux soins et plus largement sur les inégalités sociales de santé ? Permet-il une réelle avancée sociale ?

Nous n'avons pu répondre que partiellement à cette question. D'après les données de la littérature, l'impact du tiers payant paraît mineur en terme d'accès aux soins pour la médecine de ville et difficile à évaluer sur les inégalités sociales de santé en général. Or, depuis les nouvelles acquisitions sociales type CMU-C et ACS, aucune étude n'a permis d'apporter de chiffres précis sur ce sujet.

Sur les dépenses désocialisées restant à la charge du patient, le tiers payant n'a en tout état de cause aucune influence.

- Le tiers payant est-il inflationniste sur la consommation de soins ?

Une enquête répond clairement par la négative. Mais son ancienneté et son objet d'étude la privent de pertinence eu égard à la situation actuelle. Là encore, une étude plus récente, centrée sur la médecine de ville et sur un éventuel gain en matière de santé, permettrait d'apporter des réponses probantes.

- Quel est l'impact du tiers payant sur les effets inhérents au paiement à l'acte ?

Aucune enquête n'a été trouvée sur ce sujet et de nombreuses interrogations restent dès lors en suspens. Quel est l'effet du tiers payant sur la demande induite ? Y a-t-il un risque d'augmentation de cette demande ? Quel impact le tiers payant a-t-il sur l'incitation à la productivité des médecins et sur la réduction du temps de consultation ? Réduit-il

l'incitation du médecin à satisfaire son patient ? Quels seraient ses effets sur ce que certains considèrent comme les derniers garants de la médecine libérale : l'autonomie professionnelle et une relation médecin-malade personnalisée et satisfaisante ? Enfin, existe-t-il des enjeux cachés derrière l'échange d'argent qui risqueraient d'être balayés par l'intervention d'un tiers payant systématique ?

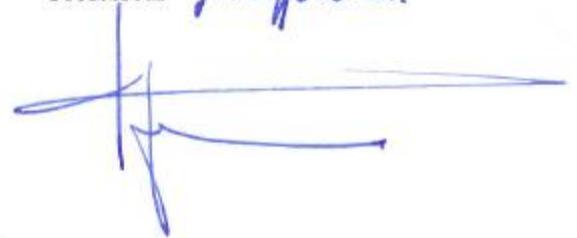
Sur la majorité de ces thématiques, notre travail nous a permis d'émettre l'hypothèse selon laquelle le tiers payant pourrait avoir une influence directe. Cependant, concernant la dernière interrogation, il nous paraît impossible de trancher de façon définitive tant les avis sont contradictoires.

Notre travail a également soulevé une interrogation centrale qui devrait, à notre sens, faire l'objet de travaux futurs. Il conviendrait en effet de déterminer précisément le poids des différents arguments soulevés par les médecins dans leurs rapports au tiers payant, afin de compléter nos données qualitatives par des éléments quantitatifs.

On le voit, notre étude apporte autant de questionnements nouveaux que d'éléments de réponse. Elle a, quoi qu'il en soit, permis de réactualiser et de centraliser des données sur un sujet ayant fait l'objet de peu d'enquêtes jusqu'à présent. Ses résultats permettent de constituer une base de réflexion à l'aube d'une généralisation du tiers payant non souhaitée par une majorité de médecins.

A l'échelle de la profession, les enjeux de cette réforme sont en effet extrêmement importants. La majorité des médecins pense que c'est l'ensemble de leur pratique qui pourrait être remis en cause. Aussi, si les pouvoirs publics devaient rendre ce projet effectif, il conviendrait qu'ils se basent sur des éléments plus précis, plus nombreux et plus probants que ceux que l'on trouve actuellement dans la littérature. Il est en effet de leur mission de proposer un système de rémunération des médecins qui satisfasse la profession médicale, tout en étant utile en termes de santé publique. A défaut, les médecins semblent prêts à faire entendre leur voix.

VU  
Strasbourg, le 6 octobre 2014.  
Le président du Jury de Thèse  
Professeur J. Kifforditt



VU et approuvé  
Strasbourg, le 17 OCT. 2014  
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg  
Professeur Jean SIBILIA



## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Dourgnon P, Grignon M, *Le tiers payant est-il inflationniste? Etude de l'influence du recours au tiers payant sur les dépenses de santé*. Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé, editor. CREDES, France: Paris; 2000. 89 p.
2. Vrangbaek K, *The Danish Health Care System*. *Int Profiles Health Care Syst* [Internet]. 2008 [cité 05 Février 2014]; Disponible sur : [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark\\_Country\\_Profile\\_2008%20pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark_Country_Profile_2008%20pdf.pdf)
3. Messein N, *Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes: opinions des omnipraticiens et des patients lorrains*, thèse de doctorat en médecine, faculté de médecine de Nancy, 2012.
4. Code de la sécurité sociale, article R.322-8, Légifrance.
5. Code de la sécurité sociale, articles L.861-1, L.861-3 et D.861-2, Légifrance.
6. Code de la sécurité sociale, articles L.321-1 et L.331-2, Légifrance.
7. Code de la sécurité sociale, articles L.431-1 et L.432-1, Légifrance.
8. Code de la sécurité sociale, article L.162-21-1, Légifrance.
9. Code de la sécurité sociale, articles L.321-1-6°, L.322-3-16° et L.162-1-12, Légifrance.
10. Code de la sécurité sociale, articles L.162-32 et D. 162-24 ; code de la santé publique, article L.2112-7, Légifrance.
11. Décret N° 85-327, 12 mars 1985.
12. Code de la sécurité sociale, article L.863-1, Légifrance.
13. Code de la sécurité sociale, article R.322-8, Légifrance.
14. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, article 7, Légifrance.
15. Marie E, Roger J, *Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville*, Inspection générale des affaires sociales, juillet 2013.
16. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, article 4.1 sous-titre 3, Légifrance.
17. *Stratégie nationale de santé, feuille de route*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 23 septembre 2013.

18. *A propos de la généralisation du tiers payant*, Ordre national des médecins, [internet] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1415>, février 2014.
19. Hassenteufel P, Davesne A, *Les médecins face aux réformes des systèmes de soins: une mise en perspective comparative France-Allemagne-Suède*, étude pour l'institut Montparnasse, octobre 2013.
20. Carlioz P, *Du syndicalisme à la convention: l'histoire d'un long fleuve pas si tranquille*, août 2013.
21. Dobrev A, Haesner M, Hüsing T, Korte W, Meyer I, *Benchmarking ICT use among general practitioners in Europe*, European commission, information society and media directorate general, Bonn, avril 2008.
22. Aguzzoli F, Alignon A, Com-Ruelle L, Frérot L, *Choisir d'avoir un médecin référent: une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998*, CREDES, Bulletin d'information en économie de la santé n°23, novembre 1999.
23. *Les politiques conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie*, Rapport de la cours des comptes, [internet], disponible sur: <http://www.ccomptes.fr/content/download/2810/28286/version/1/file/Cht8.pdf>.
24. *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1<sup>e</sup> janvier 2013*. Conseil national de l'ordre des médecins.
25. Audric S, *L'exercice en groupe des médecins libéraux*, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, études et résultats n°314, juin 2004.
26. *La permanence des soins*, Rapport de la cours des comptes, [internet], Disponible sur: [http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_permanence\\_des\\_soins.pdf](http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf).
27. Sass C, Runfola S, *Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C: Enquête dans les CES de l'Assurance maladie*, Mars 2011
28. Le Fur P, *Le temps de travail des médecins généralistes: une synthèse de données disponibles*, IRDES, questions d'économie de la santé n°144, juillet 2009.
29. Ferley J-P, Da Silva E, *Etude des transferts de charges des organismes tiers vers les médecins libéraux*, Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes, février 2004.
30. Toussaint E, *Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes*, thèse de doctorat en médecine, université de Reims, 2013.
31. Georges P, Waquet C, *Les centres de santé: situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, inspection générale des affaires sociales, juillet 2013.
32. Baudrillard J, *La société de consommation*, Folio, 1970.

33. Rousset G, *Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme: résistance ou participation?*, 2008.
34. Rousset G, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, thèse pour l'obtention du grade de docteur en droit, université Jean Moulin Lyon 3, octobre 2007.
35. Le Breton D, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, 1990.
36. *Faut-il de l'argent pour faire du sujet?*, transcription d'une conversation avec Lebrun J-P, les jeux de l'argent et de la santé, santé conjugulée-cahier n°27, janvier 2004.
37. Sfez L, *La santé parfaite: critique d'une nouvelle utopie*, Seuil, octobre 1995.
38. Goffette J, *Naissance de l'anthropotechnie: de la médecine au modelage de l'humain*, 2006.
39. Fraselle N, *Du patient au consommateur - la construction d'un combat social*, 1996, cité par Rousset G, *L'influence du droit de la consommation sur le droit de la santé*, *ibid*.
40. Batifoulier P, Biencourt O, Domin J-P, Gadreau M, *La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins: la construction d'un marché*, XXVIIIes journées des économistes de la santé Français, université de Bourgogne, novembre 2006.
41. Le Pen C, *Patient ou personne malade? Vers un consommateur de soins responsable...*, communication au colloque "*La santé, un ressort de la croissance économique*", cercle des économistes, mai 2005, cité par Batifoulier P, Biencourt O, Domin J-P, Gadreau M, *La politique économique de santé et l'émergence d'un consommateur de soins: la construction d'un marché*.
42. Code de la santé publique, article L.1111-2, Légifrance.
43. Code de la santé publique, article L.1111-4, Légifrance.
44. Batifoulier P, *La construction sociale d'un marché de la santé: une mise en ordre inégalitaire et inefficace*, séminaires hétérodoxies, avril 2011.
45. Code de la santé publique, article L1111-1, Légifrance.
46. Code de la sécurité sociale, article L. 111-2-1, Légifrance.
47. Albouy V, Crépon C, *Aléa moral en santé: une évaluation dans le cadre du modèle causal de Rubin*, Institut national de la statistique et des études économiques, décembre 2007.
48. Geoffard P-Y, de Lasagnerie G, *Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation*, économie et statistique n°455-456, 2012.
49. Ducos J, *L'économie de la médecine libérale*, thèse pour le doctorat en sciences économiques, université Paris Dauphine, novembre 2010.
50. Caucat B, *Influence du tiers payant sur la consommation de soins ambulatoires. Enquête auprès des médecins généralistes*, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, faculté de médecine de Créteil, décembre 2001.

51. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H, *Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé?*, lettre du Collège des Economistes de la Santé, mars 2013.
52. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, Naudin F, Polton D, *Politique de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé? Un éclairage européen* Institut de recherche et documentation en économie de la santé, questions d'économie de la santé n°92, février 2005.
53. Jusot F, Cases C, *Les inégalités sociales de santé*, lettre du Collège des Economistes de la Santé, mars 2010.
54. Denantes M, Chevillard M, Renard J-F, Flores P, *Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale*, Exercer, la revue française de médecine générale, volume 20 n°85, 2009.
55. Archimbaud A, *L'accès aux soins des plus démunis - 40 propositions pour un choc de solidarité*, Rapport au Premier ministre, septembre 2013.
56. Boisguerin B, Gerber S-L, *Le renoncement aux soins - actes du colloque*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, novembre 2011.
57. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R, *Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé*, Revue de l'institut d'économie publique n°28-29, 2012.
58. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F, *Le renoncement aux soins: une approche socio-anthropologique*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, questions d'économie de la santé n°169, octobre 2011.
59. 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.
60. Dourgnon P, Grignon M, Jusot F, *L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé? Une revue de la littérature*, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, questions d'économie de la santé n°43, décembre 2001.
61. *Médecine générale libérale: une profession en mutation*, la lettre de l'observatoire alptis n°32, décembre 2011.
62. Hassenteufel P, *Syndicalisme et médecine libérale: le poids de l'histoire*, les tribunes de la santé 2008-1 n°18, 2008.
63. Schweyer F-X, *Les médecins aujourd'hui en France. Histoire et démographie médicales. L'essor de la profession médicale en France: dynamiques et ruptures*, actualité et dossier en santé publique n°32, septembre 2000.
64. *Les conventions médicales: historique*, institut de recherche et documentation en économie de la santé, mise à jour juin 2013, [internet], disponible sur:

[www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf)

65. Code de la sécurité sociale, article L. 162-2, Légifrance.
66. *Le médecin syndicaliste*, 1<sup>e</sup> janvier 1928.
67. Hatzfeld H, *Le grand tournant de la médecine libérale*, éditions ouvrières, 1963.
68. Brémond M, *Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre*, revue Pouvoirs n°89, avril 1999.
69. Albouy V, Déprez M, *Mode de rémunérations des médecins*, économie et prévision n°188, février 2009.
70. Bousson C, *Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux*, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université de Franche-Comté, juin 2013.
71. Samson A-L, *Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins?*, version publiée dans regards croisés sur l'économie n°5, 2009.
72. Grignon M, Paris V, Polton D, *L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins*, commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude n°35, novembre 2002.
73. Dormont B, Samson A-L, *Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France*, revue française des affaires sociales 2/2011 n°2-3, février 2011.
74. Caillé A, *Don, intérêt et désintéressement: Bourdieu, Mauss, Platon et quelques autres*, la bibliothèque du M.A.U.S.S., 1994.
75. Mauss M, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, PUF, 1925.
76. Bourgeon D, *Le don et la relation de soin: historique et perspectives*, recherche en soins infirmiers 2/2007 n°89, février 2007.
77. Freud S, *Le début du traitement*, 1913, la technique psychanalytique, PUF, 1967.
78. Gibeault A, *Symbolique de l'argent et psychanalyse*, les cahiers du centre de psychanalyse de psychothérapie, 1986.
79. Delbrouck M, *L'argent en médecine*, les jeux de l'argent et de la santé, santé conjugée-cahier n°27, janvier 2004.
80. Lordon F, *L'intérêt souverain : essai d'anthropologie économique spinoziste*, La Découverte, 2006.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ACS: Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé.

ALD: Affection Longue Durée.

AMC: Assurance Maladie Complémentaire.

AME: Aide Médicale d'Etat.

ARS: Agence Régionale de Santé.

AT: Accident de Travail.

CAPI: Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles.

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France.

CMU-C: Couverture Maladie Universelle Complémentaire.

CNIL: Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

CNAMTS: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CREDES: Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé.

CSMF: Confédération des Syndicats Médicaux Français.

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

FMF: Fédération de Médecins de France.

FSE: Feuille de Soins Electronique.

FSMF: Fédération des Syndicats Médicaux de France.

HDT: Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.

IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales.

IRDES: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé.

LMDE: La Mutuelle Des Etudiants.

MEP: Mode d'Exercice Particulier.

MT: Médecin Traitant.

N/R: Non Renseigné.

N/A: Non Applicable.

PDS: Permanence De Soins.

PMI: Protection Maternelle et Infantile.

ROSP: Rémunération sur Objectif de Santé Publique.

TP: Tiers payant.

UFML: Union Française pour une Médecine Libre.

UNOCAM: Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire.

URML RA: Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes.

USMF: Union des Syndicats Médicaux Français.

**RESUME :**

**Introduction.** Le ministère de la santé propose de généraliser le tiers payant d'ici à 2017. Bien que d'actualité, ce sujet a fait l'objet de peu d'études récentes. La fédération des médecins de France a établi une enquête informatique sur le tiers payant auprès des médecins. L'objet de ce travail est d'analyser les résultats de cette étude afin de mieux cerner la pratique du tiers payant chez les médecins et leur avis sur sa généralisation. **Méthode.** Il s'agit d'une étude descriptive et analytique à partir d'une enquête informatique destinée à 37 659 médecins. Les 4 208 réponses ont été converties en données analysables par un tableur. Les commentaires libres ont fait l'objet d'une analyse thématique de contenu. **Résultats.** Les médecins appliquent systématiquement le tiers payant pour les situations « de droit », en majorité mais de manière plus partagée pour les patients impécunieux et en ALD. Ils sont beaucoup plus réticents à le pratiquer dans les autres situations. Les enjeux qui sous-tendent cette pratique montrent que les médecins sont globalement méfiants vis-à-vis du tiers payant. Si pour certains il permet d'améliorer l'accès aux soins, pour la plupart, il est source de nombreuses difficultés. Ces réticences sont à la fois d'ordre logistique et philosophique : le tiers payant est perçu comme chronophage, coûteux, il est source de nombreux impayés ; il est également vu comme générateur d'une inflation de consommation de soins, d'une modification de la relation médecin-malade, d'une dévalorisation de l'acte médicale, et d'une remise en cause identitaire du statut libéral de la médecine. **Conclusion.** La comparaison des principaux arguments avancés avec les éléments de la littérature soulève de nouveaux questionnements. Les études disponibles sont trop anciennes ou insuffisamment précises pour être pertinentes. Notre travail constitue une base de réflexion à l'aube d'une généralisation du tiers payant non souhaitée par une majorité de médecins. Il permet d'actualiser et d'apporter de nouvelles données sur un sujet ayant fait l'objet de peu d'études récentes et qui est au cœur de l'actualité. Des travaux futurs pourraient permettre d'affiner nos données qualitatives en résultats quantitatifs.

**Rubrique de classement :** Médecine générale

**Mots-clés :** tiers payant, accès aux soins, généralisation, statut libéral, inflation de soins

**Président :** Pr Jacques KOPFERSCHMITT

**Assesseurs :** Pr Pascal BILBAULT

Pr Michel VELTEN

**Directeur de Thèse :** Dr Claude BRONNER

**Adresse de l'auteur :** 2 rue Sainte-Hélène, 67000 Strasbourg