



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Quelles sont les motivations des médecins généralistes  
à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord-Pas-de-Calais ?**

*Entretiens semi-directifs et focus groups de Maitres de Stage des Universités  
autour de leur pratique actuelle du tiers payant à l'heure où est débattue sa généralisation.*

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 18 juin 2015 à 16h00  
au Pôle Formation

**Par Monsieur François BERRET**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Madame Myriam HECQUET, Maitre de Conférences des Universités**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Gilles ROESCH**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

ACS	Aide de financement à la Complémentaire Santé
ALD	Affection de Longue Durée
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AME	Aide Médicale d'Etat
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARS	Agence Régionale de Santé
ASS	Action Sanitaire et Sociale
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CNGE	Collège National des Généralistes Enseignants
CMU	Couverture Médicale Universelle
CMU-C	Couverture Médicale Universelle Complémentaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPP	Comité de Protection des Personnes
CSMF	Confédération des Syndicats de Médecins Français
DAF	Dispense d'Avance des Frais de santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FMF	Fédération des Médecins de France
FSE	Feuille de soins électronique
FSP	Feuille de soins papier
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG France	Le Syndicat des Médecins Généralistes de France
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSU	Maitre de Stage des Université en médecine générale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NOEMIE	Norme Ouverte d'Echange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs

NPDC	région Nord-Pas-de-Calais
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
RG	Régime Général de l'Assurance maladie
ROSP	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSI	Régime Social des Indépendants
SML	Syndicats des Médecins Libéraux
UGé	Union des Généralistes
UnOF	Union des Omnipraticiens Français
UPL	Unité Pédagogique Locale
URSSAF	Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

## Table des matières

<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
I. Le système de santé français : une solidarité en construction.....	3
II. De l'intérêt du tiers payant dans le débat social .....	6
<b>Matériels et méthodes.....</b>	<b>11</b>
I. Le type d'étude .....	11
II. Méthodologie .....	11
A. Respect de l'anonymat et déclarations auprès des organismes de contrôle éthique .....	11
1. Recherche d'un consentement écrit.....	12
2. Démarches déclaratives de la méthodologie.....	12
a) Comité de Protection des Personnes (CPP) .....	12
b) Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) .....	12
B. Choix de la population cible .....	13
1. Justification du choix de la population .....	13
2. Mode de recrutement des participants .....	13
3. Analyse épidémiologique de l'échantillon.....	14
a) Du taux de réponse au taux d'inclusion des participants.....	14
b) Les différents profils démographiques des participants.....	15
C. Techniques de recueil des données .....	16
1. Outils de mesure .....	16
2. Déroulement type d'un entretien .....	16
3. Le questionnaire canevas .....	16
4. Mode de recueil des données .....	17
D. Méthode d'analyse des données.....	17
1. Technique de codage des données.....	17
2. Rappels méthodologiques de l'approche par codage des données .....	17
3. Définition de la saturation des données .....	18
4. Plan de communication des résultats attendus .....	18
III. L'analyse des biais de l'étude .....	18
A. Un biais de sélection de l'échantillon.....	19
B. Biais de réponse voire de non réponse .....	19
C. Déclaration de conflit d'intérêt .....	20
<b>Résultats .....</b>	<b>21</b>
I. Le début de chaque entretien .....	21
A. Une affirmation franche .....	21
B. Déjà les premières précisions .....	22
1. Ces précisions se ponctuent de silences .....	22
2. Ces précisions se structurent grammaticalement.....	22
C. Une envie d'en dire plus.....	23
II. Comment pratiquez-vous le tiers payant ? .....	24
A. Le tiers payant : dans quels cas ? Pour qui ?.....	24
1. Les statuts de prise en charge 100% AMO .....	24
a) Analyse sémantique de l'adhésion au tiers payant 100% AMO.....	25

i.	<i>Les adverbess en « - ment »</i> .....	25
ii.	<i>La conjonction de coordination « donc »</i> .....	26
b)	Analyse sémantique des critères d'attribution de ce tiers payant 100% AMO .....	26
i.	<i>Les expressions adverbiales</i> .....	26
ii.	<i>La préposition « pour »</i> .....	26
2.	Les patients en difficulté financière .....	27
a)	Analyse sémantique des critères d'attribution de ce tiers payant .....	27
i.	<i>la préposition « pour »</i> .....	27
ii.	<i>Les compléments circonstanciels de manière</i> .....	28
iii.	<i>Les compléments circonstanciels de lieu</i> .....	28
b)	Le tiers payant intégral .....	29
B.	Comment s'aborde la question de la dispense d'avance de frais ? .....	30
1.	A la demande du patient.....	30
2.	Face à l'exigence du patient.....	30
3.	De façon naturelle par le médecin.....	31
4.	A l'initiative du médecin, après avoir eu connaissance de la situation .....	32
C.	Les techniques employées par les médecins dans leur pratique quotidienne du tiers payant ? .....	33
1.	Avoir une bonne connaissance du mécanisme de paiement .....	33
2.	Savoir s'aider d'outils pertinents.....	33
a)	Une aide technologique évidente .....	34
b)	Une bonne connaissance empirique .....	35
i.	<i>de la part des patients</i> .....	35
ii.	<i>de la nature des différentes caisses de sécurité sociale</i> .....	35
iii.	<i>ou des différents types d'organismes complémentaires</i> .....	35
c)	Le médecin « se débrouille » comme il peut .....	36
d)	Déléguer la question de l'encaissement.....	37
i.	<i>son comptable</i> .....	37
ii.	<i>le confrère médecin avec qui il travaille</i> .....	37
iii.	<i>sa secrétaire</i> .....	37
D.	Comment est refusé le tiers payant chez le médecin ou le patient.....	38
1.	« Jamais » pour le médecin, sauf quand... ..	38
2.	Le tiers payant AMC : un « non » catégorique pour certains.....	38
3.	Des relations difficiles avec les différents payeurs .....	39
a)	Concernant les organismes AMO .....	39
b)	Concernant les organismes AMC .....	40
4.	Les cas de refus du tiers payant par les patients .....	40
a)	Le recouvrement des franchises par les AMO .....	40
b)	Les retards de remboursement des AMC .....	41
III.	Pourquoi pratiquez-vous le tiers payant de cette manière ? .....	42
A.	Une implication locale vis-à-vis du statut socio-économique des patients .....	42
1.	Avoir recours au tiers payant : une situation devenue courante, témoin de la précarité des patients.....	42
a)	L'avance de frais est un frein à la consultation .....	42
b)	Le tiers payant vu comme un baromètre de la précarité.....	43
2.	Le tiers payant : acteur ou outil d'accès aux soins pour les patients précaires.....	44
a)	La personnification du tiers payant comme acteur d'accès aux soins .....	44
b)	Le tiers payant : un outil pour le médecin généraliste.....	45
c)	Le tiers payant : à réserver aux patients médicalement précaires.....	46
3.	Le médecin généraliste sait adapter localement sa pratique du tiers	

payant.....	47
a) Dans les communes pauvres .....	47
b) Dans les communes intermédiaires .....	47
c) Dans les communes aisées.....	48
B. Le rapport à l'argent dans la communication entre les différents payeurs du soin	49
1. Entre le médecin et son patient.....	49
a) Les apports néfastes du tiers payant à la relation .....	50
i. <i>Un sentiment de méfiance vis-à-vis du médecin</i> .....	50
ii. <i>Un devoir de justification par manque d'information du patient</i> .....	50
iii. <i>Une recherche inadaptée de la capacité de solvabilité du patient</i> .....	51
b) Les apports bénéfiques du tiers payant à la relation .....	52
i. <i>Exclure le rapport à l'argent de la relation de soin</i> .....	52
ii. <i>Simplifier la relation médecin-patient au seul soin</i> .....	52
2. Entre le patient et les régimes "tiers payants" AMO et AMC .....	53
a) Le tiers payant déresponsabilise les patients .....	53
b) Les patients sont irresponsables de nature .....	54
c) La qualité des informations données aux patients fait défaut .....	55
3. Entre le médecin et les organismes "tiers payeurs" AMO et AMC .....	56
a) Concernant les rapports avec les organismes AMO.....	56
b) Concernant le rapport avec les organismes AMC .....	57
i. <i>Quelles AMC participent au tiers payant ?</i> .....	57
ii. <i>Quel est le fonctionnement interne des AMC</i> .....	58
iii. <i>Quelle sera la qualité de l'information sur les remboursements ?</i> .....	58
iv. <i>Rechercher les AMC répondant à ces 3 critères qualités</i> .....	59
C. Une exigence d'efficacité, inhérente au statut de l'entreprise libérale .....	60
1. Refuser le tiers payant permet de rester efficace .....	60
a) Proposer d'autres moyens de paiement que le tiers payant.....	60
b) Mieux maîtriser sa trésorerie .....	61
2. Pratiquer le tiers payant améliore l'efficacité .....	62
a) Le tiers payant : plus pratique, plus rapide .....	62
b) Le tiers payant simplifie le travail de comptabilité.....	63
c) Le tiers payant dépendant du bon fonctionnement de la Sécurité Sociale .....	63
D. Une cohérence idéologique basée sur la conception du métier de médecin généraliste .....	65
1. Garder la faculté de discerner qui a besoin du tiers payant .....	65
a) Une volonté de prendre en charge le patient dans sa globalité.....	65
b) Tenir le rôle de l'homme de science, c'est-à-dire "celui qui sait" .....	66
c) Un rôle didactique .....	67
d) La fonction d'empathie .....	68
e) Maîtriser la situation.....	69
2. Conserver une cohérence d'accès aux soins primaires .....	70
a) Le tiers payant : un moyen de faire évoluer son métier en adéquation avec ses idées.....	70
i. <i>Développer un engagement syndical, politique</i> .....	70
ii. <i>Adhérer au concept de mutualisation des frais de santé pour tous</i> .....	71
iii. <i>Voir son métier comme un dévouement sacerdotal</i> .....	71
b) Le tiers payant va à l'encontre de l'accès aux soins .....	72
i. <i>Une absence de service rendu aux patients</i> .....	72
ii. <i>Un système dépossédant le patient</i> .....	72
3. Veiller à maintenir la valeur de l'acte médical.....	73

a)	La valeur du travail dans l'échange .....	73
b)	Le concept de la dette chez le patient .....	74
c)	L'échange comme marque de respect .....	75
d)	S'affranchir du dogme de l'échange .....	76
e)	Le problème posé par la notion de gratuité .....	77
f)	La crainte de ne pas être reconnu à sa juste valeur .....	78
IV.	Vers un projet de tiers payant généralisé à tous les patients ? .....	80
A.	De vives réactions .....	80
1.	Les réactions négatives.....	80
a)	Les moyens de souligner la négation .....	80
b)	Des expressions péjoratives.....	81
c)	L'expression de l'inquiétude .....	81
d)	Le sarcasme pour exprimer son impuissance .....	82
e)	Faire pression sur les confrères qui pratiquent le tiers payant .....	83
2.	Les réactions positives .....	83
B.	Les craintes suscitées par la généralisation du tiers payant .....	84
1.	La surcharge administrative .....	84
2.	Le surcoût financier .....	85
3.	La surconsommation des soins par les patients.....	86
4.	La surfacturation de la part des médecins.....	89
5.	La perte du statut de médecin libéral .....	92
C.	Les propositions avancées par les médecins .....	95
1.	l'immobilisme, ce qui existe déjà est suffisant .....	95
2.	renforcer le travail de communication auprès de la population concernant le tiers payant généralisé .....	96
3.	Continuer d'affirmer une politique de santé égalitaire afin de favoriser l'accès aux soins primaires .....	98
4.	Evolution vers un statut du médecin généraliste salarié.....	101
5.	Revaloriser financièrement la rémunération du médecin .....	102
6.	Recentrer la relation de tiers payant aux uniques organismes AMO ..	104
	<b>Discussion .....</b>	<b>106</b>
I.	Le tiers payant : un choix de paiement courant en médecine générale dans le NPDC.....	106
II.	Le choix du tiers payant doit se plier à l'exigence d'efficacité de l'entreprise libérale .....	108
A.	Le médecin libéral possède les qualités de l'agent économique.....	108
1.	Connaitre les besoins des consommateurs, prévoir et modéliser leur comportement.....	109
2.	Se doter de connaissances et de compétences .....	109
3.	Etre libre d'utiliser les ressources à sa disposition .....	110
4.	Etre capable d'effectuer des calculs et d'établir des transactions .....	111
5.	Prendre des initiatives économiques : dans le but de s'enrichir ou de s'appauvrir ? .....	112
B.	La complexité administrative du tiers payant.....	114
1.	La complexité du millefeuille administratif de la facturation en tiers payant.....	114
a)	La facturation des soins : un exercice de style périlleux.....	114
b)	Un mode de facturation pourtant encouragé par les assurances maladies.....	116
2.	Une communication compliquée entre le médecin et les assurances maladie .....	117
a)	Un système en réalité dépendant de facteurs humains et techniques	117



b) Des critères de régulation du remboursement transposés injustement au médecin généraliste .....	118
III. Le tiers payant : un moyen de favoriser l'accès aux soins de la population précaire .....	120
A. La difficulté d'avance de frais : apparition d'une nouvelle maladie sociale	121
B. Le médecin généraliste : un acteur privilégié de l'égalité sociale dans l'accès aux soins .....	122
IV. Le tiers payant modifie le rôle du rapport à l'argent dans la relation médecin-patient .....	124
A. Rappels sur la particularité de la relation médecin-patient .....	124
B. Le choix du tiers payant : une pratique négociée entre le médecin et son patient .....	125
1. Le niveau de passivité-contrôle ou autocratie .....	125
2. Le niveau de dépendance-expertise ou parentalisme .....	126
3. Le niveau de coopération-partenariat .....	126
4. Le niveau de l'autonomie-facilitation .....	127
C. Ce que révèle le tiers payant sur la relation médecin-patient .....	128
1. Eclairage "BALINT" sur les fonctions inhérentes du médecin .....	128
a) La fonction apostolique .....	128
b) La fonction sacerdotale .....	130
c) La fonction chamanique .....	131
2. Eclairage "ROGERS" sur la relation d'aide au patient .....	131
a) La congruence .....	132
b) La considération positive .....	132
c) L'empathie .....	133
3. Eclairage "RICOEUR" sur le pacte de soins : une relation responsable	134
V. Le tiers payant invite le médecin généraliste à la réflexion sur la notion de valeur .....	136
A. Une distinction sémantique de la valeur .....	136
1. De la valeur-travail à la rémunération à l'acte .....	136
2. De la valeur-utilité à la fonction d'estime .....	137
B. L'échange est porteur de valeur dans la relation .....	138
C. Le tiers payant : créateur ou supprimeur de valeur ? .....	139
1. Le tiers payant pose le problème de la notion de gratuité .....	139
2. Le tiers payant : une évolution naturelle vers la solidarité .....	141
3. Le tiers payant : promouvoir un meilleur accès aux soins primaires au dépend de la perte du libéralisme médical ? .....	141
<b>Conclusion</b> .....	<b>145</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>147</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>151</b>
Annexe 1 : Fiche récapitulative de l'étude .....	152
Annexe 2 : Formulaire de consentement et de participation à l'étude .....	153
Annexe 3 : Guide d'entretien – Questionnaire canevas .....	154

## **RESUME**

**Contexte** : Le système de santé français a pour objectif de garantir un accès aux soins égalitaire et solidaire à toute la population. Or, la difficulté d'avance des frais par le patient avant son remboursement par les assurances maladie creuse les inégalités sociales. Les généralistes libéraux peuvent choisir d'utiliser le tiers payant pour dispenser le patient de l'avance des frais de santé. Au-delà du fait que cette pratique va devenir un droit pour toute la population d'ici 2017, qu'est-ce qui détermine actuellement les choix de ces médecins à pratiquer ou non le tiers payant ?

**Méthode** : Etude qualitative de phénoménologie analysant 13 entretiens semi-directifs et 2 focus groups de Maitres de Stage des Universités de la région Nord-Pas-de-Calais, entre le 24 juin et le 18 juillet 2014. Elle repose sur un argumentaire élaboré, via les données d'un verbatim codé par fragments, grâce au logiciel de recherche QSR-NVivo10.

**Résultats** : Le tiers payant est considéré comme une pratique répandue et fréquente chez tous les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais. La pratique du tiers payant doit cependant se plier aux exigences de bon fonctionnement de l'entreprise libérale des médecins. Le tiers payant complexifie en effet la communication entre les différents payeurs du soin. Les généralistes emploient différents moyens de paiement, dont le tiers payant, pour améliorer l'accès aux soins des patients qu'ils jugent précaires. Ce discernement est revendiqué comme étant une compétence inhérente du médecin généraliste à prendre en charge le patient dans sa globalité. Par ailleurs, la décision du tiers payant résulte d'un processus de négociation entre le médecin et son patient. Le tiers payant révèle quelle importance le médecin donne au rapport à l'argent dans la relation de soins : de dépendance, d'aide ou de responsabilité. Enfin, les médecins veillent à promouvoir la valeur de leur travail. Pour certains, le paiement reste le déterminant de l'échange, vecteur des valeurs de l'acte médical. Pour d'autres, le tiers payant permet de dépasser le rapport financier en simplifiant la relation médecin-patient au seul soin.

**Conclusion** : Au-delà d'un rapport d'ambivalence entre favoriser l'accès aux soins primaires et conserver une indépendance idéologique et pratique, propre à la profession libérale, l'utilisation ou non du tiers payant révèle une conception singulière de la médecine générale, tant sur le plan économique que dans la vision de l'aide à autrui.

## INTRODUCTION

### I. Le système de santé français : une solidarité en construction

Notre système de santé a pour vocation de permettre à tous les habitants du territoire français de bénéficier d'un accès aux soins et d'une protection médico-sociale à la hauteur de leurs besoins. Il prend sa source dans le concept de solidarité qui existe vis-à-vis du risque maladie.

La solidarité est définie comme *“un rapport existant entre des personnes qui, ayant une communauté d'intérêts, sont liées les unes aux autres”* [1]

Pour respecter cela, le coût financier généré par ce risque maladie est pris en charge dans notre pays selon un principe de mutualité :

Tous les adhérents participent au financement d'un organisme d'assurance maladie commun, qui redistribue à ses membres en fonction de leurs besoins.

A l'heure actuelle, il existe deux types de régime d'assurance couvrant le risque maladie :

- Les organismes d'assurance maladie obligatoires (AMO) tels que :
  - Le Régime Général de l'Assurance Maladie (RG),
  - Le Régime Social des Indépendants (RSI),
  - La Mutualité Sociale Agricole (MSA),
  - Les autres régimes spéciaux de corps de métiers (cheminots, marins, clergé, mineurs, élus de la République etc.).

- Les organismes d'assurance maladie complémentaires (AMC) regroupant les mutuelles et les assurances complémentaires santé, qu'elles soient publiques ou privées.

Ces deux types d'assurance jouent, par définition, un rôle complémentaire concernant la couverture du risque maladie. Elles possèdent également un mode de financement différent :

- Les AMO apportent une couverture maladie obligatoire, identique à toute la population et sans restriction d'adhésion. Pour permettre cela, elles doivent être financées par l'ensemble des contribuables français ainsi que leurs entreprises. Chaque année, un plan de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) doit être adopté par les représentants de la population pour valider son fonctionnement.

- Les AMC sont, comme leur nom l'indique, une solution complémentaire et facultative à la couverture "socle" de l'AMO. Elles se basent sur le principe que le régime obligatoire ne peut absorber, à lui seul, tout le coût financier généré par le risque maladie. De plus, elles portent le concept inhérent que toute la population ne possède pas le même statut vis-à-vis du risque maladie. C'est pourquoi, chaque adhérent paye une cotisation, individuelle ou collective, variable et révisable au cours de sa vie, calculée en fonction de l'estimation de ce risque.

Cette différence de régimes d'assurance s'inscrit historiquement dans la construction progressive d'une politique de gestion commune du risque maladie.

D'après *"L'historique du système français de Sécurité Sociale"*, trois étapes importantes sont à relever dans cette construction [2] :

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

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

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

A partir de là, ce sera l'Etat qui imposera une couverture des principaux risques sociaux pour tous les citoyens, avec le but d'inverser progressivement la privatisation de la protection sociale.

Afin de garantir un financement équitable, le Code de la Sécurité Sociale a introduit la notion de "*participation de l'assuré aux frais de maladie*" c'est-à-dire que chaque patient doit contribuer personnellement à la gestion financière de son propre risque maladie. [3]

Par exemple, le remboursement des frais d'une consultation de médecine générale conventionnée secteur 1, est déterminé selon :

- La part prise en charge par l'AMO de 70%
- Le reste à charge du patient de 30%, appelé le "ticket modérateur". Il peut être pris en charge secondairement par l'AMC souscrite par le patient. [4]

Afin de limiter ce reste à charge, le régime obligatoire a créé certains statuts spécifiques d'exonération du ticket modérateur (soit une prise en charge à 100% par l'AMO) afin de mieux soigner une partie de la population dite "fragile" :

- Les affections de longue durée (ALD) pour les patients souffrant d'une maladie invalidante et aux soins onéreux.
- Les autres risques hors maladie (accident ou maladie professionnelle, maternité, invalidité, blessés de guerre).
- Les situations sociales précaires (la couverture médicale universelle socle CMU et complémentaire CMU-C, l'aide médicale d'état ou AME pour les ressortissants étrangers, l'action sanitaire et sociale ou ASS, l'aide de financement à la complémentaire santé ou ACS).

Puis, limitée par sa capacité de financement, la Sécurité Sociale va se baser sur le paradigme que tous les patients devraient bénéficier d'une couverture complémentaire santé afin de réduire au maximum le reste à charge des soins. [5]

En ce sens, la ministre de la Santé et des Affaires Sociales, Marisol Touraine a confirmé, dans *la Stratégie Nationale de Santé* de septembre 2013, que la généralisation de la couverture complémentaire AMC était un des objectifs de santé publique et deviendrait obligatoire pour toute la population [6].

Cette mesure sera rendue possible notamment grâce à l'adoption de la loi sur la sécurisation de l'emploi de juin 2013 qui mettra en place dès le 1er janvier 2016 une complémentaire santé collective obligatoire pour toutes les personnes salariés. [7]

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

A l'heure actuelle, le patient doit avancer le prix de la consultation chez son médecin avant son remboursement par les régimes AMO et AMC.

Cependant, l'avance des frais semble être un frein de plus en plus gênant pour les patients.

En 2010, un rapport de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), montrait que :

- Les personnes les plus pauvres bénéficiaient moins souvent d'une complémentaire santé malgré l'existence de la CMU-C (91.5% de couverture complémentaire) et renonçaient davantage aux soins (à hauteur de 25%).

- Il en était de même pour les chômeurs (87.6 % de couverture complémentaire) et 28 % d'entre eux renonçaient à des soins. [8]

De plus, la difficulté qu'a la Sécurité Sociale à poursuivre sa politique de réduction du reste à charge des soins, semble aggraver ces disparités sociales.

D'après une étude de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2008, la pression économique, que représentent les frais de santé restés à charge après les remboursements AMO et AMC ainsi que le coût d'une complémentaire santé, pèserait plus lourd dans le budget des ménages les plus modestes (4%) par rapport aux plus aisés (1%). [9]

Ce renoncement aux soins est plus flagrant dans le secteur des soins dentaires et de l'optique, plus onéreux et de moins en moins pris en charge par l'AMO [5], mais il touche également le secteur des soins primaires et donc des actes de médecine générale.

Pourtant, face aux difficultés de l'avance des frais, le médecin peut déjà décider de pratiquer "le tiers payant", c'est-à-dire de se faire rémunérer directement par les différents organismes AMO et AMC, proposant alors au patient :

- un tiers payant AMO partiel à 70%. Le patient ne règle que le seul ticket modérateur de 30%.

- ou alors une dispense d'avance de frais totale (sous conditions des situations de prise en charge complète à 100% par l'AMO, ou bien un tiers payant composite AMO+AMC).

Ces différents degrés de dispense d'avance de frais sont apparus progressivement avec la construction de notre système de santé.

Historiquement, la notion de tiers payant remonterait à 1928, avec l'apparition du terme de "ticket modérateur". Un ticket en papier était en effet délivré aux patients nécessiteux par les services de l'Aide Sanitaire et Sociale et le médecin se faisait payer secondairement une partie de ses honoraires avec celui-ci. [10]



Puis, les organismes AMO ont instauré progressivement des statuts de prise en charge à 100%, ouvrant ainsi la capacité de réaliser le tiers payant à un plus grand nombre de patients : [2] [10]

- 1930 : exonération du ticket modérateur pour les pensionnés de guerre.
- 1945 : exonération du ticket modérateur pour les risques maternité, invalidité et création du statut de l'ALD avec exonération du ticket modérateur.
- 1949 : exonération du ticket modérateur pour les accidents du travail, maladies professionnelles et les invalides.
- 1980-81 : création d'un statut d'exonération du ticket modérateur sur critères sociaux.
- 1990 : création du statut de "médecin référent" pour les médecins généralistes qui pratiquent un tiers payant total conventionné.
- 1999 : création de la CMU et de l'AME avec exonération systématique du ticket modérateur en tiers payant.
- 2004 : exonération du ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'ACS.

Enfin, de façon conjointe, les organismes AMC, provenant historiquement de caisses de fonds privés, ont établi progressivement des réseaux de partenaires conventionnés, chez qui le patient pouvait bénéficier du tiers payant AMC. Ces professionnels de santé doivent alors respecter une charte établie unilatéralement par chaque organisme AMC. Son fonctionnement est cependant régulé légalement par le Code des Assurances et de la Mutualité, instaurée depuis 1976.

Afin de compléter cette politique égalitaire d'accès aux soins, la ministre de la Santé a présenté au Conseil des Ministres le 15 octobre 2014, un projet de loi visant à rendre la pratique du tiers payant généralisée d'ici 2017 en médecine libérale. [11]

Elle s'appuie notamment sur le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de juillet 2013 qui justifie cette réforme de fond au nom de l'universalité de l'accès aux soins et valide sa faisabilité technique sous certaines conditions de refonte structurelle administrative. [12]

De leur côté, les médecins généralistes ont réagit tout au long du processus d'élaboration de cette loi, notamment via leurs différents syndicats représentatifs :

- CSMF : confédération des syndicats de médecins français via l'UnOF union des omnipraticiens français
- FMF : fédération des médecins de France via l'UGé union des généralistes
- MG France : le syndicat des médecins généralistes de France
- SML : syndicat des médecins libéraux

En effet, tous semblaient inquiets sur la faisabilité de cette mesure mais restaient divisés sur l'intérêt de cette proposition de loi visant à modifier leur pratique actuelle.

Certains avançaient le coût de cette réforme, la perte de libéralisme de la profession, le manque d'investissement des patients dans le coût de la santé [13] [14] [15]. D'autres formations représentatives saluaient, quant à elles, l'avancée dans l'accès aux soins égalitaire de toute la population mais souhaiteraient garder la capacité de choisir qui en a besoin [16].

Le débat entre ces différents syndicats et l'action gouvernementale a été à l'origine de clarifications du projet de loi initial, sans détournement de l'idée principale : celle de rendre le tiers payant obligatoire pour tous les patients sans distinction.

Cependant, la profession étant divisée par des courants idéologiques contraires, ne s'est pas senti suffisamment écoutée.

Afin d'exprimer leur mécontentement face à une loi qui modifierait profondément leur pratique quotidienne, les syndicats ont appelé à différents moyens de protestation (cabinets fermés, réorientation systématique des patients vers l'hôpital, grève des gardes de soirée et de week-end, grève de la télétransmission aux organismes AMO, manifestations) mais tous leurs discours défendaient indépendamment leurs revendications propres.

Le projet de loi de réforme de la santé a finalement été adopté le 14 avril 2015 à l'Assemblée Nationale. Il instaurera progressivement la pratique du tiers payant pour tous les patients, d'ici 2017.

Au delà de cette volonté de l'Etat de poursuivre une politique d'accès aux soins égalitaire en incluant une dispense d'avance de frais totale, il est intéressant d'analyser comment les médecins généralistes abordent actuellement la question de leur propre rémunération par le patient et les assurances maladie. Quelle place laissent-ils au tiers payant dans leur pratique quotidienne ?

Comment se sont ils appropriés cet outil ? Pour quelles raisons l'utilisent-ils ou le refusent-ils ? Quels sont leurs motivations à employer une dispense d'avance de frais chez leurs patients ?

Cette étude va ainsi donner la parole à un échantillon inédit mais représentatif de la population des médecins généralistes libéraux du Nord Pas De Calais (NPDC): les Maitres de Stage des Universités (MSU), enseignant la médecine générale sur le terrain aux étudiants.

L'objectif principal de cette étude est d'analyser les motivations actuelles des médecins généralistes du NPDC à pratiquer ou non le tiers payant pour leurs patients.

Une analyse secondaire sera entreprise, concernant les avis des médecins interrogés vis-à-vis du projet de généralisation du tiers payant. Elle permettra d'éclairer l'objectif principal en analysant ce que la généralisation de cette pratique représente pour les médecins.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Le type d'étude**

Etude qualitative, descriptive, basée sur le concept de "*phénoménologie*".

Il s'agit de la compréhension de l'essence, de l'expérience des gens (ici les médecins généralistes) face à un phénomène (ici la pratique du tiers payant). [17]

### **II. Méthodologie**

#### **A. Respect de l'anonymat et déclarations auprès des organismes de contrôle éthique**

Afin de garantir une totale liberté d'expression des participants, sur un sujet sensible et d'actualité, nous avons décidé d'anonymiser dans ce travail toutes les données personnelles qui pourraient permettre l'identification du praticien.

Les seuls éléments d'identification demandés aux participants (âge, sexe, année d'installation en libéral, commune d'exercice) permettront d'élaborer une comparaison épidémiologique avec la population générale du NPDC.

Les informations qualifiantes dévoilées lors des entretiens (emploi du genre, anecdotes personnelles, nominatives d'autres confrères ou de patients etc) seront anonymisées par le chercheur dans le verbatim.

## **1. Recherche d'un consentement écrit**

La méthodologie du présent travail a été expliquée à chaque participant dès le premier contact. En effet, un formulaire de consentement écrit était joint au courrier.

Il rappelait les conditions d'enregistrement audio de l'interview, sa retranscription écrite en verbatim intégral avec le respect de l'anonymat, la possibilité de vue et correction sur le verbatim a posteriori et la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. [Annexe 2]

Cette fiche de consentement a été signée par tous les participants de l'étude.

## **2. Démarches déclaratives de la méthodologie**

Des démarches déclaratives ont été réalisées le 19 mai 2014 auprès de deux organismes compétents vis-à-vis du respect de l'éthique et de la liberté des participants.

### **a) Comité de Protection des Personnes (CPP)**

CPP Secteur Nord Ouest IV : Melle Emilie BROUX, secrétaire  
Service de pharmacologie, Faculté de Médecine Pôle recherche  
1, Place de Verdun, 59045 LILLE CEDEX  
Tél : 03 20 44 54 49 Fax : 03 20 44 68 63  
Courriel : cppnordouestiv@univ-lille2.fr

Réponse positive le 11 juillet 2014.

### **b) Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)**

Permanence juridique : 8, rue Vivienne, CS 30223, 75083 PARIS CEDEX 2  
Tél : 01 53 73 22 22 Fax : 01 53 73 22 00 Site web : www.cnil.fr

N° dossier 1767145, en cours de traitement.

## **B. Choix de la population cible**

Nous avons décidé d'interroger les médecins généralistes libéraux, maitres de stage des universités (MSU), de la région NPDC. Leur nombre, au 12 juin 2014, était de 159 praticiens MSU au total.

### **1. Justification du choix de la population**

Cet échantillon de la population des médecins généralistes du NPDC nous semble représentatif de la population régionale, en termes de diversité d'opinions.

En effet, leur recrutement, par le Département de Médecine Générale de l'Université Droit et Santé Lille 2, permet d'offrir aux étudiants en médecine :

- un panel représentatif des différents modes d'exercice libéraux (rural, semi-rural, urbain)
- une distribution homogène sur le territoire régional
- une absence d'étiquette syndicale ou politique déclarée
- ainsi que leur qualité d'enseignant de la discipline de la médecine générale et l'image qu'ils donnent de la profession aux futurs médecins généralistes en formation.

### **2. Mode de recrutement des participants**

Les médecins généralistes libéraux, Maitres de Stage des Universités (MSU), sont regroupés en binômes, trinômes ou en Unité Pédagogique Locale (UPL).

Le registre régional répertoriant ces médecins est disponible au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine Lille 2, auprès de son représentant, le Docteur Michel CUNIN.

Ces médecins ont tous été contactés le 12 juin 2014 par le chercheur via leur email professionnel. Un ensemble d'informations leur était fourni :

- Le corps du mail contenait la demande de participation à l'étude.

- En pièces jointes, figuraient une fiche récapitulative de l'étude [Annexe 1] ainsi qu'un formulaire de participation et de consentement à signer [Annexe 2].
- Les coordonnées du chercheur étaient indiquées afin que les médecins intéressés puissent convenir d'un rendez-vous ou demander plus d'informations.

### 3. Analyse épidémiologique de l'échantillon

#### a) Du taux de réponse au taux d'inclusion des participants

Les médecins intéressés par le sujet de l'étude ont assez vite répondu (taux de réponse 18,24%).

Tous n'ont pas décidé de participer à l'étude, principalement à cause d'un manque de compatibilité entre les disponibilités du chercheur et celles du participant, en pleine période estivale (taux de participation de 11,95%).

Ils ont alors demandé une date de rendez-vous, soit directement auprès du chercheur, soit en demandant de convenir d'un rendez-vous auprès de leur secrétariat.

Enfin, seulement un participant ayant pris rendez-vous, s'est retiré de l'étude, et n'a donc pas pu être interviewé (portant le taux d'inclusion à 11,32%)

Nb de MSU du NPDC en juin 2014 (population cible)	159		
Nb de réponders (intéressés par l'étude)	29	Taux de réponse	18,24 %
Nb de participants (ayant pris RDV pour interview)	19	Taux de participation	11,95 %
Nb d'inclusion (interviewés)	18	<b>Taux d'inclusion</b>	<b>11,32 %</b>

**Tableau 1 : Taux de réponse, de participation et d'inclusion de l'étude**

## b) Les différents profils démographiques des participants

Si nous comparons l'échantillon des participants, à la population des médecins généralistes libéraux du NPDC en 2013 [Tableau 2], nous constatons que notre échantillon est :

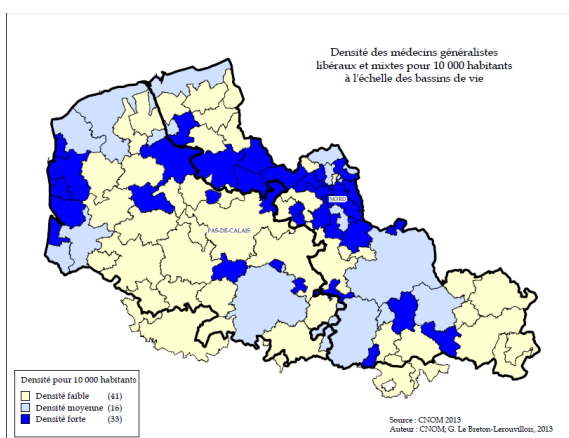
- Plus jeune de 6 ans en moyenne
- Discrètement plus féminin
- Plus présent dans le département du Nord mais en proportion équivalente
- Installée plus précocement en cabinet libéral de 6 ans en moyenne

	sex ratio H/F	âge moyen	ratio Nord/Pas-de- Calais	âge moyen d'installation
Population incluse (N= 18)	1,57	46,5	3,5	29
Population MSU NPDC (N=159)	2,79	*****	2,31	*****
Population MG libéraux NPDC (N=3846) [18]	1,86 [18]	52,6 [18]	3,0 [18]	35,5 [19]

### Tableau 2 : Eléments de comparaison de l'échantillon des participants

Si nous superposons la carte de la densité des médecins généralistes installés en NPDC [Figure 1] à celle des participants de l'étude [Figure 2], nous remarquons que notre échantillon comporte des médecins exerçant dans tous les types de zones de densité démographique :

- 50 % dans les zones à forte densité
- 39 % dans les zones à moyenne densité
- 11 % dans les zones à faible densité



**Figures 1 et 2 (de gauche à droite) : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie en 2013 [18] ; Répartition géographique des participants de l'étude [Google Maps]**



## **C. Techniques de recueil des données**

### **1. Outils de mesure**

Afin de recueillir les différents arguments des participants, nous avons décidé de procéder à des interviews selon :

- Des entretiens semi-directifs individuels
- Des focus groups, dont au moins un avec les praticiens d'une même UPL.

### **2. Déroulement type d'un entretien**

L'entretien se déroulait à la date convenue avec le participant, sur son lieu de travail.

La première partie de l'entretien, non enregistrée, consistait :

- à recueillir le formulaire de consentement signé par le participant
- à établir des données épidémiologiques simples sur les caractéristiques du participant (âge, sexe, année d'installation en libéral, commune d'exercice)

La seconde partie de l'entretien, enregistrée, consistait à recueillir les arguments du participant concernant le sujet de l'étude, à l'aide d'un guide d'entretien.

### **3. Le questionnaire canevas**

A l'aide d'un questionnaire canevas conçu au préalable par le chercheur, l'entretien était orienté et recadré autour des objectifs (principal et secondaire) de l'étude. Ci-joint en annexe, le contenu de ce questionnaire dans le guide d'entretien.

[Annexe 3]

#### 4. Mode de recueil des données

Les entretiens et les focus groups ont été enregistrés par le chercheur à l'aide d'un enregistreur audio "SONY Net MD Walkman M2-N710" sur un format numérique "mini disque MD".

Chaque interview a été écoutée dans son intégralité puis a été retranscrite en verbatim intégral, avec indication du ton et de l'expression non verbale.

Ce verbatim a été élaboré sur un logiciel de traitement de texte type "Microsoft WORD 2007" par le même chercheur.

### D. Méthode d'analyse des données

#### 1. Technique de codage des données

Le verbatim des entretiens a été analysé via un travail de codage des données sur le logiciel d'aide à la recherche qualitative "QSR-NVivo 10", disponible sur le site web [www.qsrinternational.com](http://www.qsrinternational.com). Une licence personnelle a été souscrite le 09 décembre 2014.

#### 2. Rappels méthodologiques de l'approche par codage des données

*"À la lecture des retranscriptions, le texte est codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux.*

*Ce travail nécessite de lire et de relire les données pour identifier les thèmes et catégories sous-tendus par des phrases ou des comportements.*

*Des concepts sont définis, une cartographie des différents registres est dressée (...) Une théorie explicative peut alors être envisagée puis construite à partir des données." [17]*

### **3. Définition de la saturation des données**

Le recueil des données s'arrête lorsque la lecture du verbatim n'apporte plus de nouveaux éléments.

Nous avons décidé a priori de fixer arbitrairement à 15 entretiens individuels et 1 focus group, l'état de saturation des données.

Du 24 juin 2014 au 18 juillet 2014, nous avons pu réaliser :

- 2 focus groups, dont un au sein d'une réunion d'UPL
- 13 entretiens individuels.

Après analyse du verbatim, nous sommes arrivés ainsi à la saturation des données.

### **4. Plan de communication des résultats attendus**

A l'aide du travail de codage des données du verbatim, nous avons élaboré une liste structurée des arguments avancés par l'ensemble des médecins. Elle reprend l'architecture des principaux points abordés dans le questionnaire canevas.

## **III. L'analyse des biais de l'étude**

Nous avons décidé de traiter la question des motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant via une étude qualitative.

Son but premier est donc d'atteindre une variété d'arguments la plus exhaustive possible et non d'établir une tendance statistique de la population générale des médecins généralistes du NPDC.

Cet abord quantitatif de la même question pourrait faire l'objet d'un travail de recherche ultérieur.

L'état de saturation des données a été atteint d'après des objectifs initialement fixés lors de l'élaboration de la méthodologie.

Cependant, nous pouvons réfléchir aux éventuels freins méthodologiques qui pourraient limiter la portée générale du présent travail.

## **A. Un biais de sélection de l'échantillon**

Le choix de cibler la population des médecins généralistes MSU est critiquable.

En effet, cette population limite le choix, en nombre et surement en diversité, des différentes pratiques de la médecine générale dans notre région (médecins non informatisés, non conventionnés par la Sécurité Sociale, ou selon d'autres conventions)

Cependant, les critères de sélection de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille, comme précédemment cités dans la méthodologie, permettent de donner un aperçu représentatif de la médecine générale aux étudiants.

Nous pourrions imaginer, lors d'une recherche ultérieure, étendre la sélection des participants à l'ensemble de la population des médecins généralistes du NPDC, avec par exemple le soutien méthodologique de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du NPDC.

## **B. Biais de réponse voire de non réponse**

Le temps d'inclusion des participants a été court, soit du 24/06/2014 au 18/07/2014 et les médecins n'ont été sollicités qu'une seule fois par email. Nous aurions pu améliorer ces deux critères méthodologiques.

Les médecins qui ont alors répondu les premiers sont sûrement ceux chez qui le débat sur la généralisation du tiers payant provoquait de vives réactions, ou ceux qui travaillaient pendant cette période estivale.

Cependant, nous constatons que le panel des arguments recueillis lors des entretiens était assez varié et comportait des opinions “pour et contre” cette réforme de la santé, les faisant tous se questionner sur leur pratique quotidienne.

De plus, ces médecins MSU ont également une propension à une analyse réflexive de leur pratique quotidienne, qui peut permettre un effet “porte parole” de la profession. D’autres médecins du territoire n’ont peut-être pas cette même vocation de transmission du savoir et donc n’ont pas pu être visés par l’enquête.

### **C. Déclaration de conflit d’intérêt**

Le début de l’élaboration du projet de cette recherche remonte à septembre 2013. A cette époque, l’état des lieux de la bibliographie sur le sujet du tiers payant en médecine générale était très mince.

Puis, sur les conseils de mon directeur de thèse, adhérent au syndicat de médecins MG France, j’ai décidé de me rendre en novembre 2013, à leur 6ème congrès national, à Marseille, intitulé “*Les médecins généralistes organisent les soins primaires*”.

J’ai pu y mesurer l’intérêt de mon travail de recherche auprès des adhérents. De plus, j’ai pu assister à une déclaration de la Ministre de la Santé, Marisol Touraine, sur les prochains développements de la loi de généralisation du tiers payant.

Afin de me permettre de me rendre sur place, le syndicat MG France a financé le transport et l’hébergement.

Il nous est apparu évident alors, par souci de transparence et d’indépendance idéologique, de déclarer ce conflit d’intérêt.

Cependant, nous nous sommes efforcés de maintenir un état des lieux des arguments de chaque organisation syndicale représentative dans ce travail de thèse.

## RESULTATS

### I. Le début de chaque entretien

Chaque interview commençait par une première question, simple et fermée

*“Pratiquez vous le tiers payant chez vos patients ?”.*

Tous les médecins interrogés ont alors répondu par l'affirmative. Cependant, nous notons déjà une différence dans la manière dont ils ont construit leur première réponse.

#### A. Une affirmation franche

Certains ont simplement dit *“oui”* en réponse claire à cette question fermée.

D'autres ont souligné ce *“oui”* par un ton appuyé, exclamatif en se penchant vers le microphone, comme pour souligner leur propos avec conviction :

*“Oui ! Ah oui oui !”*

*“Oui ! (rires) Très couramment !”*

*“Bien sûr ! Oui, oui”*

## B. Déjà les premières précisions

Par ailleurs, les réponses comportaient soit une affirmation, soit une répétition des termes de la question, suivies d'emblée d'une précision, plus ou moins courte, concernant les conditions d'utilisation du tiers payant. Les médecins utilisent alors différentes techniques :

### 1. Ces précisions se ponctuent de silences

Ce système rythmique de ponctuation témoigne de la réflexion employée par les médecins pour choisir les termes appropriés à leur pensée.

*“Je pratique le tiers payant pour mes patients euh... sur euh... les ALD et quand les gens ont des revenus très faibles... et qu'ils ne sont pas CMU”*

*“Moi je pratique le tiers payant... enfin c'est un terme un peu... générique, donc moi, pour les patients en ALD, si je sais qu'ils n'ont pas de gros revenus, je pratique le tiers payant.”*

*“Ouais, quasiment pour tout le monde en fait... euh voilà”*

*“Mmm... Oui, moi aussi”*

### 2. Ces précisions se structurent grammaticalement

Les réponses peuvent comporter des conjonctions de coordination ou des adverbes qui encadrent leurs premiers propos et semblent déjà vouloir préciser des conditions d'utilisation :

*“Alors en fait, moi je pratique le tiers payant...”*

*“Alors... le tiers payant, je le pratique...”*

*“Alors pour certaines personnes...”*

*“Sinon euh... de moi-même, je ne le fais pas systématiquement”*

*“Il y a des gens chez qui je fais le tiers payant sur la part obligatoire... Voilà”*

### **C. Une envie d'en dire plus**

Enfin, certaines réponses peuvent se terminer par une question ouverte, invitant l'intervieweur à continuer son entretien :

*“S'il faut développer, je peux développer, hein ?”*

*“Sinon euh... de moi-même, je ne le fais pas systématiquement... Pourquoi ?”*



## II. Comment pratiquez-vous le tiers payant ?

L'entretien se poursuit par la recherche des conditions de l'utilisation du tiers payant chez les médecins participants.

Les différentes réponses peuvent s'articuler autour de quatre points :

- Dans quels cas le tiers payant est-il employé ? Quelle population est ciblée ?
- Comment s'aborde la question de la dispense d'avance de frais ?
- Quelles sont les techniques employées par les médecins en pratique pour faire le tiers payant ?
- Comment est refusé le tiers payant chez le médecin ou le patient.

### A. Le tiers payant : dans quels cas ? Pour qui ?

#### 1. Les statuts de prise en charge 100% AMO

Les médecins interrogés utilisent principalement le tiers payant dans les cas de prise en charge à 100% de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ont été cités, spontanément et fréquemment :

*“CMU”, “ALD”, “invalidité”, “accident du travail”, “maladie professionnelle”, “maternité”, “grossesse”, “examens des enfants dans le risque maternité”, “le suivi du Nouveau-né”, “dans les contextes d’urgence”, “lors des gardes” et “pour les actes coûteux”, notamment est cité l'exemple des “sutures”.*

Les médecins évoquent ensuite un autre cas où ils utilisent le tiers payant 100% AMO : celui des visites à domiciles pour des personnes âgées dépendantes, des actes réalisés en maisons de retraite.

*“Pour toutes les vieilles personnes qu’on va voir à domicile”*

*“Euh... les personnes âgées”*

*“Dans les maisons de retraite”*

### **a) Analyse sémantique de l’adhésion au tiers payant 100% AMO**

Dans le but de montrer cette préférence, certains médecins n’hésitent pas à employer différentes structures adverbiales pour quantifier leur fréquence d’utilisation.

#### **i. Les adverbes en « - ment »**

Plus ou moins précédés d’un autre adverbe, ils viennent préciser la fréquence de la pratique du tiers payant.

*“Oui donc j’estime le faire très régulièrement”*

*“Moi je l’utilise assez régulièrement. Souvent pour ceux qui sont à 100%”*

*“Systématiquement pour les patients en ALD, forcément pour les gens en CMU”*

*“On le fait systématiquement pour les patients qui sont en ALD”*

*“Alors sur l’AMO on le fait systématiquement pour les gens qui sont en ALD, après pour les examens obligatoires du nourrisson...”*

*“Très couramment ! Ouais quasiment pour tout le monde en fait... euh voilà”*

*“Je le fais déjà pour tous les patients qui sont en ALD euh... la CMU bien sûr”*

## **ii. La conjonction de coordination « donc »**

Elle est très souvent utilisée comme connecteur logique par les médecins et vient justifier leur choix fréquent de ce type de tiers payant.

*“Donc le tiers payant complet, je le fais pour les patients qui sont en ALD quoi !”*

*“Donc en ALD, ils ne payent rien”*

*“Il était à 100% donc euh... j’ai fait un tiers payant”*

*“Donc le tiers payant sécu c’est systématique”*

## **b) Analyse sémantique des critères d’attribution de ce tiers payant 100% AMO**

En complément de cette pratique *“fréquente”*, les médecins précisent les conditions d’attribution de ce tiers payant 100% AMO en utilisant d’autres moyens grammaticaux :

### **i. Les expressions adverbiales**

Elles limitent les circonstances d’attribution de ce tiers payant.

*“Dans la mesure où les gens sont à jour”*

*“C’est ça. Du moment que c’est l’AMO, ouais”*

### **ii. La préposition « pour »**

Elle précise la population choisie par le médecin.

*”Je pratique le tiers payant pour les patients qui sont en maladie longue durée, pour les actes qui correspondent”*

*”Pour mes patients”*

*”Mais de toute façon, pour ceux là, c’est que de l’AMO, donc voilà”*

## **2. Les patients en difficulté financière**

Les médecins évoquent ensuite un autre critère, assez récurrent lui aussi, de l’emploi du tiers payant : celui des patients en difficultés financières et qui ne rentrent pas dans les critères de prise en charge à 100% par le régime AMO. Dans ces cas là, le tiers payant AMO n’est pas total mais il est réduit à 70%.

### **a) Analyse sémantique des critères d’attribution de ce tiers payant**

Nous remarquons alors que les médecins recherchent d’autres critères d’attribution, plus restrictifs cette fois-ci. Pour l’exprimer, Ils emploient cependant les mêmes outils grammaticaux :

#### ***i. la préposition « pour »***

Elle précise toujours la population choisie par le médecin.

*”Je le fais pour les enfants euh... quand les parents règlent en espèces”*

*”Il y a beaucoup de tiers payant à 70% pour convenance”*

*”Pour les gens que je connais en difficulté financière”*

*“Pour les gens que je sais en difficulté financière”*

*“C’est vrai que... au début, ce n’était que pour ceux qui avaient des difficultés financières. Après j’ai eu du mal à savoir qui avait des difficultés financières ou qui osait me le dire et... voilà”*

*“C’est en particulier pour les gens qui n’ont pas beaucoup de sous”*

## **ii. Les compléments circonstanciels de manière**

Ils qualifient la façon dont est attribuée ce tiers payant. Ils aident aussi à la sélection de la population cible.

*“Quand les gens ont des revenus très faibles... et qu’ils ne sont pas en CMU”*

*“En fonction des conditions sociales des patients”*

*“Je le pratique de manière systématique mais en fonction de l’état financier du patient”*

## **iii. Les compléments circonstanciels de lieu**

Ils affinent les situations où ce tiers payant est utile.

*“Après, chez certaines personnes qui n’ont pas de gros revenus, je pratique le tiers payant”*

*“Je fais le tiers payant... incomplet... il y a des gens chez qui je fais le tiers payant que sur la part obligatoire”*

**b) Le tiers payant intégral**

Enfin, certains médecins pratiquent un tiers payant composite, c'est-à-dire 70% AMO et 30% AMC. Ils le qualifient également selon les mêmes constructions syntaxiques démontrées précédemment.

*“Oui... à chaque fois que je le peux...”*

*“Oui oui. Je le fais avec [...] certaines mutuelles avec qui je suis conventionné, avec lesquelles je fais un tiers payant intégral”.*

## **B. Comment s'aborde la question de la dispense d'avance de frais ?**

Les médecins interrogés dévoilent plusieurs stratégies quant à la manière dont est amenée la demande du tiers payant.

### **1. A la demande du patient**

Pour certains médecins, cette demande doit être faite par le patient qui expose ses difficultés financières.

*“Oui, souvent c'est lui qui me le demande”*

*“Sachant que les gens me demandent au préalable « on pourra faire le tiers payant ? » donc là c'est sûr, ils n'hésitent pas”*

*“A la demande du patient... oui voilà, il peut y avoir des demandes. Sinon non”*

*“Le chercheur : - Que dites vous à vos patients quand ils vous demandent de faire le tiers payant ?*

*Le médecin : - Je leur dis oui spontanément”*

*“Les autres, c'est quand ils le demandent”*

### **2. Face à l'exigence du patient**

Parfois, l'emploi du tiers payant fait suite à une exigence de la part du patient. Les médecins expriment ce rapport impératif en imitant les attitudes des patients.

*“Généralement c’est le patient qui me le dit « voilà, je suis au tiers payant » ou « je ne paye pas »...voilà”*

*“Des critères ?... on va dire euh... quand ils disent « d’habitude c’est comme ça ! » (rires) ”*

*“Et puis le « Ah bah moi Docteur, d’habitude, je ne paye pas ! »”*

### **3. De façon naturelle par le médecin**

Pour certains médecins, l’utilisation du tiers payant doit se faire sans que le patient n’ait à le demander. Ils expriment ce rapport naturel en employant deux familles de verbes « proposer, demander » et « prévenir, imposer ».

*“Les patients en ALD je leur propose systématiquement”*

*“C’est quand même rare quand c’est le patient qui le demande, c’est plutôt moi qui le propose”*

*“ Mais en tout cas ça m’arrive de demander... C’est beaucoup moins fréquent que je demande du 23 euros que du 6,90 euros (rires)”*

*“Je ne leur en parle pas forcément... voilà, je ne leur propose pas en fait... (hésitant)... je leur impose presque !”*

*“Le tiers payant sécu, on le fait de manière systématique, moi je les préviens qu’on fait ça ici. Et le tiers payant mutuelle euh... c’est moi qui le propose”*



#### **4. A l'initiative du médecin, après avoir eu connaissance de la situation**

Pour d'autres praticiens, le choix du tiers payant se fait à l'issue d'un échange d'informations, plus ou moins direct avec le patient. Il peut également être basé sur la connaissance empirique qu'a le médecin de sa patientèle.

*"Les gens que je connais en difficulté financière, soit il me le demande, soit je leur propose de faire un tiers payant"*

*"Quand je connais leur pouvoir d'achat"*

*"Ou... si, parce que j'ai une information par un autre biais, là je vais peut être le proposer"*

*"Par exemple c'est en fin de mois, ils attendent le 2 du mois, ils me disent « vous ne pouvez pas attendre... le 5 du mois ou le 10 parce que... voilà... pour encaisser le chèque » Bah dans ce cas là je le propose, je fais le tiers payant"*

*"Et puis voila, les autres c'est plus au feeling..."*

*"Soit ils nous le demandent, soit ils nous donnent un chèque et ils nous disent de l'encaisser dans 15 jours, 3 semaines... dans ce cas là on peut leur proposer le tiers payant"*

*"(rapportant ce qu'il y a écrit dans sa salle d'attente) Pour les gens qui auraient des difficultés à avancer le prix de la consultation, le Docteur est disposé à faire le tiers payant, mais vous lui demandez, au cas par cas, vous lui expliquez que vous avez des difficultés et à ce moment là on fera le tiers payant"*

## **C. Les techniques employées par les médecins dans leur pratique quotidienne du tiers payant ?**

### **1. Avoir une bonne connaissance du mécanisme de paiement**

Les médecins interrogés s'accordent tous à dire qu'une bonne connaissance du mécanisme de paiement est primordiale lorsque l'on pratique le tiers payant : savoir identifier « qui paye » ou « qui va me payer », de façon directe ou différée.

Ils distinguent alors les trois différents payeurs :

- Les caisses de sécurité sociale (AMO)
- Les mutuelles (AMC)
- Et le patient.

*“Tiers payant... donc on paye le tiers, donc on paye la part de la sécurité sociale, synonyme d'avance de frais par la sécurité sociale, qui fait 100% pour les patients en ALD, mais que 70% pour les autres gens, 70% sécu et 30% mutuelle”*

*“Effectivement sur la part sécu et ils me règlent la part mutuelle”*

*“Quelqu'un qui vient en consultation et qui me demande si je peux pratiquer le tiers payant, il va me régler ...6,90... d'accord ? Hein, la part complémentaire”*

### **2. Savoir s'aider d'outils pertinents**

Pour cela, il existe différentes techniques employées par les médecins qui leur permettent de mieux comprendre qui les payera et comment.

### a) Une aide technologique évidente

Les médecins disent pouvoir s'appuyer sur une aide technologique comme :

- leur ordinateur,
- d'autres outils technologiques comme les lecteurs de cartes vitales ou de cartes bancaires,
- voire la qualité de leur propre logiciel médical.

Ils considèrent avoir ainsi accès à un archivage intelligent des informations nécessaires pour cibler les payeurs. Ils emploient alors des expressions d'évidence.

*"Il est vrai qu'il faut un bon logiciel pour gérer le tiers payant"*

*"Quand je le fais, je fais sur mon intitulé de consultation une marque qui me permet de repérer que j'ai fait le tiers payant pour ces fois là"*

*"Heureusement que mon logiciel me dit lors de la facturation si tel ou tel patient est hors parcours habituel"*

*"A moi de calibrer mon PC"*

*"Euh... systématiquement dans leur dossier il y a leur métier, ça donne déjà une idée du pouvoir d'achat"*

*"Par rapport à leur catégorie socioprofessionnelle, on sait à peu près dans quel cas on se situe"*

*"En plus j'ai un lecteur de cartes vitales qui me permet de faire aussi à domicile, donc ça ne me pose pas de problème"*

*"C'est pourquoi j'ai pris la carte bleue, pour les gens « qui oublie » leur chéquier ou leur porte monnaie..."*

*"Tous les outils sont là actuellement pour que ce soit facile au niveau gestion"*

## **b) Une bonne connaissance empirique**

Le médecin peut également se baser sur sa connaissance progressive des situations où le paiement s'est déroulé sans difficultés, afin d'éviter toute déconvenue :

### ***i. de la part des patients***

*"Ca peut arriver, où l'on voit plusieurs fois de suite des retards de paiement. Donc les fois suivantes, je propose la dispense d'avance de frais de manière plus pratique"*

*"Moi j'insiste toujours sur... le revenu du patient, savoir s'il peut ou ne pas faire..."*

### ***ii. de la nature des différentes caisses de sécurité sociale***

*"Quand c'est des trucs compliqués genre mairie de H. ou autre caisse hors CPAM classique"*

*"Caisses exotiques"*

*"Les caisses étudiantes, la MSA, le RSI etc... chez qui on n'a pas d'infos"*

### ***iii. ou des différents types d'organismes complémentaires***

*"Tout à fait ! Donc voilà, tout dépend des mutuelles"*

*"J'ai fait ce tableau là, où j'ai pris toutes les mutuelles de mes patients et j'ai regardé toutes celles qui m'ont réglées. Si j'ai au moins un remboursement, c'est que le système fonctionne"*

*“Quand ça marche bien, ça marche bien, surtout si on travaille avec les grosses mutuelles, il n’y a pas de soucis”*

*“Je leur demande quelle est leur mutuelle. Je regarde si je peux faire le tiers payant avec et puis voilà !”*

*“Voilà, celles où c’est viré automatiquement via le retour NOEMIE”*

### **c) Le médecin « se débrouille » comme il peut**

Face à une situation de paiement compliquée, certains médecins interrogés disent employer des arrangements entre les différents payeurs :

*“Je bricole comme ça quoi !”*

*“D’ailleurs soit ils me payent tout de suite la part mutuelle ou sinon il me la règle... euh à la fin du mois par exemple”*

*“Quand j’ai fait le calcul et que j’ai vu que les gens étaient venus avec 23 euros et la suture coûtait 100 euros... (dégluti bruyamment) Gloups ! Je me suis dit que j’allais faire passer ça avec la petite case tiers payant (mime le fait de cliquer sur la souris de l’ordinateur) et là... ça passe vachement mieux !”*

#### **d) Déléguer la question de l'encaissement**

Enfin, certains médecins interviewés déplacent la décision de comment se fera l'encaissement, avec ou sans tiers payant, à une tierce personne comme :

##### ***i. son comptable***

*“En accord avec mon comptable qui m’a dit qu’on allait faire des erreurs surtout d’autant plus que maintenant on est repassé au cahier papier, qu’il faut tout remarquer... on va faire des erreurs, c’est pourquoi j’ai fait le choix de ne prendre pour ces cas que de l’espèce”*

##### ***ii. le confrère médecin avec qui il travaille***

*“Souvent c’est quand le médecin que je remplace euh... faisait pratiquer le tiers payant”*

*“Surtout pour les patients du Dr Y1 chez qui on le fait habituellement, bah là je le fais aussi”*

##### ***iii. sa secrétaire***

*“Alors déjà en pratique ici, c’est la secrétaire qui procède aux encaissements”*

## D. Comment est refusé le tiers payant chez le médecin ou le patient

### 1. « Jamais » pour le médecin, sauf quand...

A la question *“Vous arrive-t-il de refuser de faire le tiers payant ?”*, les médecins interrogés répondent tous par la négative, comme pour affirmer leur pratique quotidienne du tiers payant.

Cependant, ils précisent systématiquement dans la même phrase le cadre de leur pratique.

*“Le chercheur : - Est-ce que ça vous arrive de refuser le tiers payant ?”*

*Le médecin : - Non. Enfin... que pour la part sécu uniquement”*

*“Le chercheur : - Est-ce que ça vous arrive de refuser le tiers payant quand on vous le demande ?”*

*Le médecin : - Non. En général, moi je ne refuse pas. Si j'ai la carte vitale, l'attestation de droits, il n'y a pas de soucis”*

*“Enfin je veux dire, ça dépend, vraiment pas pour tout le monde, par exemple...”*

### 2. Le tiers payant AMC : un « non » catégorique pour certains

Comme vu précédemment, les médecins déclarent pratiquer le tiers payant sur la part obligatoire AMO fréquemment.

Par contre, lorsqu'on leur demande s'ils pratiquent le tiers payant sur la part complémentaire AMC, on retrouve alors un cortège de réponses négatives, sur un ton exclamatif, exprimant parfois un rejet total.

*“Le chercheur : - Pratiquez-vous le tiers payant sur la part complémentaire, la part mutuelle ?”*

*Le médecin : - Ah non ! Ah non ! (rires exclamatifs) ”*

*“Le chercheur : - Pratiquez-vous le tiers payant sur la part mutuelle ?*

*Le médecin : - Non ! (d’une voix forte) ”*

### **3. Des relations difficiles avec les différents payeurs**

Les situations où les médecins sont amenés à refuser de faire un tiers payant, partiel ou total, sont justifiées par de nombreux griefs portés aux différents organismes payeurs.

#### **a) Concernant les organismes AMO**

Les médecins de l’étude expriment leur mécontentement face à un système de règles complexes et présentent toutes les difficultés à maîtriser les subtilités du rouage administratif qui leur est imposé pour pratiquer le tiers payant. Ils emploient des expressions très imagées notamment concernant le parcours de soins.

*“C’est « l’enfer vert » ! Dès que tu ne coches pas la bonne case, le bon truc, le bon bazar, c’est toujours toi qui es pénalisé. C’est-à-dire que la sécu organise le système de telle sorte à le complexifier un maximum, de manière à te mettre des fausses trappes partout, des peaux de bananes partout et à la fin, c’est toujours toi qui est... Donc moi j’en ai un peu marre, je suis contre le tiers payant parce que c’est complexe !”*

*“Alors je refuse de faire le tiers payant pour les nouveaux patients, parce que tant que je ne suis pas sûr que je sois enregistré comme nouveau médecin traitant”*

*“-Vous regrettez une manque de transparence de la part des organismes de sécu ?*

*-Ah oui ! Ca c’est très bien réussi ! (rires) ”*



*“Moi j’ai refusé de faire le tiers payant à des patients qui ne m’avaient pas déclaré comme médecin traitant (...) dans ce cas là on est pénalisé de la fameuse majoration de 10%... Le 70% va se transformer en 30% à moins qu’on ait marqué qu’on est « hors parcours de soins » ou « en urgence », mais la part sécu, si on n’est pas le médecin traitant, on se fait entuber !”*

### **b) Concernant les organismes AMC**

Les médecins interrogés reprochent surtout un manque d’uniformité dans l’engagement de ces multiples organismes à respecter le tiers payant. Ils emploient d’autres expressions imagées pour exprimer cela.

*“Parce que c’est très compliqué avec les mutuelles de... les mutuelles ça devient vraiment une usine à gaz très rapidement en fait”*

*“C’était très compliqué, leur mutuelle ne remboursait pas”*

## **4. Les cas de refus du tiers payant par les patients**

Les médecins participants rapportent des cas où ce sont les patients qui ont refusés qu’on leur fasse une dispense d’avance de frais.

### **a) Le recouvrement des franchises par les AMO**

Certains médecins ont observés ces cas de refus, notamment vis-à-vis du reste à charge forfaitaire de 1€ retenu par les organismes AMO sur chaque acte. Ils rapportent ces anecdotes en utilisant un ton volontairement rocambolesque.

*“Le médecin : - Ca peut être à double tranchant euh... parce que j’ai une patiente chez qui je faisais le tiers payant et qui m’a dit de ne plus lui faire parce que la sécu a récupéré tout d’un coup la franchise sur les actes.*

*Le chercheur : - Vous voulez parler du 1 euro de reste à charge forfaitaire pour la consultation en tiers payant ?*

*Le médecin : - Oui. Du coup, elle devait payer 100 ou 200 euros en trois jours quoi ! Elle m'a dit alors « non, pour une consultation remboursée à 100% par la sécu, je préfère payer et me faire rembourser quelques jours plus tard ». Voilà, ça c'est la limite, je pense que c'est la limite du tiers payant”*

*“Par exemple, certains patients sont allés chez le dentiste pour une couronne, remboursée normalement 300€, mais ils n'ont rien reçu ! (claque dans ses mains mimant un couperet) Car la caisse leur a retenu la franchise !”*

*“Soit des patients qui ont eu des rappels de sécu sur « les 1 euros par consultation et 50 centimes par boites » et tout le tintouin et qui préfèrent ne pas à avoir de rappel de franchise”*

#### **b) Les retards de remboursement des AMC**

Certains médecins ont observé que leurs patients refusaient le tiers payant partiel 70% AMO car leur mutuelle avait des difficultés à leur rembourser le ticket modérateur :

*“Donc, j'ai 2 patientes comme ça, elles préfèrent payer puis ce faire rembourser après, c'est mieux pour elles. Sinon les mutuelles ça ne se passe pas très bien. J'ai une maman divorcée avec une petite fille et un couple avec 5 enfants, ils préfèrent payer la consultation”*

*“Il y a quelques patients pour qui, pareil, c'est toujours un peu compliqué en fonction des mutuelles, il y a des patients chez qui, quand je fais un tiers payant, ne se font pas rembourser par leur mutuelle. En fait... je dois leur faire une facture et eux doivent l'envoyer, donc c'est un peu casse pieds. Des fois, il y a des patients qui me disent (mimant un vif refus de la main) « Ne me faites pas le tiers payant, je préfère payer la consultation au total ! » (rises). C'est quand même rare mais il y a certaines mutuelles avec qui ça arrive, du coup...”*

### **III. Pourquoi pratiquez-vous le tiers payant de cette manière ?**

La collecte des différents arguments des médecins interrogés a permis de faire émerger quatre grands thèmes concernant les motivations actuelles à pratiquer ou non le tiers payant :

- Une implication locale vis-à-vis du statut socio-économique des patients
- Une communication devenue complexe entre les différents payeurs du soin
- Une exigence d'efficacité, inhérente au statut de l'entreprise libérale
- Une cohérence idéologique basée sur la conception du métier de médecin généraliste

#### **A. Une implication locale vis-à-vis du statut socio-économique des patients**

##### **1. Avoir recours au tiers payant : une situation devenue courante, témoin de la précarité des patients**

Certains médecins constatent que la population qu'ils soignent, s'appauvrit de plus en plus.

##### **a) L'avance de frais est un frein à la consultation**

Pour ces médecins, plusieurs de leurs patients semblent repousser leurs soins pour des raisons financières, à cause de l'avance des frais.

*“Donc l’avance des frais peut être un frein à la consultation”*

*“Ca m’est déjà arrivé de voir des patients qui refusent de faire des examens parce qu’ils n’avaient pas les moyens”*

*“Le chercheur : - Vous avez remarqué des gens qui n’osaient pas consulter à cause de ça ?*

*Le médecin : - Oui, tout à fait”*

*“Je pense qu’il y en a certains que j’ai perdus parce que je ne pouvais pas leur faire de DAF (...) Ou alors je fais une DAF que sur la part AMO, mais il reste quand même 6,90 à payer... et chez certains c’est trop !”*

#### **b) Le tiers payant vu comme un baromètre de la précarité**

Les médecins interrogés se rendent compte de cette paupérisation locale car ils recourent à la dispense d’avance de frais de plus en plus fréquemment.

*“-Vous pensez que votre vision du tiers payant a changé depuis vos 25 ans de pratique ?*

*-Par la force des choses. Quand je me suis installé, on ne faisait en tiers payant que « les feuilles jaunes » donc les gens à l’aide sociale. Maintenant, on a la CMU. Alors que maintenant, on est entre, selon les journées, 30 et 50% du chiffre d’affaire en tiers payant. Donc c’est énorme !”*

*“Clairement, je le fais pour des patients qui n’ont pas d’argent, qui ne sont pas CMU, c’est-à-dire « travailleur pauvre », c’est-à-dire pas ceux en CMU mais ceux juste au dessus”*

*“Il y a beaucoup de gens qui sont ce qu’on appelle « des travailleurs pauvres » et qui n’ont pas 23 euros devant eux”*

*“Et encore, comme je vous le disais tout à l’heure, il y a même des gens qui me demandent d’encaisser ces 6,90 plus tard !”*

*“Quand je demande au patient de régler les 6,90 euros, ils ne peuvent pas toujours le faire tout de suite”*

*“Il y en a qui sont en commission de surendettement, qui ne le disent pas et qui... il y en a qui changent de boulot, qui ont des petits boulots à côté...”*

## **2. Le tiers payant : acteur ou outil d’accès aux soins pour les patients précaires**

Une grande majorité des participants à l’étude pensent que le tiers payant permet ainsi d’améliorer l’accès aux soins pour les patients en difficulté financière.

### **a) La personnalisation du tiers payant comme acteur d’accès aux soins**

Pour certains, c’est « le tiers payant » en temps que tel qui permet d’améliorer l’accès aux soins. On retrouve cette notion dans le fait que le tiers payant soit le sujet principal des verbes « améliorer, apporter, aider, être plus facile, être une facilité » dans les phrases suivantes :

*“Les difficultés financières parce que ça les aide”*

*“Je pense que pour eux c’est plus facile”*

*“Et donc oui, je pense que ça leur améliore l’accès aux soins”*

*“Donc non, je pense que le fait de faire le tiers payant améliore l’accès aux soins”*

*“Bah... je pense que pour les gens qui ont des problèmes financiers pour payer le prix de la consultation c'est une facilité d'accès aux soins indéniable”*

*“C'est-à-dire que euh... je pense que... ça peut leur apporter quelque chose”*

*“Si ça peut être plus facile pour eux”*

*“Donc le fait de pouvoir faire ça, c'est un plus”*

### **b) Le tiers payant : un outil pour le médecin généraliste**

Pour d'autres médecins, c'est à la première personne du singulier que l'amélioration de l'accès aux soins se fait lorsque le médecin utilise l'outil du tiers payant. Ils emploient alors le pronom personnel « je » comme sujet principal des verbes « trouver, voir, savoir, faire, proposer » dans les phrases suivantes :

*“Généralement, c'est comme au cabinet, je le fais pour les gens quand je vois qu'ils sont dans le besoin”*

*(sous entendu je le fais) “Pour convenance, parce qu'ils n'ont pas de sous pour payer”*

*“Euh alors souvent pour les gens en difficulté. Quand je sais que les gens sont en difficulté, je le fais”*

*“Le chercheur : - Trouvez vous que ça apporte quelque chose à la prise en charge de ces patients, cette dispense d'avance de frais ?*

*Le médecin : - Je ne sais pas... certainement ? Euh... les très pauvres... je ne pense pas qu'ils soient... Je trouve ça pratique qu'ils soient à 100%... Euh... peut être que c'est contradictoire ce que je dis là... non c'est pratique”*

*“Et dans ce cas là je le propose d'emblée, voilà”*

### **c) Le tiers payant : à réserver aux patients médicalement précaires**

Une autre partie des médecins interrogés s'accordent pour réserver le tiers payant pour les patients dits « fragiles », sur des critères médicaux, comme les patients souffrants de maladies chroniques, les personnes âgées, les enfants.

*“Le chercheur : - Donc pour vous, les circonstances de prise en charge à 100% de la sécurité sociale vous permettent de bien prendre en charge ces patients là, notamment en pratiquant le tiers payant systématiquement ?*

*Le médecin : - Tout à fait”*

*“Les patients en ALD parce qu'il ne faut pas que le prix de la consultation soit un frein à la consultation”*

*“ Par exemple, j'ai un couple de patients où lui est au chômage et son épouse je la suis pour un diabète. Récemment, on a encore eu un souci de pied chez elle. Et bien, je pense que c'est plus pratique pour eux qu'elle soit en tiers payant pour son diabète étant donné que je dois la revoir régulièrement pour voir l'évolution du pied. C'est évident !”*

*“Quand vous avez un patient qui a une pathologie type cancer qui nécessite de nombreux examens, ça peut être une limitation de soins que de devoir avancer les frais de toutes ces consultations”*

*“Par exemple pour les enfants, je le fais systématiquement. Je ne fais jamais payer une consultation pleine pour les enfants. Enfin voila, c'est plus pour lever le frein de la consultation”*

### **3. Le médecin généraliste sait adapter localement sa pratique du tiers payant**

Les médecins interrogés disent s'adapter tous les jours dans leur pratique de la dispense d'avance de frais. Certains semblent très bien renseignés sur le niveau économique de la commune où ils exercent.

#### **a) Dans les communes pauvres**

L'utilisation du tiers payant est qualifiée de « facile et systématique ».

*“Oui, enfin ici sur B. c'est une commune relativement pauvre donc on a un quart de la population qui est en dessous du seuil de pauvreté et 70% des gens qui ne payent pas d'impôts sur le revenu (...) C'est pourquoi on propose ici systématiquement le tiers payant”*

*“Ma secrétaire (...) est très implantée localement. Elle a une connaissance du tissu social local très importante”*

*“Enfin, nous avons une patientèle euh... beaucoup « du quartier L. » donc qui est un peu défavorisée donc quand ils n'ont pas la CMU, c'est peut-être souvent des gens qui galèrent un peu. Donc ça, on le fait assez facilement. On a pas mal d'étudiants aussi”*

*“Avant de m'installer, je remplaçais dans un quartier très populaire donc on fonctionnait beaucoup comme ça. Et donc voilà, on sait qu'en s'installant dans un quartier populaire, on ne va pas demander... enfin voilà !”*

#### **b) Dans les communes intermédiaires**

Pour d'autres médecins, cette évidence du tiers payant semble plus nuancée du fait que la population qu'ils soignent, contient différentes catégories socio-professionnelles.



*“Je n’ai pas une patientèle si défavorisée, certainement par rapport à mes confrères qui travaillent à R. et même à H., ce n’est pas nous ici qui soignons les patients les plus défavorisés. Donc les nôtres sont répartis, il y en a des très riches et des très pauvres”*

*“Alors ici sur W., on est à la fois du plus riche au plus pauvre. On a de tout ici, des gens qui ne savent pas lire ni écrire, des gens qui sont cadres d’entreprise”*

### **c) Dans les communes aisées**

Certains médecins considèrent même que le statut socio économique aisé de leur commune signifie que la totalité des patients qu’ils prennent en charge ne rencontrent aucune difficulté financière dans l’avance des frais de santé.

*“Oui... enfin j’ai l’impression qu’ici euh... tout le monde a les capacités de payer”*

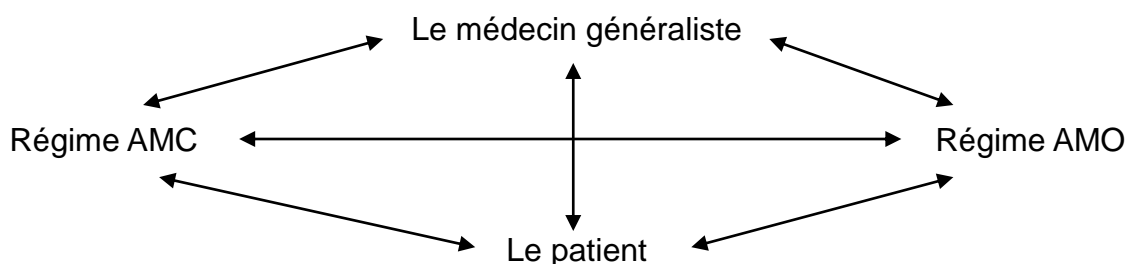
*“Mais là... l’intérêt est limité... enfin dans mon secteur, qui est un secteur... quand même plutôt privilégié... faut pas avoir peur de le dire”*

## B. Le rapport à l'argent dans la communication entre les différents payeurs du soin

Le rapport à l'argent met en scène traditionnellement le médecin et le patient. Avec la pratique du tiers payant, la relation de paiement ajoute le régime AMO et le régime AMC.

Afin de structurer les résultats enregistrés, nous pouvons établir le schéma suivant de la communication entre ces quatre acteurs du paiement et ainsi classer les différents arguments en fonction de la relation explorée :

**Figure 3 : Schéma des différentes relations de paiement du soin**



### 1. Entre le médecin et son patient

Un des participants établit ce constat initial : la relation de paiement entre le médecin et son patient est gérable.

*“On est capable à l’heure actuelle de gérer ce problème d’argent directement avec le patient”*

Cependant, lorsque les médecins interrogés décident d'employer le tiers payant, ce rapport de communication évolue.

### **a) Les apports néfastes du tiers payant à la relation**

Certains participants exposent les difficultés que le tiers payant apporte à la relation médecin-patient, en développant leurs arguments.

#### ***i. Un sentiment de méfiance vis-à-vis du médecin***

Les médecins ont le sentiment d'être en première ligne des dysfonctionnements du système de dispense d'avance de frais. Ils exposent surtout l'exemple du mauvais routage de remboursement des AMC, obligeant le patient à réclamer à son médecin la réparation du problème, comme si c'était lui le fautif.

*“Et donc, sans en être informé, ce sont les patients qui m'ont avertis au bout d'un moment qu'ils n'étaient pas remboursés de leur mutuelle et donc j'ai du rembourser à chaque patient un arriéré de 2 ans de la part de tiers payant mutuel !”*

*“En contre partie, il y a des patients qui ont la mutuelle X, Y ou Z, mais que j'ignore... c'est vrai que je ne demande pas systématiquement la carte de mutuelle à mes patients... et du coup, la mutuelle X me paye alors que le patient m'a déjà payé ! Du coup, je dois rembourser la mutuelle après coup, donc c'est un peu la merde ! Voilà !”*

*“Et les patients viennent me dire que c'est de ma faute ! (rires sarcastiques) On va remettre les choses en place, mais l'idée c'est ça”*

#### ***ii. Un devoir de justification par manque d'information du patient***

Certains médecins disent se sentir obligé de se substituer aux organismes payeurs, en ce qui concerne leur devoir d'information sur les conditions d'attribution du tiers payant, au risque de générer des conflits avec leurs patients, qui ne comprennent pas pourquoi on leur refuse la dispense d'avance de frais.

*“Si tu ne fais pas l’assistante sociale pour essayer de leur donner cet accès aux soins, ils ne sont même pas répertoriés à la caisse ! Ca ne changera rien ! Ce sont eux qui se limitent l’accès aux soins, ce n’est pas les autres !”*

*“Je le vois bien. Si je leur dis qu’il y a une erreur de remboursement... ils n’ont même pas regardé !”*

*“Ca génère des conflits. Par exemple, à une certaine époque, pour les patients des mines, tous les transports étaient pris en charge, ce qui n’est plus tout à fait le cas actuellement... Pour eux, ce n’est pas normal ! Inévitablement, ça génère des conflits quand vous leur expliquez que le système a changé, que ce n’est plus gratuit, que ça n’a jamais été gratuit d’ailleurs... mais que c’est pris en charge etc...”*

*“Les patients arrivent avec leurs papiers en disant « Bah, j’y ai droit ! ». Et bien, moi je suis désolé mais quand je passe la carte vitale et que je fais un tiers payant... Pffffff (imite un ballon qui se dégonfle) et bien ça ne marche pas !”*

### **iii. Une recherche inadaptée de la capacité de solvabilité du patient**

Pour un des médecins, utiliser le tiers payant obligerait à introduire dans la relation une recherche inadaptée de solvabilité du patient, qu’il ne juge pas faire partie de ses compétences.

*“Le chercheur : - D’après vous, vous n’avez pas à avoir un regard décisionnel sur les ressources financières d’un patient ?*

*Le médecin : - Mais ça ne me regarde pas les ressources d’un patient ! Et en un sens, c’est tellement vaste « les ressources d’un patient ». Je veux dire, c’est euh... ça va... comment dire... ça lui appartient. S’il a envie de m’en parler, bah je suis là pour l’écouter. Mais je ne vais pas aller faire de... recherche sur les ressources pour savoir...”*

## **b) Les apports bénéfiques du tiers payant à la relation**

### ***i. Exclure le rapport à l'argent de la relation de soin***

Pour certains médecins, utiliser le tiers payant permettrait de mettre le rapport à l'argent, qu'ils jugent désagréable, en dehors de la relation de soin.

*“Donc ça évite je pense de... « polluer » la consultation avec ça”*

*“C'est juste que moi je trouve ça plus agréable car il n'y a pas de rapport à l'argent qui vient se mettre dans la consultation”*

*“Dans la consultation, ça vient à la fin et où il y a une petite culpabilité donc c'est un truc qui permet de ... zapper ! (en balayant de la main devant lui)”*

### ***ii. Simplifier la relation médecin-patient au seul soin***

De plus, certains praticiens avouent avoir une certaine gêne à demander de l'argent au patient, d'où leur utilisation assez résolutive du tiers payant.

*“Le chercheur : - C'est donc gênant pour vous de devoir demander un règlement à ces patients fragiles ?*

*Le médecin : - Tout à fait ! C'est gênant de devoir aller chercher le chéquier de la patiente et ... voilà... là, j'ai la carte vitale donc là c'est confortable dans les 2 sens”*

*“Sinon c'est vrai que généralement, les personnes âgées ont déjà préparé leur chèque et tout ça. Donc la question ne se pose pas”*

*“Le cas où je vois un patient qui vient pour sa douleur thoracique et son infarctus, je me vois difficilement lui dire « Au fait, ça fait 33 euros ! » C'est délicat... (rires gênés)”*

*“C’est vrai que je ne suis pas à l’aise avec la question de l’argent euh... j’ai toujours beaucoup de mal à demander de l’argent à des gens même si j’ai euh... comment dire... même si j’ai fait des efforts de mon côté, c’est vrai que ces choses là n’étant pas concrètes comme un objet, j’ai un peu de mal à le monnayer”*

*“Enfin, quand c’est des sommes qui me paraissent un peu plus importantes, c’est sûr que le côté financier, le fait de demander de l’argent, ça m’embête un peu, surtout pendant la garde donc c’est pour ça que je le fais facilement. On voit très bien que les gens, quand on va leur sortir le chiffre, ça va leur faire un coup au moral !”*

## **2. Entre le patient et les régimes “tiers payants” AMO et AMC**

Les médecins interrogés développent les raisons pour lesquelles le patient semble déconnecté de la réalité du coût de la santé à cause de la communication des organismes AMO et AMC concernant le tiers payant.

### **a) Le tiers payant déresponsabilise les patients**

Certains médecins pensent que les organismes AMO déresponsabilisent les patients vis-à-vis du rapport à l’argent, à cause du tiers payant. Ils illustrent cette infantilisation en employant des mimes ou un ton sarcastique.

*“Le chercheur : - Vous pensez que ce manque d’information concernant ce reste à charge est le principal frein du tiers payant ?*

*Le médecin : - Je pense qu’ils le savent mais... comme c’est le tiers payant... ils ne s’en rendent compte que comme ça ! (portant les mains à son cou, mimant le « souffle coupé ») quand ils sont étranglés ! Voilà !”*

*“Donc voilà, il y a certaines personnes qui sont tellement avec des prélèvements automatiques qu’ils ne font plus attention. Ils vous disent «internet c’est gratuit »... (rires moqueurs)... internet, ils payent tous les mois par prélèvement automatique. Je dirai en tant que... individu... je ne trouve pas ça terrible”*

*“Les gens qui n’ont pas les ressources pour accéder aux soins n’ont même pas l’intelligence d’aller faire ouvrir leur droits. Tu leur dis « Avez-vous votre carte vitale ? », ils répondent (imitant un enfant d’un ton lancinant) « Ah... je ne l’ai pas renouvelée... ». « Et votre attestation ? », « Je suis en fin de droits mais je ne suis pas allé la renouveler... »”*

### **b) Les patients sont irresponsables de nature**

D’autres médecins développent une idée contraire : les patients seraient de nature irresponsables et le tiers payant ne ferait que révéler cela, avec un effet d’amplification.

Ils utilisent comme exemples celui des patients en CMU et celui de l’ancien statut de travailleur des mines chez qui le tiers payant est déjà automatique.

*“Ca fait comme la CMU : une idée généreuse au départ mais c’est un fatras épouvantable, qui se retourne contre les patients... et que les médecins ont en détestation ! Voilà... parce que c’est ce qui se passe avec la CMU. La CMU c’est une idée généreuse, sauf que du coup, un patient CMU, c’est un patient qui prend du temps, qui est étiqueté comme pénible et il y a beaucoup de gens qui ne sont pas acceptés parce qu’ils ont...parce qu’ils bénéficient de la CMU... C’est intolérable !”*

*“Ici, on est dans le secteur minier, on a des patients des mines mais ce n’est pas le même fonctionnement. Tout est en tiers payant, tout leur est dû, c’est normal ! Ils ne doivent surtout rien payer ! Y compris ce qu’ils doivent payer !”*

### **c) La qualité des informations données aux patients fait défaut**

Certains médecins mettent en cause la complexité du message des organismes AMO délivré aux patients, qui empêcherait une bonne compréhension du tiers payant.

*“Et puis la sécu c’est opaque ! La gestion des papiers... on reçoit quand on est patient des courriers illisibles... euh... il faudrait leur dire à la sécu”*

*“A modérer, parce que finalement il existe aujourd’hui ce reste à charge de 1 euro pour chaque consultation... Peut être qu’on devrait plus informer les gens de ce reste à charge... leur dire de faire attention...”*

D’autres médecins critiquent le message véhiculé par les AMC sur l’accès au tiers payant, alors qu’il leur semble difficile de le réaliser en pratique.

*“J’ai eu beaucoup de demande au départ. Les gens me disaient « Vous ne faites pas ça ? C’est marqué 100% » (mimant un patient lisant du doigt sa carte de mutuelle). C’est une de leur demande quand on leur a vendu une mutuelle : au moins le tiers payant sécu. Après on leur propose, ils prennent”*

*“ Mais les gens me demandaient beaucoup au début, les premières fois, quand ils avaient une nouvelle mutuelle”*



### 3. Entre le médecin et les organismes "tiers payeurs" AMO et AMC

#### a) Concernant les rapports avec les organismes AMO

Les médecins participants disent être plutôt habitués à traiter avec les organismes AMO pour le tiers payant.

*"Avec le remboursement sécu, on n'a pas trop de retard, ils payent relativement correctement"*

*"Le médecin : - Mais c'est aussi simple parce que le système est efficace du côté de la sécurité sociale.*

*Le chercheur : - Donc une efficacité sur le tiers payant AMO"*

Cependant, certains médecins se basent sur cette bonne connaissance du fonctionnement des AMO pour mieux critiquer leur défaut de communication sur le tiers payant. Ils prennent comme exemple le remplissage de la feuille de soins et la gestion des remboursements.

*"Parce que, (compte sur ses doigts) « un », moi je n'y comprends rien et puis, « deux », dans la gestion de la carte vitale et avec le logiciel... Pfff (soupire)... je ne sais pas comment ça marche"*

*"Le chercheur : - Vous trouvez que la marche à suivre administrative est incompréhensible ?*

*Le médecin : - Oui, incompréhensible ! « Un » on n'a pas été informé par la sécu (...) je me retrouve face à un mur administratif et donc là, je fais un tiers payant sur la part obligatoire, pas sur la part complémentaire"*

*"Moi ce qui me chagrine beaucoup, c'est que lorsque tu viens de voir ce qu'ont débattu les Dr Y1 et Y2, c'est que dès que tu ne coches pas la bonne case, le bon bazar, c'est toujours toi qui es pénalisé. C'est-à-dire que la sécu organise le système de telle sorte à le complexifier un maximum, de manière à te mettre*

*des fausses trappes partout, des peaux de bananes partout et à la fin, c'est toujours toi qui es..."*

*"Moi aussi j'ai eu régulièrement des retours en disant « cette feuille n'a pas pu vous être payée parce que... » je ne sais quel problème administratif et alors ils ne te donnent aucune indication, ils te donnent juste le numéro de sécu, le numéro de la facture vitale et tu dois pianoter, chercher un quart d'heure, pour savoir comment tu vas régulariser la situation. Moi c'est toutes les semaines que ça m'arrive !"*

*"Non ! Stop ! Le problème c'est que depuis 33 ans que j'exerce, on ne peut jamais faire confiance à la sécu ! Chaque fois, tu te fais avoir ! (...) C'est toujours toi le fautif !"*

## **b) Concernant le rapport avec les organismes AMC**

Moins habitué à travailler avec les AMC, les médecins interrogés leur reprochent un manque d'unité dans la manière dont ils organisent le tiers payant. Les médecins doivent alors se poser les questions suivantes lorsqu'ils veulent pratiquer le tiers payant AMC.

### **i. Quelles AMC participent au tiers payant ?**

*"Et puis des fois, il y a des changements avec des mutuelles, c'est casse-pied!"*

*"Mais j'ai fait marche arrière cette année parce qu'il y a plein de mutuelles qui ne jouent pas le jeu"*

*"Donc voilà, tout dépend des mutuelles"*

*"Euh, pour la part complémentaire, il faut le conventionnement avec la mutuelle. Donc ce qui n'est pas toujours possible. Il y a quand même beaucoup de mutuelles qui ne sont pas d'accord"*

## **ii. Quel est le fonctionnement interne des AMC**

*“Le souci que j’avais au départ, c’est que la mutuelle X, c’est une grosse mutuelle, il y a eu des rachats de mutuelles entre elles et donc moi je n’avais pas de convention avec eux mais j’avais une convention avec une petite mutuelle Y. Donc quand la grosse mutuelle X a racheté la petite mutuelle Y pour laquelle j’étais conventionné, ils m’ont inclus directement dans le tiers payant, même si je ne le faisais pas”*

*“Le chercheur : - C’est vous qui avez fait les démarches auprès de ces mutuelles pour être conventionnée ?*

*Le médecin : - Oui. En fait c’est un peu galère... c’est même très galère ! C’est-à-dire que moi je suis conventionné avec la mutuelle X et Y mais aussi la mutuelle Z, mais ça je ne le savais pas ! En fait c’est compliqué car je suis conventionné avec eux... euh... c’est très simple, c’est-à-dire que je n’ai rien à faire de particulier et ils me payent automatiquement le tiers payant”*

*“Cependant, la mutuelle X a été rachetée en janvier par je ne sais plus qui... Bref, j’avais une convention avec eux et sans dénonciation de convention, sans prévenir, ils ne m’ont plus remboursé parce que ce n’était plus la mutuelle X. J’étais en flux unique, maintenant, ils me demandent d’envoyer les... les trucs euh... je vais y arriver... enfin il faut que je leur envoie les factures vitales”*

## **iii. Quelle sera la qualité de l’information sur les remboursements ?**

*“Mais ne pas savoir que c’est fait, surtout même si je ne coche pas la case tiers payant mutuelle, c’est fort énervant ! Donc le problème, c’est un problème d’organisation”*

*“En plus avec la mutuelle X, moi j’arrive à faire la manipulation informatique alors que mes collègues sur un autre ordinateur n’y arrivent pas”*

*“Et puis la mutuelle Z, je ne savais même pas que j’étais conventionné avec eux mais ils me payent le tiers payant automatiquement sans m’avertir”*

*“Et puis il y avait la mutuelle T avec qui je travaillais mais qui ne m’a jamais payée donc j’ai arrêté de faire le tiers payant avec eux (...) Je l’ai appelé, ils m’ont envoyé les codes, mais ça n’a jamais marché ! Et à force... bah... voilà !”*

#### **iv. Rechercher les AMC répondant à ces 3 critères qualités**

Une partie des médecins soulignent par contre la volonté de certains organismes complémentaires à se caler sur le type de fonctionnement des organismes AMO.

*“Le chercheur : - Maintenant que vous avez fait le tri entre les différentes mutuelles qui vous remboursent correctement...”*

*Le médecin : - Voilà. Et puis maintenant, on commence à avoir de la part de certaines mutuelles des relevés d’activité. Pas avec toutes les mutuelles... Donc je ne vérifie pas si j’ai bien été réglé de tout ce que je fais (...) mais je me dis que si j’ai un relevé de ces mutuelles là, c’est que ça fonctionne”*

*“Après, la mutuelle X était en flux unique, c’est-à-dire il n’y avait pas à paramétrer la machine pour le nom des conventions etc. Je faisais ça, ça partait, il y avait un retour sans problème (...) Enfin voilà, le tiers payant, quand c’est plus compliqué qu’un flux unique, je n’ai pas envie de le faire”*

*“Nous avons demandé à être conventionné en fonction des cartes de mutuelles des patients les plus fréquentes. Notamment dans la région, quelques mutuelles d’entreprise phares avec qui il est possible de faire le tiers payant”*

## **C. Une exigence d'efficacité, inhérente au statut de l'entreprise libérale**

Les médecins généralistes interrogés s'accordent tous pour veiller à ce que leur rémunération, qui à l'heure actuelle se fait principalement à l'acte, soit efficace, c'est-à-dire : rapide, facile et rassurante.

### **1. Refuser le tiers payant permet de rester efficace**

En ne pratiquant pas la dispense d'avance de frais, certains médecins disent disposer alors d'autres avantages.

#### **a) Proposer d'autres moyens de paiement que le tiers payant**

Certains médecins préfèrent s'arranger au cas par cas avec leurs patients pour différer eux-mêmes le paiement en fonction de leurs capacités financières, évitant ainsi d'utiliser le tiers payant.

*"Ils nous donnent un chèque et ils nous disent de l'encaisser dans 15 jours, 3 semaines"*

*"Voire on encaisse le chèque du patient plus tard, voilà"*

*"Je lui ai donné (sa secrétaire NDR) comme consigne de donner des facilités de paiement aux patients et en s'y prenant ainsi, je n'ai euh... depuis certaines années... quasi aucun impayé"*

*"Ca m'est déjà arrivé de voir une dame qui, au moment où j'étais passé au secrétariat, était venue régler ses 6,90 euros... en pièces de 10 centimes, qu'elle avait visiblement mises de côté exprès. Mais le compte y était !"*

*“Quand quelqu’un nous dit qu’il ne pourra pas payer et bien il ne paye pas et puis voilà ! C’est acte gratuit, point !”*

*“C’est pour ça que j’ai pris la Carte Bleue, pour les gens qui « oublient » leur chéquier ou leur porte monnaie... et je m’en sers, ça c’est plus facile”*

### **b) Mieux maîtriser sa trésorerie**

Ces médecins pensent qu’il est plus judicieux et rassurant pour eux de maîtriser leur trésorerie quotidiennement, sans dépendre d’un tiers payeur, afin de ne pas avoir d’impair avec leurs obligations de charges sociales.

*“Et puis il y a un frein financier. On est jamais sûr d’être payé ou quand on va l’être. Donc même si la sécu rembourse très vite, on voit très bien que quand ça prend un peu plus de temps... et bien quand on a des gros revenus, il faut que ça tourne ! (rires) L’URSSAF, elle n’attend pas que le compte ait un peu de sous pour passer !”*

*“Il n’y a pas tant de médecins que ça qui font beaucoup de tiers payant... parce que mes confrères préfèrent avoir les sous dans leur porte monnaie”*

*“Le chercheur : - Vous pensez que le statut de médecin libéral pousse à refuser le tiers payant plus facilement ?*

*Le médecin : - Oui. Je pense que les médecins libéraux se sentent rassurés”*

*“Donc on a beaucoup de médecins généralistes qui ne pratiquent pas le tiers payant parce que les comptes sont aussi plus faciles à faire : « J’ai porté, j’ai encaissé, c’est là, pouf !”*

*“Mais après, effectivement, ça prend du temps, parce que c’est sûr, c’est plus simple quand on fait sa compta le soir « bah, on a reçu tant de fois 23 euros et puis voilà »... bah là, on a une partie qui est différée, par la sécu. Il faut voir si on a bien été payé, parce que des fois ils oublient, faut pas rêver !”*

## 2. Pratiquer le tiers payant améliore l'efficacité

Par ailleurs, l'utilisation du tiers payant semble être une solution acceptable pour d'autres médecins. En effet, ces praticiens y retrouvent cette efficacité vis-à-vis de leur rémunération.

### a) Le tiers payant : plus pratique, plus rapide

La manière dont les médecins qualifient le tiers payant se retrouve dans les expressions employées.

*"Là il y a la commodité, voilà !"*

*"Euh... le tiers payant... je trouve que c'est surtout pratique pour moi... pour nous"*

*"Bien sûr, plutôt que d'avoir des chèques en bois où dans ce cas les frais de banque sont certainement plus importants que les 20 euros, donc dans ce cas là, je suis sûr d'être payé"*

*"On est réellement payé en 3 jours ouvrables"*

*"On est payé vite, il n'y a pas de souci"*

*"Sur le tiers payant sécu, ça fonctionne bien"*

*"Ca marche nickel !"*

*"On se fait payer par la sécu et puis voilà, ça arrive directement sur le compte et puis voilà"*

## **b) Le tiers payant simplifie le travail de comptabilité**

Ces médecins pensent aussi que l'utilisation du tiers payant couramment leur permet de simplifier la tâche comptable de vérification de leur chiffre d'affaire.

*“Mais quand j’ai commencé à avoir du mal à accomplir les tâches de bureautique et mon travail de médecin, c’est devenu une évidence que j’allais déléguer tout ce que je n’aimais pas faire à une tierce personne”*

*“Euh... par exemple, pour le temps passé en comptabilité, ça revient au même car ça donne « une ligne pour une ligne ». Ca fait moins de charge administrative, moins de pointage. Ca fait moins de chèques à rentrer, à contrôler, à encaisser. Alors que là, ça rentre, on a juste à contrôler avec les logiciels « les retours NOEMIE ». C’est facile à contrôler”*

*“Il y a une simplification comptable, je trouve, avec quand même moins de formalités administratives de banque en fin de semaine. Je préfère avoir 50 actes à pointer en une seule écriture informatique que 50 chèques à passer à la fin de la semaine”*

*“Donc c’est plus simple et puis ça arrive tout de suite à la banque”*

*“Moi je trouve ça génial, grâce à l’informatique, tu envoies les feuilles. 2 jours après, tu as le retour de la sécu qui te dit que tu as été payé”*

## **c) Le tiers payant dépendant du bon fonctionnement de la Sécurité Sociale**

Enfin, certains médecins se rendent bien compte que le coté pratique et réactif du tiers payant AMO correspond à une politique régionale de santé, qui peut évoluer également au cours du temps.



*“Le médecin : - Parce que normalement, le tiers payant sécu, sur la part sécu... euh... je pense que ça ne doit pas être systématique de la part de la caisse. Il doit y avoir des caisses qui ne le font pas ?*

*Le chercheur : - En effet dans le Nord-Pas-de-Calais, la quasi-totalité des caisses de sécu accepte le tiers payant AMO. Mais selon les conventions locales, il y a des caisses qui n'acceptent pas le tiers payant AMO, en tout cas limité à un certain pourcentage d'actes.*

*Le médecin : - Voilà ! Donc ici on n'est pas embêté”*

*“Il y a 20 ans maintenant, la sécurité sociale nous limitait dans la pratique du tiers payant, à une certaine proportion de nos revenus. On était prié de ne pas dépasser 10% de notre... du revenu total, en tiers payant. Donc à l'époque, c'est vrai que c'était un frein pour accorder des facilités de paiement à certains patients. On avait toujours dans l'arrière pensée « Est-ce que je suis arrivé à mes 10% ou pas ? »”*

*“Alors moi, c'est marqué dans ma salle d'attente que jusqu'à récemment, le tiers payant pour les médecins généralistes n'était pas autorisé par la caisse sauf dans les cas où c'était obligatoire : pour les accidents du travail, les CMU, AME...”*

## **D. Une cohérence idéologique basée sur la conception du métier de médecin généraliste**

Tous les médecins interviewés évoquent cette cohérence entre leur utilisation du tiers payant et leur vie professionnelle. Ils semblent très attachés à l'explication de leurs choix en ce qui concerne cette dispense d'avance de frais.

Aux vues de leurs multiples arguments, nous pouvons faire émerger trois grands thèmes :

- Garder la faculté de discerner qui a besoin du tiers payant
- Conserver une cohérence d'accès aux soins primaires
- Veiller à maintenir la valeur de l'acte médical

### **1. Garder la faculté de discerner qui a besoin du tiers payant**

Etant donné que le choix du tiers payant leur incombe, les médecins interrogés élaborent un argumentaire qui dessine les contours de leur discernement. Ils se réfèrent alors à différentes compétences qui, à leurs yeux, font partie intégrante de leur métier :

#### **a) Une volonté de prendre en charge le patient dans sa globalité**

*“On le fait déjà pour ceux qui en ont besoin, de nous même, dans le cadre de la relation singulière entre le médecin et son patient”*

*“On ne s'arrête pas... au fait d'être dépressif ou d'avoir la grippe et que ça rentre dans une totalité : de chômage, de « pas de sous », de... de tas de choses ! C'est important de savoir poser les questions. Euh... oui, je pense que*

*l'argent fait partie de la vie donc les gens qui n'ont pas d'argent... comment on les soigne ? On en revient toujours au même truc ! (rires)''*

*''En tant que médecin de famille, c'est important de connaître la situation financière de ces patients (...) et on peut donc adapter notre prise en charge''*

*''C'est une façon d'aborder le patient dans sa globalité, pas forcément que médicale, mais aussi l'item médico-social''*

**b) Tenir le rôle de l'homme de science, c'est-à-dire ''celui qui sait''**

*''Le chercheur : - Vous trouvez donc que cette connaissance de l'état financier de vos patients doit faire partie des compétences du médecin de famille ?*

*Le médecin : - Oui bien sûr (...) soit je les connais pas et je leur dis non, soit je les connais et je sais qu'ils n'ont pas de grosses difficultés financières et là je dis « non, là, à priori, ce n'est pas prévu comme ça et puis voilà, vous êtes remboursé par la sécu, avec la carte vitale, ça va très vite le remboursement » voilà. Mais bon, pour les patients que je sais être en difficulté financière, je pratique le tiers payant''*

*''Le chercheur : - Vous prenez la décision en fonction de ce que vous connaissez de vos patients ?*

*Le médecin : - Voilà''*

*''Le chercheur : - C'est-à-dire que vous connaissez au bout d'un moment vos patients ?*

*Le médecin : - Alors. Moi je pense que nos patients, on les connaît bien euh... Certains, je sais qu'ils sont dans des difficultés financières et d'autres qui ne le disent pas. Dans les discussions, soit médicales, soit en dehors, bon, je vois si effectivement certains l'expriment''*

*''Je veux dire, dans le cheminement de la consultation : « Ah non, docteur, je ne peux pas me permettre de prendre un arrêt de travail parce que... vous savez*

*c'est difficile... J'ai plusieurs employeurs... ça va être compliqué parce que... »  
Et puis là, dans la discussion, on sent que ce n'est pas facile, bon dans ce cas,  
moi je le fais et puis voilà"*

*"Quand je sais que les gens sont en difficulté, je le fais"*

*"Que pour les gens qui en ont réellement besoin..."*

*"Il y a des gens certainement qui ont besoin du tiers payant mais pas tout le monde"*

### **c) Un rôle didactique**

*"Il y a beaucoup de gens qui n'ont pas la capacité de payer les soins et que je vois... avec des signes extérieurs de richesse, qui me disent que quelque part, on ne paye que ce qu'on a envie de payer. J'ai des gens qui sont avec plein de paquets de cigarettes dans les poches et quand je leur fais une CMU, j'ai l'impression que je leur paye des cigarettes quoi ! Donc quelque part, ça me choque un peu ! Après, si je devais donner mon avis, il y a beaucoup de fois où j'aurai envie de dire à la personne « pourquoi vous ne me payez pas les soins? »... Je ne me le permets pas"*

*"Il faut s'adapter au cas par cas"*

*"Après, c'est avec « tact et mesure » donc voilà"*

*"Je leur précise par contre que ce n'est pas obligatoire et que, si moi je le fais, ça ne veut pas dire que tous les praticiens qu'ils vont voir seront obligés de le faire. Ça je le précise parce que sinon ils ne comprennent pas trop bien pourquoi nous on le fait et pas le cardio par exemple ou autre..."*

*"Je crois que c'est important qu'ils sachent qu'il y a ce transfert de 23 euros"*

*“Le chercheur : - Donc conserver la maîtrise du DAF ça permettrait de garder un levier financier pour l'éducation du patient ?*

*Le médecin : - En tout cas, oui. Et puis... ça éduque mes patients, il me semble. Enfin, vous avez dû passer en stage, les patients ressemblent au médecin qui les suit. Et il y a certains patients que je ne supporterai pas d'avoir, soit parce qu'ils sont trop exigeants, soit parce qu'ils ne suivent pas”*

*“Le chercheur : - Expliquez vous à vos patients comment se passe le tiers payant ?*

*Le médecin : - Oui. De toute façon, après ils le voient sur leur relevé. Donc il faut expliquer que ce n'est pas une gratuité de l'acte, faute de quoi on va partir dans des dérives... voilà”*

*“Moi je précise bien à mes patients que ce n'est pas un acte gratuit mais que je suis directement payé par la sécu. Je leur précise que je suis payé, que ce n'est pas un acte gratuit”*

*“Le médecin 1 : - Et donc le patient du secteur qui va venir te voir pour un second avis, on n'est pas dans le « hors résidence habituelle », ni dans « urgence ». Tu fais quoi ?*

*Le médecin 2 : - Oui, dans ce cas là, je refuse de faire le tiers payant. Je leur explique alors qu'ils ne vont pas être remboursés de 23 euros. Mais que ce soit clair pour eux aussi, ils veulent un 2eme avis, hors du circuit, ils seront remboursés 13 euros au lieu de 23”*

#### **d) La fonction d'empathie**

*“Je pense que ça veut dire qu'on est à l'écoute et qu'on voit leurs difficultés”*

*“Moi je leur dis, que si pour... c'est un... c'est un bien... bah, j'accepte de le faire”*

*“Je garde toujours le terme de tiers payant pour ceux qui sont en difficulté”*

*“Enfin, je pense que tout médecin généraliste le fait. Nous ici, en cabinet de groupe, on agit tous de la même façon si un patient a des difficultés financières”*

*“Et surtout par les temps qui courent, les soulager de ce transfert, souvent, ça rend service”*

*“Et puis, j’estime que c’est aussi par... sans entrer dans les grands mots... par « gentillesse » envers eux, parce que c’est une patientèle que je connais bien (...) en tant que médecin de famille”*

*“C’est ma façon de les aider... quelque part. Parce qu’il y en a qui le mérite hein ! Enfin, je ne sais pas si c’est une question de mérite, mais en tout cas...”*

#### **e) Maitriser la situation**

*“Le chercheur : - Vous pensez que le médecin doit garder cette faculté de discernement ?*

*Le médecin : - Bah oui ! (sur le ton de l’évidence)”*

*“Je pense que c’est important de garder la maîtrise (...) alors que s’il y a une DAF, les gens ne vont plus comprendre pourquoi ils vont payer pour ça... voilà. Donc pour moi j’explique, une visite non justifiée, c’est le « V+DE » et les kilomètres à la charge du patient... voilà ! Ca évite qu’on ait des patients qui soient trop exigeants”*

*“Je le fais de façon très ponctuelle (...) je cible”*

*“Dans ce cas là, faire un tiers payant... euh... mais je pense qu’il faut que ça soit ponctuel... Je pense qu’il faut que l’on garde le contrôle”*

## 2. Conserver une cohérence d'accès aux soins primaires

### a) Le tiers payant : un moyen de faire évoluer son métier en adéquation avec ses idées

Un des médecins interrogé, sur les raisons de son choix de pratiquer le tiers payant, a indiqué qu'il lui était plus important de faire évoluer son métier en adéquation avec ses idées, son concept de l'accès aux soins, plutôt que par rapport à des considérations plus terre à terre.

*“Pour exercer son métier, je pense qu'il faut avoir une idée de son projet professionnel, des valeurs qu'on a dans son projet professionnel et ce qu'on attend du métier et de l'organisation des soins. Si cette idée est claire, on peut évoluer dans l'organisation pratique en fait. Si on n'a pas d'idée de l'organisation des soins, on fait comme tout à chacun, on est fainéant, on fait ce qu'il y a de plus simple”*

Ce point de vue semble se vérifier chez les autres participants de l'étude et chacun semble, à sa manière, se faire son propre concept de l'accès aux soins primaires, en y incluant ou non la possibilité d'une dispense d'avance de frais :

#### ***i. Développer un engagement syndical, politique***

On peut remarquer que l'engagement syndical semble, pour certains médecins, apporter un soutien et un éclairage dans la manière de concevoir l'accès aux soins, de porter ses idées.

*“Mais ça demande au jour d'aujourd'hui... justement... un investissement syndical. Moi je pense que si on n'est pas persuadé syndicalement... c'est beaucoup d'énergie”*

## **ii. Adhérer au concept de mutualisation des frais de santé pour tous**

Plusieurs médecins développent cette idée pour justifier leur utilisation régulière du tiers payant.

*“Le médecin : - On paye déjà tous pour la sécu, on paye tous une mutuelle. Alors, qu’il faille encore avancer l’argent pour être remboursé après... ce qui ne se fait déjà plus en pharmacie ni en radiologie ni en clinique.*

*Le chercheur : - Donc pourquoi ne pas le faire en médecine générale ? C’est ça?*

*Le médecin : - Bah, tout le monde ne le fait pas en tout cas... enfin... pour moi c’est mon concept de projet professionnel et de conception de la santé”*

*“C’est parce que... pourquoi régler puis se faire rembourser après coup... c’est une histoire de simplification”*

Pour un des médecins, la question du choix du tiers payant semble même évidente.

*“Le chercheur : - Ca vient d’une demande de vos patients ?*

*Le médecin : - Non, c’est ma façon de voir les choses parce que j’ai toujours travaillé en ville dans des systèmes...*

*Le chercheur : - Vous êtes venue avec ce concept là, au préalable ?*

*Le médecin : - Oui, ça coulait de source (...) Je le fais quasi systématiquement, voilà, ça va de soit ! (...) Enfin... voilà, après c’est mon investissement et tout ça”*

## **iii. Voir son métier comme un dévouement sacerdotal**

Pour 2 autres médecins, utiliser le tiers payant leur semble être une idée inhérente à la fonction d’aide du médecin généraliste.



*“On a tous prêté le serment d’Hippocrate, on ne va pas le mettre dehors en lui disant de revenir quand il aura de l’argent pour payer !”*

*“Et ça, je suis sûr que, malgré ce que pensent les hommes politiques et tous les administratifs... euh, il y en a très peu qui ne feraient pas ça, qui diraient «Non, je ne vous soigne pas parce que vous n’avez pas de sous ! » (...) Enfin voilà, malgré tout ce que pensent les politicards, les gens de l’administration, car je sais, j’y ai travaillé, on n’est pas à courir après le fric, ce n’est pas notre but premier, c’est plutôt celui de soigner les gens”*

## **b) Le tiers payant va à l’encontre de l’accès aux soins**

De leur côté, un autre groupe de médecins présente leurs arguments contre la pratique du tiers payant comme moyen d’améliorer l’accès aux soins.

### ***i. Une absence de service rendu aux patients***

Un participant se concentre sur la notion de service rendu aux patients pour critiquer l’utilisation du tiers payant.

*“Une perte de temps que j’estime « pas rentable » en terme de... service rendu au patient. Parce que, si encore un investissement en temps et en argent pour ma secrétaire, que je payerai d’avantage etc, me permettrait d’améliorer le service rendu à mes patients... je ne dis pas... Oui, il faudrait que j’étudie ça autrement”*

### ***ii. Un système dépossédant le patient***

Un autre médecin qualifie le système de dispense d’avance de frais de limitant pour le patient car il exclut le médecin de la prise de décision dans le paiement, le rendant ainsi un simple exécutant.

*“Le médecin : - Mais... euh... dans pas mal de cas, je n’ai pas l’impression que ce système soit... euh...”*

*Le chercheur : - (silence) Juste ?*

*Le médecin : - (silence) Mouais... ce n’est pas une question de justice... oui, juste, si vous voulez... et en même temps... pas très responsabilisant, quoi. Donc quelque part, c’est quelque chose qui dessert les gens, plutôt que ça ne les sert (...) Moi, globalement, je pense que ça retire plus que ça ne rapporte... Oui !”*

*“Le médecin : - Donc ce système là existe aussi et j’ai envie de dire aussi que je n’ai pas le choix, je veux dire, en tant que médecin... euh... on m’oblige à appliquer ça donc j’applique ! Comme on va m’obliger à faire plein de choses.*

*Le chercheur : - Donc dans ce cas, vous n’avez pas envie de faire la dispense d’avance de frais... quelque part parce que votre décision n’a plus de valeur ?*

*Le médecin : - Je n’ai pas « d’envie ou pas », on me l’impose ! (...) Je veux dire, moi j’exécute”*

### **3. Veiller à maintenir la valeur de l’acte médical**

Beaucoup de médecins généralistes interrogés sont farouchement attachés au dogme suivant :

L’échange est indispensable à la bonne relation entre le médecin et son patient.

#### **a) La valeur du travail dans l’échange**

Cet échange permet de se rendre compte de la valeur du travail effectué auprès du patient et ainsi aider à mieux respecter le travail accompli par le médecin.

*“Et puis après, il y a certains patients... c’est important qu’ils payent car se rendre compte du travail qui est fait, que ce n’est pas automatique, que le médecin ce n’est pas... voilà quoi !”*

*“Le médecin : - C’est important de garder la main et le côté un peu sacré du « je te donne un soin et en échange, tu me payes »*

*Le chercheur : - Garder cet « honoraire » là ?*

*Le médecin : - Oui ! Exactement !”*

*“Je pense que l’absence d’avance de frais n’est pas une bonne chose... Je pense que ça risque de dévaloriser l’acte médical, que ça romprait un lien, une reconnaissance du patient envers celui qui le soigne”*

*“Il faut une reconnaissance du travail du médecin... en tant que tel !”*

*“Oui, parce que le fait de payer quelque chose, je pense que c’est une part de responsabilité en disant que ça a un coût. C’est ma position, hein ! C’est ma position ! Le fait de ne pas payer quelqu’un ne le responsabilise plus sur le coût de sa santé”*

*“Après, je trouve ça important que les patients aient conscience du coût de la consultation. Donc le fait de payer, ça me paraît bien”*

*“Et puis aussi, le fait de payer, c’est quelque part un échange. Le patient vient pour avoir euh... ben... pour être rassuré, pour une info, pour un diagnostic, pour un traitement et que sa monnaie... enfin sa monnaie d’échange, c’est le paiement de l’acte”*

*“On est là pour rendre service donc c’est important qu’il y ait... un échange”*

*“S’il n’y a pas de paiement, il n’y a pas de « donnant-donnant »”*

## **b) Le concept de la dette chez le patient**

Un des médecins interrogés nous expose un argument complémentaire : cette fois ci, du côté de la valeur de la dette chez le patient. Pour lui, le fait de se sentir redevable à son médecin permet de lui envoyer un message de remerciement en

échange de ses soins. Ce sentiment se cristallise alors, lorsque le patient solde son dû à son médecin.

*“Elle avait économisé pendant 2 mois ces 6,90 euros et le compte y était ! Moi ça m'avait fait mal au cœur, j'avais envie de dire à la secrétaire « bah non, laissez courir » mais pour la patiente, c'était important. Elle pouvait se promener la tête haute, elle n'avait pas de dette. Bah, je l'ai pris comme ça et j'ai accepté les 6,90 euros”*

### **c) L'échange comme marque de respect**

Certains médecins pensent que dans les cas où il ne serait pas possible d'échanger de l'argent, le simple fait de garder un geste de paiement, même dématérialisé, pourrait être une solution afin de conserver cette marque de respect mutuel.

*“Le chercheur : - Vous pensez qu'il faille conserver cette transaction financière pour que ça marche ?*

*Le médecin : - Parfois... pas pour tout le monde. Mais parfois c'est important ! Ca fait parti des petits freins sur le DAF où euh...”*

*“Après, ça peut être une dispense d'avance de frais de type euh... il y a certaines mutuelles qui font ça. Ils donnent une carte bleue aux patients, réservée pour payer les soins et malgré tout, il y a un geste de paiement... oui, plutôt un truc comme ça... où il y a quand même le geste mais sans échange monétaire. Ils font un code de carte bleue, vous voyez, il reste un geste de paiement, bien qu'ils n'avancent pas les frais”*

*“L'ancêtre de la CMU c'était « le bon bleu » (...) C'est-à-dire qu'ils venaient avec un bon et nous pouvions coter notre acte médical et on envoyait ça au conseil général (...) donc à l'époque, il y avait aussi une notion d'échange”*

*“J’ai travaillé aussi en tant que médecin salarié avec les bassins miniers. Je trouvais que c’était bien, les gens allaient à la pharmacie, même si c’était 10 centimes, il y avait un côté symbolique des choses, qui permet l’échange”*

#### **d) S’affranchir du dogme de l’échange**

A contre sens de cette idée doctrinale, certains médecins, qui pratiquent déjà beaucoup le tiers payant, considèrent que la relation singulière médecin-patient peut se passer de cet échange monétaire en guise de respect. Ils prennent pour contre exemple le cas des patients suivis pour une psychothérapie et dont un des critères fondamental de la réussite est le respect du thérapeute, besoin satisfait par le paiement de l’acte sans dispense d’avance de frais.

*“Après, la valeur symbolique de l’argent... que la transaction d’argent fasse plaisir au thérapeute et non au patient... Enfin, moi je pense que ce n’est pas là que je place le rapport thérapeutique donc ça c’est une question philosophique”*

*“Je veux dire, le tiers payant pour moi ce n’est pas, comme le disent les psys et beaucoup de médecins « le patient doit payer ». Ca je m’en fous !”*

*“Le médecin 1 : - Moi, les patients qui me payent 23 euros me disent surtout « Ah ! C’est toujours 23 euros docteur ? » l’air de dire « Ca fait très longtemps que c’est 23 euros, vous êtes sous payés docteur ! ». Alors que ceux qui sont en CMU ne me le demandent même pas mais me disent « J’ai la CMU docteur! ».*

*Le médecin 2 : - Non, pour moi c’est « Docteur, je suis content de vous voir, vous me soignez bien »”*

*“Je trouve qu’une telle responsabilité, la sous évaluer et la rapporter à zéro, ça me gêne, car tu ne vaux psychologiquement plus rien. Et c’est bien les psychiatres et les psychanalystes qui disent que si tu ne paye pas ton psychiatre ou ton psychanalyste, la relation thérapeutique n’est pas bonne. C’est peut être freudien mais bon...”*

*“Bon, il y en aura toujours qui râleront... « Le symbolisme de payer la consultation comme chez le psychologue » (en ouvrant les bras en signe d’emphase) Mais bon... c’est marginal (sourit)”*

### **e) Le problème posé par la notion de gratuité**

Un des principaux freins à pratiquer le tiers payant pour les médecins interviewés reste le problème de la gratuité, dans ce qu’elle représente dans notre société et ses conséquences sur la relation médecin-patient.

*“J’ai très peu de patients qui veulent régler correctement”*

*“Vous voyez, c’est ce qui me gêne le plus dans le DAF, c’est qu’on oublie qu’on n’est pas qu’une prestation gratuite. On prend du temps, on... voilà !”*

*“Donc qu’ils ne payent pas... alors on est comme... euh... comme « Les Restos du Cœur » !”*

*“On ne respecte déjà plus beaucoup de choses et donc si le fait, c’est que c’est gratuit... alors... (souple)”*

*“Il y a un adage qui dit « Ce qui ne se paye pas ne vaut rien ». C’est vrai que dans l’œil de certains patients qui ont la CMU, le travail représenté par une consultation perd de sa valeur”*

*“Le fait de ne pas faire payer quelqu’un ne le responsabilise plus sur le coût de la santé”*

*“Je pense que si les choses sont gratuites euh... elles n’ont pas de valeur. Et donc euh... à partir du moment où ça n’a pas de valeur, il n’y a pas d’engagement, pas réellement de démarche... On y va quand ça vous prend euh... Il y a moins de respect, de valeur euh... Donc oui, je trouve simplement que ça altère les soins... « On ne paye pas » !”*

*“Je pense que si le pain chez le boulanger est gratuit, je vous laisse imaginer ce qui va se passer (...) je n’en mangerai pas plus mais j’en prendrai pour donner à mes chiens et à mes cochons !”*

*“Je pense que ça risque de dévaloriser l’acte médical, que ça romprait un lien, une reconnaissance du patient envers celui qui le soigne”*

*“La gratuité, ça peut faire... « Gratuit n’a pas de goût ! »... enfin, moi j’avais un patient qui me disait toujours ça. Dans l’idée qu’on a eu « l’effort de »... même s’ils ont un prélèvement à la base, les gens ne regardent plus”*

#### **f) La crainte de ne pas être reconnu à sa juste valeur**

Finalement, qu’ils utilisent une dispense d’avance de frais ou non, les médecins interrogés s’inquiètent surtout d’être reconnus à leur juste valeur. Certes, cette volonté de justesse passe par une revalorisation financière de leur métier mais aussi par une volonté de justice, de reconnaissance de leur utilité sociale, au sein des soins primaires. Pour illustrer cette crainte de la dévaluation de leur statut, ils n’hésitent pas à employer des comparaisons triviales, sur un ton péjoratif.

*“Je n’ai pas fait bac+9 pour remplir des papiers de mutuelle ! C’est très clair !”*

*“Si on veut faire « à l’arrache » comme mon associé... on se dit « à 3 euros près, je m’en fiche » euh... ce n’est pas que je m’en fiche mais (...) je ne suis pas un acharné des sous mais (...) quand on va chez le boulanger pour acheter 3 baguettes, on paye 3 baguettes. Quand on va chez le docteur... il y a un dû, qui n’est pas si important (...) et il n’y a pas de raison qu’on soit mal... qu’on soit mal rémunéré, que nos honoraires ne soient pas convenables à ce que l’on a demandé et conformes”*

*“Il faut être sûr d’être remboursé correctement (...) Moi je ne travaille pas pour gagner moins que ma femme de ménage !”*

*“Le soin, ça se paye. Un acte, ça se paye”*

*“L’acte médical reste un acte de qualité, à la fois intellectuel, parfois manuel, enfin... cet acte, il faut le rémunérer, il n’est pas à sa juste valeur (...) Moi je n’ai pas envie qu’on me traite comme ça ! Moi j’ai envie d’être reconnu à la juste valeur de mon diplôme et de mes qualités. Ca dépasse complètement le cadre d’un simple paiement. C’est plus complexe que ça”*



## **IV. Vers un projet de tiers payant généralisé à tous les patients ?**

### **A. De vives réactions**

Lorsqu'on interroge les participants sur la proposition de loi visant à généraliser le tiers payant, les réponses se font toutes sur un ton exclamatif, tant ce projet semble susciter une passion dans le débat.

#### **1. Les réactions négatives**

Une très grande majorité des sondés est contre ce projet de généralisation de la dispense d'avance de frais.

##### **a) Les moyens de souligner la négation**

Hormis le ton exclamatif, les médecins interrogés emploient des structures sémantiques comme les connecteurs logiques ainsi que les adverbes en « -ment » afin d'exprimer leur vive opposition à ce projet.

*“Donc c'est non !”*

*“Ah bah moi, ma position est claire, je suis totalement contre”*

*“Absolument non !”*

*“Moi j'y suis résolument opposé !”*

*“Et bien vous comprenez que j'y suis complètement opposé”*

## **b) Des expressions péjoratives**

Ils appuient leur négation en employant des qualificatifs péjoratifs, avec parfois une certaine emphase.

*“Enfin c’est abominable !”*

*“C’est intolérable !”*

*“Je pensais y avoir répondu avec componction... Si je devais le dire autrement, je pense que c’est une idée complètement con ! C’est bien là une idée de ministre ! C’est un non-sens !”*

*“C’est de la démagogie ! (...) mais c’est n’importe quoi !”*

*“Pour moi, c’est une décision purement politique (rires)”*

*“Je pense avoir tout dit, si ce n’est que ce n’est pas une bonne idée (rires)”*

*“Là c’est être totalement à coté de la plaque !”*

*“De toute façon, je pense que c’est plus politique qu’utile”*

*“Je ne vois pas l’intérêt ! Franchement (...) donc mise à part une espèce d’annonce politique à la con...”*

## **c) L’expression de l’inquiétude**

Certains expriment plutôt leur inquiétude, leur méfiance en premier plan.

*“Je ne vois pas ça d’un très bon œil”*

*“La généralisation... moi ça me... je dirai que je ne suis pas pour et que ça m’inquiète beaucoup”*

*“Ca va être une usine à gaz !”*

*“Je pense que ce n’est pas très réaliste”*

*“Moi je pense qu’on rentre dans une dérive du « tout et n’importe quoi » !”*

*“J’ai du mal à me placer franchement. Je pense qu’il y a du pour et du contre”*

#### **d) Le sarcasme pour exprimer son impuissance**

D’autres médecins utilisent un ton menaçant, sarcastique pour exprimer leur mécontentement vis-à-vis de ce projet, comme une réponse ironique face à un coup du sort, une fatalité.

*“Non ! C’est comme ça ou ça ne se fera pas ! (rires) C’est comme ça ! Point barre !”*

*“Mais après... enfin... je ferai ce qu’il y a à faire. S’il faut faire du DAF, on fera du DAF. Si la sécu ne nous rembourse pas... bah on décrochera nos plaques !”*

*“Alors justement, par rapport au tiers payant généralisé, moi je ne le pratiquerai... enfin... si je suis obligé, je le ferai !”*

*“Moi je pense que si ça se met en pratique et qu’il n’y a pas de changement de prise en charge... moi je fais grève ! On en a déjà parlé avec les collègues”*

*“Et bien ça va être simple, s’ils veulent l’appliquer, ils l’appliqueront. Il suffit de faire passer une loi et il y a suffisamment de députés pour faire passer une loi, sachant que la majorité des députés sont « anti médecin », y compris de droite”*

### e) Faire pression sur les confrères qui pratiquent le tiers payant

Nous notons un phénomène particulier, témoin de la tension que peut générer la question de la généralisation du tiers payant. Un médecin participant, qui pratique déjà la dispense d'avance de frais de façon très régulière, a semblé gêné par sa réponse concernant le tiers payant généralisé.

*“Enfin... je ne pense pas que mon avis sur la question soit « représentatif » de la population des médecins... mais... (rire gêné)... on peut couper ?”*

Il poursuivra son argumentaire « en off » en m’indiquant qu’il a été difficile pour lui d’appliquer le tiers payant systématique, à cause de pressions de la part de ses confrères, qui lui reprochaient « d’être vendu aux caisses de sécu et aux mutuelles ».

## 2. Les réactions positives

Sur le panel de médecins interrogés, nous pouvons relever des réactions positives face à ce projet de généralisation du tiers payant.

*“Bah moi, je trouve que c’est très bien !”*

*“Euh... c’est faisable”*

*“Euh... je pense que c’est tout aussi bien pour l’accès aux soins d’une certaine catégorie de patients (...) Ca faciliterait, pour les gens qui n’ont pas le droit à la CMU, qui sont un peu « ric rac », je pense que ça faciliterait”*

## B. Les craintes suscitées par la généralisation du tiers payant

### 1. La surcharge administrative

Beaucoup de médecins interrogés redoutent que la mesure de la généralisation du tiers payant ne provoque une multiplication de la charge administrative.

Cette tâche, prenant de plus en plus de place dans la vie professionnelle du médecin, se ferait au détriment du temps médical passé avec les patients.

*“Le frein, c’est le temps que ça va nous prendre de vérifier les cartes de mutuelle, qui ne sont pas forcément à jour (...) Ca va nous prendre du temps (...) On a déjà pas suffisamment de temps médical (...) Ca va être l’enfer !”*

*“Parce que sinon, on n’a plus de vie et ça c’est non ! (...) Ca voudrait dire qu’on passera notre vie plus qu’à ça, au détriment du temps personnel et familial, parce que ça (montrant une pile de factures de soins), il faut bien qu’on le fasse à un moment. Donc soit c’est pris sur le temps avec les patients dans la semaine et vu l’activité qu’on a, on a de la chance de pouvoir travailler, forcément ça déborde et on mange sur notre pause du midi, déjà qu’on mange avec un lance pierre ! (rires) C’est pris sinon au dépend du temps familial (...) L’un et l’autre sont insupportables !”*

*“Mais en tout cas, si c’est à nous d’augmenter notre temps de secrétariat alors que tu temps, on n’en a pas (...) personnellement, je ne sais pas comment j’aurai le temps de faire tout ça en plus... voilà”*

*“Si c’était généralisé à l’ensemble des patients, ça représenterait le travail d’un salarié à 35 heures”*

*“Le tiers payant ne va certainement pas alléger notre charge de travail. Parce que justement, même s’il y a un tiers payant, on n’aura plus de remise de chèque, d’espèces, de travail de banque à faire mais il y aura toujours un travail*

*de contrôle, de pointage... bon ça, quoiqu'il arrive, qu'il y ait le tiers payant ou pas, il faut le faire, donc euh... non. Je ne vois pas plus de simplicité, je vois des nécessités de contrôle, de surveillance"*

*"A chaque fois qu'on fait le tiers payant, au bout d'un moment, si on veut vérifier qu'on est bien payé, il va falloir prendre du temps pour ça. Ca restera très chronophage (...) Les journées ne sont pas extensibles. Si vous avez déjà une charge de travail importante, où allez vous trouver le temps pour soigner correctement ?"*

*"Vous avez 50 actes par jour, si vous devez pointer vos 50 actes pour savoir si... Putain ! On a autre chose à faire ! On pourrait rentrer les bilans biologiques etc"*

## **2. Le surcoût financier**

Les médecins craignent également que l'application de cette mesure ne signifie un engagement financier supplémentaire. Pour éclairer ce propos, beaucoup de médecins prennent en exemple celui des officines de pharmacie, qui pratiquent déjà le tiers payant.

*"Ca va nous prendre de l'argent (...) donc ça veut dire que si on le fait, on va devoir faire la même chose qu'eux, soit une caisse d'avance et on va devoir brader 4% de notre chiffre d'affaire"*

*"Je suis médecin, je ne suis pas banquier !"*

*"On n'a pas tant d'argent que ça pour payer une secrétaire, parce que payer une secrétaire, c'est au minimum 2000 euros par mois, bah c'est 2000 euros de moins de revenus, clairement !"*

*"Ah même ! Ca ne me paraît pas très possible de permettre d'embaucher quelqu'un pour faire les pointages"*

*“Donc d’une part c’est coûteux”*

*“Une gabegie financière quelque part”*

*“(en parlant d’une amie pharmacienne) « Nous étions obligés de prendre un salarié temps plein qui ne s’occupait que de la gestion administrative du tiers payant »”*

*“Déjà, on a un comptable qu’on paye, je veux dire, si on doit payer en plus une entreprise où on ne sait même si c’est rentable...”*

### **3. La surconsommation des soins par les patients**

Les médecins interrogés pensent que de proposer un parcours de soins sans avance de frais provoquerait une surconsommation déraisonnée de la part des patients. Certains médecins redoutent ce comportement qui signifierait une perte de valeur de l’acte médical, un rapport consumériste sans modération, à l’heure où les instances publiques leur martèlent des messages d’économie en santé et où leurs journées sont déjà bien remplies.

*“Euh... et puis je pense que ça va faire augmenter de façon impressionnante la demande de soins”*

*“Parce que je pense que ça va être inflationniste (...) on est déjà limite en capacité de travail, je pense que ça va majorer la demande, c’est sûr ! Enfin je pense que c’est le biais (...) donc voilà un peu mon inquiétude, c’est qu’après ils vont consulter pour tout et n’importe quoi !”*

*“Parce que pour moi ça donnerait euh... dans la tête des patients... ils vont se dire « bah, je peux aller voir le médecin pour tout et n’importe quoi, vu que finalement je ne paye pas... ou du moins presque rien »”*

*“Et puis le système marche bien parce que comme, j’ai envie de dire, pour les gens ça coûte rien, bah on consomme. Le pharmacien lui est content, tout le monde est content, les laboratoires sont contents, ils vendent. Ça coûte ! Et puis ce qu’on a au journal télévisé c’est « le déficit a augmenté ! »... On s’en fout, les armoires sont pleines ! Donc le système boucle. Ça ne vaut rien donc... on consomme”*

*“Le tiers payant, ce n’est pas pour moi une bonne idée parce que ça va dans le sens de la déresponsabilisation des gens... Ça les rend idiot dans leur comportement. Donc voilà, si on fait le tout tiers payant sans contrepartie, je ne sais pas, on pourra... on pourra fumer et fumer à se rendre malade, ce n’est pas grave on aura des soins, ce sera gratuit ! Vous voyez jusqu’où ça peut aller? « De tout façon, on me soignera... J’ai droit à... Qu’est ce que je vais m’embêter à faire des efforts ? Ça ne sert à rien, c’est gratos ! »”*

*“Ca entrainera certainement une surconsommation d’actes médicaux. On verra peut être que je me trompe mais... ce qu’on peut voir d’ailleurs de toute façon avec, c’est peu être un peu plus compliqué mais bon... avec la CMU. Des gens qui ont la CMU et qui consomment...”*

*“Et en plus, il y aura moins de respect, donc on sera euh... les gens chercheront encore plus à ce qu’on soit des « prestataires de services », comme ils le font déjà maintenant avec d’autres. Pour moi ça va à l’envers de ce qu’il faut faire”*

D’autres médecins modèrent ce propos en indiquant que les patients consulteront toujours pour des motifs médicaux, que la dispense d’avance de frais retirerait au contraire ce frein financier qui empêche les gens de consulter, de reporter leur visite chez un médecin.

*“Non. Je n’ai pas ce sentiment avec mes patients ou peut être que ça m’arrange de ne pas m’en rendre compte, je ne sais pas... (rires)... euh non, je n’ai pas cette impression”*



*“Parce qu’il y a toujours une justification, une inquiétude”*

*“Je pense que c’est difficile à quantifier. Il faudra voir sur une grande échelle pour se rendre compte. Parce que quelque part, peut être qu’effectivement il y aura plus de patients qui vont consulter car ils ne pouvaient pas avant, parce qu’ils n’avaient pas les moyens, ou du moins ils avaient peur de ne pas avoir les moyens, ou ils attendaient d’être « vraiment malade »... je ne sais pas si ça peut se quantifier comme ça parce qu’il y a beaucoup de défaut de recours aux soins à cause de l’argent. Il y a des études qui le montrent”*

*“Alors il y a des gens qui n’osent pas consommer donc ça va les aider... enfin... « consommer »... (sourit)... « se soigner » pardon ! (rires)”*

*“Donc une surconsommation, je ne suis pas sûr, pas persuadé”*

Deux médecins, qui pratiquent déjà beaucoup le tiers payant, vont plus loin dans leur réflexion, en illustrant leur propos de leur propre expérience de terrain concernant cet accès aux soins facilité.

*“Le chercheur : - Vous n’avez donc pas remarqué une inflation des actes depuis que vous pratiquez le tiers payant ?*

*Le médecin : - Non, non. Ce que j’ai vu c’est euh... la première année, mais c’est dans toutes les études, c’est qu’un patient qui rentre dans un parcours de soins remboursé, fait tout ce qu’il a en retard. Donc on a la première année un rattrapage de tout ce qui n’a pas été fait. Et puis après, une fois qu’on est rentré dans la prise en charge normale... non, en gros c’est pareil (...) Par contre, j’ai vu des patients qui étaient à la CMU par exemple, puis avaient une mutuelle et qui n’ont plus pu la payer pour une raison ou une autre, et bien je les ai vu moins souvent et quand ils revenaient, les gamins étaient en pneumopathie, ils n’étaient plus en rhinopharyngite banale, les vaccins n’étaient plus forcément à jour... vous voyez ? La différence dans l’autre sens, lorsqu’il y a une régression*

*vers à nouveau un paiement des actes (...) Je me suis rendu compte que lorsqu'ils payent leurs soins, ils perdent de la qualité de soins"*

*"Les surconsommateurs, on les connaît et ce n'est pas une histoire de dispense d'avance de frais. Ceux là vont venir toutes les semaines, voire 2 fois par semaine. Ils sont rares malgré tout, je dois en avoir... allez... 3 ou 4 familles comme ça, consommatrices. Mais bon, ces familles dites « hyperconsommatrices », ce n'est pas une question de dispense d'avance de frais, elles sont hyperconsommatrices, point, voilà ! Pour moi, le DAF n'entraîne pas plus de consommation"*

#### **4. La surfacturation de la part des médecins**

Les praticiens interrogés pensent que le tiers payant généralisé aura pour conséquences une surfacturation des actes de la part des médecins.

Pour illustrer ce propos, ils se réfèrent au comportement déviant actuel de certains de leurs confrères qui multiplient la facturation des actes sans motif médical. Ils craignent alors que ces pratiques abusives ne se généralisent, tant il serait facile de facturer des actes supplémentaires dans le flot des nombreux actes quotidiens.

*"Ca ouvrira peut être la porte encore plus à des abus, dont on entend déjà beaucoup parler (...) Pas obligatoirement de la part des patients mais de la part des confrères aussi. C'est tentant de se servir de la carte vitale ! Pour certains confrères, ça peut être une tentation... Il y a de tout, de tous les temps et dans tous les milieux donc on a des patients qui se servent beaucoup de la carte vitale mais on a des confrères qui l'utilisent trop. Tout le monde le sait mais personne n'en parle jamais ! Mais ça existe et ça peut être une tentation supplémentaire"*

*"Ah, mais l'inflation d'actes ne viendra pas forcément des patients, je pense qu'elle viendra plus de la part de certains de mes confrères qui trichent constamment, qui passent la carte vitale CMU et que toute la famille y passe,*

*voilà ! Je pense que l'hyperconsommation viendra plus de là, de la part de certains confrères qui ne sont pas très... très réglo... Et nous, dans le coin, on en a quelques uns qui vont terminer en prison... donc je pense... que ça va être bien pour les docteurs... pour qu'ils trichent un peu ! (rires gênés) (...) Pas chez tout le monde parce qu'on a la conscience qu'on a, personnellement. En tout cas, je vois bien chez mes confrères ce qui se passe et donc je me dis que ça ne va pas être spécialement les patients qui seront plus le consommateur mais certainement le médecin qui... par exemple « Votre petit, il n'a pas besoin d'un peu de Paracétamol ? » Allez hop ! La carte vitale pour faire une ordonnance ! (mimant une carte que l'on glisse dans un lecteur d'achat) Je pense que ça va plus être dans ce sens là. Je pense qu'il y a autant de médecins qui trichent que de patients surconsommateurs (rires)»*

*“Mais est ce qu'il peut y avoir une surconsommation de la part des médecins ? Euh... je pense que ça dépend des médecins, du profil du médecin. Je pense qu'on est tous différents... mais je suis un peu critique par rapport à... « nos confrères » (rire sarcastique). On sait « qui fait quoi » euh... on regarde les ordonnances de un tel, un tel et on voit ceux qui font n'importe quoi et ceux qui ne font pas n'importe quoi. Et il y en a qui font n'importe quoi ! Ce n'est pas par non respect de confraternité que je dis ça ! Les pharmaciens le savent, ils voient les types d'ordonnance !”*

D'autres médecins expriment cette même crainte, mais à la première personne, comme si cette tentation de la surfacturation les touchera inéluctablement.

*“Enfin vous savez, après c'est très simple, une fois que la carte vitale est dans le lecteur, moi je le vois, par exemple, quelqu'un qui va me consulter et qui va me demander si je peux renouveler le traitement de son mari, et bah je vais aller sur le traitement du mari par la carte vitale, vous savez ça sera très simple à la fin, personne n'y verra rien, moi j'aurai coté un acte que je n'aurai pas forcément fait euh... (...) Mais bien sûr ! Ca sera si simple... ni vu ni connu !”*

*“Si ce projet, je vais vous le dire, arrive... moi, je vais augmenter mon chiffre d'affaire... pour faire de la basse qualité !”*

Face aux demandes de plus en plus complexes de leurs patients et en conséquence de l'inflation des consultations, les médecins participants justifient certaines de leurs pratiques de surfacturation des actes afin de compenser un manque à gagner financier. Cela permettrait alors de rentabiliser leur temps de travail face à un acte médical qui leur semble de moins en moins bien rémunéré.

*“Oui, ça peut être une course à l'acte... c'est assez délicat... mais s'il y a une demande plus importante de la part des patients et qu'il n'y a plus ce levier financier, on peut être poussé à les faire revenir le lendemain. C'est possible que, si vous avez un patient qui consulte pour 3 motifs différents, on lui dise alors de consulter 3 fois ! (rires gênés)”*

*“Alors, autre avantage à faire le tiers payant... et ce n'est pas faire de la langue de bois, c'est que le patient qui va revenir le lendemain d'une consultation parce qu'il y a un médicament oublié, on n'a pas de scrupules... en tout cas, moi je n'en ai pas, à repasser la carte vitale parce que là, c'est un peu plus transparent pour le patient. S'il y avait un transfert de 23 euros, j'aurai un peu de scrupules à lui redemander 23 euros... « Appelons un chat, un chat »...”*

*“Donc à la fin de l'année, il y aura eu une inflation des actes et la sécu dira « Comme la quantité d'actes a trop augmenté, on a toujours pas de sous, on ne pourra pas vous augmenter le prix de l'acte, voire le prix unitaire de l'acte va diminuer ». Alors on va te faire miroiter des forfaits, je rappelle que l'indemnité kilométrique ça fait 25 ans qu'elle n'a pas été revalorisée, je rappelle que l'ALD à 40 euros, ça fait 12 ans qu'elle n'a pas été revalorisée. Les forfaits ne sont jamais réévalués ! On va te donner quelques « forfaits cacahuètes » qu'on ne va jamais revaloriser (...) On va toujours se retrancher derrière « inflation d'actes = on ne peut pas vous augmenter » Donc tu vas bosser de plus en plus comme un malade pour maintenir ton chiffre d'affaire”*

*“Pareil sur le prix d’une consultation. Enfin je veux dire, il y a des consultations courtes et des consultations longues euh... je vais dire, après... Je vais prendre un autre exemple. On voit une famille, par exemple 3-4 enfants pour des vaccinations. Bon... alors ça c’est pour ma part mais je veux dire, je ne fais pas payer... parce qu’il y a eu 4 vaccinations, je ne vais pas faire payer 4 consultations... Ca c’est un principe : Est-ce que j’ai le droit de faire payer 4 consultations pour 4 vaccins ? Alors que... Pffff... il y a une consultation à côté pour autre chose (...) Si on fait un tiers payant, je suis persuadé qu’il y aura 4 consultations de facturé”*

## **5. La perte du statut de médecin libéral**

Les médecins interrogés sont très attachés à la particularité de leur statut d’entreprise libérale. La mise en place du tiers payant généralisé signifierait pour eux un abandon de ces valeurs.

*“Bah tu n’es plus libéral là ! Tu deviens salarié de la sécu avec tous les inconvénients sans aucun avantage !”*

*“Parce que si tout est en tiers payant aujourd’hui, après on sera... comment dire... au bon vouloir des politiques et déjà même on peut se demander si « ce soit disant côté social des choses » ne cache pas derrière une volonté de main mise sur les professions libérales ? Qu’est ce qu’elles auront de libéral si tout est... comment dire...”*

Ils expriment leur mécontentement en utilisant différents registres de ton :

### **- L’ironie**

*“Donc je veux bien vérifier ce qui est « obligatoire »... alors ça le deviendra donc je n’aurai pas le choix non plus, mais bon... (rires)”*

- L'antiphrase

*"Et puis, dans ce cas là, pourquoi pas nous salarier, ça serait pas mal !"*

- L'exclamation

*"Oui ! Parce que sinon, une nouvelle fois, on perdra notre statut de libéral !"*

- L'euphémisme

*"Si, peut être le danger que l'on peut craindre aussi, c'est que le statut de libéral ne soit plus qu'un mot"*

- La prétérition

*"Moi je pense que... je ne suis pas un ultra libéraliste dans l'âme... maintenant, je suis chef de mon entreprise, je la gère et tout ça donc si j'en arrive à ne pas être payé par le patient..."*

- L'hyperbole

*"Moi je leur dis ce que je pense, c'est-à-dire que s'ils mettent le doigt dans le tiers payant intégral et bien, tant pis pour eux ! A terme, ils seront pieds et poings liés aux caisses et les caisses leur imposeront ce qu'elles voudront ! Vous n'aurez plus qu'à la fermer et obéir !"*

Ils redoutent surtout une évolution vers la subordination vis-à-vis des organismes payeurs AMO et AMC.

*"Et qui va le gérer ? Qui va payer ? (...) Et comment ?"*

*"Après, c'est sûr que... effectivement, on n'est jamais sûr d'être payé..."*

*"Et puis il y a tellement un pouvoir sur le remboursement, la mutuelle prenant tellement de place, qu'on peut nous dire d'un seul coup « on ne rembourse plus! » et on va faire quoi ? On va travailler à 16 euros de l'acte ?"*

*“Bah oui, parce que du côté de la permanence de soins, à voir si tout le monde rentre dans le système, mais après, nous sommes tous conventionnés avec une éthique là dessus. Donc ils risquent de nous dire « vous êtes tous déconventionnés si vous n’appliquez pas ces mesures »... je pense que ça va être ça (...) donc au lieu de dire « on rembourse »... mais en fait c’est « qui ne rembourse pas ? » parce que c’est les mutuelles qui vont... voilà !”*

*“Un autre truc, c’est que tu dépends de la sécu pour les objectifs. Ce qui arrive aux pharmaciens c’est que, si tu n’es pas dans les clous, au lieu de te rembourser dans les 3 jours, ils te remboursent au bout d’un mois”*

*“Mais je pense que s’il n’y a pas une certitude d’être payé... voilà ! Il faut que la sécu s’engage à nous payer et ce dans les 3-4 jours de la télétransmission”*

*“Le risque du tiers payant généralisé, je pense que c’est, si la sécu décide de ne pas rembourser un acte, c’est le patient qu’elle pénalise, c’est lui qu’elle prend en otage ! Ca risque d’être très simple pour elle de dire « on ne rembourse pas ». Ca met le médecin en porte à faux et il pourra juste se taire, se retrouver pieds et poings liés”*

*“Enfin, comme d’habitude ! Moi avant, j’étais dans l’administration. Ils lâchent un truc pour... enfin, une annonce politique et puis après c’est « Bon après on va voir comment on va se démerder avec ! ». On dit que c’est la sécu qui va le faire mais combien d’agents il va falloir pour faire tout ça ? Donc au bout d’un moment, ils vont dire que c’est à nous de le faire. Et c’est ce qui se passe toujours, c’est qu’on demande au médecin. Et au pire qu’est ce qui se passe ? Bah au pire, ils ne sont pas remboursés et puis on s’en tape ! Voilà !”*

*“Si, moi je vois de l’intérêt pour cette mesure, c’est de faire plaisir aux mutuelles qui vont ne pas payer et vont pouvoir gagner du fric !”*

## C. Les propositions avancées par les médecins

### 1. l'immobilisme, ce qui existe déjà est suffisant

Beaucoup de médecins, interrogés sur l'intérêt de la généralisation du tiers payant, avancent que le système actuel de dispense d'avance de frais est suffisant pour permettre un bon accès aux soins de la population qu'ils soignent.

*“Donc il n’y a rien à changer”*

*“Non, puisqu’on le fait déjà. Je ne vois pas ce que ça va changer”*

*“Donc non, pas pour le moment”*

*“Enfin voilà, il y a des systèmes qui sont mis en place qui sont parfaits (...) Pas besoin de « ce » tiers payant !”*

Certains médecins pensent que le tiers payant est déjà accordé systématiquement aux patients les plus pauvres, qui ne peuvent avancer les frais de la consultation. Les autres patients, plus fragiles médicalement et qui devraient nécessiter plus de soins, à cause de leurs pathologies, peuvent être facilement exemptés d'avance de frais par leur propre discernement.

*“Je pense que le tiers payant est déjà fait pour les gens qui en ont besoin... La CMU, quand les gens ont vraiment peu de moyens, on l’obtient quand même assez facilement (...) Les gens qui sont à 100% parce qu’ils doivent consulter régulièrement leur médecin pour leur cancer, leur tension etc, ceux là sont déjà pris en charge et on peut déjà leur faire une dispense d’avance de frais totale”*

*“Après je ne parle pas des gens en difficulté chez qui ont fait déjà le tiers payant”*



Certains médecins interviewés pensent que la rapidité du remboursement des organismes obligatoires et complémentaires permet à la majorité des patients d'être remboursés avant que le médecin n'encaisse les frais de l'acte.

*“Donc j’estime que pour le patient moyen, la famille lambda, il n’y a aucune raison pour qu’on fasse l’avance de frais systématique”*

*“Pour la population, je pense que ça ne change rien dans le sens où... même maintenant quand on paye 23 euros, on est remboursé. Donc qu’on paye 23 ou 6,90 pour moi ça ne change rien (...) mais pour le reste de la population, je ne pense pas que ça va changer quelque chose”*

*“En plus, on parle pour la majorité des gens « d’avancer de l’argent » et ils sont remboursés de toute façon”*

*“Voilà... si je résume, à la fois en tant que citoyen, je me dis « pourquoi ne pas avancer et être remboursé après ? » voilà... quitte à avoir un système où des gens puissent aller dans des centres de soins ou des PMI... et puis on peut faire des actes gratuits”*

*“D’habitude, le temps que nous on encaisse, eux ils ont reçu déjà le remboursement de la sécu en général, donc sur leur train de vie quotidien, je pense que ça ne change pas grand-chose”*

## **2. renforcer le travail de communication auprès de la population concernant le tiers payant généralisé**

Certains médecins souhaiteraient que les pouvoirs publics s’investissent dans la communication faite à la population. Pour eux, cela aurait un impact réel sur les comportements des patients et éviterait ainsi les dérives.

*“Il y avait eu à un moment donné... je me souviens d'une campagne... « Les antibiotiques, c'est pas automatique” qui avait eu un impact de santé publique sur la population en terme de comportement au cabinet. Du coup je me disais «Tiens ! Là ce n'est pas de l'argent dépensé pour rien ! »”*

*“Et puis de la communication... « Les antibiotiques, c'est pas automatique » ça nous a quand même servi ! On n'a pas changé de discours”*

*“Donc le problème est là, ce n'est pas une histoire d'avance de frais, c'est plus un manque d'information, de rééducation de la population”*

D'autres pensent que de soutenir les médecins dans leur travail d'éducateur en économie de la santé face aux comportements de certains de leurs patients indécents serait plus judicieux.

*“Par exemple j'avais un patient très aisé qui me disait que c'était hors de question que je marque des médicaments non remboursés sur son ordonnance. Il n'imaginait pas déboursé un centime pour sa santé ! Voilà ! Après, je pense qu'il existe tout un processus éducatif, des idées que les gens se font...”*

Ils inventent même des exemples de slogan qui pourraient avoir un impact sur les patients mais en utilisant un ton souvent sarcastique voire ironique, tant ils ont l'impression que ces messages sont évidents.

*“Mais quand vous allez chez votre boulanger, vous payez votre baguette ?”*

*“Le chercheur : Concernant votre pratique alors, quels messages aimeriez vous faire passer à vos patients ?*

*Le médecin : Je ne sais pas... Ca peut passer par « se brosser les dents après chaque repas » mais aussi par « remettre le médecin à sa place » (...) « il faut qu'il y ait un pilote dans l'avion » On n'arrête pas de nous dire qu'on l'est mais*

*on ne fait rien pour qu'on le soit donc... c'est compliqué (...) « Le médecin doit garder sa place. C'est lui, à priori, qui a le savoir, pas les gens sur internet »*

*“Donc je pense qu'il y a des choses qu'il faut remettre... « L'acteur de santé aussi et non pas un simple consommateur »”*

*“Et peut-être arrêter de dire « Dès que ça va pas ou que votre petit ongle est cassé : faites le 15 ! »”*

### **3. Continuer d'affirmer une politique de santé égalitaire afin de favoriser l'accès aux soins primaires**

Certains médecins soutiennent la thèse que de proposer un accès à leurs services en tiers payant généralisé pourrait améliorer la prise en charge des patients en soins primaires. Ils comparent cette idée en parlant de la propension qu'on les patients à utiliser les services hospitaliers d'urgences où se pratique déjà la dispense d'avance de frais.

*“Il faudrait bien poser la question aux médecins des urgences. Ou les gens vous disent « on ne peut pas attendre en consultation 2 heures dans la salle d'attente » alors que ce n'est pas le cas (...) ou les gens peuvent attendre 4 heures aux urgences, ce n'est pas grave, parce qu'ils n'avancent pas les frais, ce qui est vrai”*

*“Mais donc dans ce cas, je trouverai ça plus intéressant qu'on ait un tiers payant qui fonctionne bien pour que les gens puissent venir nous voir et n'aillent pas voir les spécialistes ou n'aillent pas tout de suite à l'hôpital parce que c'est gratuit ! Et là ils ont le tiers payant directos. Moi j'aimerais bien que le tiers payant soit mieux organisé comme ça (...) Donc au contraire, je trouve que c'est vachement bien, le tiers payant devrait être réservé aux médecins généralistes et interdit pour les spécialistes”*

*“Après, quand tu parlais des urgences, moi qui prends des gardes à la maison médicale, les gens ne viennent pas, ils vont à coté aux urgences, parce que chez moi ils doivent avancer ! Là, le seul intérêt que ça pourrait avoir, c’est de réorienter les consultations des urgences vers la ville”*

Ainsi, ces médecins pensent améliorer la régulation des soins primaires, quitte à leur réserver le tiers payant pour rediriger les patients vers les cabinets de médecine générale et ainsi participer aux économies en santé.

*“En tout cas, ils ne passeraient pas leur temps à nous tanner le cuir pour passer une IRM sous prétexte qu’ils ont lu dans le journal qu’il fallait faire cet examen. Donc je pense que ça peut être un moyen de pression pour faire passer le message « les plus importants ce sont les médecins généralistes » et donc l’accès est ouvert à eux !”*

*“Mais de toute façon, l’économie en santé, personne n’a aucune notion de rien ! Le médecin généraliste coûte plus cher parce que les gens viennent 3 fois, mais quand ils vont aux urgences, est-ce que ça ne coûte pas plus cher ? Donc si le but de Marisol Touraine est de mieux orienter les gens vers les médecins généralistes, c’est bien ! Ca coûte moins cher d’aller chez le généraliste, c’est pour ça qu’ils ont déjà fait « le médecin généraliste référent » parce que ça coûte moins cher d’aller chez le généraliste plutôt que d’aller chez le spécialiste directement”*

D'autres médecins préféreraient améliorer leur rapport avec les services de soins primaires hospitaliers, adopter une conduite commune face à l'orientation des patients, une régulation conjointe. Ils abordent les arguments suivants :

- Durcir les conditions d'entrée dans les services d'urgences, quitte à facturer directement au patient les frais sans tiers payant

*"Mais je pense que s'il y avait un système qui avait été fait à l'inverse : avec des administratifs à l'arrivée de l'hôpital, le motif, le premier médecin qui juge si le patient peut attendre 4 heures chez son médecin traitant ou sinon si elle veut absolument le soin des urgences et là (mimant le geste de donner une facture) ça coûtera tant !"*

- Reconsidérer la possibilité pour un médecin généraliste de pouvoir faire hospitaliser un patient directement, sans un nouvel avis d'un médecin des urgences.

*"Et ça aiderait les urgences ! Parce que moi, dès que j'ai une urgence et que je dois hospitaliser un patient et que je n'ai pas pu trouver une structure d'accueil, mais je me fais rappeler systématiquement par le médecin sénior des urgences ! D'ailleurs, il s'est avéré que le patient avait réellement besoin d'une hospitalisation car il y est encore ! Mais je les comprends. Il y a un tel décalage avec nous..."*

- Reconnaitre la capacité des médecins généralistes à organiser un système de continuité des soins, complémentaire de celui des urgences.

*"Mais ce que je veux dire, c'est de savoir après si le motif est médical, nous on prend les rendez-vous, je ne dis pas à ma secrétaire de demander pourquoi, sauf s'il ne me reste plus que 2 créneaux de rendez-vous, dans ce cas là, je précise à la secrétaire de ne prendre que les urgences... à savoir « je ne pourrai pas attendre demain »... mais bon voilà ! Ca peut... mais bon, ce n'est pas gênant, je ne refuse pas de travailler. Tous mes patients, je ne leur dis pas d'aller aux urgences systématiquement quand je ne peux pas les voir de suite et je leur donne les informations nécessaires pour tenir la nuit et de se voir le lendemain matin si*

*nécessaire... car je pense qu'il y a très peu de gens qui ont besoin d'aller aux urgences, en effet, mais euh (...) Enfin dire qu'on repasse à un système un petit peu plus (mimant avec la main un niveau supérieur)... mais on trie plus, en disant « ça c'est du médical, ça c'est du social etc. » (...) Donc il y avait quand même le fait de ne pas payer mais le médecin régulaient beaucoup !”*

#### **4. Evolution vers un statut du médecin généraliste salarié**

Lorsque l'on évoque la mise en place de la généralisation du tiers payant, certains médecins réagissent en acceptant que lors mode de rémunération ne dépende plus que des organismes payeurs AMO et AMC, à la condition que leur statut professionnel d'entreprise libérale ne mute vers un salariat, qui leur semble être un régime moins contraignant. Ils dépeignent en effet leur propre vision du médecin salarié, qu'ils jugent privilégié

- Certains l'évoquent sur le ton de la fatalité, de la résignation :

*“Le chercheur : - Ca vous dérangerait de devenir salarié ?*

*Le médecin : - Non... De toute façon, c'est ce vers quoi on va... tout doucement (...) Le fait que les mutuelles prennent le pas tout doucement sur la sécu, avec une volonté affichée de nos politiques de faire disparaître le statut de libéral... donc plus on avance dans le temps et moins on maîtrise de choses... donc ce n'est plus du libéral ça !”*

*“Donc si on me dit qu'on va passer à ça, je préfère qu'on me salarie à une maison médicale. Je préfère alors être salarié et faire mes heures ! (rires) Vous voyez ? Enfin voilà, demain moi, on me demande de rendre mon cabinet, on me donne une salle, on me salarie, on me donne des horaires, pas de charges, je suis sûr de rentrer chez moi à 18h... Pourquoi pas ?”*

*“Par la force des choses, on va suivre le mouvement. Et puis les jeunes médecins sont différents, les patients changent, la société évolue... Il va bien falloir s'y faire !”*

*“Mais je me dis « Ouais, bon... pourquoi pas, de toute façon faut bien faire un truc...”*

- D'autres sur le ton du défit, de l'ironie :

*“Dans ce cas là, moi je suis salarié ! Euh... je me mets salarié quelque part, je ne paye pas de charges et puis c'est tout ! Je ne paye pas mon URSSAF etc... Je deviens sa-la-rié ! (en insistant sur la prononciation des syllabes)”*

*“Et c'est ce que je dis pour le moment en boutade à mes patients euh... quand ils me disent « Vous avez entendu ce qu'ils disent à propos du tiers payant ? », je leur réponds « Si c'est ça, j'arrête le libéral ! Je ferme mon cabinet et je vais m'installer à l'hôpital, où là j'aurai des horaires 8h-midi, 14h-16h et puis voilà, je suis en consultations ! ». Pourquoi pas ? Je ne sais pas ? Mais dans ce cas là, je n'aurai plus mes charges, je n'aurai plus les gardes ou sinon j'aurai un tableau de gardes... mais c'est un autre travail, quoi ! Je serai salarié.”*

## **5. Revaloriser financièrement la rémunération du médecin**

Certains médecins de l'étude seraient prêts à accepter le tiers payant généralisé à la condition de revaloriser financièrement l'acte médical :

- Soit en introduisant une notion de complexité de l'acte médical dans sa rémunération

*“Le chercheur : - Vous pensez alors qu'il faille plus revaloriser l'acte plutôt que de favoriser l'accès aux soins ?*

*Le médecin : - Ah bah oui, je pense qu'il faut revaloriser le « C »... enfin, tous les actes. Et puis introduire une notion de temps passé, de complexité des choses... enfin quelque chose qui ait plus de consistance que ce qui est fait*

*aujourd'hui (...) De toute façon, la médecine générale souffre de ça... vu qu'elle est mal payée, elle est pas si bien faite !*"

*"Le chercheur : - Vous seriez donc plus favorable à la revalorisation de l'acte plutôt que la généralisation du tiers payant ?*

*Le médecin : - Je pense qu'il faut repenser différemment les cotations d'actes (...) Bon, il y a des actes techniques différents... bon... donc la valeur est différente. Mais moi je trouve qu'il n'y a pas assez de différence dans la complexité des consultations (...) Là on sort un peu du sujet... mais ça fait partie de la compréhension de la valeur de l'acte et du tiers payant (...) Mais ça ne me semble pas incompatible de dire (comptant sur ses doigts) « consultation longue, intellectuellement difficile, potentiellement un acte technique complémentaire et dans ce cas là : faire un tiers payant »"*

- Soit en rémunérant le temps administratif supplémentaire, généré par la gestion du tiers payant.

*"Où le temps passé pour régler l'administratif serait rémunéré, je veux bien"*

*"Que ça soit rémunéré, parce qu'il n'y a pas de raison ! (...) Parce que ça sera des patients qui... (réfléchit puis se penche en avant en signe de confiance)... On gagne notre vie grâce aux patients. Si on ne peut pas les soigner, on ne gagne pas d'argent. Si on ne gagne pas d'argent comme ça... il faut bien qu'on trouve une façon d'équilibrer quand même euh... donc oui... sous euh... (rires gênés)"*



## 6. Recentrer la relation de tiers payant aux uniques organismes AMO

Les médecins interrogés semblent se rejoindre autour d'une condition pratique dans la généralisation du tiers payant : celle de dépendre uniquement des organismes AMO pour leur rémunération.

- Cette relation de confiance est exprimée par les praticiens à l'aide d'un champ lexical assez fourni.

*“Pourquoi pas ?”, “Pas de soucis”, “non... à moins que”, “c’est bien”, “c’est très bien”, “bien comme ça”, “ça c’est bien”, “bien sûr”*

- Pour qualifier les organismes AMO, nous pouvons relever :

*“guichet unique”, “transparent”, “système de solidarité”, “pratique”, “rapide”, “ça paye”, “ça marche”, “très balisé”, “ça fonctionne”, “est sûr”, “marche bien”*

- Pour exprimer l'exigence des médecins vis-à-vis des organismes AMO dans le tiers payant généralisé, les médecins utilisent les qualificatifs suivants :

*“qui tienne le coup”, “s’engage à faire”, “gère tout”, “réel effort”, “payera”, “sera payé”, “rester sûr”, “se chargera de récupérer”, “directement”, “harmonisation”, “s’harmoniser”, “tout était brassé après”, “flux unique”, “sécurité”.*



## DISCUSSION

Après analyse des résultats, nous sommes en capacité d'établir les motivations actuelles des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant, dans la région NPDC. Nous enrichirons cet exposé de ce que le débat sur le projet de généralisation du tiers payant nous apprend sur les pratiques actuelles.

### **I. Le tiers payant : un choix de paiement courant en médecine générale dans le NPDC**

La pratique du tiers payant est répandue chez tous les médecins généralistes français. Au niveau national, elle correspond à un tiers de tous les actes facturés.

Le taux national d'actes réalisés en tiers payant par les médecins généralistes libéraux conventionnés secteur 1 est de :

- 34,6 % en 2009 [20]

- 31,6 % en 2012 [21]

Les médecins interrogés utilisent tous, à leur manière, les différents outils de tiers payant mis à leur disposition par les deux organismes tiers payeurs : le tiers payant complet 100% AMO, le tiers payant partiel 70% AMO ainsi que le tiers payant composite AMO+AMC.

Ils déclarent également utiliser des systèmes amiables de règlement, directement avec le patient, comme les chèques bancaires encaissés de façon différée, des moyens dématérialisés de paiement comme la carte bancaire, voire même l'acte gratuit.

Pour les médecins participants à l'étude, la pratique du tiers payant est qualifiée de fréquente mais ils distinguent tout de même deux types de situations :

- Ils utilisent préférentiellement le tiers payant complet dans les situations de prise en charge à 100% par les AMO.
- Lorsqu'il s'agit d'employer un autre type de dispense d'avance de frais, partiel ou composite, les médecins semblent plus réticent et déclarent l'utiliser moins souvent.

Si nous regardons du côté des statistiques divulguées par les organismes AMO, nous nous apercevons que cette différence de fréquence se confirme, tant au niveau régional que national :

	TP 100% ALD	TP AMO 70%
Flandres - Dunkerque	41.1	8.8
Lille - Douai	61.6	21.0
Roubaix - Tourcoing	64.2	22.3
Hainaut	64.9	17.3
Côte d'opale	60.1	26.9
Artois	68.7	38.0
Région NPDC	60.1	22.4
National	45.3	13.6

**Tableau 3 : Comparaison des taux de tiers payant ALD et tiers payant partiel, tous régimes AMO confondus en NPDC et national au 2<sup>ème</sup> semestre 2012 ; [22]**

Nous nous apercevons également que ces taux sont nettement plus importants dans le NPDC par rapport à la moyenne nationale.

Nous pouvons nous demander si cette particularité régionale est le reflet d'une pauvreté financière de la population qui a des difficultés à se soigner, ou bien s'il s'agit d'une volonté pionnière des médecins ou des assurances maladie de favoriser l'accès aux soins dans cette région.

La plupart des médecins interrogés pensent que le tiers payant permet un meilleur accès aux soins de la population du NPDC. Sa généralisation est même considérée par certains comme une avancée sociale.

## **II. Le choix du tiers payant doit se plier à l'exigence d'efficacité de l'entreprise libérale**

Afin de réaliser le tiers payant dans de bonnes conditions, les médecins interviewés adoptent une stratégie qui vise à rendre cette pratique efficace, c'est-à-dire simple, rapide et rassurante.

Lorsqu'on les interroge sur la généralisation du tiers payant, certains médecins redoutent un manque d'efficacité du système de remboursement, demandant trop de contraintes financières et administratives, pour un service rendu à la population qualifié de médiocre car il aurait un impact délétère sur le bon fonctionnement de leur entreprise libérale. Ceci révèle une exigence d'efficacité du système de rémunération du médecin.

C'est pourquoi ces médecins préfèrent garder le choix du moyen de paiement, attitude qu'ils jugent plus efficace en fonctions des différentes situations rencontrées dans leur pratique quotidienne.

### **A. Le médecin libéral possède les qualités de l'agent économique**

En temps que chef de leur propre entreprise, les médecins de l'étude abordent le système d'avance de frais avec les mêmes exigences que celles de "l'agent économique". Cela permet d'adapter leur rémunération aux différentes situations rencontrées en soins primaires.

D'après "*L'introduction aux théories et aux concepts de l'économie*", du Professeur Weil de la faculté de médecine de Grenoble, les compétences de l'agent économique, dans les relations de marché, sont les suivantes : [23]

## **1. Connaître les besoins des consommateurs, prévoir et modéliser leur comportement**

En effet, les médecins interrogés disent bien connaître leurs patients. Bien implantés localement, ils savent déterminer leurs habitudes de recours aux soins. Ils basent principalement cette connaissance sur un rapport empirique des choses, établissant au fur et à mesure, des habitudes de relation.

Par conséquent, en cas d'évolution de la situation médicale, par exemple l'apparition d'une nouvelle pathologie nécessitant des soins fréquents ou onéreux, ils savent qu'ils pourront adapter leur pratique dans le choix de paiement, notamment en utilisant une dispense d'avance de frais dans le cadre d'une prise en charge complète par l'AMO.

Ils peuvent également adapter leur choix de paiement en fonction de l'évolution de la situation financière du patient (perte d'un travail, période de chômage, surendettement, interdit bancaire)

## **2. Se doter de connaissances et de compétences**

Les médecins participants s'accordent tous pour utiliser le système de dispense d'avance de frais en tout état de cause : ils doivent savoir déterminer qui va les payer, comment et dans quel délais.

Ces médecins savent alors repérer les différents tiers payeurs qui se substituent au patient.

Ils collectent ces informations sur différents supports : le type de régime AMO en lisant la carte vitale sur son ordinateur ou directement sur l'attestation de droits papier, le contrat AMC du patient en demandant sa carte de tiers payant AMC papier.

Ils apprennent à connaître le chainage des remboursements, en fonction du type de tiers payant choisit (AMO ou AMO+AMC). Ils établissent une surveillance en pointant les différents retours de paiement (relevés d'activité des AMC, retours NOEMIE des AMO).

### **3. Etre libre d'utiliser les ressources à sa disposition**

Afin de mettre en application ces connaissances du système de tiers payant, les médecins ont, à leur disposition, différents outils. Leur but est de rendre plus efficace la gestion du tiers payant au quotidien.

Ils peuvent être fournis directement par les organismes tiers payeurs (logiciel de gestion du retour des remboursements AMO "*Sesam Vitale*", relevés d'activité papier des AMO et AMC).

Il existe également des solutions complémentaires de gestion qui peuvent être proposés aux médecins en fonction de leurs besoins (logiciel complémentaire de gestion des remboursements, logiciel de comptabilité)

Cependant, chaque praticien est libre de choisir les différents outils qu'il juge nécessaire à sa pratique. Tout dépend alors de son investissement personnel dans le système de la dispense d'avance de frais. Nous observons dans notre étude quatre types de comportement :

- Lorsque cet investissement est volontaire, nous observons que les médecins vont avoir une connaissance très poussée de l'outil informatique, des logiciels de gestion, du fonctionnement interne des AMO et AMC. Ces médecins vont alors se munir de multiples outils techniques (ordinateur, lecteur de carte vitale avec son logiciel, logiciel complémentaire de gestion) pour permettre de pratiquer le tiers payant facilement.

- D'autres médecins, plus opposés au tiers payant, vont se munir d'un large panel de choix de paiements de substitution (dépôt tardif de chèque bancaire ou d'espèces, paiement par carte bancaire, paiement groupés, paiement différés).

- Certains médecins vont aborder le tiers payant par tâtonnement, en recherchant les situations de remboursements qui ont déjà fonctionnées (par exemple en établissant une liste des différentes AMC avec qui le remboursement se fait correctement). Ainsi, ces médecins vont se limiter à ces situations fiables et refuser d'élargir leur pratique.

- Enfin, certains médecins vont déléguer la question de leur investissement dans le tiers payant en demandant de l'aide à une personne ressource. Ils baseront alors leur pratique en analogie avec celui qu'ils jugent plus compétent dans la gestion du tiers payant et la capacité de déterminer qui en a besoin : le comptable, la secrétaire ou un autre confrère médecin.

#### **4. Etre capable d'effectuer des calculs et d'établir des transactions**

Les médecins généralistes participants à l'étude savent en effet adapter le moyen de paiement en fonction de la solvabilité du patient. Ils se munissent ainsi de différents modes de paiement, dont le tiers payant, qu'ils pourront choisir au cas par cas afin de s'assurer d'être rémunérés.

Ils savent aussi comment gérer les retours de paiement des différentes assurances maladie en effectuant un pointage et en réclamant les remboursements qui n'auraient pas été traités correctement. Ils peuvent à ce moment-là adapter leur trésorerie, en respectant les différentes règles établies par les organismes tiers payeurs, afin de régler leurs différentes cotisations sociales et fiscales.

A ce propos, certains médecins souhaiteraient que le système de remboursement en tiers payant soit simplifié par un guichet unique. Ainsi, les AMO rembourseraient directement le médecin de la totalité des frais facturés en tiers payant et se chargeraient secondairement de récupérer la part remboursée par les AMC. Cette situation est envisagée dans le rapport de l'IGAS sur *"la pratique du tiers payant pour les consultations de médecine de ville"*. [12]



## **5. Prendre des initiatives économiques : dans le but de s'enrichir ou de s'appauvrir ?**

Afin de constituer leur capital financier, les médecins interrogés disent pouvoir utiliser le tiers payant à différents niveaux :

- Pour certains, le tiers payant permet d'épargner directement en demandant le règlement total de l'acte à des organismes assurément solvables. Pour eux, cela permet de garantir une rémunération régulière.
- D'autres pensent que le tiers payant permet un accès facilité à leur service. Il est donc nécessaire d'investir dans cette pratique qui garantit un suivi régulier de patientèle.
- Enfin certains médecins considèrent que le tiers payant peut être vu comme un prêt. Il permet en effet au médecin de se faire rémunérer de ces honoraires moyennant le respect des règles d'attribution et de remboursement.
- Du point de vue de certains médecins, le tiers payant peut être vu comme une dette consentie au patient par le médecin afin d'améliorer l'accès à son service. En contrepartie, le patient doit respecter les règles de libre attribution du médecin.

Toutes ces initiatives ont pour but de créer un retour sur investissement qui se traduit par la constitution d'un capital financier sûr et régulier mais peut aussi se traduire par la constitution d'un capital sympathie qui génère la fidélité de la patientèle.

Pourtant, les médecins sont conscients que la pratique du tiers payant ou les arrangements amiables avec le patient peuvent générer des retards de paiement, des impayés. Mais au contraire, certains médecins pensent que cela leur permet de simplifier la constitution de leur épargne.

C'est pourquoi, certains médecins pensent que le tiers payant peut être vu comme un moyen fiable, sur le plan économique, de permettre de s'enrichir, en faisant confiance aux organismes tiers payeurs AMO et AMC. En effet le rapport d'expert de l'IGAS sur *"la pratique du tiers payant en médecine de ville"* rapporte un délai moyen de 5 jours pour le traitement du paiement d'un acte en tiers payant. [12]

Donc pour ces médecins, les remboursements sont rapides, les retours de paiement sont simples à traiter et raccourcissent le temps de comptabilité.

D'autres médecins de l'étude critiquent cependant le système de remboursement des tiers payants par les AMO et AMC, par manque de fiabilité, de communication opaque, de constatation de retard de paiement, de difficulté de gestion des rejets de facture et de complexité des règles d'attribution. C'est pourquoi certains médecins nous disent être contre l'utilisation du tiers payant par crainte du risque d'appauvrissement de leur entreprise.

De plus, ces médecins craignent que la généralisation du tiers payant ne provoque un surcoût financier. Pour eux, cet investissement financier leur permettrait de pallier au manque d'efficacité d'un système trop lourd et complexe.

Ils donnent comme exemple celui des pharmacies, chez qui des entreprises spécialisées dans le recouvrement des remboursements sont employées afin de conserver la performance d'un financement principalement basé sur le tiers payant.

Les médecins participants à l'étude, qu'ils soient pour ou contre le système de dispense d'avance de frais, nous apprennent qu'il est impossible d'exercer leur métier de médecin généraliste libéral sans adopter la logique de l'agent économique.

Pour certains, ce n'est qu'après avoir compris cette logique économique, qu'elle soit contraignante ou facilitante, qu'ils pourront agir en total accord avec leur concept personnel de l'accès aux soins primaires.

## **B. La complexité administrative du tiers payant**

Qu'ils soient pour ou contre le concept de la dispense d'avance de frais, tous les médecins interviewés évoquent inmanquablement la complexité des règles établies par les assurances maladie, qui les freine dans leur pratique quotidienne.

La perspective de la généralisation du tiers payant provoque une vive inquiétude chez beaucoup de médecins de l'étude. Ils redoutent effectivement de devoir dépendre d'un système aussi compliqué, qui serait une source de tracas en permanence pour eux.

### **1. La complexité du millefeuille administratif de la facturation en tiers payant**

#### **a) La facturation des soins : un exercice de style périlleux**

Pour illustrer cette complexité exprimée par les participants, nous pouvons étudier les modalités de remplissage de la facture de soins que les médecins doivent remplir à la fin de chaque acte. [24]

Elle peut se faire :

- soit par voie dématérialisée, informatisée : feuille de soins électronique (FSE),
- soit par voie traditionnelle papier : feuille de soins papier (FSP).

*“Le bon remplissage de votre feuille de soins est la garantie de votre remboursement par l'Assurance Maladie”*, peut-on lire au dos des formulaires de feuille de soins médecin, édités par la Sécurité Sociale. [24]

Le médecin doit alors s'appliquer à renseigner toutes les informations suivantes, sans erreur, au risque de voir son remboursement bloqué ou que le paiement se fasse à la mauvaise personne :

- L'identité du patient recevant les soins, ses numéros d'identification (date de naissance, numéro de sécurité sociale, numéro code d'identification de l'organisme AMO)

Si le patient n'est pas la personne assurée, le médecin doit renseigner les mêmes informations concernant la personne ayant ses droits ouverts et à jour.

- Le type de risque correspondant à l'acte effectué (maladie, maternité, accident de travail, maladie professionnelle, pensionnés de guerre)

- Les protocoles de soins particuliers de prise en charge (ALD, acte de prévention, invalidité, autre)

- Penser à cocher "oui" ou "non" si l'acte est en rapport avec un accident de droit commun causé par un tiers.

- Situer l'acte dans le parcours de soins conventionné (médecin traitant déclaré et enregistré, patient hors parcours de soins habituel pour cause d'urgence, ou hors résidence habituelle, ou adressé par le médecin traitant déclaré par le patient, ou médecin traitant remplacé, ou accès hors coordination)

- Le choix de la cotation de l'acte et de ces différents codes modificateurs selon la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou la classification commune des actes médicaux (CCAM)

- Le mode d'exonération de paiement choisi (tiers payant AMO complet ou partiel ou tiers payant composite AMO+AMC)

- Si le médecin coche la case "*tiers payant complémentaire AMC*", il doit renseigner alors les informations de routage vers le bon organisme payeur (numéro d'organisme AMC et numéro d'adhérent, figurant sur l'attestation papier de l'AMC). Puis il doit calibrer le message envoyé par rapport au type de tiers payant AMC choisi (tiers payant coordonné par l'AMO ou envoi d'un flux différent entre l'AMO et l'AMC)

## **b) Un mode de facturation pourtant encouragé par les assurances maladies**

Pour l'aider dans sa gestion administrative, le médecin doit utiliser un logiciel de facturation agréé par la Sécurité Sociale ainsi qu'un lecteur de carte vitale. Il doit posséder également un accès professionnel à internet afin de télétransmettre ces informations régulièrement et de façon sécurisée.

Cet équipement reste à la charge et à l'entretien du praticien libéral. Cependant, tout médecin informatisé dans sa gestion des factures de soins, reçoit de la part de la Sécurité Sociale depuis 2012, un forfait financier annuel contenu dans leur Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP). [25]

La Sécurité sociale avance également un argument d'économie dans la gestion des feuilles de soins par voie dématérialisée :

- En terme de coût de gestion, FSE 0,27€ versus FSP 1,74€. [26]

En cas de dysfonctionnement de ce système dématérialisé, le paiement de l'acte peut être compromis.

Le médecin peut tout de même remplir une feuille de soins papier sur le formulaire adapté et l'envoyer à l'organisme AMO du patient. Cependant, le temps de traitement d'une facture papier est plus long.

Il peut également effectuer une facture de soins dite "en mode dégradé", c'est-à-dire a posteriori de l'acte. Cependant, il doit adresser à l'AMO concernée, les pièces justificatives de son acte. [27]

## **2. Une communication compliquée entre le médecin et les assurances maladie**

Les médecins interrogés reprochent aux assurances maladie, AMO et AMC, un défaut de communication qu'ils qualifient d'opaque et non conforme à la réalité du terrain.

Ces situations, loin d'être considérées comme de simples imperfections du système, limitent les médecins dans leur utilisation du tiers payant et bloquent complètement le bon fonctionnement du remboursement.

### **a) Un système en réalité dépendant de facteurs humains et techniques**

Les médecins interrogés considèrent que le système de facturation des soins, bien qu'automatisé grâce à l'outil informatique, reste malgré tout dépendant d'erreurs humaines ou techniques, rendant la pratique du tiers payant non fiable à 100% :

#### De la responsabilité du patient :

- Oubli, dysfonctionnement ou non mise à jour de la carte vitale de l'assuré.
- Non présentation d'une attestation de droits AMO papier en cours de validité.
- Oubli de l'attestation papier de tiers payant AMC, ou contrat expiré non renouvelé, ou déclaration du nouvel organisme AMC non effectuée par le patient auprès de son AMO.
- Oubli de demande d'ouverture des droits d'assurance maladie.

#### De la responsabilité du médecin :

- Panne informatique ou rupture de connexion internet.
- Dysfonctionnement du logiciel de facturation ou du lecteur de carte vitale.
- Oubli de la carte professionnelle de santé ou de son code de connexion.
- Erreur dans le remplissage de la facture de soins.
- Oubli de renouvellement des protocoles de prise en charge par l'AMO.
- Manque de temps ou de qualification dans les démarches administratives.

### De la responsabilité des organismes AMO et AMC :

- Maintenance technique sur le site internet de l'Assurance Maladie.
- Non divulgation des codes de télétransmission par les AMC sur les attestations papiers.
- Ralentissement volontaire mais sous entendu du traitement des remboursements par les Assurances maladie.

### **b) Des critères de régulation du remboursement transposés injustement au médecin généraliste**

Les organismes d'assurance maladie ont créé progressivement des règles qui encadrent le remboursement des frais de santé pour le cotisant. Nous pouvons noter les règles suivantes, évoqués par les médecins participants :

- Pour les AMO : le respect du parcours de soins centré autour du médecin traitant déclaré.
- Pour les AMC : le respect des réseaux de praticiens conventionnés et des clauses d'exclusion dans les contrats.

Leur but est de réguler la demande de soins et de responsabiliser les patients dans le coût de la santé.

Si le patient ne respecte pas ces règles de régulation, les assurances maladie peuvent le sanctionner en réduisant leur taux de remboursement. [28]

- Pour les AMO : le non respect du parcours de soins entraîne la réduction de la part remboursée de 16,10€ à 6.90€.
- Pour les AMC : le recours à un praticien non conventionné entraîne l'annulation du remboursement de la part AMC (passant de 6,90€ à zéro)

Par conséquent, lorsque le médecin facture son acte en tiers payant, son remboursement va dépendre des mêmes règles. Il sera alors de la responsabilité du médecin de vérifier que le patient les ait bien respectées.

C'est pourquoi certains médecins de l'étude refusent de pratiquer le tiers payant, ne voulant pas se substituer à la vigilance du patient dans le respect des conditions de régulation. Ils qualifient même ce système de "*service rendu à la population*" peu efficace et d'injuste, tant le patient leur semble déresponsabilisé dans sa démarche de soins.

Du côté du rapport de l'IGAS, dans l'optique de la généralisation du tiers payant, le bon fonctionnement technique du remboursement nécessiterait en effet une coopération efficace entre les quatre acteurs du paiement (le patient, le médecin, les AMO, les AMC) et une refonte administrative. [12]

D'autres médecins participants redoutent même que la surcharge administrative ne s'alourdisse avec la généralisation du tiers payant, laissant de moins en moins de place au temps médical, voire au temps personnel. Ils craignent que leur profession ne devienne ainsi précaire.

Beaucoup de médecins interrogés souhaiteraient que "*chacun tienne son rôle de responsabilité*" dans ce système. Ils redoutent que ce soit eux qui en pâtissent systématiquement.

Pourtant, d'autres médecins de l'étude semblent assumer totalement la lourdeur de ce système de remboursement, non s'en plaignant, mais justifient leur choix en adhérant aux valeurs de la Sécurité Sociale. Pour eux, faciliter l'accès égalitaire aux soins vaut le coup de supporter un système de rémunération différé.



### **III. Le tiers payant : un moyen de favoriser l'accès aux soins de la population précaire**

La précarité est définie comme *“un état qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause”* [29].

Pour les médecins de l'étude, il existe deux types de précarité qui peuvent impacter sur la santé de la population : financière et médicale.

La précarité médicale correspond à un état de santé fragile, déséquilibré par des pathologies lourdes et invalidantes. Cette définition est reprise dans le statut des ALD, dont les frais sont pris en charge en totalité par la Sécurité Sociale. Pour favoriser l'accès aux soins de cette population, certains médecins interrogés ont la volonté assumée d'utiliser le tiers payant aisément.

En ce sens, le projet de généralisation du tiers payant se fera progressivement en incluant dès l'été 2016 le tiers payant systématique chez tous les patients en situation de prise en charge à 100% comme les ALD. [30]

La précarité financière, quant à elle, est caractérisée lorsque les patients refusent de se soigner par manque d'argent. Ce renoncement aux soins est d'autant plus flagrant chez les patients les plus pauvres. C'est pourquoi la Sécurité Sociale a créé la CMU, afin de permettre à ces patients nécessiteux de se soigner, le coût financier de ces soins étant pris en charge en totalité par la collectivité. Pour ces patients, la dispense d'avance de frais est déjà automatique, les médecins ont l'obligation de pratiquer le tiers payant.

Il est intéressant d'analyser comment les médecins de l'étude vont aborder cette précarité financière dans l'accès à leur service.

## A. La difficulté d'avance de frais : apparition d'une nouvelle maladie sociale

Etant donné la situation de crise économique que nous traversons, avec la montée du taux de chômage et la baisse du pouvoir d'achat des ménages, les médecins interrogés constatent de plus en plus que les patients qui ne dépendent pas de régimes spéciaux, renoncent eux aussi aux soins par précarité financière.

Certains médecins mesurent cette réalité en constatant qu'ils utilisent plus fréquemment le tiers payant partiel 70% AMO ou le tiers payant composite AMO+AMC. D'autres médecins font face à une demande de tiers payant de plus en plus pressante de la part des patients.

Ce constat de paupérisation de la population établi par les médecins de l'étude est donc rendu possible grâce à l'utilisation du tiers payant comme d'un outil de mesure de ce phénomène social.

Si nous considérons que la santé est définie par *"un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"* [31], alors l'état de maladie peut se distinguer, en sociologie, en trois composantes linguistiques : *"Disease"*, *"Illness"* et *"Sickness"*.

- La notion de *"Disease"* correspond à la définition biomédicale de la maladie comme un dysfonctionnement biologique ou physiologique du corps.
- La notion de *"Illness"*, définie par les sociologues Eisenberg et Fabrega en 1977, *"désigne la maladie telle qu'elle est éprouvée et perçue par les malades eux-mêmes"* ainsi que *"les comportements socioculturels liés à la maladie dans la société"*. [32]
- La notion de *"Sickness"*, définie par le sociologue Drulhe en 1996, renvoie au *"processus par lequel des signes biologiques ou comportementaux inquiétants sont reconnus comme symptômes avec des conséquences socialement significatives"*. [33]

Par conséquent, ne pas dépendre des régimes spéciaux de prise en charge par les AMO expose le patient au risque potentiel d'avoir des difficultés d'avance de frais. C'est pourquoi, nous pouvons dire que la difficulté d'avance de frais, en tant que fait sociétal constaté par les médecins et mesuré par le tiers payant, relève du statut de maladie sociale ou "*maladie-Sickness*".

## **B. Le médecin généraliste : un acteur privilégié de l'égalité sociale dans l'accès aux soins**

Nous avons constaté dans notre étude que le médecin généraliste, en usant de sa compétence d'expertise dans sa mission de promotion de la santé, est amené à côtoyer quotidiennement ces trois aspects sociologiques de la maladie. Il devient notamment un observateur privilégié de la société, de la paupérisation de sa population en période de crise économique.

Il constate de façon réfléchie que l'avance des frais de santé devient un frein de plus en plus important pour ses patients. Dans cette tâche, il s'aide du tiers payant comme d'un outil de mesure de la précarité de la population.

Certains médecins interrogés vont même plus loin dans cette réflexion, en déclarant employer volontairement le tiers payant comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins de tous les patients, sans considération sociale.

D'autres médecins veulent, quant à eux, garder la faculté de discerner qui a vraiment besoin d'une avance de frais.

Par ailleurs, nous remarquons que certains médecins considèrent que le choix du lieu d'exercice est un moyen de mieux s'inscrire dans le tissu socio-économique local. Ils profitent alors de ce statut de promoteur de l'accès aux soins en décidant de pratiquer le tiers payant.

Ils ont ainsi l'impression d'appliquer une certaine idée de leur métier. Le fondement de cet idéal peut être basé sur des convictions personnelles ou de façon

plus structurée selon des choix syndicaux ou politiques, notamment vis-à-vis du concept de solidarité partagée, un des fondements de la Sécurité Sociale.

Cette préoccupation d'égalité sociale, qui semble se développer de façon réfléchie chez certains médecins, correspond chez d'autres à la mise en application des compétences inhérentes à la profession de médecin, spécialiste en médecine générale.

En effet, d'après *“Le référentiel métiers et compétences des médecins généralistes”*, publié par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), une des grandes compétences du médecin généraliste consiste en :

*“L’approche globale du patient et la prise en compte de sa complexité en intégrant les différents champs « médico-psycho-social et culturel » pour les prendre en compte dans la prise de décision”*. [34]

*“Le Serment Médical”*, inspiré du Serment Hippocratique, aborde également cette notion de prise en charge globale, en stipulant que le médecin doit jurer de *“promouvoir la santé dans tous ces éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux”*. [35]

Le médecin généraliste transcende ainsi sa position initiale d'observateur passif du fait social en incarnant pleinement sa fonction de guérisseur de la maladie sociale *“Sickness”*, que représente la difficulté d'avance de frais par les patients.

Certains médecins revendiquent cette capacité de discernement et craignent que le tiers payant généralisé ne vienne alors leur subtiliser cette compétence de médecin du fait social.

Finalement, l'analyse des comportements des participants nous amène à nous demander si l'amélioration de l'accès aux soins primaires doit rester le rôle du médecin généraliste ou celui de l'Etat. Nous constatons néanmoins que l'utilisation raisonnée du tiers payant par ces deux parties semble être le schéma adopté par la majorité des participants de l'étude.

## **IV. Le tiers payant modifie le rôle du rapport à l'argent dans la relation médecin-patient**

### **A. Rappels sur la particularité de la relation médecin-patient**

Le médecin généraliste incarne le premier recours aux soins. La relation qu'il entretient avec ses patients est par conséquent particulière.

Cette relation médecin-patient a été qualifiée par les médecins Georges Duhamel en 1936 et Louis Portes en 1943, de "*colloque singulier*", c'est-à-dire la rencontre "*d'une confiance qui rejoint une conscience*". [36]

Ce rapport inédit entre ces deux êtres humains est par principe inégal : il existe une dépendance entre le patient malade qui souffre et le médecin qui sait, qui soigne.

En s'invitant au cœur de cette relation inégale, le tiers payant modifie ce rapport de dépendance.

Là où le patient devait payer son médecin afin d'honorer son acte, un tiers vient s'acquitter de cette dette à sa place.

Là où le médecin devait demander à son patient de régler une certaine somme, le tiers payant vient retirer ce rapport à l'argent de la relation de soin.

La manière dont va être discutée cette dispense d'avance de frais peut donc nous éclairer sur la fonction que les médecins généralistes souhaitent adopter face à leurs patients dans l'accès aux soins.

## **B. Le choix du tiers payant : une pratique négociée entre le médecin et son patient**

Dans notre étude, la manière dont est abordée la question du tiers payant au sein de la relation médecin-patient est intéressante à analyser. En effet, elle semble s'inscrire singulièrement dans une démarche de négociation.

L'approche négociée de la relation médecin-patient est une des compétences du médecin généraliste, développée par le CNGE, dans son *"référentiel métiers et compétences des médecins généralistes"*.

Elle permet de prendre *"une décision adaptée à la situation et partagée avec le patient"* dans le cadre d'une *"approche globale"* et de la *"prise en compte de la complexité"* de la situation. [34]

Nous pouvons nous inspirer des différents niveaux de *"l'approche par négociation"*, établis par Girard et Grand'Maison, basés sur les travaux sociologiques de Botelho et Szasz-Hollender [37], pour repérer les différentes situations où se décide l'emploi du tiers payant.

### **1. Le niveau de passivité-contrôle ou autocratie**

*"Le patient joue un rôle passif et laisse le contrôle au médecin qui assure unilatéralement les soins de santé du patient"*

Nous remarquons ce rapport dans notre étude lorsque les médecins *"préviennent"* ou *"imposent"* la pratique du tiers payant. Le patient n'a pas d'autre choix que d'accepter cette décision.

Ces médecins considèrent alors que le tiers payant est la seule alternative au rapport à l'argent. Souvent, ils expriment leurs difficultés à demander un paiement à une population qu'ils jugent déjà fragilisée par la maladie.

## 2. Le niveau de dépendance-expertise ou parentalisme

*“Le patient fournit l’information nécessaire au médecin et adopte une position de dépendance. Il laisse une partie de son contrôle et de sa responsabilité au médecin qui, possédant l’expertise, domine la relation à la manière d’un parent et prend les décisions auxquelles le patient se conforme”*

Cette attitude se distingue dans les interviews lorsque les médecins demandent à leur patient de leur exposer leurs difficultés financières afin de justifier l’emploi d’une dispense d’avance de frais.

Ici, c’est le patient qui transfère à son médecin la compétence de discerner qui a besoin ou non d’un tiers payant.

## 3. Le niveau de coopération-partenariat

*“Le patient et le médecin se considèrent comme des partenaires responsables qui communiquent sur une base égalitaire lors des prises de décision. Ce niveau nécessite chez le médecin une perspective globale des soins de santé”*

Ce rapport se rencontre lorsque le médecin interrogé *“propose”* ou *“demande”* à son patient s’il a besoin du tiers payant pour régler la consultation.

La décision du tiers payant se prend donc conjointement et le médecin considère que le patient est autant capable que lui de juger de l’intérêt d’une dispense d’avance de frais.

#### 4. Le niveau de l'autonomie-facilitation

*“La relation est essentiellement contrôlée par le patient qui assume un rôle actif et dominant alors que le médecin se limite à celui de facilitateur”*

Nous constatons cette inversion du rapport de dépendance lorsque les médecins indiquent que le choix du tiers payant se fait d'après une exigence des patients.

D'autres médecins ressentent ce niveau de négociation vis-à-vis des patients en CMU, chez qui le tiers payant est systématique et obligatoire.

Certains expriment même que ces patients sont dépossédés de leur devoir de responsabilité par les organismes tiers payants et que cela se traduit par ce rapport d'exigence dans la relation médecin-patient.

Dans le prolongement de cette idée, d'autres médecins pensent être réduit à l'état de *“simple prestataire de services”* si la pratique du tiers payant se généralise.

Nous constatons ainsi dans notre étude que ces différentes situations, où se décide l'emploi du tiers payant, vont modifier le rapport initial de dépendance de la relation médecin-patient.

Nous pouvons ensuite nous demander comment les médecins vont se servir du tiers payant pour clarifier la position qu'ils veulent adopter dans la relation avec le patient.



## C. Ce que révèle le tiers payant sur la relation médecin-patient

La particularité de la relation médecin-patient est fondée sur un rapport de dépendance. Comment ce rapport de dépendance est-il bouleversé par l'introduction d'un tiers dans la relation ?

Nous pouvons explorer cette idée à la lumière des travaux de différents théoriciens de la relation de soin.

### 1. Eclairage "BALINT" sur les fonctions inhérentes du médecin

Le rapport de dépendance du patient envers son médecin est exploré par la psychothérapie relationnelle, inspirée des travaux du psychanalyste Michael Balint, selon trois niveaux de la fonction du médecin : [38]

- *"la fonction apostolique"*
- *"la fonction sacerdotale"*
- *"la fonction chamanique"*

#### a) La fonction apostolique

Elle est décrite par Michael Balint comme si *"tout médecin possédait une connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients"* [39]

Ce rapport de dépendance est exclusif, il impose aux patients de se plier aux représentations du médecin afin d'établir une *"atmosphère particulière et hautement individualisée de chaque pratique médicale, dont le résultat est, pour finir, la compagnie d'investissement mutuel"* [39]

D'après Balint, cette exigence aurait pour principale origine *"le paternalisme"*. Le médecin sait par nature ce qui est bon pour son patient, le but de cette attitude étant de devenir *"bon, bienveillant, avisé et efficace"* à ses yeux. [39]

Certains médecins participants choisissent en effet de pratiquer le tiers payant quand ils le jugent nécessaire. Cette qualité de discernement est marquée par le sentiment d'apporter ce qu'il y a de meilleur pour le patient. Le médecin a ainsi l'impression d'agir avec justesse, *"en bon père de famille"*.

Nous retrouvons cette attitude paternaliste chez certains médecins qui refusent catégoriquement de pratiquer le tiers payant pour mieux responsabiliser leur patientèle au coût de la santé.

De la même manière, le paternalisme est retrouvé dans l'attitude des médecins qui pratiquent systématiquement le tiers payant, afin de venir en aide à la population, incapable à ses yeux de subvenir financièrement à ses besoins.

Par ailleurs, nous remarquons la fonction apostolique lorsque les médecins refusent le tiers payant par crainte du dysfonctionnement du système de remboursement. En effet, le praticien est habitué à contrôler la relation médecin-patient, y compris la question de sa propre rémunération. Cette maîtrise de la relation crée un état de confiance aveugle du patient.

Or lorsque ce système de tiers payant présente une faille, le patient effectue naturellement un transfert de responsabilité sur le médecin en qui il a toute confiance. Ce dernier se sent alors obligé de se justifier à la place des AMO et AMC. Le tiers payant représente donc, pour ces médecins, une source de conflit avec le patient, car il introduit de la méfiance dans le colloque.

## **b) La fonction sacerdotale**

Elle est définie comme *“un rapport de confiance, voire de fusion”* entre le *“médecin-prêtre traditionnel”* et son patient. [38]

La maladie est alors vécue comme *“l’introduction d’un élément mauvais dans le corps du patient”* ou bien *“l’échappement d’un élément positif et indispensable du corps du patient”*. L’action de soin consistera donc à *“extirper”* l’élément néfaste ou à *“ramener le principe vital”* afin de retrouver un équilibre de santé chez le patient. [38]

Cette fonction sacerdotale se retrouve chez certains médecins de l’étude, qui pensent que se poser la question de la capacité de paiement viendrait parasiter la relation de soins. C’est pourquoi ils utilisent le tiers payant comme moyen de simplification de la relation médecin-patient en excluant le rapport à l’argent.

D’autres médecins endossent cette fonction pour une raison différente. Ceux-ci considèrent que la capacité de paiement fait partie intégrante de la bonne santé du patient, de sa dignité. Si le patient pense manquer de cette intégrité, il doit alors demander de l’aide à son médecin.

L’initiative de la proposition du tiers payant doit par conséquent venir du patient lui-même. Son médecin ne peut pas préjuger s’il aura des difficultés à régler les frais de la consultation.

L’utilisation d’un tiers pour le paiement serait vécue par le médecin comme un processus pathologique, une intrusion dans l’intégrité du patient.

C’est pourquoi l’utilisation du tiers payant pour ces médecins doit se faire après une demande motivée par le patient et dont le seul but serait de restituer l’intégrité du patient, en respectant sa dignité.

### c) La fonction chamanique

Dans ce rapport de dépendance, le médecin joue le rôle de *“l’homme-sorcier”*, c'est-à-dire l'intermédiaire entre le patient qui souffre et le concept allégorique de la santé. Le médecin agit par conséquent en tant qu'agent privilégié, qui *“intervient pour permettre le rétablissement de la santé du patient, en accord avec les lois de la nature”*. [38]

Transposée à la relation de paiement, nous pouvons remarquer cette attitude lorsque le médecin demande au patient de lui exposer ses difficultés à régler le prix de la consultation. Puis, en fonction de ces doléances, le médecin peut consentir à attribuer ou non une dispense d'avance de frais, qui doit rentrer dans les critères d'attribution des règles établies par les AMO ou de sa propre pratique du tiers payant.

## 2. Eclairage “ROGERS” sur la relation d'aide au patient

Plusieurs médecins interrogés considèrent que le tiers payant peut être un moyen d'aider le patient en difficulté financière à consulter, à se soigner.

Le psychologue Carl Rogers a défini en 1966, dans son *“Développement de la personne”*, une approche comportementale de la fonction d'aide du médecin. Il part du principe initial que, la relation médecin-patient étant inégale par nature, le thérapeute doit *“diriger toute son attention sur la personne et non sur le problème”*.

Pour l'aider dans cette entreprise, le médecin doit adopter trois attitudes qui permettent de *“favoriser chez l'individu une plus grande autonomie et une personnalité mieux harmonisée”* : [40]

- *“la congruence”*
- *“la considération positive”*
- *“l'empathie”*

### a) La congruence

*“La façon dont nous allons intervenir est aussi importante que ce que nous dirons. Le signifiant seul peut rendre crédible le signifié. L’attitude est plus parlante que le discours lui-même. La façon dont nous disons les choses doit être notre préoccupation fondamentale.” [40]*

Certains médecins participants utilisent cette attitude en refusant de pratiquer le tiers payant systématiquement. Ils préfèrent expliquer au patient les raisons de leur refus. Ils ont l’impression alors d’agir en accord avec leurs convictions.

D’autres médecins vont profiter du moment où ils pratiquent le tiers payant pour éveiller le patient au coût réel de la santé, comme si l’absence d’échange monétaire devait être compensée par une longue explication sur la rémunération différée du médecin.

### b) La considération positive

Carl Rogers la définit comme *“une attitude chaleureuse portée au client. Une attention qui ne soit pas possession, qui ne demande aucune gratification personnelle. C’est une manière d’être qui manifeste simplement « je vous porte attention » et non pas « je vous porte attention à condition que vous vous comportiez de telle ou telle manière »” [40]*

Nous retrouvons cette attitude chez certains médecins qui pensent que le tiers payant retire le rapport à l’argent de la relation de soins. Pour eux, recentrer la relation médecin-patient sur le seul soin permet de dépasser ce rapport prosaïque à l’argent.

Il leur apparaît alors plus bienveillant de se concentrer sur le patient plutôt que sur la question de la rémunération.

### c) L'empathie

Carl Rogers la définit comme *“une façon de sentir le monde intérieur de l'autre comme s'il était le nôtre, quoiqu'en n'oubliant jamais qu'il n'est pas le nôtre”* [40]

Beaucoup de médecins interviewés emploient cette attitude d'empathie lorsqu'ils pratiquent le tiers payant. Ils incarnent cette fonction d'aide pleinement, surtout lorsqu'ils agissent avec discernement. Ils ont ainsi l'impression d'être à l'écoute de tous les problèmes de leurs patients.

Certains médecins considèrent que cette attitude leur permet une prise en charge globale du patient, pas seulement les désordres physiques mais également les conséquences psychologiques et sociales que peuvent représenter la difficulté de l'avance des frais de santé.

Comme précédemment cité, cette notion de *“vision globale”* du patient est une des compétences établie par le CNGE dans son *“référentiel métiers et compétences du médecin généraliste”*. [34]

Par ailleurs, certains médecins refusent de pratiquer le tiers payant systématiquement car ils pensent que cette pratique exclut le thérapeute de cette fonction d'aide et d'écoute.

### 3. Eclairage "RICOEUR" sur le pacte de soins : une relation responsable

Le philosophe Paul Ricœur a établi le concept de *"Pacte de soins (...) comme une alliance scellée entre deux personnes contre l'ennemi commun, la maladie. L'accord doit son caractère moral à la promesse tacite partagée entre les deux protagonistes de remplir fidèlement leurs engagements respectifs. Cette promesse tacite est constitutive du statut prudentiel du jugement moral impliqué dans l' « acte de langage » de la promesse."* [41]

Tous les médecins de l'étude semblent accorder une place importante à ce rapport de responsabilité dans la relation médecin-patient. C'est pourquoi ils attendent de leur patient le respect de certaines règles de comportement pour garantir des soins de qualité.

Pour certains d'entre eux, le rapport à l'argent permet de maintenir cet état de responsabilité chez les patients. La règle établie, qui consiste à payer son médecin à chaque fois qu'on a affaire à lui, aurait pour principal but de provoquer une attitude raisonnée de l'accès aux soins.

C'est pourquoi ces médecins ne pratiquent pas le tiers payant sans discernement, de peur que le patient n'adopte une attitude irrespectueuse en venant consulter trop souvent.

Cette idée est basée sur le principe que le patient est par nature irresponsable et a besoin de moyens pour réguler sa consommation, raisonner son comportement.

La pratique du tiers payant est donc vécue par ces médecins comme la levée d'un frein non négligeable, nécessaire au bon déroulement de la relation et à l'éducation en économie de la santé.

Le corolaire de cette idée est abordée par d'autres médecins qui argumentent leur refus du tiers payant en constatant que les patients qui bénéficient déjà d'une dispense d'avance de frais systématique ont une attitude irresponsable vis-à-vis de la santé comme le non respect des créneaux de rendez-vous, de consultation à plusieurs sans en informer le médecin, des demandes exigeantes de soins ou des demandes exacerbées de prises en charge.

Ces médecins craignent que le tiers payant ne soit qu'un moyen néfaste de rompre le pacte de soins en déresponsabilisant les gens.

D'autres médecins contredisent cette théorie en constatant que chaque recours aux soins est justifié. Pour eux, ce serait plutôt l'avance des frais à chaque consultation qui freinerait la bonne prise en charge des patients.

Ce dogme *"un acte = un paiement"* créerait une attitude de rentabilisation de la consultation par les patients, qui profiteraient du seul temps qui leur est consacré et pour lequel ils payent, afin de régler tous leurs problèmes de santé.

Pour ces médecins, cette attitude irresponsable de consommation de la santé pourrait par conséquent se résoudre en utilisant le tiers payant. Ainsi, la relation médecin-patient s'affranchirait du rapport financier et permettrait de se concentrer sur le pacte de soins.

Finalement, le projet de généralisation du tiers payant permet d'ouvrir le débat sur l'intérêt du rapport à l'argent dans la relation médecin-patient.

En effet, certains médecins se demandent comment ils pourraient comprendre toute la complexité de la situation d'un patient et agir en conséquence s'ils sont aveugles de sa partie sociale et financière imposée par le tiers payant systématique.

Cependant, d'autres médecins pensent qu'une relation de soins, dénuée de toute transaction financière, n'empêche pas les deux protagonistes de se comprendre et d'agir en toute responsabilité face à la maladie.



## V. Le tiers payant invite le médecin généraliste à la réflexion sur la notion de valeur

Lorsqu'ils explorent les raisons pour lesquelles ils pratiquent ou non le tiers payant, les médecins de l'étude insistent tous sur le fait qu'il faille développer la valeur de l'acte médical.

### A. Une distinction sémantique de la valeur

Le terme de *“valeur”* peut revêtir deux significations différentes dans la langue française. Nous pouvons éclairer cette distinction à la lumière des travaux des différents théoriciens de l'économie.

#### 1. De la valeur-travail à la rémunération à l'acte

La première définition de la valeur, objective, renvoie à *“ce que vaut un objet susceptible d'être échangé, vendu, et en particulier, son prix en argent”* [42]

D'après les économistes Adam Smith et David Ricardo, le prix d'un bien ou d'un service peut être fixé au regard du temps de travail ainsi que des moyens techniques mis en œuvre qu'il aura fallu pour le créer. Il s'agit de la *“valeur-travail”*. [43]

Si nous adaptons cette théorie au domaine de la médecine générale, la santé peut donc être définie comme un besoin primaire pour la population. Le médecin propose ses services afin de satisfaire ce besoin. Il puise alors dans ses ressources (son temps, ses connaissances, ses compétences, son capital financier) afin d'apporter la plus grande satisfaction de la population.

En échange, le patient rémunère le médecin quantitativement, c'est-à-dire à chaque fois qu'il fait appel à lui et en fonction du type d'acte réalisé. Il s'agit de la logique de la rémunération à l'acte, principe fondamental de la médecine libérale.

Dans notre étude, tous les médecins généralistes s'accordent à dire que l'acte médical est un service qui possède une grande valeur-travail. Au cours de la même consultation, ils abordent à la fois des thèmes intellectuels et scientifiques mais aussi des gestes techniques et pratiques, dans le domaine du soin mais aussi dans ceux de la certification, de la santé publique, de l'éducation, de la prévention, du conseil et de l'administratif. Pourtant, que la situation soit simple ou complexe, toutes ces compétences restent concentrées dans le même acte qui ne sera rémunéré qu'une seule fois.

Certains médecins redoutent que la généralisation du tiers payant n'entraîne une surfacturation en réponse à une surconsommation des patients d'un acte qui perdrait de sa "valeur-travail" du fait qu'il ne soit pas suffisamment considéré.

Afin d'éviter cet effet inflationniste redouté, certains médecins interrogés souhaiteraient que l'acte médical soit revalorisé financièrement, en fonction du temps passé et de sa complexité.

## **2. De la valeur-utilité à la fonction d'estime**

La seconde définition de la valeur est d'ordre plus subjectif. Elle est alors définie par *"ce par quoi quelqu'un est digne d'estime sur le plan moral, intellectuel et professionnel"* [42]

Sur le plan économique, il s'agit de la difficulté à fixer le prix d'un bien ou d'un service basé sur l'utilité qu'il procure et non sur le temps de travail passé à le produire. Cette *"valeur-utilité"* est d'autant plus grande si le bien ou le service est unique en son genre et répond aux besoins d'un maximum de consommateurs. [43]

Le médecin est considéré par notre société comme un des seuls services compétents dans le domaine des soins. Sa valeur d'estime est par conséquent calculée en fonction de la place que la société lui donne.

En ce sens, le débat sur la généralisation du tiers payant, abordé dans notre étude, pose la question de la valorisation actuelle de l'utilité du médecin généraliste dans notre société.

Certains médecins souhaiteraient voir renforcer leur "valeur-utilité" en multipliant des messages de communication auprès de la population, afin de se sentir soutenu par les services publics sur la question du tiers payant.

D'autres médecins mettent, quant à eux, l'accent sur la poursuite de la politique d'accès aux soins primaires en favorisant un accès privilégié aux médecins généralistes, comme par exemple leur réserver l'usage du tiers payant ou améliorer le lien "médecine de ville-hôpital".

## **B. L'échange est porteur de valeur dans la relation**

Pour pouvoir exercer cet art complexe, le médecin généraliste a besoin de reconnaissance, c'est-à-dire qu'on lui témoigne de la considération dans les bienfaits qu'il apporte aux patients et à la société.

Pour beaucoup de médecins, la reconnaissance passe par la valeur financière qu'on lui attribue. Nous avons en effet défini précédemment comment la valeur d'un service pouvait se concevoir sur le plan économique via un échange d'argent.

Mais en fin de compte, au-delà de toute transaction financière, nous constatons dans notre étude, que le concept de l'échange en lui-même est considéré comme porteur des valeurs de l'acte médical.

Pour beaucoup de médecins interrogés, ce concept de l'échange est la garantie du respect de la valeur de l'acte médical. Il permet la reconnaissance du patient en cristallisant les valeurs de travail, de service rendu et de respect de la fonction de médecin.

Cependant, même si tous les médecins participants semblent d'accord pour considérer l'échange comme un vecteur efficace de la transmission des valeurs de l'acte, il n'empêche que la manière d'y parvenir, en gardant le rapport monétaire ou en utilisant le tiers payant, reste très partagée au sein de la profession.

## **C. Le tiers payant : créateur ou supprimeur de valeur ?**

Il est admis par tous les médecins participants que le tiers payant retire le rapport monétaire de l'échange qui conclut l'acte de la relation de soins.

Certains médecins craignent que le tiers payant ne dépossède la valeur de cet échange. Cette transaction est considérée comme le seul moyen d'acquiescer de la reconnaissance de la part du patient.

D'autres médecins considèrent que cette reconnaissance peut passer par d'autres voies que celle de l'argent.

### **1. Le tiers payant pose le problème de la notion de gratuité**

Plusieurs médecins interrogés refusent de pratiquer le tiers payant de peur que les patients ne considèrent leur service comme gratuit, donc sans valeur. Ce lien établi entre la gratuité d'un service et l'absence de valeur est intéressante à analyser.

La notion de gratuité est communément définie par un bien ou un service *“donné sans qu'il n'en coûte rien, dont on jouit sans payer”* [44]

Ces médecins se basent sur un des dogmes établis de notre société, celui de l'échange monétaire, qui consiste à définir un coût financier à la hauteur de la valeur d'un service ou d'un bien. Ce coût doit être supporté par la personne intéressée qui s'acquiesce alors d'un paiement en échange de ce bien ou de ce service.

Pour le théoricien économiste Milton Friedman, même si le consommateur ne paye pas le coût d'un bien ou d'un service, celui-ci doit être supporté à un moment par quelqu'un d'autre. En ce sens, la gratuité en économie n'existe pas. [45]

Il peut cependant exister une notion de travail bénévole "*qui est fait sans obligation, à titre gracieux*" [46] c'est-à-dire "*gratuitement et sans contrepartie*" [47]. Cette pratique non économique fait appel à des valeurs plus spirituelles comme le sacerdoce qui est le dévouement par le don de soi, ou l'altruisme, c'est-à-dire par "*souci désintéressé du bien d'autrui*" [48].

Le médecin généraliste à la possibilité de facturer "un acte gratuit", de façon purement altruiste et sans contrepartie financière. Ce comportement ultime et volontaire de gratuité n'est pourtant pas dénué de valeur pour certains médecins interrogés. Il a pour but de générer de la reconnaissance chez le patient nécessiteux. Pour d'autres, il accentue le rapport de dépendance du patient envers son médecin.

Pourtant avec le tiers payant ce n'est pas la même chose. En effet, lorsque le patient bénéficie d'une dispense d'avance de frais, cela ne signifie pas une absence de rémunération du médecin. Ce dernier sera payé secondairement par les assurances maladie du patient. Etant donné que la couverture maladie est assumée par des organismes collectifs (AMO publiques et AMC privées), le coût du tiers payant doit alors être supporté par la société.

Cette opposition d'arguments que nous constatons dans cette étude nous fait nous interroger sur l'origine de la considération que recherchent les médecins.

Doit-elle provenir uniquement d'un échange monétaire ou pas ?

Dans ce cas, doit-il être supporté par le patient ou par l'Etat ?

Certains médecins interrogés répondent à ces questions en revendiquant que la reconnaissance de leur travail doit passer par de multiples modes de considération, dont le rapport financier, la fidélité du patient et le soutien de l'Etat.

## 2. Le tiers payant : une évolution naturelle vers la solidarité

La santé est un *“besoin naturel”* ressenti par toute la population, de façon *“illimitée”*. La médecine, en temps que service répondant à cette demande, doit puiser dans des ressources qui sont par définition *“limitées”*. Il s’agit de ressources humaines encadrées par le nombre de médecins et de leur temps disponible, ainsi que de leurs connaissances et compétences, nécessaires pour répondre au besoin de la santé.

Ce rapport *“physiocratique”* établi par le médecin économiste François Quesnay dans son *“Tableau économique”* [49] peut nous expliquer pourquoi la santé a un coût global aussi élevé.

Pour permettre un accès égalitaire de toute la population à ce service onéreux, notre société s’est construite progressivement sur l’idée solidaire de la mutualité des ressources, afin que le patient en tant qu’individu n’ait pas à supporter seul le coût de sa santé.

Certains médecins participants justifient alors leur utilisation systématique du tiers payant dans la continuité de cette valeur de solidarité. Ils considèrent que les utilisateurs de leur service sont déjà suffisamment affaiblis par la maladie pour qu’ils n’aient pas à se soucier d’avoir à supporter seul le coût financier des soins.

Ces médecins disent alors être en parfaite adéquation avec la notion de solidarité développée par la Sécurité Sociale et ils acquièrent de la reconnaissance en appliquant cette valeur jusqu’au bout.

## 3. Le tiers payant : promouvoir un meilleur accès aux soins primaires au dépend de la perte du libéralisme médical ?

Certains médecins participants redoutent que la pratique du tiers payant soit une perte progressive de leur indépendance, qu’ils défendent dans la valeur du libéralisme médical.

Or, cette notion se base sur deux définitions différentes du libéralisme [50] :

- le libéralisme idéologique, c'est-à-dire la liberté d'agir par rapport aux habitudes de pensée, aux dogmes établis par les représentations hiérarchiques de la société.
- le libéralisme économique, c'est-à-dire celui qui est dicté par les seules lois du marché, qui permettent de fixer les prix des biens et des services en fonction de l'offre et de la demande.

Pour tous les médecins de l'étude, le libéralisme idéologique semble regrouper les valeurs suivantes : la liberté d'installation, la liberté de choix du médecin par le patient, le respect du secret et la liberté de prescription.

Cela est censé garantir aux médecins une attitude objective face au patient, en se concentrant sur leur mission première : promouvoir la santé.

Cette liberté leur permet aussi de garder un regard critique sur les dogmes établis par la société et le fait que le domaine de la médecine est une science en perpétuelle mutation.

Le libéralisme économique se rapporte plus au bon fonctionnement de l'entreprise privée du médecin. C'est pourquoi historiquement, la constitution des valeurs du libéralisme médical comprenait : la liberté de fixation des tarifs, le paiement à l'acte, directement par le patient et sans contrôle de l'Etat sur son fonctionnement.

Ces différentes valeurs permettaient aux médecins libéraux de prospérer en s'inscrivant dans une logique économique libérale, mais creusaient les disparités sociales dans l'accès à leur service.

Cette vision très libertaire de la médecine a été totalement repensée lors de la reconstruction de la société française d'Après-guerre avec l'avènement de la Sécurité Sociale. Elle a retiré notamment la liberté de fixation des prix par les médecins au nom du concept d'égalité d'accès aux soins. [51]

C'est pourquoi certains médecins interviewés prennent la libre décision de modifier leur logique de libéralisme économique en utilisant les différents outils d'accès aux soins créés par les assurances maladie.

Ils adhèrent par conséquent aux valeurs bienveillantes de solidarité qu'elles incarnent. Ces valeurs de solidarité font échos à leurs propres valeurs morales, syndicales et politiques d'accès aux soins. Ainsi, ils s'affranchissent du dogme de l'échange monétaire libéral comme seul créateur de valeur.

A contrario, d'autres médecins se sentent menacés dans leur libéralisme par le tiers payant qui introduirait l'Etat un peu plus au sein des décisions médicales, en verrouillant ce système libéral de l'échange, créateur de valeur.

Pour eux, accepter le tiers payant signifierait alors s'asservir un peu plus au fonctionnement des assurances maladie. Selon eux, l'unique but de l'Etat serait d'encadrer la pratique médicale, source infinie de dépense en période d'économie budgétaire, à l'heure où le financement des assurances maladies devient de plus en plus difficile.

C'est lorsqu'ils évoquent l'avenir de leur profession, si la généralisation du tiers payant est appliquée, que nous constatons ces deux lignes idéologiques de la médecine générale.

D'un coté, certains médecins considèrent que la généralisation du tiers payant va sonner la fin du libéralisme médical dans toutes ses valeurs.

Ils s'appuient sur ce proverbe populaire qui dit *"on ne se rend compte de l'importance des choses que lorsqu'on les perd"*.

Pour eux, le système actuel est déjà suffisamment interventionniste pour permettre un accès aux soins primaires raisonné de la population précaire.

Le reste de la prise de décision doit rester privé, afin de conserver la liberté à la fois du médecin mais aussi du patient.

D'autre part, certains médecins acceptent le concept de tiers payant généralisé mais souhaiteraient alors que leur statut de libéral s'apparente plus à celui d'un salariat.

Cette idée, initialement étonnante venant de la part de professionnels libéraux, est intéressante à explorer.



Elle ouvre la possibilité de concilier le monde de la médecine libérale et celui de la médecine sociale, longtemps opposés.

Tout en voulant garder objectivement leur liberté d'agir et d'exercer, ces médecins considèrent qu'adhérer aux valeurs de la Sécurité Sociale devrait leur permettre de bénéficier quelque part des avantages des salariés de la fonction publique.

Ils revendiquent une simplification de leurs charges sociales et fiscales qui passerait par l'établissement d'un salaire négocié avec l'Assurance Maladie.

Plusieurs médecins revendiquent d'autres avantages sociaux comme : une meilleure protection sociale, un mode de rémunération composite avec la rémunération à l'acte et la rémunération au forfait prenant en considération la particularité et la complexité des situations de soins en médecine générale ainsi que la valorisation des compétences dues à l'ancienneté.

## CONCLUSION

Les motivations actuelles des médecins généralistes du NPDC, à pratiquer ou non le tiers payant pour leurs patients, sont profondément marquées par un rapport d'ambivalence. Ils ont en effet tendance à éprouver ou à manifester simultanément deux types de sentiments opposés à l'égard d'un but commun : favoriser l'accès aux soins primaires.

Tout dépendra alors de l'investissement personnel que chaque médecin portera vis-à-vis du concept de son métier, tant sur le plan économique que sur le plan humain.

Il est établi que la pratique du tiers payant est répandue chez tous les médecins généralistes français et surtout dans le NPDC. Pourtant, les médecins de l'étude restent divisés sur le type de population à cibler et par-dessus tout, ils ne considèrent pas que cette pratique soit généralisable, en l'état actuel des choses.

Le médecin généraliste, en temps que chef de sa propre entreprise libérale, se doit de prospérer sur le plan économique. Pour cela, il peut s'aider, entre autres, du système de paiement en tiers payant. Cependant, il éprouve de la méfiance vis-à-vis des assurances maladies, qu'il ne juge pas assez fiables et efficaces en tant que partenaires économiques.

Par ailleurs, les médecins généralistes sont conscients que la difficulté d'avance de frais est un frein à se soigner, réel pour les patients précaires et potentiel pour le reste de la population. Le tiers payant est communément admis comme un outil de mesure de cette précarité, mais également comme un moyen d'améliorer l'accès aux soins primaires pour certains. Néanmoins, les médecins restent opposés à la levée pure et simple de ce frein d'accès à leur service, incarné par le tiers payant généralisé. Ils revendiquent un besoin fondamental de discerner

les situations nécessitant une dispense d'avance de frais, au nom de la vision globale du patient.

Le rapport à l'argent permet au médecin généraliste de se positionner au sein de la relation médecin-patient. C'est pourquoi le tiers payant n'a pour autre fonction que de révéler à quel niveau le médecin va positionner ce rapport d'argent dans le soin, que ce soit par une approche négociée, par un rapport classique de dépendance, par la fonction d'aide ou par le pacte de soins. Mais d'un autre côté, certains médecins généralistes utilisent le tiers payant afin de s'affranchir de ce rapport à l'argent en plaçant à un niveau supérieur le rapport de reconnaissance généré par la relation de soins.

Dans notre société de valeurs, quantifiées et quantifiables, la juste reconnaissance du médecin se définit traditionnellement par l'échange monétaire qu'on lui attribue. Toutefois, les valeurs plus spécifiques du médecin généraliste nécessitent une plus grande variété dans ses modes de gratification, qu'il adhère ou non au concept de tiers payant.

Outre les craintes superlatives qui guettent le médecin généraliste (surcharge administrative, surcoût financier, surconsommation des soins, surfacturation des actes) ainsi que la perte du libéralisme, la généralisation de la pratique de dispense d'avance de frais totale pour toute la population devrait permettre de placer le médecin généraliste au cœur de toutes les demandes de soins primaires.

Pour parfaire leurs motivations, les médecins généralistes proposent de recentrer le débat sur la valorisation de la médecine générale comme pivot central de l'accès aux soins, soutenue par les pouvoirs publics et mieux comprise par la population.

Un travail de recherche complémentaire pourrait être entrepris ultérieurement afin de mesurer l'impact réel qu'aura le tiers payant généralisé sur les pratiques quotidiennes des médecins généralistes.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Définitions : solidarité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 Apr 17]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/solidarit%C3%A9/73312>
- [2] Le portail du service public de la Sécurité sociale. Historique du système français de Sécurité sociale [Internet]. 2011. Available from: <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale>
- [3] Code de la sécurité sociale. - Article L322-2 et L322-3. Code de la sécurité sociale.
- [4] L'Assurance maladie. Le ticket modérateur [Internet]. 2011. Available from: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php>
- [5] Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), La généralisation de la couverture complémentaire en santé, rapport d'experts ; 18 juillet 2013 ; p 120
- [6] Ministère de la santé et des affaires sociales, Stratégie nationale de santé, feuille de route ; 23 septembre 2013 ; p 16
- [7] Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Complémentaire santé Mutuelle d'entreprise: les obligations de l'employeur [Internet]. 2015. Available from: <http://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/actualites/007383.html>
- [8] Institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES), Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), questionnaire auprès des ménages français ; 2010
- [9] Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), micro simulation INES-OMAR ; 2008
- [10] IRDES. Historique du ticket modérateur en France [Internet]. 2013. Available from: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-du-ticket-moderateur-en-france.pdf>
- [11] Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Présentation du projet de loi santé [Internet]. 2014. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention MT - conference de presse - \\_Projet de loi de sante.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Intervention_MT_-_conference_de_presse_-_Projet_de_loi_de_sante.pdf)

- [12] Marie E Roger J, Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville, rapport d'experts, Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ; juillet 2013
- [13] Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). La CSMF met en garde contre la généralisation du tiers payant, l'arbre qui cache la forêt [Internet]. 2015. Available from: [http://www.csmf.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=1688&Itemid=541#.VUnFAI7tmko](http://www.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1688&Itemid=541#.VUnFAI7tmko)
- [14] Bronner C. UGé Zapping n°76 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.uniongeneraliste.org/?ug-zapping-no-76>
- [15] Syndicat des médecins libéraux (SML). La généralisation du tiers payant n'est pas la bonne solution [Internet]. 2013. Available from: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=173-la-generalisation-du-tiers-payant-nest-pas-la-bonne-solution>
- [16] Leicher C. MG France envoie une lettre ouverte aux parlementaires [Internet]. 2015. Available from: <http://www.mgfrance.org/index.php/actualite/actions-en-cours/832-mg-france-envoie-une-lettre-ouverte-aux-parlementaires>
- [17] Aubin-Augier I, Mercier A et al, Introduction à la recherche qualitative, Exercer 2008;84:142-5
- [18] Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région NORD-PAS-DE-CALAIS Situation en 2013 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013. Available from: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord\\_pas\\_de\\_calais\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf)
- [19] Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en FRANCE Situation au 1er Janvier 2014 [Internet]. CNOM; 2014. Available from: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)
- [20] Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), taux de tiers payant par motif et par catégorie de médecin, Erasme national, régime général (hors SLM), étude de janvier à juin 2009
- [21] CNAMTS, taux de tiers payant par spécialité médicale, Erasme national tous régimes, étude de juillet à septembre 2012
- [22] CNAMTS, taux de tiers payant par département en nombre de décomptes, Erasme national tous régimes, étude de juillet à septembre 2012
- [23] Weil G. Introduction aux théories et aux concepts de l'économie [Internet]. Université Joseph Fourier de Grenoble 1; 2011. Available from: [http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble\\_1112/weil\\_georges/weil\\_georges\\_p01/weil\\_georges\\_p01.pdf](http://unf3s.cerimes.fr/media/paces/Grenoble_1112/weil_georges/weil_georges_p01/weil_georges_p01.pdf)
- [24] L'Assurance Maladie, Feuille de soins médecin, formulaire cerfa n°51070#02

- [25] L'Assurance maladie. ROSP Médecins traitants [Internet]. 2015. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet.php>
- [26] L'Assurance maladie. La télétransmission [Internet]. 2015. Available from: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-teletransmission/les-avantages-de-la-teletransmission.php>
- [27] L'Assurance maladie. SESAM Vitale dégradé [Internet]. 2009. Available from: [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/sesam-vitale-degrade\\_cote-d-or.php](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/sesam-vitale-degrade_cote-d-or.php)
- [28] Participation de l'assuré aux dépenses médicales : ticket modérateur ou forfait [Internet]. [cited 2015 May 5]. Available from: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F165.xhtml>
- [29] Définitions : précaire - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9caire/63295>
- [30] La loi de santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cited 2015 May 5]. Available from: <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>
- [31] Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé OMS, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- [32] Laplantine F. Anthropologie de la maladie, étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale européenne. Fayot coll. "Bibliothèque scientifique", 1992.
- [33] Drulhe M. Santé et Société, le façonnement sociétal de la santé. PUF, col. Sociologie d'aujourd'hui. 1996. p. 168.
- [34] CNGE et al, Le référentiel métiers et compétences médecins généralistes, sages-femmes gynécologues-obstétriciens, éditions Berger-Levrault, 2010
- [35] CNOM. Le Serment d'Hippocrate [Internet]. 2012. Available from: <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
- [36] Duhamel G, La revue des deux mondes, 1934
- Portes L : « Du consentement à l'acte médical » (Communication à l'Académie des Sciences Morales et Politiques, 30 janvier 1950), in A la recherche d'une éthique médicale, Paris, Masson et PUF, 1955, p. 170.
- [37] Girard G, Grand'Maison P. L'approche négociée modèle de relation patient/médecin. janvier 1993

- [38] Negrel MF Tosquellas J. PSYCHODRAME BALINT [Internet]. Centre interdisciplinaire de formation à la psychothérapie relationnelle CIFPR; 2012. Available from: <http://www.cifpr.fr/+Psychodrame-Balint+>
- [39] Balint M, Le médecin, son malade et la maladie, Paris, éditions Payot, 1960.
- [40] Rogers CR, Le développement de la personne, éditions Dunod, 1966
- [41] Ricœur P, Les trois niveaux du jugement médical, dans Paul Ricœur, Le Juste 2, Paris, Editions Esprit, 2001, p. 227-243.
- [42] Définitions : valeur - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 May 2]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/valeur/80972>
- [43] Encyclopédie Larousse en ligne - valeur bas latin valor -oris du latin classique valere valoir [Internet]. [cited 2015 May 2]. Available from: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/valeur/100648>
- [44] Définitions : gratuit, gratuite - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gratuit\\_gratuite/38001](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gratuit_gratuite/38001)
- [45] Friedman M. There's No Such Thing as a Free Lunch. Open Court Publishing Company. 1977.
- [46] Définitions : bénévole - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/b%C3%A9n%C3%A9vole/8739>
- [47] Définitions : gracieux, gracieuse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gracieux\\_gracieuse/37727](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gracieux_gracieuse/37727)
- [48] Définitions : altruisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2015 May 6]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/altruisme/2592>
- [49] Annie L. COT, « TABLEAU ÉCONOMIQUE, livre de François Quesnay », Encyclopædia Universalis [en ligne], consulté le 14 mai 2015. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/tableau-economique/>
- [50] Les mythes du libéralisme médical | MG Bretagne [Internet]. [cited 2015 Apr 17]. Available from: <http://www.mgbretagne.org/2012/12/312/>
- [51] Bizard AF. Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours [Internet]. Frédéric Bizard. [cited 2015 Apr 18]. Available from: <http://www.fredericbizard.com/2012/04/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/>

## **ANNEXES**



## Annexe 1 : Fiche récapitulative de l'étude

### **Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord Pas De Calais ?**

*Une réflexion des professionnels de santé maitres de stage des universités sur le projet de généralisation du tiers payant.*

#### Le contexte :

Le système de santé français a été qualifié par l'OMS en 2000 comme " *le plus performant en termes de dispensation et d'organisation des soins de santé* ".

En effet, la vocation de la Sécurité Sociale vise à garantir à tous les habitants du territoire français un accès aux soins et une protection égalitaire vis à vis du risque maladie.

D'ici 2017, la ministre de la santé Marisol Touraine propose de généraliser la pratique du tiers payant à tous les patients qui consultent en soins primaires. Les différents syndicats représentatifs des médecins généralistes semblent divisés sur ce projet de loi.

Outre la question de sa généralisation, se pose celle de votre rapport au tiers payant en tant que médecin généraliste libéral.

A ce jour, aucune enquête d'opinion n'a été réalisée sur le terrain, en dehors de toute étiquette politique ou syndicale, sur ce que pensent les médecins libéraux du tiers payant.

De plus, votre qualité de maitre de stage des universités vous donne un poids supplémentaire dans ce débat : celui de donner votre avis d'enseignant de la médecine générale sur la pratique du tiers payant dans le Nord Pas De Calais.

**François BERRET, interne de médecine générale, actuellement en stage SASPAS à l'UPL 15 du Haut Escaut, vous propose de participer à cette étude qualitative basée sur des entretiens semi-directifs et des focus-groups, dans le cadre de sa thèse d'exercice pour le Doctorat en Médecine.**

La durée moyenne d'un entretien individuel est de 15 minutes.

Des focus-groups peuvent également être organisés lors de vos réunions d'UPL avec vos internes.

**Intéressé(e) ? Merci de me contacter afin de convenir d'un Rendez-vous.**

Email : \*\*\*\*\*

tél : \*\*\*\*\*

## Annexe 2 : Formulaire de consentement et de participation à l'étude

Je soussigné Docteur.....

email : ..... tel : .....

**accepte de participer à l'étude** qualitative du chercheur François BERRET, intitulée " Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord Pas De Calais ?" en tant que médecin interviewé dans le cadre :

→ d'un entretien individuel

→ d'un focus-group

### Je reconnais avoir pris connaissance :

- du sujet de l'étude et d'avoir reçu une fiche récapitulative de l'étude.
- que l'entretien ou le focus group sera enregistré par le chercheur François BERRET via un dictaphone audio.
- que l'intégralité de l'entretien ou du focus group sera écouté et retranscrit mot pour mot en version traitement de texte (intégral verbatim) par les soins du chercheur.
- que l'identité des participants sera anonyme, seul le nom de la commune où se déroule l'interview sera connu.
- que si l'identité d'un tiers (confrère médecin, patient, famille etc.) est évoquée dans l'interview, celle-ci sera anonymisée par le chercheur dans le verbatim.
- que ce verbatim sera utilisé par le chercheur pour élaborer une arborescence des différents arguments concernant le sujet de l'étude.
- que cette arborescence servira de base à la partie "analyse et discussion" de l'étude.
- qu'une copie du verbatim de l'entretien ou du focus group sera adressée par email au participant.

Il est à noter que le participant peut à tout moment se retirer de l'étude ou exercer son droit de rectification du verbatim. Il doit pour cela en informer le chercheur par email (\*\*\*\*\*).

Fait en 2 exemplaires  
(un pour le participant, un pour le chercheur)

Le ....., à .....  
signature du participant

signature du chercheur

NB : ce travail de recherche a fait l'objet d'une déclaration préalable auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) le 19 mai 2014.  
ainsi qu'auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) Nord-Ouest IV le 19 mai 2014.

## Annexe 3 : Guide d'entretien – Questionnaire canevas

### Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord Pas De Calais ?

*Entretiens semi directifs et focus groups de Maitres de Stage des Universités autour de leur pratique actuelle du tiers payant à l'heure où est débattue sa généralisation.*

*Fiche chercheur*

#### Entretien Semi directif / Focus Group

1°) Recueil du formulaire de consentement signé pour la participation à l'étude et l'enregistrement audio de l'entretien (pour chaque participant).

Rappels au participant : anonymisation du verbatim, copie du verbatim au participant, droit de retrait ou correction

2°) Recueil de données épidémiologiques simples sur les participants qui ne figureront pas dans le verbatim : âge, sexe, années d'installation, commune d'exercice.

3°) Début de l'enregistrement audio, début de l'entretien.  
(individuel 15-20min, focus group 30-45min)

#### 4°) Questionnaire Canevas aidant le chercheur à cadrer l'entretien autour du thème de l'étude :

- Pratiquez-vous le tiers payant ou dispense d'avance de frais (DAF) chez vos patients ?

- Que pensez-vous de cette pratique ? Quels sont les raisons de votre positionnement ? (financières, philosophiques, par principe, politiques ou syndicales, côté pratique...)

- Pensez-vous que la notion de tiers payant améliore l'accessibilité aux soins primaires dans notre région ?

#### Cependant, en pratique quotidienne :

- Dans quelles circonstances ou sur quels critères pratiquez-vous le tiers payant ? Pourquoi ?

- Dans quelles circonstances le refusez-vous ? Pourquoi ? D'ailleurs, Peut-on refuser le tiers payant ?

- Que dites-vous à vos patients lorsqu'ils vous demandent de pratiquer le tiers payant ?

- Quelles informations donnez-vous spontanément à vos patients sur le tiers payant ? Et à vos stagiaires étudiants en médecine ?

- Savez-vous comment se fait le paiement de l'acte en tiers payant ? Etes-vous satisfait de la marche à suivre administrative ? Que souhaiteriez-vous comme améliorations ?

- Que pensez-vous de la proposition de loi de la Ministre de la santé rendant le tiers payant obligatoire d'ici 2017 en soins primaires ?

- Quel est votre avis alors sur l'effet qu'aurait la généralisation du tiers payant dans notre région ?

**AUTEUR : Nom : BERRET**

**Prénom : François**

**Date de Soutenance : jeudi 18 juin 2015 à 16h00, Pôle Formation**

**Titre de la Thèse : Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer ou non le tiers payant en région Nord Pas De Calais ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement : MEDECINE GENERALE**

**DES + spécialité : MEDECINE GENERALE**

**Mots-clés : tiers payant, accès aux soins, médecine générale**

**Résumé :**

**Contexte :** Le système de santé français a pour objectif de garantir un accès aux soins égalitaire et solidaire à toute la population. Or, la difficulté d'avance des frais par le patient avant son remboursement par les assurances maladie creuse les inégalités sociales. Les généralistes libéraux peuvent choisir d'utiliser le tiers payant pour dispenser le patient de l'avance des frais de santé. Au-delà du fait que cette pratique va devenir un droit pour toute la population d'ici 2017, qu'est-ce qui détermine actuellement les choix de ces médecins à pratiquer ou non le tiers payant ?

**Méthode :** Etude qualitative de phénoménologie analysant 13 entretiens semi-directifs et 2 focus groups de Maîtres de Stage des Universités de la région Nord-Pas-de-Calais, entre le 24 juin et le 18 juillet 2014. Elle repose sur un argumentaire élaboré, via les données d'un verbatim codé par fragments, grâce au logiciel de recherche QSR-NVivo10.

**Résultats :** Le tiers payant est considéré comme une pratique répandue et fréquente chez tous les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais. La pratique du tiers payant doit cependant se plier aux exigences de bon fonctionnement de l'entreprise libérale des médecins. Le tiers payant complexifie en effet la communication entre les différents payeurs du soin. Les généralistes emploient différents moyens de paiement, dont le tiers payant, pour améliorer l'accès aux soins des patients qu'ils jugent précaires. Ce discernement est revendiqué comme étant une compétence inhérente du médecin généraliste à prendre en charge le patient dans sa globalité. Par ailleurs, la décision du tiers payant résulte d'un processus de négociation entre le médecin et son patient. Le tiers payant révèle quelle importance le médecin donne au rapport à l'argent dans la relation de soins : de dépendance, d'aide ou de responsabilité. Enfin, les médecins veillent à promouvoir la valeur de leur travail. Pour certains, le paiement reste le déterminant de l'échange, vecteur des valeurs de l'acte médical. Pour d'autres, le tiers payant permet de dépasser le rapport financier en simplifiant la relation médecin-patient au seul soin.

**Conclusion :** Au-delà d'un rapport d'ambivalence entre favoriser l'accès aux soins primaires et conserver une indépendance idéologique et pratique, propre à la profession libérale, l'utilisation ou non du tiers payant révèle une conception singulière de la médecine générale, tant sur le plan économique que dans la vision de l'aide à autrui.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Raymond GLANTENET**

**Assesseurs : Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Madame Myriam HECQUET,**

**Docteur Gilles ROESCH (directeur de thèse)**