

UNIVERSITE TOULOUSE III –Paul SABATIER

FACULTES DE MEDECINE

Année 2016

2016 TOU3 1043

THESE
POUR LE DIPLOME D’ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Adeline LIQUIERE

Le 14/06/2016

**Pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées :
une enquête auprès de 181 médecins généralistes.**

Directeur de thèse : Dr Raymond THOMAS

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Monsieur le Docteur Serge BISMUTH

Monsieur le Docteur Raymond THOMAS

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U.

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique	M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Toxicologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. LARRUE Vincent	Neurologie	M. TACK Ivan	Physiologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. HAMDI Safouane	Biochimie	M. GASQ David	Physiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	Mme LEOBON Céline	Cytologie et histologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de votre aide et de vos conseils. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Je vous remercie de vous être montré intéressé par mon sujet de thèse et d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

A Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU,

Vous avez accepté de juger ce travail, soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse, je vous en remercie.

A Monsieur le Docteur Raymond THOMAS,

Je vous remercie de m'avoir suggéré ce sujet de thèse, d'avoir accepté avec enthousiasme d'encadrer mon travail. Merci pour votre disponibilité, votre aide et vos conseils.

A tous mes maitres de stages qui m'ont guidée et encouragée vers ce beau métier qu'est la médecine générale.

A tous mes co-externes et mes co-internes pour avoir partagé et enrichi ces 9 belles années d'études.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude.

A Thomas,

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

A mes parents,

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce parcours, d'être là pour partager l'aboutissement de mon travail.

A Hugo et Pierre-Louis, à cette complicité qui nous unit,

A toute ma famille qui m'a vu évoluer petit à petit, merci pour tous ces précieux instants partagés.

A Françoise et Daniel

Merci de m'avoir si gentiment accueillie dans votre famille,

A Martine pour ton coaching,

A Camille pour ton amitié, ton soutien et tes précieux conseils.

A Céline, Stéphane, Pablo, Elisa et toute la bande pour tous ces moments de partage et de détente qui rendent mon quotidien joyeux.

A Emilie et Fabien pour votre amitié toutes ces années, pour votre confiance pour entourer votre petite Faustine.

A Catherine, merci pour ton amitié et garde ce petit grain de folie.

Table des matières

1. Introduction	1
2. Matériel et méthode	3
2.1 Procédure de l'enquête	3
2.2 Elaboration du questionnaire	3
2.3 Diffusion du questionnaire	4
2.4 Analyse statistique	4
3. Résultats	5
3.1 Description de la population étudiée et des conditions d'exercice	5
3.2 Utilisation du tiers-payant	8
3.3 Analyse de l'utilisation du tiers-payant en fonction des caractéristiques des médecins et de leurs conditions d'exercice	10
3.4 Contrôle des remboursements et difficultés rencontrées	12
3.5 Motivations pour pratiquer le tiers-payant	18
3.6 Satisfaction	19
3.7 Freins à la pratique du tiers-payant	21
3.8 Motifs d'opposition à la généralisation obligatoire du tiers-payant	22
3.9 Perception du tiers-payant en général	24
4. Discussion	25
5. Conclusion	30
6. Bibliographie	34

7. Annexes	36
7.1 Questionnaire	38
7.2 Orientation d'exercice	43
7.3 Logiciel patient	44
7.4 Logiciel de gestion	45
7.5 Pratique du tiers-payant selon l'âge	45
7.6 Pratique du tiers-payant selon son milieu d'installation	46
7.7 Pratique du tiers-payant selon le département	46
7.8 Pratique du tiers-payant en fonction de l'origine sociale	47
7.9 Pratique du tiers-payant selon le type de cabinet	47
7.10 Pratique du tiers-payant selon le type de patientèle	48
7.11 Pratique du tiers-payant selon si les médecins ont une orientation d'exercice particulière ou non	48
7.12 Pratique du tiers-payant selon l'informatisation du cabinet	49
7.13 Pratique du tiers-payant selon si le médecin télétransmet ou non ses feuilles de soins	49
7.14 Temps hebdomadaire consacré à la vérification des remboursements des actes réalisés en tiers-payant (TP)	50
7.15 Perte de revenu mensuelle estimée en fonction du taux d'actes réalisés en tiers-payant	51
7.16 Perte de revenu moyenne selon que le médecin pratique le tiers-payant sur la part obligatoire ou la part obligatoire et sur la part complémentaire avec certaines mutuelles ou sur la part obligatoire et toutes les mutuelles	52
7.17 Délais de remboursement	53
7.18 Top 10 des motifs de rejet des feuilles de soins des médecins généralistes	54

1. INTRODUCTION :

L'enquête sur la santé et la protection sociale 2012 menée par l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) a mis en évidence que **16.5% de la population française âgée de 18 à 64 ans a déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des 12 mois précédents**. Parmi ces renoncements, **5.5% concernent le recours à la consultation d'un généraliste** ou d'un spécialiste (10.7% concernent le recours aux soins dentaires, 4 % la lunetterie). (1)

Afin de pallier le manque d'équité face à l'accès aux soins, la loi de Santé (2) portée par Marisol TOURAINE, promulguée le 26 janvier 2016, prévoit la généralisation du tiers-payant obligatoire en plusieurs étapes :

- A partir du 1^{er} juillet 2016 : les médecins généralistes pourront appliquer le tiers-payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection longue durée pour les soins en lien avec l'affection concernée ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- A partir du 31 décembre 2016 : les dispositions précédemment citées deviennent obligatoires.
- A partir du 1^{er} janvier 2017, les médecins généralistes pourront appliquer le tiers-payant sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie et cela deviendra obligatoire au 1^{er} novembre 2017.

Parallèlement les caisses d'assurances maladies obligatoires ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances doivent mettre au point un système permettant d'adresser aux professionnels de santé un flux unique de paiement facilitant leur vérification.

Cette disposition a été et reste toujours vivement critiquée par bon nombre de médecins généralistes.

Une première expérience d'extension de la possibilité d'appliquer le tiers-payant à une plus grande population a été menée de décembre 1998 à fin 2004 avec la **convention du 4 décembre 1998 (3)**, qui crée le **statut de médecin référent**. Signée entre les caisses et les organisations de médecins généralistes, elle permettait à tout assuré âgé d'au moins 16 ans de choisir, pour un an renouvelable, un médecin généraliste qui avait opté pour s'inscrire comme médecin référent. Il s'engageait ainsi à ne pas consulter d'autre médecin généraliste

sauf cas exceptionnel (urgence médicale, lorsqu'il était hors résidence ...) et il était dispensé de l'avance de frais.

De son côté, le médecin référent devait respecter un seuil maximal annuel d'activité compatible avec une médecine de qualité, ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires, prescrire à efficacité équivalente les médicaments les moins coûteux et tenir à jour une synthèse des antécédents du patient. Il percevait alors une rémunération tarifaire annuelle par patient de 150 francs à l'instauration du dispositif puis de 43.73€ en 2001.

Au total 1.2 millions d'assurés et 6100 médecins généralistes avaient adhéré à ce système. (4)

Actuellement, la loi permet aux médecins généralistes de pratiquer le tiers-payant dans certains cas de figures (5) : de façon obligatoire pour les patients bénéficiaires de la CMU-c, de l'AME ou en invalidité, les soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle, pour les consultations au cours desquelles une contraception ou des examens biologiques sont prescrits à une mineure de moins de 15 ans. Le médecin peut aussi le pratiquer, mais de façon non obligatoire, sur la part obligatoire des soins réalisés lors de la permanence des soins, ou sur la part obligatoire des soins dispensés aux patients dont le médecin est le médecin traitant s'il estime que le patient en question est en difficulté financière. Cependant la tolérance face à la dispense d'avance de frais, en dehors des cas obligatoires, est différente selon les caisses d'assurances maladies.

L'objectif principal de notre étude est : est-ce que les médecins généralistes pratiquent la dispense d'avance de frais en dehors des cas obligatoires en Midi-Pyrénées ?

Les objectifs secondaires sont :

- Définir pour quels patients les médecins généralistes pratiquent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Quelles sont leurs motivations ?
- Quels sont les freins à son application ?
- Quelles sont les craintes quant à sa généralisation obligatoire ?

2. MATERIEL ET METHODES :

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale basée sur des questionnaires soumis à des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Les données ont été recueillies et analysées de façon anonyme.

2.1 . Procédure de l'enquête :

Une première liste a été établie grâce à l'annuaire internet Les Pages Jaunes qui nous a permis de trouver les noms et coordonnées des médecins généralistes de Midi-Pyrénées en inscrivant les critères « médecin généraliste » et le nom de chacun des 8 départements de la région. 2671 médecins généralistes ont été trouvés, leur nom et coordonnées ont été associés à un numéro d'anonymat, inscrits dans un tableau du logiciel Excel puis randomisés grâce à la fonction « fonction rand ». Cette dernière a attribué à chaque médecin un chiffre de 1 à 5 inclus. Seuls ceux ayant obtenu le chiffre 1 ont été retenus, ce qui a donné une nouvelle liste de 526 médecins généralistes.

Les critères d'inclusion sont :

- L'installation en libéral en cabinet de médecine générale en Midi-Pyrénées,
- La pratique majoritaire de la médecine générale.

Les critères d'exclusion sont :

- Le mode d'exercice salarié majoritaire,
- Un mode d'exercice particulier exclusif,
- Les médecins retraités,

Au total, sur les 526 médecins sélectionnés, 498 répondaient aux critères et ont été retenus.

2.2 . Elaboration du questionnaire :

Les questions sont regroupées en 7 parties :

- la première partie : description du médecin et de son mode d'exercice (âge, sexe, année d'installation, lieu d'exercice, mode d'exercice particulier, origine sociale...),
- la deuxième partie : utilisation du tiers-payant,
- la troisième partie : difficultés rencontrées,
- la quatrième partie : motivations pour pratiquer la dispense d'avance de frais,
- la cinquième partie : les patients

- la sixième partie : les freins quant à la pratique du tiers-payant et les craintes quant à sa généralisation
- la septième partie : perception du tiers-payant par les médecins généralistes dans leur pratique actuelle et questions diverses

2.3 . Diffusion du questionnaire :

Les médecins sélectionnés ont été joints par téléphone entre le mois de septembre et le mois d'octobre 2015 pour la première fois. Le questionnaire leur a été proposé sous deux formes :

- une version papier
- une version réalisée sur Google Form.

Un délai de deux semaines a été demandé initialement, le taux de réponse étant faible nous avons prolongé ce délai jusqu'à un mois puis nous avons procédé à des relances téléphoniques ou par mail de octobre à mi-janvier 2016.

Nous avons clôturé le recueil de données le 10 février 2016.

2.4 . Analyse statistique :

Les résultats ont été rassemblés et encodés dans un tableau Excel.

Ce logiciel nous a permis de calculer les moyennes et écart-types qui ont été arrondis à 2 décimales.

Le site internet de statistique de l'Université de Jussieu (marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/) a permis de réaliser les comparaisons statistiques. Le test du «Khi-2 » et le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives, le test de « t de Student » et le test de Kruskal-Wallis pour comparer les variables quantitatives. Le seuil de significativité des données est fixé par p inférieur à 0.05.

3. RESULTATS

3.1 . Description de la population étudiée et conditions d'exercice :

Sur les 496 médecins répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion **456 ont accepté de répondre**. A la date de clôture du recueil de données, **181 questionnaires complétés ont été récupérés, le taux de réponse est donc de 36.49%**.

115 des médecins qui ont répondu sont des hommes soit 63.5%, 66 sont des femmes soit 36.4%.

L'âge des médecins interrogés varie de 31 à 77 ans, l'âge moyen de l'échantillon est de 52.93 ans (écart type : 10.10), l'âge moyen des hommes est de 55,5 ans et celui des femmes 48.5 ans. Ils sont installés depuis 21 ans et 10 mois en moyenne (écart type : 20 ans et 6 mois).

42 médecins (23.20%) ont une orientation d'exercice particulière (Annexe 2).

69 médecins (38.12%) exercent en milieu urbain, 43 (23.76%) exercent en milieu rural et 69 (38.12%) en milieu semi-rural.

126 médecins exercent en groupe soit 69.61%, 8 en maison de santé (4.42%), 47 travaillent seuls (25.97%).

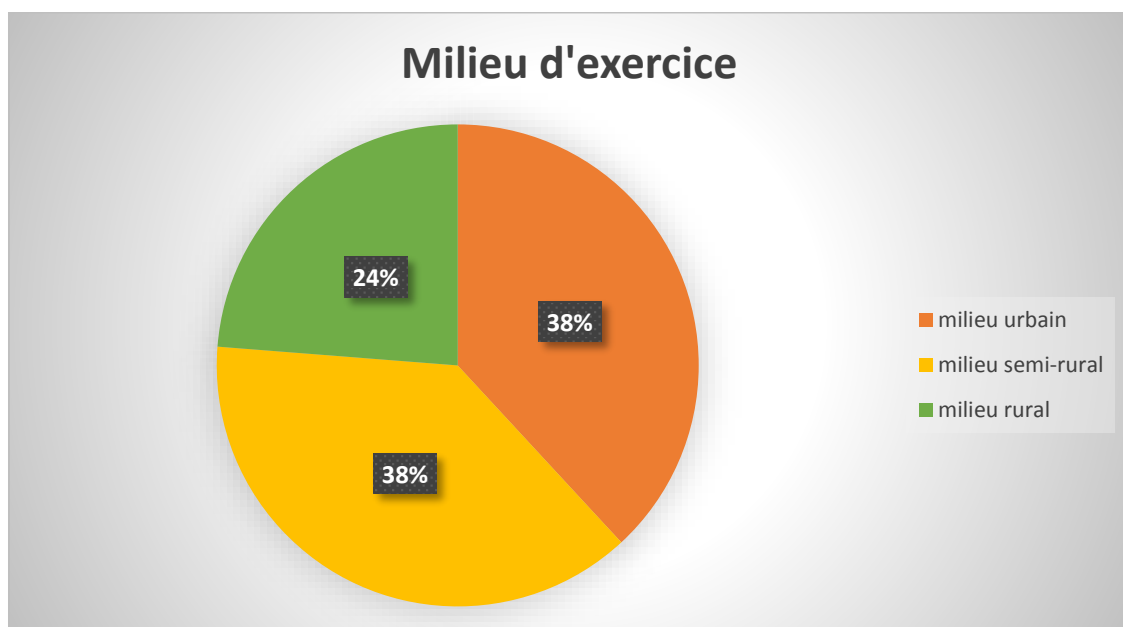


Figure 1 : milieu d'exercice des médecins de l'échantillon

Département	Effectif	Effectif sélectionné par département	% des réponses par département	% des réponses totales
Ariège (09)	6	20	30%	3.31%
Aveyron (12)	17	51	33.33%	9.39%
Haute-Garonne (31)	79	235	33.61%	43.65%
Gers (32)	11	37	29.73%	6.08%
Lot (46)	13	30	43.33%	7.18%
Hautes-Pyrénées (65)	17	38	44.74%	9.39%
Tarn (81)	21	55	38.18%	11.6%
Tarn et Garonne (82)	11	30	36.67%	6.08%

Tableau 1 : répartition des médecins répondant à l'enquête selon leur département d'installation

6 médecins n'ont pas indiqué dans quel département ils exercent.

Les origines sociales des médecins sont très diverses :

Origine sociale	Nombre	Pourcentage
Ouvrier	33	18.23%
Employé	30	16.57%
Cadre supérieur	41	22.65%
Artisan	7	3.87%
Commerçant	7	3.87%
Chef d'entreprise	5	2.76%
Agriculteur	7	3.87%
Profession libérale	39	36/39
Militaire	2	1.10%
Enseignant	4	2.20%
Fonctionnaire	3	1.66%
Fils de pasteur	1	0.55%
Pas de réponse	2	1.10%

Tableau 2 : répartition des médecins selon leur origine sociale

172 médecins (95%) sont informatisés (logiciel patient : annexe 3) et utilisent 24 logiciels patients différents. 83 (45.86%) se servent d'un logiciel de gestion (20 différents détaillés dans l'annexe 4)

180 médecins télétransmettent les feuilles de soins (99.45%), le pourcentage moyen de feuilles télétransmises est de 90.30%. 92 médecins (50.83%) utilisent aussi leur lecteur de carte vitale en visite et télétransmettent alors 92.2% des feuilles de soins.

133 médecins (73.48%) sont aidés par un secrétariat, 3 n'ont pas indiqué son rôle.

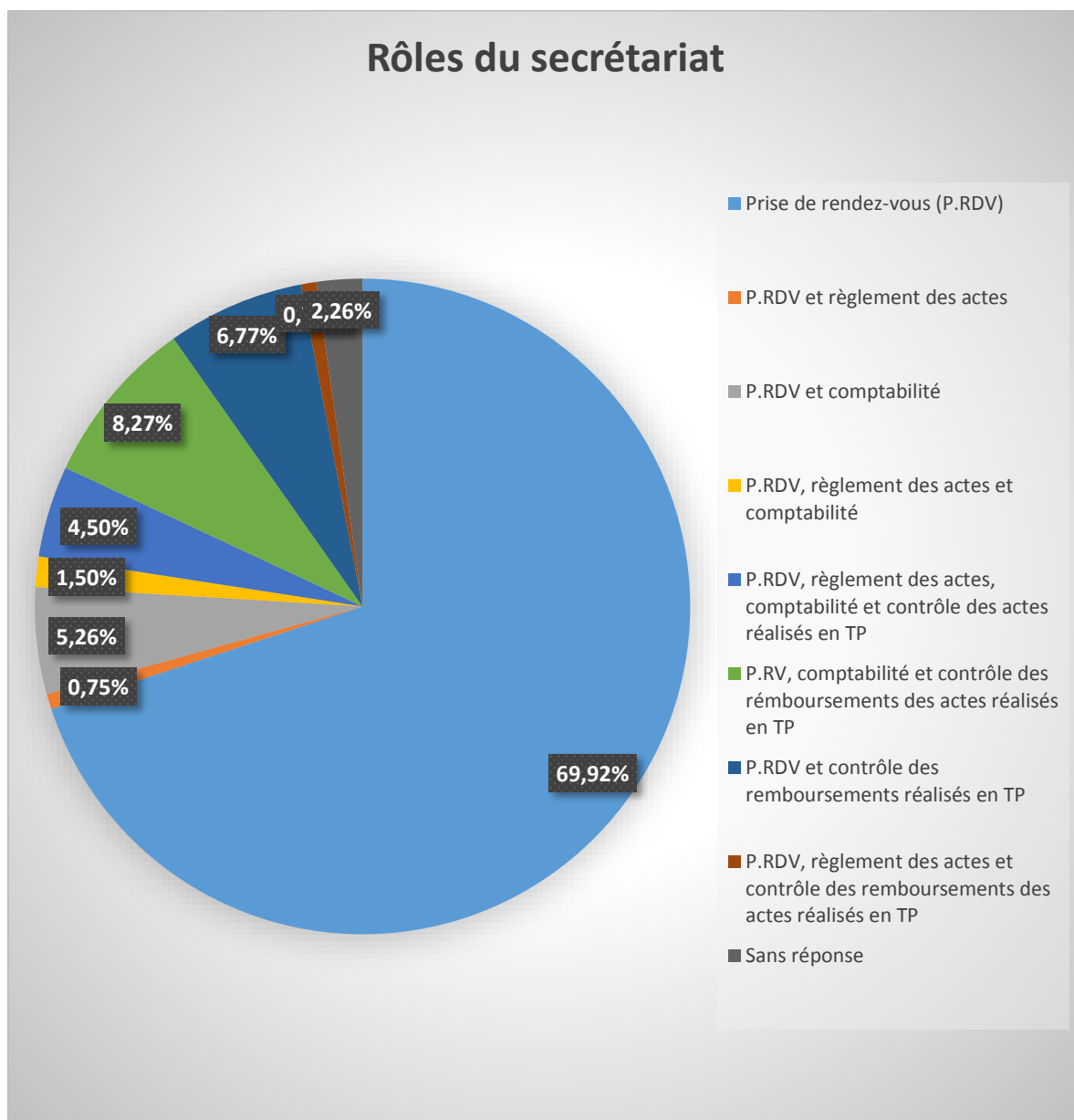


Figure 2 : rôles du secrétariat

3.2 Utilisation du tiers-payant :

10 médecins (5.52%) pratiquent le tiers-payant uniquement pour les cas obligatoires (CO), (patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME, patients en invalidité, soins en relation avec un accident de travail), donc 171 (94.48%) le pratiquent aussi en dehors des cas obligatoires :

- 116 médecins (64.09%) le pratiquent pour des patients bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS),
- 157 médecins (86.74%) le pratiquent pour des patients en ALD,
- 131 médecins (72.37%) le pratiquent aussi pour des patients qu'ils estiment en difficulté financière (tiers-payant social ou TPS).

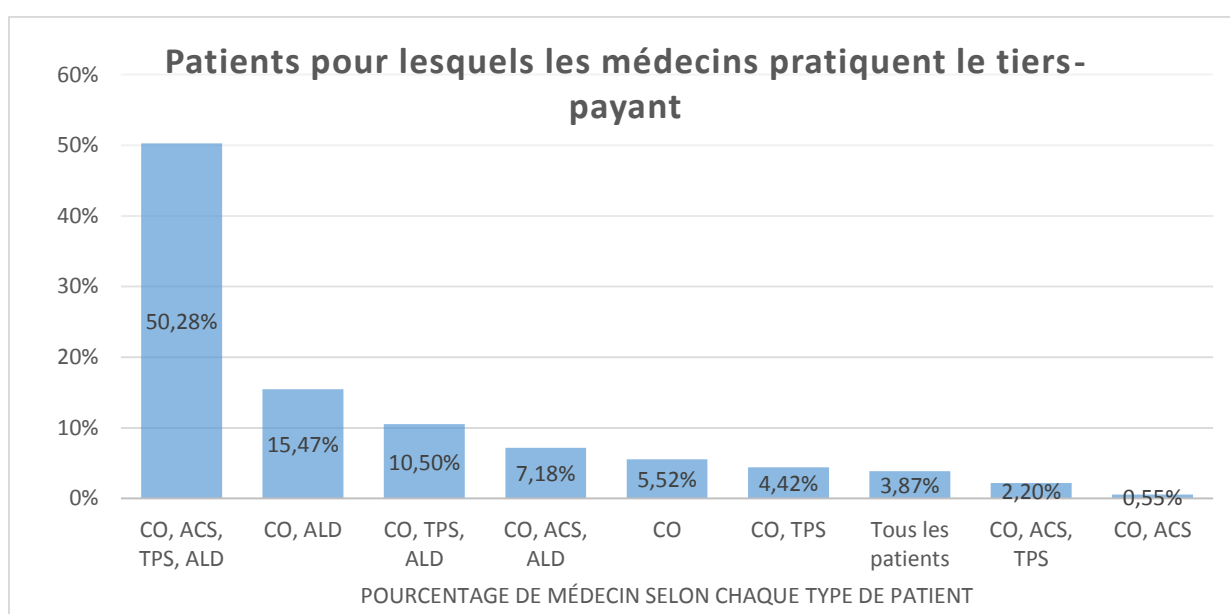


Figure 3 : types de patients pour lesquels les médecins pratiquent le tiers-payant.

En garde, 75 médecins (41.44%) pratiquent le tiers-payant uniquement pour les cas obligatoires, 89 médecins (49.17%) le pratiquent aussi pour des soins qui ne relèvent pas de cas obligatoires, 17 médecins (9.39%) n'ont pas fourni de réponse exploitable.

Parmi les 172 médecins pratiquant aussi le tiers-payant en dehors des cas obligatoires, **94 (54.97%) le pratiquent uniquement sur la part obligatoire**, **49 (27.07%) le pratiquent sur la part obligatoire et la part complémentaire avec certaines mutuelles** et **26 (15.20%) le pratiquent sur la part obligatoire et la part complémentaire**. 2 médecins (1.17%) n'ont pas répondu.

Sur les 75 médecins pratiquant le tiers-payant sur la part complémentaire pour des soins en dehors des cas pour lesquels cela est obligatoire, 22 (29.33%) ont dû signer des conventions avec les organismes de remboursement complémentaires.

La part déclarée d'actes réalisés en tiers-payant par les médecins pratiquant la dispense d'avance de frais varie de façon importante de 1% à 99%. Le graphique suivant en représente la répartition. Ils appliquent le tiers-payant pour en moyenne 31.75% des soins réalisés (écart type 22.35%, médiane 25%).

En intégrant les données des médecins ne pratiquant le tiers-payant que sur la part obligatoire, 30.80% des soins sont réalisés en tiers-payant.

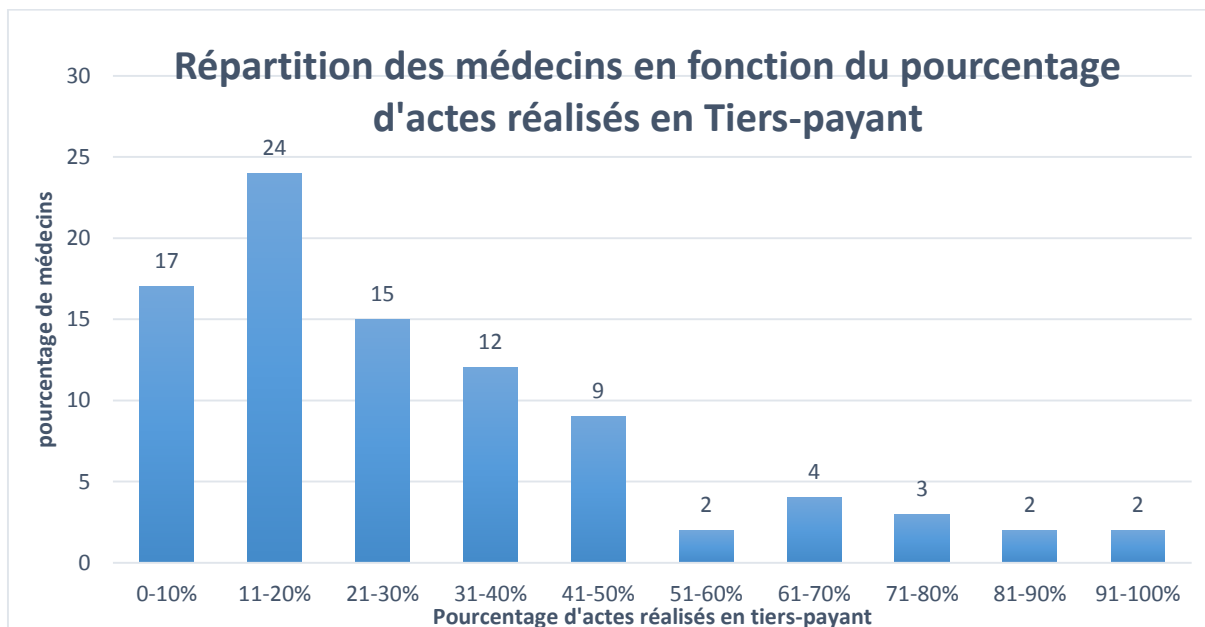


Figure 4 : répartition des médecins en fonction du pourcentage d'actes réalisés en tiers-payant

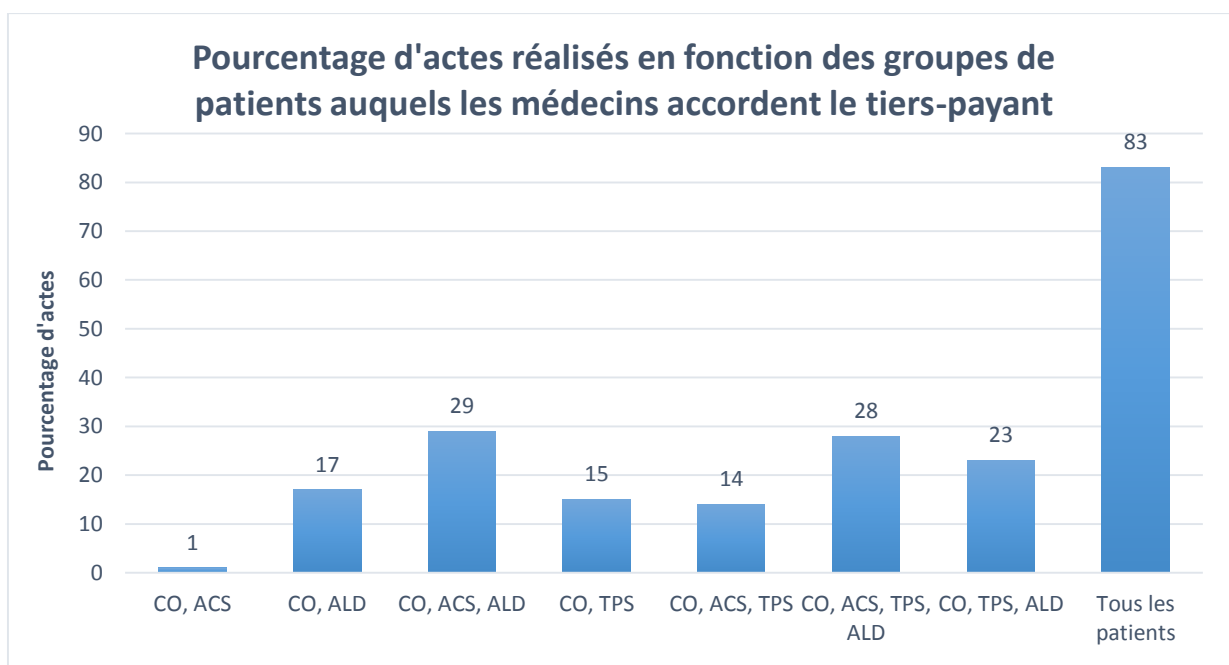


Figure 5 : pourcentage d'actes réalisés en fonction des types de patients auxquels les médecins accordent le tiers-payant

3.3. Analyse de l'utilisation du tiers-payant en fonction des caractéristiques des médecins et de leurs conditions d'exercice.

- Analyse selon le sexe :

108 médecins de sexe masculin (93.91%) et 63 médecins de sexe féminin (95.45%) pratiquent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires. La **différence entre les deux groupes est non significative** ($p=0.75$). La proportion d'actes réalisés en tiers-payant n'est pas significativement différente selon le sexe non plus (33.54% en moyenne pour les hommes, écart-type : 23.89%, 28.68% pour les femmes, écart type : 19.23%, $p = 0.17$).

- Analyse selon l'âge :

Nous avons analysé si la pratique du tiers-payant différait selon la tranche d'âge. 19 médecins âgés de 30 à 39 ans (95%) pratiquent le tiers-payant aussi pour des cas qui ne sont pas obligatoires ainsi que 45 médecins âgés de 40 à 49 ans (97.82%), 51 médecins âgés de 50 à 59 ans (94.44%) et 56 médecins âgés de plus de 60 ans (91.80%). **Il n'y a pas de différence significative entre ces différents groupes** ($p=0.61$). La proportion d'actes réalisés en tiers-payant (annexe 5) n'est pas non plus significativement différente ($p=0.37$).

- Analyse selon le lieu d'installation :

68 médecins exerçant en milieu urbain (98.55%), 37 médecins exerçant en milieu rural (86.04%) et 66 médecins exerçant en milieu semi-rural (95.65%) pratiquent le tiers-payant aussi en dehors des cas obligatoires. Les médecins travaillant en milieu urbain semblent être plus nombreux à utiliser la dispense d'avance en dehors des cas obligatoires ($p=0.025$). Cependant parmi les médecins pratiquant le tiers-payant en dehors des cas obligatoires, les médecins travaillant en milieu rural semblent le pratiquer de façon plus importante ($p=0.04$). (Annexe 6)

- Analyse selon le département :

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les médecins des différents départements en ce qui concerne la pratique ou non du tiers-payant en dehors des cas obligatoires (Annexe 7, $p=0.46$). Mais lorsque les médecins pratiquent le tiers-payant en dehors de cas obligatoires, la proportion d'utilisation est significativement différente ($p=0.07$), dans l'ordre d'utilisation décroissante : le Gers (moyenne 58%, écart-type : 15.49%), puis le Tarn et Garonne (moyenne : 45.57%, écart-type : 31.95%), puis le Lot (moyenne : 33.85%, écart-type : 28.30%), puis la Haute-Garonne (29.35%, écart-type :

21.63%) puis les Hautes-Pyrénées (moyenne : 28.20%, écart-type :16.39%), puis l'Aveyron (moyenne : 25.47%, écart-type : 14.06%), puis le Tarn (moyenne : 24.63%, écart-type : 15.07%) et enfin l'Ariège (moyenne : 20%, écart-type :6.12%).

- Analyse selon l'origine sociale des médecins :

Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans la pratique ou non du tiers-payant en dehors des cas obligatoires selon leur origine sociale ($p=0.77$), ni dans l'importance de cette pratique ($p=0.44$). (Annexe 8)

- Analyse selon le type de cabinet :

117 médecins exerçant en groupe (92.80%), 8 médecins exerçant en maison de santé (100%) et 46 médecins exerçant seuls (97.87%) pratiquent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires. Il n'y a pas de différence significative entre ces trois groupes ($p=0.55$). La proportion d'actes réalisés en tiers-payant (annexe 9) n'est pas non plus significativement différente du point de vue statistique ($p=0.39$).

- Analyse selon le type de patientèle :

Les médecins utilisent différemment la dispense d'avance de frais selon qu'ils considèrent que leur patientèle est défavorisée ou non. Ainsi les 17 médecins qui estiment que leur patientèle est défavorisée pratiquent la dispense d'avance de frais aussi en dehors des cas obligatoires soit 100 % alors que 135 des médecins considérant que leur patientèle est hétérogène soit 95.74% et 23 des médecins qui estiment que leur patientèle est aisée soit 82.61% la pratiquent. Cette différence est statistiquement significative ($p=0.045$). Lorsqu'ils utilisent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires, le degré d'utilisation est aussi significativement différent statistiquement ($p=4*10^{-5}$). (Annexe 10)

- Analyse selon l'orientation d'exercice :

38 des médecins ayant une orientation d'exercice particulière (soit 92.68%) et 133 des médecins n'ayant pas d'orientation d'exercice particulière (soit 95%) utilisent le tiers-payant aussi en dehors des cas obligatoires à hauteur de 31.81% des actes réalisés. La différence entre ces deux groupes n'est pas statistiquement significative ($p=0.70$). (Annexe 11)

- Analyse selon l'informatisation du cabinet :

164 des médecins informatisés (95.35%) et 7 des médecins non informatisés (77.78%) utilisent le tiers-payant aussi en dehors des cas obligatoires, cette différence est statistiquement significative ($p=0.025$). Le taux d'actes réalisés en tiers-payant n'est pas statistiquement différent entre les deux groupes ($p=0.10$). **Aucune différence statistiquement significative n'est non plus observée entre les médecins utilisant ou non un logiciel de gestion.** (Annexe 12)

- Analyse selon le taux de télétransmission :

Un seul médecin ne télétransmet pas ses feuilles de soins et il pratique le tiers-payant pour les cas obligatoires mais aussi pour des cas non obligatoires à hauteur de 10% des soins réalisés. Il n'y a pas de différence statistiquement significative avec entre lui et les médecins qui télétransmettent ($p=0.2$).

Au sein du groupe des médecins qui télétransmettent leurs feuilles de soins, nous pouvons isoler deux groupes : les médecins qui télétransmettent les feuilles de soins réalisées en visite et ceux qui ne les télétransmettent pas. 93 soit **100 % des médecins qui utilisent leur lecteur de carte de vitale à domicile pratiquent le tiers-payant y compris en dehors des cas obligatoires** contre 78 soit 89.66% dans le groupe des médecins qui n'utilisent pas leur lecteur de carte à domicile, cette différence est statistiquement significative ($p=0.00059$). Cependant, le taux d'actes réalisés en tiers-payant n'est pas différent statistiquement ($p=0.44$). Le taux de pratique et le taux d'actes réalisés en tiers-payant ne varient pas en fonction du taux de télétransmission (respectivement $p=1$ et $p=0.407$). (Annexe 13)

3.4. Contrôle des remboursements et difficultés rencontrées :

- Contrôle des remboursements :

Parmi les 171 médecins pratiquant le tiers-payant y compris pour des soins en dehors des cas obligatoires, 55 médecins soit **32,16% ne contrôlent jamais les remboursements** des actes réalisés en tiers-payant, 74 soit **43,27% contrôlent partiellement leurs remboursements** et 42 soit **(24.56%) contrôlent tous leurs remboursements**.

Ce contrôle est réalisé soit :

- Par le médecin lui-même : 97 cas (83.6%)
- Par le médecin et le secrétariat : 5 cas (4.31%)
- Par le secrétariat uniquement : 14 cas (12.07%)

- Par le conjoint du médecin : 3 cas (2.59%)
- Par le médecin et son conjoint : 2 cas (1.72%).

Le **temps moyen** consacré au contrôle des remboursements des actes réalisés en tiers-payant est de **1h21min par semaine** avec un écart-type de 1h11min, plus précisément il est de 1h hebdomadaire en moyenne lorsqu'ils ne sont que partiellement vérifiés et de 1h53 min hebdomadaire lorsqu'ils sont vérifiés dans leur intégralité ($p=0.003$).

Le temps consacré au contrôle des remboursements réalisés en tiers-payant semble augmenter en fonction de la part d'actes réalisés en tiers-payant mais la différence est non statistiquement significative ($p=0.70$). (Annexe 14)

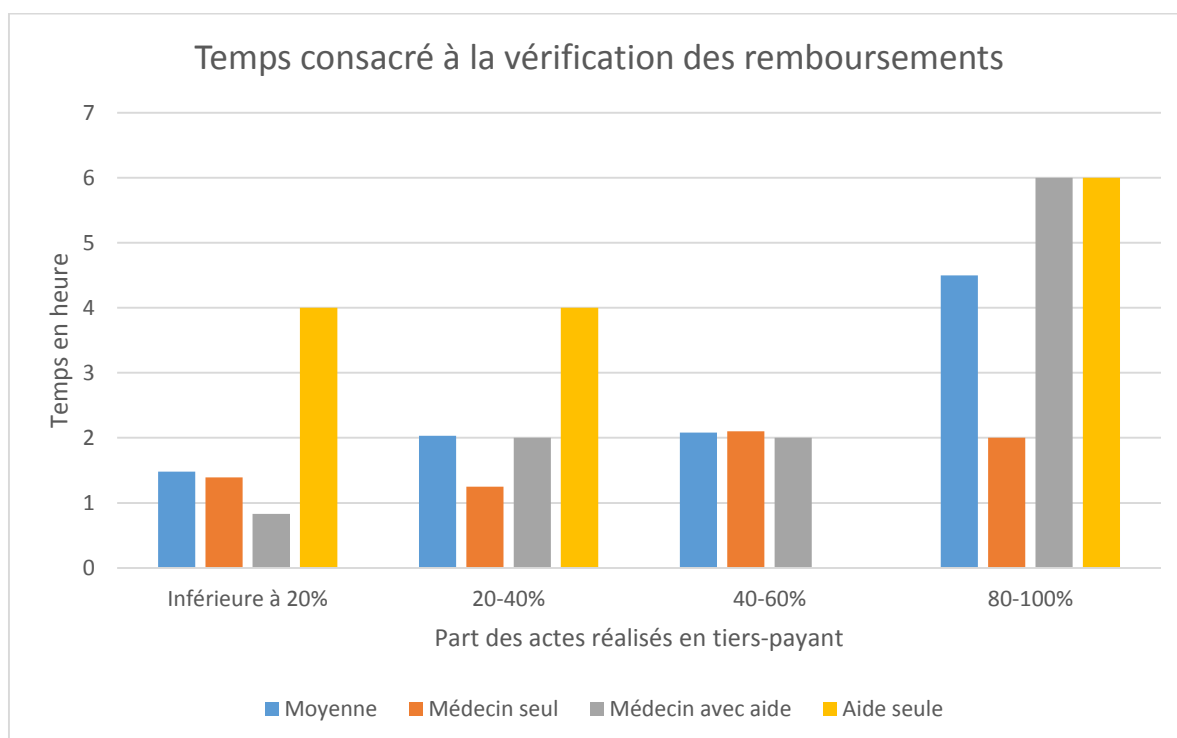


Figure 6 : Temps consacré à la vérification des remboursements par semaine, par les médecins et leurs aides

Le temps dédié à la vérification des remboursements est plus important quand il est réalisé par une aide (secrétaire ou conjoint : 4 heures) que quand il est réalisé par le médecin seul (1heure et 36 minutes) ou par le médecin et une aide (1heure et 20 minutes). ($p=0.014$)

78 médecins de l'échantillon sont équipés d'un logiciel de gestion. Pour 54 médecins (69.23%), ce logiciel aide au contrôle du remboursement des actes réalisés en tiers-payant, pour 17 personnes (21.79%), ce logiciel n'apporte aucune aide, 7 personnes n'ont pas répondu.

Sur les 121 médecins contrôlant les remboursements réalisés en tiers-payant, **51 médecins (42.15%) indiquent que le contrôle n'est pas toujours possible pour la part**

remboursée par les régimes obligatoires, 68 médecins (56.20%) affirment arriver à contrôler ces remboursements, 2 médecins ne se sont pas prononcés.

Pour ce qui est de la part remboursée par les régimes complémentaires, 41 médecins sur les 48 pratiquant le tiers-payant sur la part complémentaire et contrôlant les remboursements (85.42%) indiquent que ce contrôle n'est pas toujours possible contre 6 médecins qui arrivent à effectuer tous ces contrôles, 1 médecin ne s'est pas prononcé.

- Difficultés rencontrées lors des remboursements

Les difficultés rencontrées et rendant, dans certains cas, impossible la vérification des remboursements sont de différentes sortes et surtout **chronophages**.

Tout d'abord, **en ce qui concerne le contrôle des remboursements provenant des régimes obligatoires**, 48 médecins pointent le fait que lors des « retours Noémie » rendant compte des remboursements effectués par les caisses, ceux-ci apparaissent groupés. Le détail des remboursements par acte et par forfait n'est pas toujours fait, une seule somme globale apparaît. De plus, lorsque le détail des actes est donné, chaque acte est relié à un numéro de sécurité sociale et non au nom du patient, le recoupement est alors plus long. Un médecin indique aussi que le contrôle du remboursement des actes réalisés en tiers-payant dans le cadre d'un Accident du Travail est quasi-impossible, car non détaillé et survenant longtemps après la réalisation des actes, après la clôture de l'Accident du Travail en question. Ces difficultés sont particulièrement marquées lorsque les patients dépendent du RSI selon 2 médecins, les remboursements survenant de façon plus tardive.

En ce qui concerne le contrôle des remboursements des régimes complémentaires, les principales plaintes concernent l'opacité des mutuelles. 73 médecins indiquent que le décompte des remboursements peut se présenter sous plusieurs formes différentes : sous forme de mail, par courrier ou sont à récupérer sur le site internet de l'organisme, parfois les médecins n'arrivent pas à se les procurer. Sur ce compte-rendu les remboursements peuvent apparaître groupés rendant le recoupement impossible. 9 médecins témoignent du fait que le délai de remboursement peut être très long ou que la date indiquée sur le remboursement est celle à laquelle le remboursement en question a été réalisé et non l'acte médical, ceci rendant le recoupement entre les actes et leur remboursement impossible. Ces difficultés sont potentialisées par le fait que le nombre de régimes complémentaires et donc des interlocuteurs est important (21 médecins) et pas toujours joignables (8 témoins). Quatre des médecins interrogés relatent aussi que les patients ne connaissent pas toujours leur organisme complémentaire ou en changent sans les tenir au courant ce qui complique la demande de remboursement.

- Perte de revenu :

La majorité des médecins utilisant la dispense d'avance de frais estiment avoir des pertes de revenu. En effet **137 médecins (80.12%)** déclarent des pertes, 11 (6.43%) pensent ne pas en avoir, 19 (11.11%) n'ont pas fourni de réponse exploitable.

Ces pertes de revenu sont très variables, elles varient de 16 euros à 1250 euros par mois. **La moyenne est de 187.14 euros par mois** avec pour écart-type 191,29 euros. Les médecins qui pratiquent le plus le tiers-payant (plus de 60% des actes) semblent moins déclarer avoir des pertes de revenu (66.67%) que ceux qui le pratiquent moins (81.16%), mais cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0.68$). (Annexe 15)

Le tableau ci-après résume la perte moyenne de revenu déclarée par les médecins ainsi que les écart-types selon qu'ils pratiquent ou non le tiers-payant en dehors des cas obligatoires et aussi selon la part d'actes réalisée en tiers-payant.

	Médecins pratiquant le TP uniquement pour les cas obligatoires	Médecins pratiquant le tiers-payant y compris en dehors des cas obligatoires				
		Moins de 20% des actes réalisés en TP	20-40% des actes réalisés en TP	40-60% des actes réalisés en TP	60-80% des actes réalisés en TP	80-100% des actes réalisés en TP
Perte de revenu moyenne	45€	149€	192.97€	120.46€	350€	125€
Ecart-type	21.21	118.68	239.33	97.33	357.77	50

Tableau 3 : perte de revenu moyenne par mois déclarée par les médecins pratiquant ou non le tiers-payant.

Si on regarde plus en détail, les médecins pratiquant le tiers-payant sur la part obligatoire et la part complémentaire semblent déclarer plus fréquemment subir des pertes de revenu que ceux le pratiquant uniquement sur la part obligatoire : 51 médecins pour le premier groupe, soit 98% contre 72 médecins pour le second groupe soit 90%. Cependant cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0.088$)

En ce qui concerne la perte subie en elle-même, les médecins pratiquant le tiers-payant en dehors des cas obligatoires uniquement sur la part obligatoire déclarent en moyenne perdre une somme moins importante que ceux pratiquant le tiers-payant sur la part obligatoire et la part complémentaire. En effet, les médecins pratiquant le tiers-payant

uniquement sur la part obligatoire ont une perte mensuelle évaluée à 112,32 euros en moyenne (écart-type : 101,19), ceux le pratiquant sur la part obligatoire et la part complémentaire ont une perte mensuelle de 248,33 euros (écart-type : 250.52). Cette différence est statistiquement significative ($p=0.0040$). (Annexe 16)

Malgré le fait que 80 % des médecins estiment subir des pertes de revenu en pratiquant le tiers-payant, ils font majoritairement confiance aux caisses pour les rembourser.

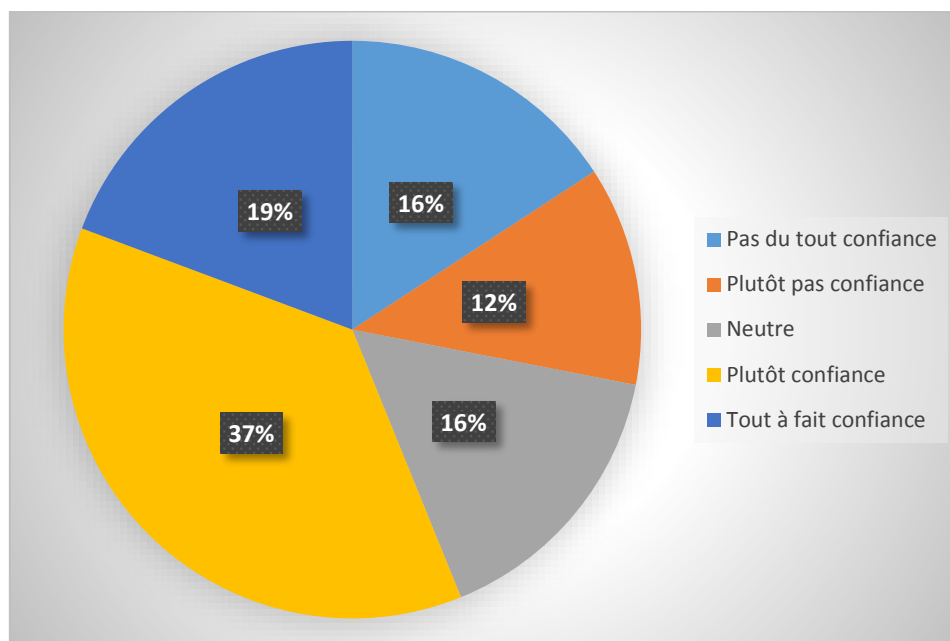


Figure 7 : Confiance accordée aux caisses par les médecins pour effectuer les remboursements.

- Rejet des feuilles de soins :

142 médecins utilisant la dispense d'avance de frais y compris en dehors de cas obligatoires (soit 83.04%) **affirment avoir des rejets de feuilles de soins**, 22 médecins soit 12.87% affirment ne pas en avoir. 6 médecins faisant le tiers-payant uniquement pour les cas obligatoires (85.71%) constatent avoir des rejets de feuilles de soin et 1 seul (14.29%) dit ne pas en avoir. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre ces 2 groupes ($p=1$).

Le taux moyen de feuilles de soins rejetées est de 2.60% avec un écart-type de 3.36.

Le taux moyen de rejet des feuilles de soins n'est pas significativement différent au niveau statistique entre les médecins ne pratiquant le tiers-payant uniquement sur la part obligatoire (taux moyen : 3.25%) et les médecins pratiquant le tiers-payant sur la part obligatoire et la part complémentaire (taux moyen : 3%), ($p=0.376$).

Les **motifs de rejet des feuilles de soins** avancés par les médecins sont :

- l'absence de médecin traitant déclaré
- le non-respect du parcours de soin : le fait que le médecin faisant le tiers-payant ne soit pas le médecin traitant du patient et ne signale pas quel rôle il joue auprès du patient (médecin traitant de substitution, patient consultant en urgence ou hors résidence ...)
- le fait que les droits ne soient pas à jour,
- les erreurs de la part des caisses qui remboursent le patient et non le médecin,
- le fait que le patient ne sache pas quelle est sa caisse d'assurance maladie (lorsque la feuille de soin est sous forme papier) ou quelle est sa mutuelle.
- pas de cause identifiée ou cause énoncée par la caisse de façon codée et incompréhensible.

Les médecins n'ont pas su indiquer quelle part de feuilles de soins rejetées est attribuable à chaque cause citée.

- Délai de remboursement :

Le graphique suivant représente les délais de remboursement pour les feuilles de soins électroniques.

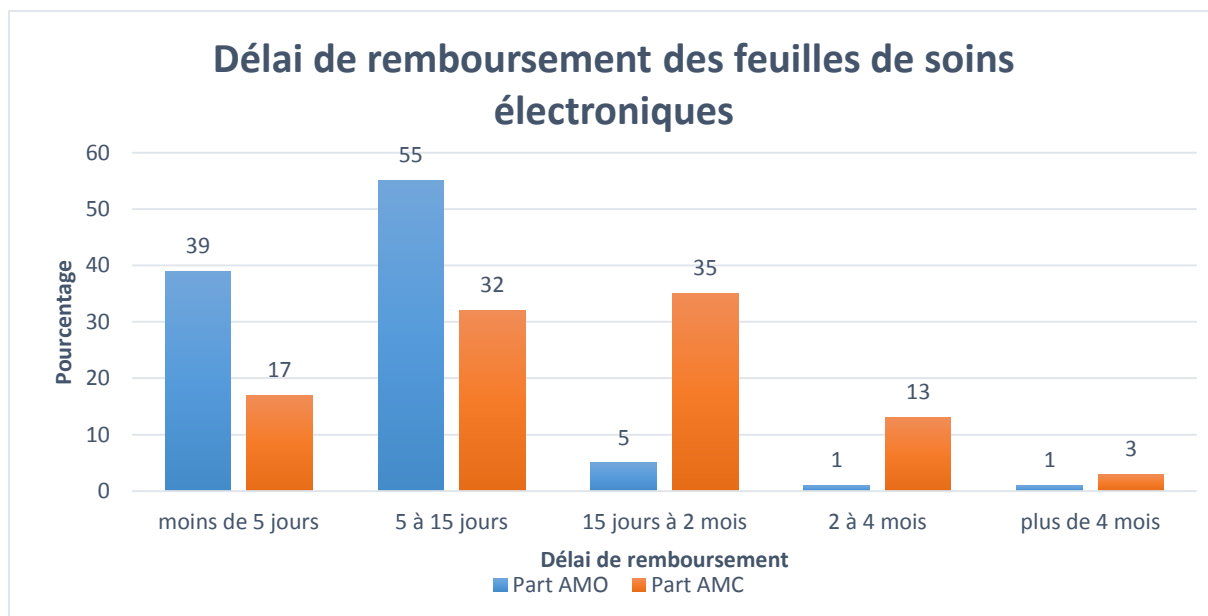


Figure 8 : Délai de remboursement des feuilles de s électroniques

Le délai de remboursement pour les feuilles de soins électroniques ne semble pas être différent entre ceux qui pratiquent majoritairement le tiers-payant (part des actes réalisés en tiers-payant supérieure à 50%) et les autres médecins ($p=0,69$). Ce délai n'est pas non plus statistiquement différent selon les départements ($p=0.52$).

Le graphique suivant représente les délais de remboursement pour les feuilles de soins papier.

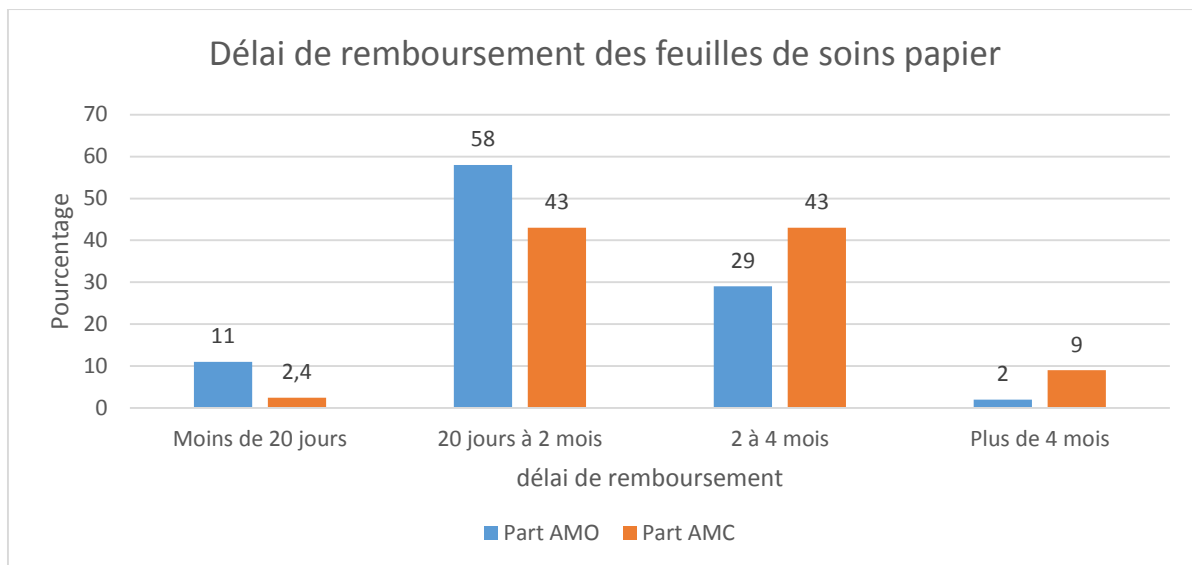


Figure 9 : Pourcentage de feuilles de soins en fonction du délai de remboursement

Le délai de remboursement pour les feuilles de soin électroniques ne semble pas être différent entre ceux qui pratiquent majoritairement le tiers-payant (part des actes réalisés en tiers-payant supérieure à 50%) et les autres médecins ($p=0,6$). Ce délai n'est pas non plus significativement différent statistiquement selon les départements ($p=0.62$). (Annexe 17)

3.5 Motivations pour pratiquer le tiers-payant

Les motivations des médecins généralistes pour pratiquer la dispense d'avance de frais y compris en dehors des cas obligatoires sont de différents ordres.

Le plus souvent, les médecins l'utilisent car il facilite le paiement des honoraires :

- 135 médecins (79%) s'en servent pour faire payer leurs patients vivant en institution,
- 94 médecins (55%) s'en servent pour faciliter les paiements pour les personnes âgées,
- 94 médecins (55%) s'en servent pour faciliter le paiement des actes coûteux : les actes réalisés en garde, les actes techniques (points par exemple), les actes gynécologiques, les examens (ECG) ...
- 89 médecins (52%) s'en servent pour faciliter le paiement des actes lors de consultations multiples des enfants d'une famille nombreuse,
- 77 médecins (45%) s'en servent pour faciliter le paiement des actes pour des patients qui nécessitent un suivi rapproché et qui doivent être convoqués plusieurs fois,
- 78 médecins (46%) médecins l'utilisent dès qu'ils estiment qu'un patient est en difficulté financière afin de lever le frein financier et être payés.

60 médecins (35%) pratiquent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires car il leur permet de **lever une barrière dans la relation médecin-patient liée à l'argent**. Certains médecins se sentent plus libres avec leurs patients quand il n'y a plus de relation commerciale entre eux.

45 médecins (26%) utilisent le tiers-payant car il permet d'**alléger leur gestion quotidienne** du cabinet en limitant le nombre d'actes comptables.

Pour 39 médecins (23%), cela leur **assure que leurs honoraires sont payés** en évitant les chèques sans provision.

29 médecins (17%) pratiquent la dispense d'avance de frais y compris dans des cas pour lesquels cela n'est pas obligatoire car cela leur permet de ne pas avoir à conserver de somme importante en espèces au cabinet.

3.6 Satisfaction

67 médecins (39%) s'estiment gagnants sur le plan professionnel en pratiquant le tiers-payant y compris en dehors des cas obligatoires, 41 médecins (24%) s'estiment perdants, 63 médecins (37%) ne se considèrent ni gagnants ni perdants.

40 médecins (23%) s'estiment gagnants sur le plan financier en pratiquant la dispense d'avance de frais y compris en dehors des cas pour lesquels cela est obligatoire, 72 médecins (42%) s'estiment perdants, 59 médecins (35%) ne se considèrent ni gagnants ni perdants.

En faisant la synthèse de ces deux données : 32 médecins (19%) s'estiment gagnants sur le plan professionnel et financier, 58 médecins (34%) se considèrent perdants sur le plan professionnel et financier, 57 médecins (41%) pensent être ni gagnants ni perdants. 2 médecins (1%) s'estiment perdants uniquement sur le plan professionnel et neutres sur le plan financier, 5 médecins (3%) se considèrent comme perdants sur le plan financier, neutres sur le plan professionnel. 9 médecins (5%) s'estiment perdants sur le plan financier mais gagnants sur le plan professionnel, 7 médecins (5%) s'estiment perdants sur le plan professionnel mais gagnants sur le plan financier.

La figure suivante illustre ces données.

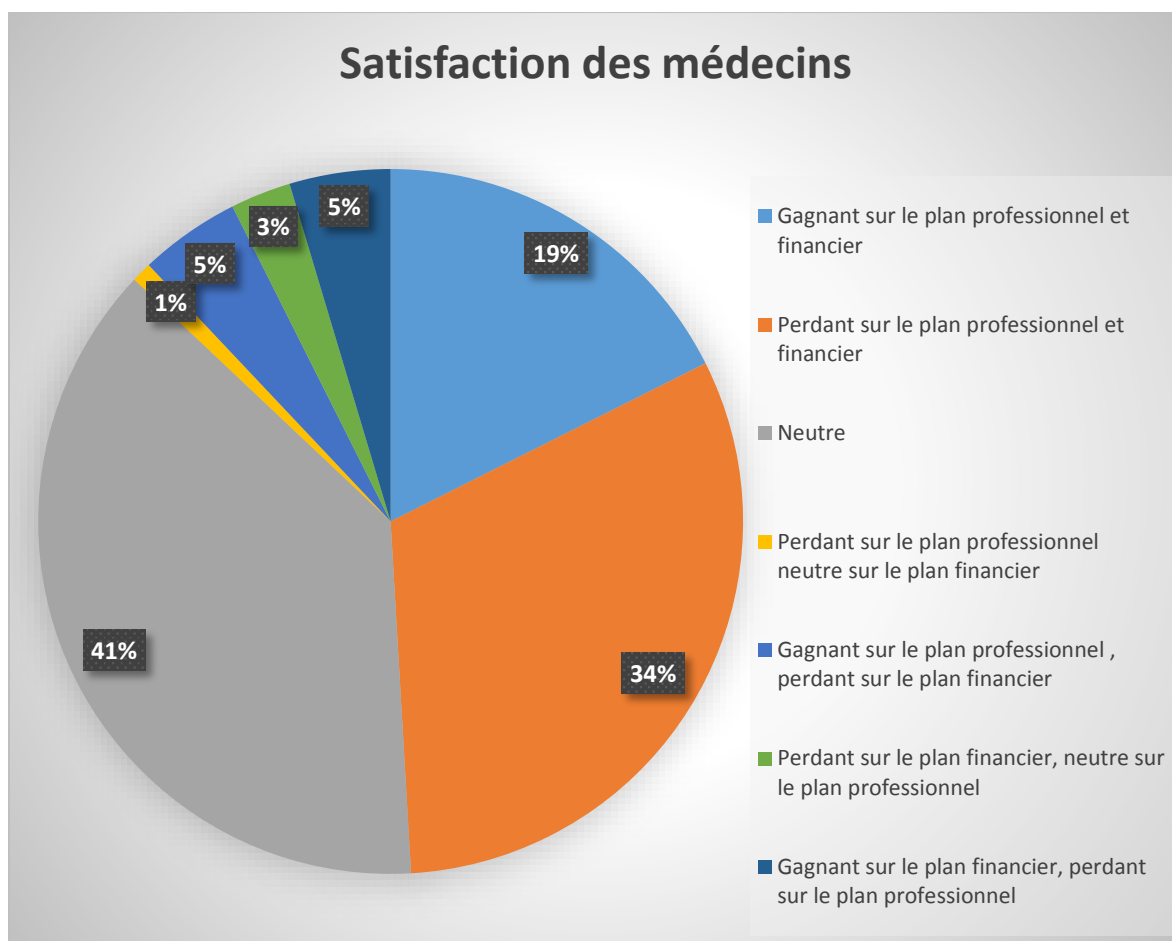


Figure 10 : satisfaction des médecins sur le plan financier et professionnel

Le retour des patients concernant la pratique du tiers-payant est contrasté :

- 83 médecins (48.54%) ont constaté que leurs patients souhaitent en profiter et parmi eux 48 médecins témoignent que leurs patients leur sont reconnaissants de le pratiquer,
- 33 médecins (19.29%) affirment que leurs patients leur sont reconnaissants de profiter du tiers-payant mais ne sont particulièrement demandeurs,
- 55 médecins (32.16%) pensent que leurs patients y sont indifférents.

Pour 76 médecins (44%) les patients pour lesquels ils pratiquent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires ne consultent pas plus souvent, pour 71 médecins (42%), ces patients consultent plus souvent que les autres et citent notamment les patients bénéficiaires de la CMU (7 médecins soit 4%) et les patients qui sont en difficulté financière et pour lesquels la barrière financière est levée (14 cas soit 8%), 25 médecins ne savent pas (15%).

3.7 Freins à la pratique du tiers-payant

Même si les médecins généralistes utilisent la dispense d'avance de frais y compris pour des soins pour lesquels ce n'est pas obligatoire, **les freins actuels à cette pratique sont nombreux. Ils peuvent être classés en différents groupes :**

- La majoration du temps consacré aux tâches administratives,
- La dépendance directe aux caisses d'assurance maladie et organismes de remboursement complémentaires,
- La crainte d'une réaction inappropriée des patients,
- La perte financière.

- Majoration du temps administratif :

La lourdeur logistique (temps consacré au contrôle des remboursements, de l'ouverture des droits des patients, de leur couverture mutuelle) est un argument avancé par 132 médecins (73%) comme frein à la pratique du tiers-payant en général. De plus, 130 médecins (72%) déplorent la difficulté voire l'impossibilité de pouvoir contrôler les remboursements effectués par les régimes obligatoires et complémentaires.

- Dépendance directe vis-à-vis des caisses de régimes obligatoires et complémentaires :

119 médecins (66%) craignent qu'en pratiquant le tiers-payant sur la part mutuelle, les assurances complémentaires limitent leur liberté de prescription, 68 médecins (38%) ont aussi cette crainte vis-à-vis des régimes obligatoires. 124 médecins (69%) redoutent que les organismes des régimes obligatoires ou complémentaires refusent de les rembourser s'ils ne respectent pas les objectifs qu'ils leur auraient fixés.

- Crainte d'une réaction inappropriée des patients :

95 médecins (52%) craignent qu'en pratiquant de façon plus importante la dispense d'avance de frais cela crée un « **effet d'aubaine** » et que les patients consultent plus souvent notamment pour des motifs jugés futiles. 106 médecins (59%) estiment que seul un acte payé directement par le patient a de la valeur et que l'apparente gratuité dévalorise leur travail.

- Impayés

Comme nous l'avons vu dans la partie 3.4, 80% des médecins déclarent subir des impayés. Ceci constitue un frein à pratiquer le tiers-payant de façon plus importante pour 87 d'entre eux (48%).

3.8 Craintes liées à la généralisation obligatoire du tiers-payant

Les médecins craignent majoritairement que la généralisation obligatoire du tiers-payant ait des conséquences négatives sur la pratique quotidienne de leur profession et sur la santé publique en général, 76 médecins (44%) sont tout à fait d'accord, 49 médecins (29%) sont plutôt d'accord, 19 sont neutres (11%), 14 sont plutôt pas d'accord (8%) et 13 ne sont pas du tout d'accord (8%).

La figure ci-dessous reprend ces données.

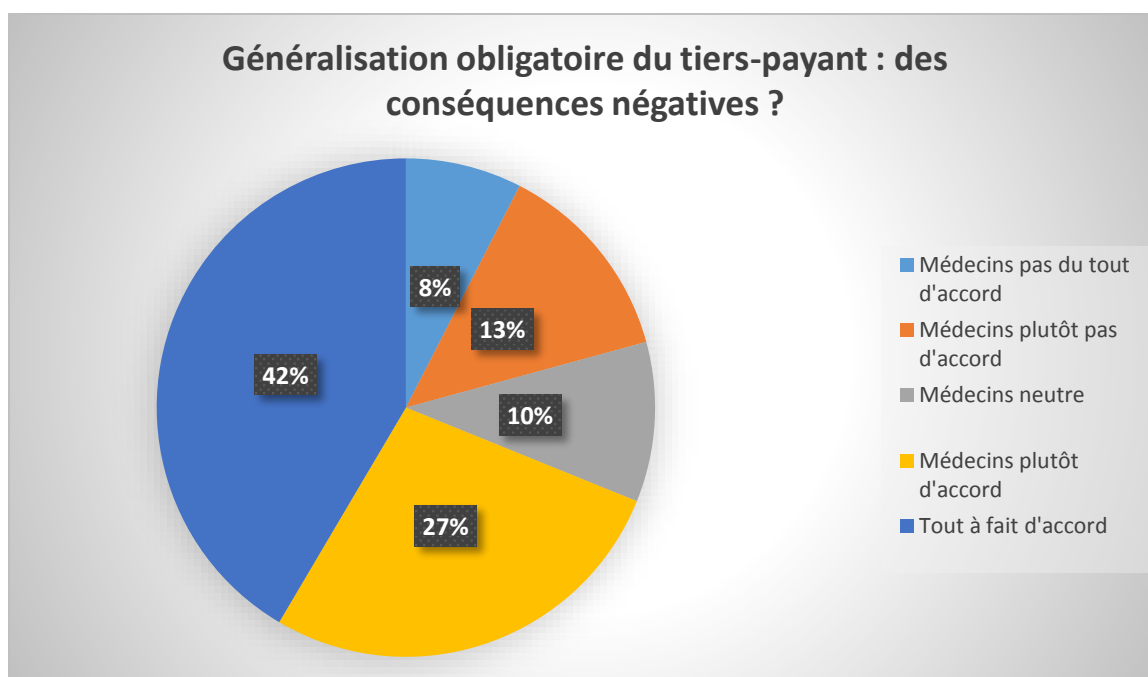


Figure 11 : avis des médecins généralistes sur la généralisation obligatoire du tiers-payant.

Cependant les médecins (16 médecins) qui pratiquent le tiers-payant pour au moins 75% de leurs actes semblent moins opposés à sa généralisation. Seulement 3 médecins (19%) sont tout à fait d'accord avec le fait qu'elle risque d'avoir des conséquences graves sur leurs conditions d'exercice et sur la santé publique, 2 médecins (13%) sont plutôt d'accord, 2 (13%) sont neutres, 1 (6%) est plutôt pas d'accord, 7 médecins (44%) ne sont pas du tout d'accord.

Les points négatifs appréhendés par les médecins généralistes concernant la généralisation obligatoire de la pratique du tiers-payant sont nombreux et certains rejoignent les freins évoqués plus haut.

Le motif de rejet le plus souvent évoqué est la majoration du temps consacré aux tâches administratives au dépend du temps dédié aux patients que ce soit pendant la consultation : vérification que les droits du patient soient à jour, de la couverture complémentaire, ou en dehors de la consultation avec l'augmentation du temps occupé par le pointage des remboursements et le cas échéant par les démarches de rappel auprès des régimes obligatoires ou complémentaires pour se faire rembourser. 90 médecins (50%) se plaignent de ce problème.

Le deuxième motif de rejet est qu'en pratiquant la tiers-payant y compris sur la part complémentaire, les médecins craignent que **leur liberté de prescription soit limitée** par les régimes complémentaires au niveau des médicaments mais aussi des examens complémentaires avec au pire la création de quota d'examens remboursés par patient (84 médecins soit 46%). Ceci pourrait aussi aboutir à la privatisation du système de santé et à la possibilité de sanction financière envers les médecins qui ne respecteraient pas les objectifs fixés par ces organismes (84 médecins soit 46%), mais aussi à un parcours de soin imposé en fonction des conventions signées avec les établissements de santé et les spécialistes (15 médecins soit 9%). Cette privatisation du système de santé aurait aussi pour conséquences une baisse d'accès aux soins pour les plus démunis qui n'auraient pas les moyens d'avoir une mutuelle qui les prennent en charge correctement (20 médecins ou 11%). Certains appréhendent aussi le fait que les régimes complémentaires aient un raisonnement comptable dans leur prise en charge plutôt qu'une démarche médicale en faveur des patients (66 médecins soit 36%). Enfin un médecin pense que cela pourrait aboutir à la perte du secret médical (0.5%).

Une part des médecins (82 médecins soit 45%) appréhende aussi **la perte de leur statut libéral au profit d'une fonctionnarisation de leur profession** et d'être dans l'obligation de suivre des protocoles standardisés dans leur démarche thérapeutique qui ne serait pas obligatoirement adaptés aux particularités de leurs patients.

68 médecins (38%) pensent que la généralisation obligatoire du tiers-payant va engendrer une augmentation des dépenses de santé qui ne deviendra qu'un produit de consommation par deux mécanismes :

- un effet d'aubaine : les patients consulteraient plus souvent et pas forcément pour des motifs valables du fait de l'apparente gratuité des soins (65 médecins soit 36%),

- la disparition des actes gratuits (4 médecins soit 2%).

Certains médecins (9 soit 5%) ont peur d'avoir du mal à faire face à la demande croissante de consultations et que cela majore le risque de faire un burn-out.

Les médecins craignent aussi que la généralisation obligatoire de la non-avance de frais entraîne **une perte de valeur de leur travail**, car il apparaîtrait comme gratuit et ce qui est gratuit n'a pas de valeur. Ceci engendrerait aussi une baisse de la confiance du patient envers son médecin traitant. Les patients seraient « déresponsabilisés » dans la prise en charge de leur pathologie, ils s'impliqueraient moins dans les soins et respecteraient moins les conseils du médecin (15 médecins soit 8%).

Ceci causerait aussi la **démotivation des médecins et la perte de la vocation pour les étudiants en médecine** qui se détourneraient de la médecine générale (9 médecins soit 5%).

Enfin, les médecins pensent aussi que leurs revenus baisseront (29 médecins soit 16%) du fait des impayés.

3.9 Perception du tiers-payant en général

Bien que la majorité des médecins utilisent le tiers-payant y compris en dehors des cas obligatoires, la majorité sont mécontents de la pratique actuelle du tiers-payant. En effet, 74 médecins disent ne pas y être du tout favorables (41%), 33 y être plutôt non favorables (18%), 13 sont neutres (7%), 44 y sont plutôt favorables (24%) et 16 y sont tout à fait favorables (8%). Un médecin n'a pas répondu.

Concernant le tiers-payant pratiqué par les professions paramédicales : 59 médecins (33%) pensent que la pratique du tiers-payant est défavorable pour ces professions, 36 pensent qu'il est plutôt défavorable (20%), 33 pensent qu'il n'a pas d'influence (18%), 34 pensent qu'il est plutôt bénéfique (19%) et 19 pensent qu'il est très bénéfique (10%).

137 médecins (76%) disent avoir parfois identifié des **difficultés financières** chez leurs patients, 40 disent en constater souvent (22%), 3 n'en ont jamais constaté (2%), 1 médecin n'a pas répondu.

109 médecins (60%) pensent que l'avance de frais pousse les patients à **consulter de façon inadaptée aux urgences**, cependant 10 nuancent ce fait (ce serait plutôt pour les actes réalisés en garde), 63 médecins pensent que non (35%), 9 ne savent pas (5%).

126 médecins (69%) pensent que sans le tiers-payant, certains de leurs patients renonceraient aux soins et que cela concernerait en moyenne 14,16% de leurs patients (écart-type 9.29), 54 pensent que non (30%), 1 médecin ne s'est pas prononcé.

81 médecins (45%) pensent que la pratique du tiers-payant devrait être favorisée pour les médecins généralistes, 65 (36%) pensent que non, 35 (19%) ne se sont pas prononcés.

153 médecins (85%) pensent que cette pratique doit rester à leur appréciation et non obligatoire, 20 (11%) pensent que non et doit être identique pour tous, 8 (4%) ne se sont pas prononcés.

137 médecins (85%) craignent que la généralisation du tiers-payant obligatoire y compris sur la part obligatoire soit une façon de dissimuler un transfert de la prise en charge par les régimes obligatoires vers les régimes complémentaires, 20 (11%) pensent que non, 8 médecins (4%) ne se sont pas prononcés.

4. DISCUSSION

La région Midi-Pyrénées compte **3236 médecins généralistes libéraux** (population cible de notre enquête) et mixte (médecins généralistes de formation exerçant de façon plus ou moins importante une activité salariée ou avec un diplôme complémentaire : angiologue, urgentiste ...) selon le dernier décompte du Conseil National de l'Ordre des Médecins (6). Nous avons essayé d'être exhaustifs dans la constitution de l'échantillon cependant les médecins trop récemment installés et qui ne figuraient pas encore dans les Pages Jaunes et ceux qui ne répondaient pas au téléphone ont été exclus, ceci a peut-être abouti à un biais de recrutement. 66% de ces médecins sont des hommes dont l'âge moyen est 53 ans et 34 % sont des femmes dont l'âge moyen est 49 ans. Ces **caractéristiques semblent assez proches de celles de notre échantillon**. En effet, 63.5% des médecins ayant répondu sont des hommes dont l'âge moyen est 55 ans et demi et 36.4% sont des femmes dont l'âge moyen est 48.5 ans.

Sur la population retenue, le taux de participation est de 36.49 % ce qui est plutôt appréciable pour une enquête descriptive. Ce bon résultat est peut-être dû au fait que les médecins ont été sensibilisés par la prise de contact téléphonique préalable ou par le fait que le sujet soit polémique et d'actualité. Ceci d'autant plus que depuis l'annonce du projet de loi de généralisation obligatoire du tiers-payant, les médecins qui s'expriment y sont totalement opposés et que l'on ne sait pas si des médecins y sont favorables. Cependant nous pouvons craindre que les médecins qui n'ont pas répondu au questionnaire sont ceux qui sont les plus opposés à la généralisation obligatoire du tiers-payant et pourraient avoir une pratique différente de ceux qui ont répondu. Mais lors du premier contact téléphonique, il

leur avait été bien précisé que le questionnaire s'adressait autant aux médecins qui pratiquaient le tiers-payant de façon importante qu'à ceux qui y étaient opposés. Le taux de réponse est variable d'un département à l'autre (29.73% de réponses pour le Gers contre 44.74% pour les Hautes-Pyrénées pour les extrêmes) ceci s'explique peut-être par la survenue d'une épidémie hivernale durant la période de recrutement.

Pour certaines questions posées, notamment **les causes de rejet des feuilles de soins** que ce soit électroniques ou papier, les médecins n'ont pas su répondre sur la part attribuable à chaque cause, en effet seuls 14 (8%) nous ont répondu dont 3 (2%) nous ont mis en note qu'ils avaient répondu au hasard. D'autres questions ont été comprises de façon différente de celle attendue : par exemple lorsque nous avons questionné les médecins sur la part de feuilles de soins électroniques qui est rejetée certains ont répondu sur le pourcentage que représentaient les feuilles de soins électroniques sur la totalité des feuilles de soins rejetées ce qui a donné 99% de feuilles de soins électroniques rejetées. Lorsque ces erreurs ont été repérées, nous les avons ôtées des données utilisées pour les statistiques. A noter aussi des erreurs pouvant induire des biais déclaratifs pour les questions concernant le temps passé à contrôler les résultats. La réponse était demandée en heures et minutes par semaine, certains ont donné une valeur quotidienne ou mensuelle (lorsque cela a été constaté nous l'avons corrigé) mais aussi pour la question concernant la somme perdue par mois, certains ont donné la somme perdue par an (ici aussi lorsque ces erreurs ont été constatées nous avons corrigé les réponses pour qu'elles cadrent avec la question mais ceci a pu engendrer un biais de subjectivité). Un biais déclaratif peut aussi être suspecté, à la fin du questionnaire portant sur l'avis des médecins sur la pratique du tiers-payant telle qu'elle existe actuellement, les réponses se rapprochent plus de celles concernant les craintes liées à sa généralisation obligatoire que de celles portant sur la satisfaction des médecins.

Notre enquête a mis en évidence que les médecins généralistes de Midi-Pyrénées utilisent déjà massivement le tiers-payant y compris en dehors des cas qui sont actuellement obligatoires puisque dans notre échantillon, **94.49%** des médecins le font. **Le taux d'actes réalisés en tiers-payant trouvé ici est en moyenne de 30.80%** pour tous les médecins et de 31,75% si on ne prend en compte que les valeurs des médecins ayant recours à la non avance de frais y compris en dehors des cas obligatoires. Ce résultat est proche de celui retrouvé par la CNAMTS (7) pour les médecins généralistes de secteur 1 au niveau national pour la période de juillet à septembre 2012.

En effet, **le rapport sur le tiers-payant pour les consultations de ville** établissait que :

- 31.6% des actes effectués par les médecins généralistes de secteur 1 étaient réalisés en tiers-payant,
- 13.6% pour les médecins généralistes de secteur 2,
- 39.4% des actes effectués par les médecins spécialistes « cliniques » de secteur 1 étaient réalisés en tiers-payant,
- 22 % pour les médecins spécialistes cliniques de secteur 2,
- 50.6% des actes effectués par les médecins spécialistes « techniques » de secteur 1 étaient réalisés en tiers-payant,
- 29.7% pour les médecins spécialistes techniques de secteur 2.

Ces différences de pratique peuvent s'expliquer par le fait que les actes réalisés par les spécialistes soient plus souvent en relation avec une pathologie relevant d'une ALD 30 (et donc la dispense d'avance de frais serait plus facile à effectuer car seule la part AMO est concernée) ou qu'ils soient plus coûteux (et donc les sommes à avancer par le patient plus importantes, le tiers-payant permettrait dans ce cas de lever le frein financier).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence dans la pratique de la non avance de frais que ce soit :

- entre les médecins de sexe masculin et les médecins de sexe féminin,
- en fonction de l'âge des médecins,
- en fonction du type de cabinet alors que nous aurions pu penser qu'ils le pratiquent plus en maison de santé, mais peut-être que les effectifs dans le groupe des médecins exerçant en maison de santé sont trop peu importants pour pouvoir mettre en évidence une différence,
- selon l'origine sociale du médecin,
- selon que le médecin a une orientation d'exercice particulière ou non,
- en fonction du taux de télétransmission.

Cependant, **elle semble différente selon le département, le fait que le médecin télétransmette ou non à domicile, le fait qu'ils estiment que leur patientèle est aisée ou non mais aussi le milieu où ils exercent** : les médecins travaillant en milieu urbain semblent être plus nombreux à pratiquer le tiers-payant mais ceux travaillant en milieu rural présentent le plus haut taux d'actes réalisés en tiers-payant. Ceci peut peut-être s'expliquer par le fait que les médecins ruraux perçoivent leur patientèle comme étant plus défavorisée : 10 médecins ruraux sur 43, soit 23% décrivent leur patientèle comme défavorisée alors qu'ils ne sont que 6 sur 69 soit 9% en milieu urbain, et 1 sur 69 soit 1% en milieu semi-rural, ou

alors que les patients en milieu rural soient plus âgés et souffrent de pathologies relevant de l'ALD30.

Le temps hebdomadaire dédié à la vérification des remboursements des actes effectués est très variable : il va de 10 minutes à 7 heures pour une moyenne de 1 heure et 21 minutes, un sondage réalisé par le Quotidien du médecin, fait ressortir le témoignage d'un médecin qui évalue ce temps à 1h30 par semaine (8). Il ne semble pas varier de façon statistiquement significative en fonction du taux d'actes réalisés en tiers-payant cependant il paraît plus important lorsque l'aide du médecin réalise seule ce contrôle : 4 heures contre 1 heure et 36 minutes pour le médecin, peut-être parce que comme ces vérifications lui prennent trop de temps il les délègue.

La pratique du tiers-payant a un coût pour la majorité des médecins généralistes. 80% des médecins estiment subir une perte de revenu en pratiquant le tiers-payant y compris pour des cas pour lesquels cela n'est pas obligatoire contre seulement 6%. Ce déficit est très variable il va de 16 euros par mois à 1250 euros. L'importance de la deuxième somme évoquée ainsi que celle de 1000 euros par mois évoquée par un autre médecin semble surprenante : pourquoi ces deux médecins persistent à pratiquer le tiers-payant (30% des actes réalisés en tiers-payant pour le premier et 75% pour le second) si cela leur occasionne autant de pertes, d'autant qu'ils considèrent leur patientèle comme étant hétérogène sur le plan financier et non pas défavorisée.

Selon le syndicat de médecine générale, **certains centres de santé pratiquent massivement le tiers-payant** puisqu'il est utilisé de façon automatique sur la part obligatoire et de façon aléatoire sur la part complémentaire que ce soit pour les consultations auprès d'un généraliste, le patient paie alors au maximum la part complémentaire soit 6.90 euros ou auprès d'un spécialiste, le montant réglé est alors de 7.50 euros (9). Le centre de santé se fait ensuite directement régler la part restante par le régime obligatoire. Le coût de cette gestion administrative induite (personnel supplémentaire et équipement informatique) par ce tiers-payant a été chiffré à 3.50 euros par acte par la Cour des Comptes en 2008 (4). On peut donc craindre que ce coût s'additionne à celui décrit plus haut par les médecins dû aux impayés.

Les médecins mettent aussi en avant que la pratique de la non avance de frais induit une majoration du temps administratif car elle implique la vérification des remboursements qui est chronophage (1heure et 21 minutes en moyenne pour les médecins

de l'échantillon) du fait des interlocuteurs multiples mais aussi du fait que les retours des organismes ne soient pas toujours faciles à décrypter notamment pour les organismes complémentaires et ou surviennent longtemps après l'acte. Ces données rejoignent celles du sondage effectué par le Quotidien du Médecin (8). Le taux de rejet de feuilles de soins électroniques est de 2.6% ce qui est un peu plus élevé que celui avancé par l'assurance-maladie qui est de 2% (10) selon le rapport de l'IGAS (7), le taux de rejet est de 1.19%. Les motifs de rejet sont souvent méconnus par les médecins, seuls 11 soit 6% ont pu quantifier le pourcentage d'actes rejetés pour chaque cause. Ce qui complique la compréhension de ces rejets, c'est aussi que le motif donné par le retour Noémie est codé (11) et 10 motifs sont recensés (Annexe 18). La CNAM s'est engagée à diminuer ce taux de rejet, elle s'est donnée pour objectif de supprimer tous les rejets en lien avec les droits des assurés et veut mettre en place une plate-forme téléphonique unique afin d'aider les médecins à résoudre les problèmes persistants (12). Les délais de remboursement décrits par les médecins de notre échantillon semblent plus long que ceux indiqués par l'assurance maladie : le délai conventionnel est de 5 jours pour les feuilles de soins électroniques (FSE) et de 20 jours pour les feuilles de soins papier (FSP), dans notre étude 61% des remboursements des FSE se fait au-delà de ces 5 jours et 89% des remboursements des FSP se fait au-delà de 20 jours.

Nous avons constaté que les motifs d'opposition à la généralisation obligatoire du tiers-payant rejoignent les difficultés et les freins actuels à sa pratique et ont été décrits en partie par les syndicats et certains médecins blogueurs (13). Nous pouvons revenir sur certains points.

Le premier motif évoqué est que la pratique du tiers-payant est chronophage et induit une perte de temps médical au profit du temps administratif : contrôle des remboursements mais aussi lors de la consultation avec la vérification des droits en cours du patient (ceci devrait être facilité à l'avenir selon la CNAM) (12). **Les médecins craignent aussi une explosion des dépenses de santé, l'apparente gratuité créant un effet d'aubaine.** Cependant **l'Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé** menée par Paul DOURGNON et Michel GRIGNON en 2000 pour l'IRDES (14) **montre plutôt que le tiers-payant est un mode de paiement « socialement plus équitable »**. En effet le tiers-payant a une influence sur le nombre d'actes qui augmente mais prioritairement pour les plus pauvres et cet effet régresse en fonction des revenus des patients : il a donc plutôt un effet de « rattrapage » qu'un effet inflationniste. Une autre étude « l'effet de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire sur le nombre de visite chez le médecin, une analyse par régression sur discontinuité » menée par Sophie Guthmuller et Jérôme Wittwer (15) met

en évidence que les patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) ont tendance à consulter plus souvent leur médecin généraliste que ceux qui n'y sont pas éligibles, ceci serait dû au fait que ceux qui n'ont pas de besoins médicaux particuliers ne font pas les démarches pour être couverts (16), la probabilité de consulter un médecin ne semblant pas influencée par la CMU-c.

Selon certains médecins « ce qui est gratuit n'a pas de valeur », cette apparente gratuité des soins ferait aussi perdre de la valeur au travail du médecin aux yeux des patients, ceux-ci leur feraient moins confiance et s'impliqueraient moins dans la prise en charge de leur pathologie. **Cet argument avait déjà été utilisé par les syndicats de médecins dans les années 30 pour lutter contre la loi des assurances sociales** (14) et mis à mal par Hatzfeld en comparant la France avec d'autres pays comme les Etats-Unis ou l'Allemagne où la pratique du tiers-payant est majoritaire.

Un autre risque évoqué par les médecins est celui d'une privatisation du système de santé, car le tiers-payant se ferait aussi sur la part complémentaire, le patient ne sachant pas ce qui du régime obligatoire ou de sa complémentaire paie quoi, la part prise en charge par la complémentaire pourrait augmenter par rapport à la part prise en charge par le régime obligatoire. Ceci aboutirait à terme à un système de santé privé avec le risque qu'il soit défavorable aux patients qui n'auraient pas les moyens d'avoir une « bonne » complémentaire santé. Cet argument peut être remis en question aujourd'hui, en effet le questionnaire a été diffusé avant l'avis du Conseil Constitutionnel (17) qui rend optionnelle la pratique de la dispense d'avance de frais sur la part prise en charge par les complémentaires santé.

Les médecins n'ont pas mis en avant un autre risque que le Rapport sur le tiers-payant pour les consultations de ville (7) avait énoncé : celui de **gêner le mécanisme de repérage des fraudes professionnelles**, le patient n'exerçant lui-même plus aucun contrôle.

Les motivations des médecins pour pratiquer le tiers-payant sont surtout d'ordre social : dans la majorité des cas, ils l'utilisent pour faciliter l'accès aux soins aux patients en institutions, aux patients âgés et ou défavorisés ainsi qu'aux familles nombreuses. Ceux qui le pratiquent le plus semblent aussi en être le plus souvent satisfaits et redoutent moins sa généralisation (44% contre 8% pour les médecins en général) comme le démontre aussi le sondage effectué par le Quotidien du Médecin (8).

Pour conclure cette discussion, **nous avons constaté que les médecins généralistes restent majoritairement opposés à la généralisation obligatoire du tiers-payant**. Cette

mesure a été votée afin de réduire les inégalités de santé qui ont tendance à s'accroître en levant le frein financier à **l'accès aux soins**. Même si le dernier rapport de la DREES portant sur l'état de santé de la population en France (18) démontre qu'il est globalement favorable, il met en évidence la persistance de disparités territoriales, sociales et de genres. **Il existe un « gradient social »** : les populations les plus défavorisées ayant des indicateurs de santé (espérance de vie, recours aux soins, morbidités...) moins bons que les classes sociales plus élevées. L'étude menée par Paul Dourgnon, Florence Jusot et Romain Fantin (19) démontrait que l'avance de frais, ayant dans certains cas pour conséquence un renoncement aux soins pour raison financière, pouvait impacter de façon négative la santé d'une partie des patients sur le long terme. **Cependant le renoncement aux soins n'a pas uniquement pour cause des raisons financières**. Il est défini par l'étude « le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique » (20) comme étant lorsque « les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit ». Il peut intervenir à tout moment dans le parcours de soin : au moment de s'adresser pour la première fois à un professionnel de santé, durant la démarche thérapeutique ou diagnostique lorsqu'elle est déjà engagée, ces auteurs considèrent aussi que la non-observance est une catégorie de renoncement aux soins. Ils différencient **deux formes de renoncements : le renoncement barrière et le renoncement-refus**. Dans le premier cas, le patient subit les limites que lui impose son environnement : il est alors soit d'ordre financier (21) (le coût du soin ou le montant restant à charge est trop élevé) et peut aussi être dû alors à une mauvaise connaissance de ses droits et du parcours de soin par le patient, soit dû à l'organisation et à la répartition de l'offre de soin (certains territoires notamment ruraux ou péri-urbains dits sensibles sont moins pourvus en médecins généralistes et spécialistes). Le renoncement-refus est plutôt le reflet d'un choix : il peut se retrouver chez les patients en fin de vie, lorsque les ressources thérapeutiques sont épuisées, chez des patients qui ne voient pas l'intérêt d'un acte médical (dépistage par exemple) ou optent pour une médecine parallèle ou chez des patients qui ne prêtent plus « attention à leur corps » (patients en précarité sociale ou dépressifs par exemple). Ce dernier est donc plus conditionné par l'éducation et le milieu social des individus qui selon leur origine sociale, n'ont pas forcément la même écoute de leur corps et donc ne recourent pas forcément aux soins de façon homogène pour les mêmes motifs. Nous pouvons donc conclure que **le renoncement aux soins n'est pas seulement conditionné par les ressources financières** et que pour le combattre, lever la barrière financière n'est pas suffisante. Ceci doit aussi faire l'objet d'une politique plus globale passant par un

renforcement de la prévention et de l'éducation, l'amélioration de l'accès au soin géographique mais aussi de l'amélioration des conditions de vies (conditions de logement, conditions de travail, accompagnement social des personnes précaires...)

5. CONCLUSION

En Midi-Pyrénées, les médecins généralistes utilisent très majoritairement le tiers-payant y compris en dehors des cas obligatoires puisqu'ils sont **94%** à avoir cette pratique. **La part d'actes réalisée en tiers-payant ici évaluée à 31.75%** est assez proche de la moyenne nationale soit 31.60%. Les facteurs qui semblent influencer les médecins dans cette pratique sont le fait qu'ils estiment que leur patientèle soit défavorisée ou non, le fait d'être installé en milieu rural mais il s'agit probablement d'un biais de confusion car les médecins ruraux estiment plus que leur patientèle est en difficulté. Un autre facteur est technique : les médecins qui télétransmettent les feuilles de soins correspondant aux visites pratiquent plus le tiers-payant.

Ils le font principalement pour faciliter l'accès aux soins aux patients les plus défavorisés, aux patients âgés, aux patients vivant en institution ou aux familles nombreuses. Mais aussi, cela leur permet d'alléger leurs tâches administratives et comptables, ainsi ils ont moins de chèques et de sommes en espèces à encaisser ou à conserver au cabinet, et de diminuer le risque d'impayé en évitant les chèques sans provision par exemple. Pour une partie des médecins, la non-avance de frais améliore leur relation avec leurs patients en faisant disparaître la relation commerciale qui peut parfois biaiser la relation médecin-patient.

Cependant, les médecins sont nombreux à se plaindre de dysfonctionnements. Celui qui revient le plus souvent est que cette pratique est **chronophage** : les vérifications des remboursements des actes effectués en tiers-payant prennent en moyenne 1h 20 minutes par semaine. Ce temps est à relativiser car tous les médecins ne vérifient pas systématiquement tous les remboursements. Dans notre échantillon, 32 % des médecins ne les contrôlent jamais, 43% ne les contrôlent que partiellement, ils ne sont que 25% à vérifier tous leurs remboursements, et enfin certains délèguent cette tâche. Il est donc probable que cette tâche soit plus chronophage. Les régimes obligatoires et complémentaires ont prévu d'améliorer les retours Noémie afin de rendre cette vérification plus fluide. Il serait intéressant de voir si cela est le cas quelques mois après sa mise en fonction. Ces mises à jour devraient aussi

permettre de limiter le nombre de rejets de feuilles de soins en supprimant les rejets dûs aux droits non à jours et ainsi faire baisser les pertes de revenus évaluées dans cette étude à 187.14 euros par mois.

Les médecins généralistes s'estiment plutôt gagnants sur le plan professionnel en pratiquant la non-avance de frais mais plutôt perdants financièrement et ceux qui la pratiquent majoritairement sont plus nombreux à en être satisfaits.

Cependant, ils restent très nombreux à être opposés à la généralisation obligatoire du tiers-payant et à craindre qu'elle ait des conséquences négatives sur leur vie professionnelle et la santé publique. Ces craintes sont similaires aux freins actuels à sa pratique. Tout d'abord, ils craignent qu'elle occasionne une augmentation du temps administratif au détriment du temps médical, mais aussi la perte de leur statut libéral et de leur liberté de prescription (médicamenteuse, des examens complémentaires) au profit des organismes complémentaires. Ils appréhendent aussi que ces derniers assoient leur influence sur le système de soin allant jusqu'à sa privatisation et ses cotés perverses : inégalité d'accès aux soins, application d'une logique comptable plutôt que médicale... Cette perte du statut libéral peut aussi aboutir au statut de fonctionnaire. Une autre conséquence négative serait une explosion de la consommation de soins (à laquelle ils ne pourraient pas forcément faire face) due à l'apparente gratuité et à la déresponsabilisation des patients. Ces arguments avaient déjà été avancés lors de la création de la CMU-c, mais différentes études ont mis en évidence que le tiers-payant serait plutôt un moyen de paiement égalitaire et que l'augmentation de la demande de soin ne serait que transitoire, plutôt un rattrapage de la consommation de soins par levée de la barrière financière et de son effet seuil. Enfin, la dernière appréhension est la dévalorisation de la profession, de la parole du médecin, de leurs revenus et donc le découragement des professionnels et la perte des vocations.

Pour terminer, nous pouvons dire que la généralisation obligatoire du tiers-payant a été votée afin de faciliter l'accès aux soins. Cependant la barrière financière n'est pas la seule barrière d'accès au système de santé, elles peuvent être aussi d'origine géographique, culturelle ou sociale. L'accès aux soins n'est pas non-plus la seule cause aux disparités sociales en matière de santé. En effet les populations les plus défavorisées sont aussi celles qui sont les plus exposées aux conditions de travail pénibles, aux conduites à risque... La réduction des disparités de santé doit donc aussi passer par le renforcement de la prévention en soins primaires, l'éducation des patients, l'amélioration de leur environnement de vie et de travail.

Toulouse, le 17/05/2016

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan

D. CARRIÈRE

Professeur Stéphane OUSTRIC
59, rue de la Providence
31500 TOULOUSE
31 1 08225 9 - 10002870698

BIBLIOGRAPHIE

1. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 -
556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf.
Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>
2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
2016-41 janv 26, 2016.
3. Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes.
4. Rapport Public annuel : les finances publiques, les politiques publiques : le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés: une réforme inaboutie.
Cours des comptes; 2013 février.
Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000102.pdf>
5. Tiers payant | service-public.fr.
Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F167>
6. LE BRETON-LEROUVILLOIS G.
La Démographie médicale en région Midi-Pyrénées, Situation en 2013.
Conseil National de l'Ordre des Médecins;
Disponible sur:
https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/midi_pyrenees_2013.pdf
7. MARIE E, ROGER J.
Rapport sur le tiers-payant pour les consultations de médecine de ville. IGAS; 2013 Juillet.

8. Le Quotidien du médecin. 8 novembre 2014, S. L.

Casse-tête du tiers-payant : plus de 550 témoignages reçus, ce que les médecins nous disent.

9. Syndicat de la médecine générale.

Communiqué de la Fédération nationale des centres de santé du 20 mars 2013 : Les centres de santé 100% tiers payant. 2013.

10. GATTUSO C.

Le Quotidien du médecin avril 2016

Tiers-payant généralisé : pour les médecins, c'est toujours non.

11. Ameli.fr

2010.08.01-TOP10-Médecins -

Disponible

sur:

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/TOP10Medecins.pdf

12. Le Quotidien du Médecin.

Tiers payant généralisé : les députés auditionnent les « payeurs » et s'inquiètent toujours.

Disponible

sur:

http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/03/16/tiers-payant-generalise-les-deputes-auditionnent-les-payeurs-et-sinquietent-toujours_800706

13. JADDO.

Pas de TPG dans mes souliers. Juste après dresseuse d'ours. 2014.

Disponible sur: <http://www.jaddo.fr/2014/12/24/pas-de-tpg-dans-mes-souliers/>

14. DOURGNON P, GRIGNON M.

Le tiers-payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé.

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé; 2000 avril.

15. GUTHMULLER S, WITTWER J.

L'effet de la Couverture maladie universelle complémentaire sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités.

Revue de l'Institut d'Economie Publique. 2012;(28-29):95-120.

16. ALLONIER C, BOISGUERIN B, LE FUR P.

Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population, résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. février 2012;

Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes173.pdf>

17. Conseil Constitutionnel. 2016.

NEXINT.

Disponible sur: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2016/2015-727-dc/decision-n-2015-727-dc-du-21-janvier-2016.146887.html>

18. PROST T, REY S.

L'état de santé de la population en France, rapport 2015.

Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015.

Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf

19. DOURGNON P, JUSOT F, FANTIN R.

Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé.

Revue de l'Institut d'Economie Publique. 2012;(28-29).

20. DESPRES C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F.

Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique.

Question D'économie Santé IRDES. oct 2011;(169).

Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

21. DESPRES C, DOURGNON P, FANTIN R, JUSOT F.

Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. nov 2011;(170).

Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire

Questionnaire : Quelle est la pratique du tiers-payant en médecine générale en Midi-Pyrénées

1) LE MEDECIN : qui êtes-vous ? (rayez la/les mention(s) inutile(s))

- Quel est votre âge ?
- Etes-vous un homme ou une femme ?
- En quelle année vous êtes-vous installé ?
- Votre lieu d'exercice est-il plutôt :
Rural urbain semi-rural
- Votre patientèle est-elle :
Plutôt aisée, plutôt défavorisée, hétérogène
- Exercez-vous : en groupe, isolé, en maison de santé ?
- Ce mode d'exercice influence t'il votre comportement par rapport au tiers payant ? De quelle façon ?

- Avez-vous une orientation d'exercice particulière ? Si oui laquelle ?

De quelle origine sociale êtes-vous : ouvrier – employé - cadre supérieur - artisans/commerçant/chef d'entreprise /agriculteur/ profession libérale – autre :

Pensez-vous qu'elle peut avoir une influence sur la perception de la non avance de frais proposée ?

- Etes-vous informatisé ? Oui/non
- Si oui utilisez-vous un Logiciel dossiers patients ? Si oui lequel ?
- Utilisez-vous un logiciel de gestion si oui lequel ?
Est-il le même que le dossier patient ? Oui/non.
- Est-ce que vous télétransmettez les feuilles de soins ?
- Quelle part représentent respectivement les FSE/FSP ? (en pourcentage)
- Utilisez-vous un lecteur de carte vitale à domicile ? oui/non ?
- Si oui quel en est le pourcentage ?
- Avez-vous un secrétariat ?
- Quel est le rôle de votre secrétariat :
 - S'occupe-t-il uniquement de la prise des rendez-vous ? oui/non
 - Le règlement de l'acte se fait-il au secrétariat : oui/non ?
 - S'occupe-t-il de la comptabilité oui-non ?
 - Contrôle-t-il les remboursements en 1/3 payant (AT, CMU, tiers payant voulus) oui-non ?

2) Quelle est votre utilisation du tiers payant

- Si vous pratiquez le tiers payant, dans quelles circonstances l'utilisez-vous :
 - Patient ayant la CMU uniquement oui ? Non ?
 - Bénéficiaires de l'ACS oui ? Non ?
 - Tiers payant social oui ? Non ?
 - Dans le cadre du système médecin référent oui ? Non ?
 - Patient en ALD oui ? Non ?
 - autre :
- Tous les patients oui ? Non ?
- Cela représente quelle proportion de vos consultations (pourcentage) ?
- Depuis quand le pratiquez-vous ?
- Le pratiquez-vous en garde régulée ? oui/non (pourcentage)
- Si vous pratiquez le tiers payant le faites-vous :
 - sur la part obligatoire (en dehors des ALD, CMU et AT) seule
 - sur la part obligatoire et complémentaire
 - sur la part obligatoire et certaines mutuelles
- Avez-vous dû signer des conventions avec certaines mutuelles pour pouvoir pratiquer le tiers-payant intégral?

3) Si vous pratiquez le tiers payant : comment le gérez-vous et quelles sont les difficultés rencontrées ? (rayez la mention inutile)

- Vous contrôlez :
 - tous vos remboursements,
 - quelques-uns seulement des remboursements,
 - jamais ?
 - Combien de temps cela vous prend-il par semaine ?
 - Ce contrôle est-il toujours possible :
 - pour les régimes obligatoires (oui/non),
 - les régimes complémentaires (oui/non) ?
 - Ce contrôle est-ce facile ? Oui/non
 - Si non, en quoi est-il difficile ?
-
- Qui le réalise ce contrôle :
 - vous-même,
 - votre secrétaire
 - autre :
 - Pensez-vous avoir des impayés et donc avoir des pertes de revenu? oui/non,
 - Si oui, à combien estimez-vous la somme perdue par mois ?
 - Avez-vous des retours de feuille de soin électronique (FSE) ou de feuille de soins papier (FSP) en tiers-payant rejetées ?

- Si oui, quel en est le nombre et le pourcentage moyen par mois :
 - pour les FSE :
 - pour les FSP :
- Quels sont les motifs de ces rejets ?
 - lorsque la part AMO est non remboursée en intégralité :
 - Défaut d'orientation : oui/non, si oui : pourcentage estimé :
 - non-respect du parcours de soin : oui/non, si oui : pourcentage estimé :
 - droits non à jour : oui /non, si oui : pourcentage estimé
 - part mutuelle non remboursée ? oui/non, si oui : pourcentage estimé :
 - vous ne savez pas : oui/non, si oui, pourcentage estimé :
- Faites-vous globalement confiance aux caisses pour vous régler ? oui/non
- Quel est, respectivement, le délai moyen de remboursement des FSE et des FSP ?
 - part obligatoire en cas de FSE : moins de 5 jours, 5-15 jours, 15j-1 mois, 2 à 4 mois, plus de 4 mois ?
 - part complémentaire en cas de FSE : - moins de 5 jours, 5-15 jours, 15j-1 mois, 2 à 4 mois, plus de 4 mois ?
 - part obligatoire en cas de FSP : - moins de 20 jours, 20 jours-2 mois, 2-4 mois, plus de 4 mois ?
 - part complémentaire en cas de FSP : moins de 20 jours, 20 jours-2 mois, 2-4 mois, plus de 4 mois ?

4) Quelles sont vos motivations pour pratiquer le tiers-payant et quels avantages en tirez-vous ? (numérotez-lez par ordre d'importance)

- Votre gestion quotidienne est allégée : (beaucoup moins de chèques, parfois rejetés ou dont on doit attendre l'encaissement, moins de paiement en espèces) oui-non
- Cela vous apporte l'assurance que vos honoraires soient payés ? oui-non
- Vous n'avez pas de somme importante au cabinet ou à transporter à la banque ? oui-non
- Il n'y a pas de barrière dans la relation médecin-patient lié à l'argent ? oui-non
- Il n'y a pas de frein pécuniaire pour venir vous consulter ? oui-non
- Vous n'avez pas de difficulté ou de gêne à faire payer ce qui est dû lors de consultations multiples d'enfants ? oui-non
- Vous n'avez pas de difficulté pour faire payer :
 - les personnes âgées, oui-non
 - les patients en institution, oui-non
 - les actes coûteux (dimanches, nuits, urgences, déplacements, actes d'exploration, actes gynécologiques), oui-non
- Vous n'avez plus de gêne pour un suivi nécessaire et régulier d'un patient (reconvocation) ? oui-non
- Autre :
- Globalement pensez-vous être perdant ou gagnant en terme professionnel ? En terme financier ?

5) Vos patients

- Constatez-vous des difficultés financières de la part de vos patients :

Non jamais, parfois, souvent, je ne sais pas.

- Pensez-vous que l'avance de frais pousse certains patients à consulter aux urgences ?
oui /non

Pensez-vous que vos patients :

- souhaitent bénéficier du tiers-payant ? oui-non

- vous soient reconnaissants d'en profiter si vous le pratiquez ? oui-non

- l'expriment-ils ? oui-non

Consultent-ils plus souvent (ceux pour qui vous pratiquez le tiers-payant) ? oui-non

6) Refus du tiers payant (hors cas obligatoire)

Quelles sont les raisons qui vous font rejeter le tiers-payant (numérotez-les par ordre d'importance) :

- Crainte de ne pas être payé ? oui-non ,

- Difficultés voire impossibilité de contrôler des remboursements ? oui-non ?

- Pour éviter le lien d'argent avec les caisses d'assurance maladie ? oui/non

- Crainte que votre liberté de prescription soit limitée par les assurances complémentaires ?
oui/non

- Crainte que, à terme le régime obligatoire et/ou le régime complémentaire refuse de vous régler les consultations si vous ne remplissez pas les objectifs qu'ils auront fixés ? oui/non

- Crainte que les patients « consomment » davantage et viennent pour des motifs futiles ?
oui/non

- Vous estimez que seul un acte payé directement par le patient a une valeur et que l'apparente gratuité fait perdre de la valeur à votre travail ? oui-non

- perte de temps importante (liée à la vérification des droits, des remboursements....)

- autres motifs de refus :

- Pensez-vous que la généralisation du tiers-payant obligatoire aura des conséquences négatives, et même graves sur votre pratique ? Etes-vous tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord ? Si vous êtes d'accord, que craignez-vous ?

- Pensez-vous que cette disposition aura des conséquences négatives sur la santé publique ?
Si oui, que craignez-vous ?

7) Le tiers payant : perception

- Etes-vous favorable à la pratique du tiers-payant dans votre exercice de médecin généraliste telle qu'elle est actuellement ?

Pas du tout favorable, plutôt non favorable- plutôt favorable-tout à fait favorable

- Pensez-vous que le tiers-payant soit une bonne chose pour les soins ambulatoires qui dépendent de vous : infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens, laboratoires biologiques. ?

- Pensez-vous que si ce tiers payant n'existait pas cela représenterait un frein à l'accès aux soins pour certains ? oui/non ?

- Cela représenterait quel pourcentage de votre patientèle ?

- Pensez-vous que le tiers-payant doit être facilité (techniquement) pour l'exercice des médecins généralistes qui sont sur le terrain au contact de toutes les populations ?

- Craignez-vous que ce soit une opération de dissimulation du transfert des prises en charge du régime obligatoire vers les mutuelles ?

Pensez-vous que le tiers-payant devrait être facultatif ?

Commentaires libres :

Merci beaucoup pour votre collaboration !

Annexe 2 : Orientation d'exercice

Activité	Nombre	Pourcentage des médecins ayant répondu
Homéopathie	10	5.52%
Pédiatrie/ gynécologie	2	1.10%
pédiatrie	5	2.76%
gynécologie	4	2.21%
Homéopathie et pédiatrie	1	0.55%
Homéopathie/pédiatrie/gynécologie	1	0.55%
gériatrie	4	2.21%
Gériatrie et homéopathie	1	0.55%
Echographie	1	0.55%
Tabacologie	2	1.10%
Acupuncture	6	3.31%
Nutrition	4	2.21%
Sport	4	2.21%
Allergologie et médecine hyperbare	1	0.55%
Visite permis PL et médecin agréé ARS	1	0.55%
Thermalisme	2	1.10%
Suivi VIH	1	0.55%
Médecine primo-arrivant	1	0.55%
Ostéopathie	1	0.55%

Annexe 3 : Logiciel patient

Logiciel	Nombre de médecin l'utilisant	Pourcentage
Crosway	9	5%
Axisanté	48	27%
Médiclic	3	2%
Médimust	3	2%
Médicawin	6	3%
Médi+4000	6	3%
Applimed	1	0.5%
Médistory	14	8%
Hellodoc	37	20%
Medsoft	1	0.5%
Weda	4	2%
Medipratik	2	1%
Almapro	6	3%
Hypermed	2	1%
Docware	8	4%
Medapli	1	0.5%
Medicab	3	2%
Medicalnet	1	0.5%
Easyprat	1	0.5%
CLAS	4	2%
Maidis	1	0.5%
Medicall	1	0.5%
Ordovital	1	0.5%
Ordogest	1	0.5%
Médecins n'ayant pas répondu	8	4%

Annexe 4 : Logiciel de gestion

Logiciel de gestion	Nombre de médecin l'utilisant	Pourcentage
Crosway	6	3%
Axiam	7	4%
Axisanté	14	8%
Mediclic	1	0.5%
Medimust	3	2%
Medicawin	3	2%
Medi+4000	3	2%
Medistory	9	5%
Hellodoc	16	9%
WEDA	2	5%
Almapro	1	0.5%
Affid	4	2%
Vigipayment	2	1%
Docwere	4	2%
Ciel Compta	1	0.5%
EBC	1	0.5%
Medicab	1	0.5%
BNC express	2	1%
Hypermed	2	1%

Annexe 5 : Pratique du tiers-payant selon l'âge

	Nombre ne pratiquant pas TP	Nombre pratiquant TP	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
30-39 ans	1/20 (5%)	19/20 (95%)	0.61	31.94	1	18.24	0.37
40-49 ans	1/46 (2.17%)	45/46 (97.82%)		26.71	4	18.31	
50-59 ans	3/54 (5.56%)	51/54 (94.44%)		31.69	3	23.34	
Plus de 60 ans	5/61 (8.19%)	56/61 (91.80%)		36.14	7	25.14	

Annexe 6 : Pratique du tiers-payant selon le milieu d'installation.

	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
Milieu urbain	1/69 (1.45)	68 (98.55%)	0.025	32.95	2	22.70	0.04
Milieu rural	6/43 (13.95)	37 (86.04%)		36.7	9	22.44	
Milieu semi-rural	3/69 (4.35)	66 (95.65%)		27.47	4	21.52	

Annexe 7 : Pratique du tiers-payant selon le département

Département	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
31	7/79	72/79 91.14%	0.46	29.35	3	21.63	0.007
9	0/6	6/6		20	1	6.12	
12	0/17	17/17		25.47	2	14.06	
32	0/11	11/11		58	1	15.49	
46	0/13	13/13		33.85	0	28.30	
65	0/17	17/17		28.2	2	16.39	
81	1/21	20/21 95.24%		24.63	4	15.07	
82	2/11	9/11 81.81%		45.57	2	31.95	

Annexe 8 : Pratique du tiers-payant selon l'origine sociale du médecin

Origine sociale	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
Ouvrier	3/33	30/33	90.91%	0.77	31.93	1	22.18	0.44
Employé	1/30	29/30	96.67%		31.44	4	20.51	
Cadre supérieur	1/41	40/41	97.56%		36.43	5	28.25	
Artisan	1/7	6/7	85.71%		13	1	7.58	
Commerçant	0/7	7/7	100%		42.86	0	29.13	
Chef d'entreprise	0/5	5/5	100%		28	0	14.83	
Agriculteur	0/7	7/7	100%		32.86	0	18.22	
Profession libérale	3/39	36/39	92.31%		27.34	4	18.69	
militaire	0/2	2/2	100%		25	0	7.07	
enseignant	0/4	4/4	100%		22.5	0	8.66	
Fonctionnaire	0/3	3/3	100%		35	0	13.23	
Fils de pasteur	0/1	1/1	100%		50	0	0	

Annexe 9 : Pratique du tiers-payant selon le type de cabinet

	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
En groupe	9/126 (7.14%)	117 (92.8%)	0.55	31.5	13	21.19	0.39
Isolé	1/47 (2.13%)	46/47 (97.87%)		30.97	1	20.42	
Maison de santé	0	8 (100%)		41.71	1	28.9	

Annexe 10 : Pratique du tiers-payant selon le type de patientèle

Type de patientèle	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
Aisée	4/23	19/23 (82.61%)	0.045	18.95	0	13.43	4*10-5
Défavorisée	0/17	17/17 (100%)		54.88	0	26.89	
hétérogène	6/141	135/141 (95.74%)		30.76	15	20.54	

Annexe 11 : Pratique du tiers-payant selon si les médecins ont une orientation d'exercice particulière ou non

	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
Médecin ayant une orientation d'exercice particulière	3/41	38/41 92.68%	0.70	31.8	3	23.45	1
Médecin n'ayant pas d'orientation d'exercice particulière	7/140	133/140 95%		31.81	12	21.04	

Annexe 12 : Pratique du tiers-payant selon l'informatisation du cabinet

	Nombre de médecins ne pratiquant pas le TP Hors cas obligatoires	Nombre de médecins pratiquant le TP aussi en dehors des cas obligatoires	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour médecin pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
informatisé	8/172	164/172 95.35%	0.025	32.19	15	21.62	0.10
Non informatisé	2/9	7/9 77.78%		23.57	0	11.44	
Fichier gestion	5/83	78/83 93.98%	0.48	34.01	6	24.15	0.35
Pas de fichier de gestion	3/89	86/89 96.63%		30.49	9	21.11	

Annexe 13 : Pratique du tiers-payant selon si le médecin télétransmet ses feuilles de soins

	Nombre ne pratiquant pas TP	Nombre pratiquant TP	P	Pourcentage d'actes effectués en TP (pour med pratiquant TP en dehors CO)	NSP	Ecart type	P
Télétransmission	10/180	170/180	1	31.92	15	21.32	0.2
Pas de télétransmission	0/1	1/1		10	0		
A domicile	0/93	93/93	0.00059	32.95	6	22.09	0.44
Pas à domicile	10/87	78/87		30.36	9	22.61	
<50 % de télétransmission	0/2	2/2	1	99	0		0.407
50-75 % de télétransmission	0/6	6/6		25.83	0	13.57	
>75% de télétransmission	10/172	162/172		31.25	15	21.34	

Annexe 14 : Temps hebdomadaire consacré à la vérification des remboursements des actes réalisés en tiers-payant (TP)

Contrôle des remboursements		0-20% d'actes réalisés en TP	20-40% des actes réalisés en TP	40-60% des actes réalisés en TP	60-80% des actes réalisés en TP	80-100% des actes réalisés en TP
Quelques un (74)	Effectif	13	29	14	4	4
	Pas de réponse	0	8	4	2	0
	Temps hebdomadaire moyen	0.63	0.84	1.5	1.5	0.17
	Ecart type	0.37	0.49	0.53	0.71	0.76
	intervalle	0.2-1	0.2-2	1-2	1-2	0.5-2
	Temps hebdomadaire moyen médecin et aide	0.5	0.5	1	.	.
	Ecart-type	.	.	.	.	.
	Temps hebdomadaire moyen médecin seul	0.65	0.80	1.5	.	.
	Ecart-type	0.36	0.43	0.53	.	.
	Temps hebdomadaire moyen aide seule	0.625	2	.	.	.
	Ecart-type	0.53	.	.	.	.
Tous (42)	Effectif	16	12	7	1	3
	Pas de réponse	2	3	1	1	1
	Temps hebdomadaire moyen	1.48	2.03	2.08	.	3.5
	EC	0.98	1.44	2.46	.	3.53
	intervalle	0.25-4	0.25-2.5	0.5-7	.	1-6
	Temps hebdomadaire moyen médecin et aide	0.83	2	2	.	6
	EC	0.29	.	.	.	.
	Temps hebdomadaire moyen médecin sans aide	1.39	1.25	2.1	.	1
	EC	0.77	0.97	2.75	.	.
	Temps hebdomadaire moyen aide seule	4	4	.	.	6

Annexe 15 : perte de revenu mensuelle en fonction du taux d'actes réalisés en tiers-payant

	Pas de TP en dehors des cas obligatoires	Taux d'actes réalisés en TP < 20 %	Taux d'actes réalisés entre 20 et 40 %	Taux d'actes réalisés entre 40 et 60 %	Taux d'actes réalisés entre 60 et 80 %	Taux d'actes réalisés entre 80 et 100 %
Nombre de médecins	10	70	49	19	12	6
Nombre de médecins ayant des pertes de revenu	.	56 (80%)	39 (79.59%)	17 (89.47%)	8 (66.67%)	4 (66.67%)
Nombre de médecins n'ayant pas de perte de revenu	.	4	4	0	1	0
Nombre de médecins qui ne se sont pas prononcés	.	10	6	2	3	2
Nombre de médecins ayant donné une estimation des pertes	2	35	28	13	5	4
Nombre de médecins n'ayant pas donné d'estimation	8	21	11	4	3	
Perte de revenue moyenne	45	133.71	192.97	120.46	350	125
Ecart-type	21.21	118.68	239.33	97.33	357.77	50
intervalle		16-500	30-1250	30-400	100-1000	100-200

Annexe 16 : Perte de revenu moyenne selon que le médecin pratique le tiers-payant sur la part obligatoire ou la part obligatoire et sur la part complémentaire avec certaines mutuelles ou sur la part obligatoire et toutes les mutuelles.

	Pas de TP	TP uniquement sur la part AMO (87médecins /94)				TP sur la part AMO et la part AMC avec certaines mutuelles (26 médecins)				TP sur la AMO et la part complémentaires avec toutes les mutuelles (49 médecins)				
Taux d'actes réalisés en TP (%)		0.20	21-40	41-60	81-100	<20	21-40	41-60	81-100	<=20	21-40	41-60	61-80	81-100
Nombre de médecins	10	52	25	9	1	9	8	5	1	7	16	5	12	4
Nombre de médecins n'ayant pas de perte de revenu		4	4	0		0	0	0		0	0	0	1	0
Nombre ne s'étant pas prononcé		6	1	0		2	2	0	1	1	3	2	3	1
Nombre de médecins ayant des pertes de revenu		42	20	9		7	6	5		6	13	3	8	3
Nombre de médecins ayant donné une estimation des pertes		26	14	8		3	4	3		5	10	2	5	3
Nombre de médecins n'ayant pas donné d'estimation	8	16	6	1		4	2	2		1	3	1	3	0
Perte de revenu moyenne (en euros)	45	124.70	108.05	77	100	160	487.5	150		185	236.67	250	350	133.33
Ecart type		111.07	105.20	42.06		96.44	518.61	50		185.07	188.68	212.13	357.77	57.73
Perte mensuelle moyenne	112.32					230				232.32				
Ecart type	101.19					273.33				216.31				

Annexe 17 : Délais de remboursement

Pour les feuilles de soins électroniques :

	Moins de 5 jours	5 à 15 jours	15 jours à 1 mois	2 à 4 mois	Plus de 4 mois	Total
Part AMO	56	79	7	1	1	144
pourcentage	39	55	5	1	1	100
Part AMC	10	19	21	8	2	60
pourcentage	17	32	35	13	3	100

Pour les feuilles de soins papier :

	Moins de 20 jours	20 jours à 2 mois	2 à 4 mois	Plus de 4 mois	Total
Part AMO	15	78	39	3	135
pourcentage	11	58	29	2	100
Part AMC	3	25	25	5	58
Pourcentage	5	43	43	9	100

Annexe 18 : Top 10 des motifs de rejet des feuilles de soins des médecins généralistes

- REJET n° 0450-054 : ETM non trouvée en BDO

Motif : l'exonération transmise n'a pas été trouvée dans la base "Assuré" pour ce bénéficiaire.

Solution : Revoir votre dossier patient et la couverture sociale de l'assuré à la date des soins. Il s'agit soit d'une erreur de lecture de l'attestation vitale de ce patient, soit d'une erreur de saisie.

- REJET n° 0450-072 : Divergence vitale / exo BDO absente

Motif : votre système a gardé en mémoire une exonération qui n'est plus valide à ce jour.

Solution : mettre à jour votre dossier patient et télétransmettre sans motif d'exonération.

- REJET n° 0480-055 : Absence contrat 8X et mutuelle fictive

Motif : le contrat CMU-Complémentaire n'est pas valide à la date des soins et/ou à la date de prescription

Solution : vérifier les dates de validité du contrat CMU-C du bénéficiaire à la date d'exécution des soins.

- 1. La saisie est conforme à la situation de l'assuré à cette date : le dossier va être réglé par nos services.

- 2. Le patient n'a pas de CMU-C à cette date : dossier à recycler sans la part complémentaire.

- REJET n° 0540-030 : Nature de prestation erronée

Motif : un code prestation non trouvé dans la base de l'assurance maladie ou non encore créé a été transmis. Cas le plus fréquent : codes indicateurs du parcours de soins.

Solution : vérifier l'existence du code prestation dans la N.G.A.P ou vérifier qu'un seul indicateur de parcours de soins dans votre facture a été transmis, notamment pour les séries d'actes. Si ce paramètre n'est pas modifiable, contacter le prestataire informatique.

- REJET n° 0540-202 : Majoration de coordination non justifiée

Motif : facturation à tort d'une majoration de coordination de soins :

- Pour un patient non concerné par le parcours de soins,
- Ou en l'absence du code indicateur.

Rappel :

La majoration de coordination de soins ne peut être facturée :

- Dans le cadre du parcours de soins, patient orienté par un généraliste ou un spécialiste de secteur 1 ou de secteur 2 adhérant à l'option de coordination
- Pour les bénéficiaires de la CMU-C quel que soit le secteur choisi par le professionnel de santé.

Solution :

1. Le patient est dans le parcours de soins : recycler la facture en indiquant sa situation dans le parcours de soins (orienté)
2. Le patient n'est pas dans le parcours de soins : recycler la facture en supprimant la majoration de coordination "MCG" ou "MCS" qui n'est pas due.

Pour les patients CMU, le dossier va vous être réglé.

- REJET n° 0540-210 : Hors parcours de soins sans médecin traitant à la BDO

Motif : facturation en tiers payant d'une majoration de coordination de soins pour un patient qui n'a pas de médecin traitant enregistré par l'assurance maladie, ou pour lequel vous nous avez indiqué qu'il était hors parcours de soins (non orienté par son médecin traitant).

Solution :

1. Le patient n'a pas de médecin traitant : recycler la facture en retirant la majoration de coordination de soins "MCG" ou "MCS"
2. Le patient a un médecin traitant (il a été orienté) : recycler la facture avec la majoration de coordination en indiquant que le patient est dans le parcours de soins.

Pour les patients CMU, le dossier va vous être réglé.

- REJET n° 0700-060 : Ecart taux demandé / taux calculé

Motif : écart entre le taux demandé par le professionnel et le taux calculé par le système. Le taux est calculé en fonction du régime de l'assuré, de la nature d'assurance (maladie 10 = 65%, maternité 30 = 100 %, accident de travail 41 = 100 %), de l'acte, de l'exonération éventuelle du ticket modérateur.

Solution : vérifier l'ensemble de ces données dans votre dossier patient ainsi que la saisie de la facture rejetée.

- REJET n° 0710-061 : Montant demandé > Montant calculé si modulation du TM en TP

Motif : le système recalcule le montant à rembourser par l'assurance obligatoire en fonction des éléments transmis et de la situation du patient, au regard du parcours de soins coordonné. Il n'y a pas de médecin traitant enregistré pour ce patient ou aucun indicateur de parcours de soins n'a été communiqué. La facture est donc rejetée.

Solution : vérifier que vous avez bien transmis l'indicateur de parcours de soins et/ou que votre patient a déclaré un médecin traitant.

- REJET n° 1170-001 : Base de remboursement obligatoire

Motif : un code prestation a été transmis sans indication de la base de remboursement. Quand vous transmettez plusieurs consultations, il peut s'agir d'un code MTO généré à tort (code prestation ou code mal paramétré dans votre logiciel).

Solution : contacter votre éditeur de logiciel pour qu'il vous indique les bons paramètres à enregistrer dans votre système afin qu'il ne génère qu'un seul code d'orientation quand vous transmettez plusieurs actes, ou vérifier la conformité du code transmis sur notre site Ameli.

AUTEUR : Adeline LIQUIERE

TITRE : Pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées, une enquête auprès de 181 médecins généralistes.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Raymond THOMAS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse le 14 juin 2016

Contexte : La Loi de Santé prévoit la généralisation obligatoire du tiers-payant pour les médecins généralistes d'ici le 1/11/2017.

Objectifs : les médecins généralistes de Midi-Pyrénées pratiquent-ils le tiers-payant en dehors des cas obligatoires actuellement, quelles sont leurs motivations et leurs difficultés ?

Matériel et méthodes : Enquête descriptive menée au moyen d'un questionnaire auprès de 498 médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées tirés au sort.

Résultats : 181 réponses soit un taux de 36%. 94% des médecins pratiquent le tiers-payant en dehors des cas obligatoires. Les actes réalisés en tiers-payant représentent 32% des actes et concernent essentiellement des patients en ALD (88%) et les patients en difficulté financière (72%). 55% le pratiquent uniquement sur la part obligatoire, 27% sur la part obligatoire et avec certaines mutuelles et 15% sur la part obligatoire et avec toutes les mutuelles. Leurs motivations sont : faciliter l'accès aux soins et le paiement aux patients les plus fragiles financièrement, supprimer l'aspect commercial dans la relation avec les patients, alléger leur gestion comptable et s'assurer d'être payé. La principale difficulté évoquée est la perte de temps liée à la vérification des remboursements (1h et 21 minutes hebdomadaires). 80 % des médecins rapportent une perte de revenu (187 euros mensuels). 75% des médecins pensent que la généralisation obligatoire du tiers-payant aura des conséquences négatives sur leur profession et sur la santé publique mais ceux qui le pratiquent le plus sont moins pessimistes.

Conclusion : les médecins généralistes de Midi-Pyrénées pratiquent déjà le tiers-payant en dehors des cas obligatoires mais sont opposés majoritairement à sa généralisation dans les conditions prévues actuellement.

TITLE: Practice of third party coverage by the General Practitioner (GP) in Midi-Pyrénées region.

Context: The French health policy plans the compulsory generalization of the third party coverage for the GPs by the 1st November 2017.

Goals: Does the GPs of Midi-Pyrénées presently practice the third party coverage apart from the mandatory cases, what are their motivations and difficulties?

Methodology: A describing survey conducted by means of a questionnaire to 498 GPs installed in Midi-Pyrénées chosen at random.

Results: 181 answers or a 36% response rate. 94% of the GPs practice the third party coverage apart from the mandatory cases. 32% of the medical procedures are done under third party coverage, 88% of these procedures are essentially relevant to long-term condition (ALD) patients and 72% are relevant to patients in financial hardship. 55% practice it only on the compulsory part, 27% on the compulsory part and on some complementary health insurance, 15% on the compulsory part and all the complementary health insurances. Their incentives are to ease access to health care, to facilitate the payment, to suppress the commercial aspect of the relationship with the patient, to lighten their accounting system and be sure to be paid. The main difficulty reported is the waste of time due to the checking of the refund (1h21min weekly). 80% of the GPs report a loss of income (187€ per month). 75% of the doctors think that the compulsory generalization of the third party coverage will have negative consequences on their profession and on the public health but those who practice it most are less pessimistic.

Conclusion: The GPS of Midi-Pyrénées region already practice the third party coverage apart from the mandatory cases but they are predominantly against its generalization with the present conditions.

Mots clés : Tiers-payant – médecine générale – Midi-Pyrénées – accès aux soins – CMU – inégalités sociales.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil –133 route de Narbonne –31062 TOULOUSE Cedex 04 -France