

Tiers-payant : pourquoi tant d'hostilité ?

LE MONDE ECONOMIE | 15.01.2015 à 11h55 • Mis à jour le 15.01.2015 à 12h06 |

Par Thibault Gajdos (chercheur au CNRS)



La Sécurité sociale et les assurances-maladie complémentaires couvrent une grande partie de nos dépenses de santé. C'est le cas lorsque l'on rend visite à son médecin de ville. Cependant, le prix de la consultation doit, dans l'immense majorité des cas, être avancé par le patient. Ce dernier paie donc le médecin, puis se fait rembourser. On pourrait imaginer que les assurances santé paient directement le médecin : c'est le principe du tiers payant.

Le principal avantage du tiers payant est d'empêcher que des patients renoncent à se soigner, faute d'être en mesure d'avancer les frais de consultation. Or, il s'agit là d'un problème majeur.

Lire aussi : [La grève des médecins est justifiée](#)

[\(/economie/article/2015/01/15/la-greve-des-medecins-est-](#)

[justifiee_4556855_3234.html\)](#)

aux droits et services) ont analysé les renoncements aux soins des assurés sociaux du Gard (« [Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ODENORE_BRSG_septembre%202014.pdf) » (http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ODENORE_BRSG_septembre%202014.pdf), Odenore, septembre 2014). Ils observent que, dans 20 % des cas, les renoncements sont liés à la nécessité d'avancer les dépenses. Généraliser le tiers payant permettra donc d'améliorer l'accès aux soins.

Réduction des dépenses de santé à terme

Pourquoi les médecins libéraux s'y opposent-ils ? Leur premier argument est que le tiers payant est déjà généralisé pour les plus démunis, et que les médecins peuvent y recourir ponctuellement s'ils estiment que leurs patients en ont besoin. L'étude de l'Odenore montre que ces dispositifs ne sont pas suffisants.

Le deuxième argument mis en avant est qu'il s'agit d'une étatisation rampante de la santé en France, puisque le médecin ne sera plus payé par les patients. C'est totalement absurde : cela revient très exactement à dire que les commerçants sont payés par des banques lorsque leurs clients utilisent des chèques ou des cartes de crédit ! En vérité, aujourd'hui comme demain, c'est la Sécurité sociale qui finance l'essentiel des dépenses de santé en France (76 %, contre 14 % pour les assurances complémentaires, et moins de 10 % pour les ménages).

La troisième raison invoquée est le spectre d'une hausse incontrôlée des dépenses de santé. Evidemment, si la généralisation du tiers payant permet de lutter contre le non-recours, on devrait assister à une hausse des dépenses courantes de santé. Mais, ainsi que l'ont montré Paul Dourgnon, Florence Jusot (université Paris-Dauphine) et Romain Fantin (Irdes), les personnes qui renoncent à des soins pour des raisons financières voient leur état de santé se dégrader (*Payer nuit gravement à la santé*, Economie publique, 2012).

La prise en charge des besoins médicaux insatisfaits peut donc permettre, à terme, une réduction des dépenses de santé en évitant des complications liées à l'absence de traitement. Du reste, le bon outil pour réguler la demande de santé n'est pas le tiers payant, mais le reste à charge, dont les syndicats de médecins ne réclament pas l'augmentation.

Réaction typiquement française

Enfin, les médecins libéraux soutiennent qu'il s'agit d'un dispositif trop complexe. C'est une réaction typiquement française. Nous savons envoyer des fusées dans l'espace, mais nous sommes incapables de mettre en œuvre le prélèvement de l'impôt sur le revenu à la source ou le tiers payant – deux procédures qui sont pourtant la règle dans la plupart des pays européens.

Il existe des difficultés techniques réelles, liées notamment au grand nombre d'organismes d'assurance complémentaire. Mais une discussion entre partenaires devrait en venir à bout, comme cela a été le cas pour la carte Vitale. Cela devrait donc susciter des objections sur les modalités de la généralisation du tiers payant, et non sur son principe.

Alors, quelle est la raison, la vraie, à l'opposition des médecins ? Difficile à dire. Il n'est pas impossible que certains médecins voient dans la transparence associée à ce mode de rémunération un frein aux dépassements d'honoraires. Comme le note pudiquement l'Inspection générale des affaires sociales (« [Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P_Tiers_payant_DEF.pdf) » (http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P_Tiers_payant_DEF.pdf), Etienne Marie et Juliette Roger, IGAS, juillet 2013), il y a en effet « *une certaine congruence entre avance des frais et liberté tarifaire* ».