Représentations des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant : étude qualitative

Brice Chauvin

▶ **To cite this version:**

Brice Chauvin. Représentations des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01111296

HAL Id: dumas-01111296

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01111296

Submitted on 30 Jan 2015

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

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

UNIVERSITE BORDEAUX 2 VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MEDICALES

2014 Thèse n°169

Thèse

pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2014 par

Brice CHAUVIN né le 21 février 1983

REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX SUR LA GENERALISATION DU TIERS PAYANT : ETUDE QUALITATIVE

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Rapporteur de thèse

Monsieur le Professeur associé William DURIEUX

JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Juge : Monsieur le Professeur associé William DURIEUX

Juge : Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Juge : Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Juge : Monsieur le Docteur Bernard COADOU

UNIVERSITE BORDEAUX 2 VICTOR SEGALEN

UFR DES SCIENCES MEDICALES

2014 Thèse n°169

Thèse

pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : Médecine Générale

présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2014 par

Brice CHAUVIN né le 21 février 1983

REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX SUR LA GENERALISATION DU TIERS PAYANT : ETUDE QUALITATIVE

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Baptiste LUACES

Rapporteur de thèse :

Monsieur le Professeur associé William DURIEUX

JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice BONNET

Juge : Monsieur le Professeur associé William DURIEUX

Juge : Madame le Docteur Sylvie MAURICE

Juge : Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Juge : Monsieur le Docteur Bernard COADOU

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier à l'unité de médecine interne et maladies infectieuses de l'hôpital Saint André.
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury. Veuillez trouver ici la marque de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur William Durieux, Professeur associé au département de médecine générale, médecin généraliste.
Vous avez accepté d'être le rapporteur de ma thèse. Merci pour l'attention portée à mon travail. Veuillez recevoir ici la preuve de toute ma gratitude et de ma considération.

Madame le Docteur Sylvie Maurice, Maître de Conférence des Universités, Praticien Hospitalier en santé publique à l'ISPED.
Je vous prie de recevoir ici le témoignage de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Christophe Adam, maître de conférence associé au département de médecine générale, médecin généraliste.
Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et de ma considération.

Monsieur le Docteur Bernard Coadou, médecin généraliste.
Merci pour votre aide, votre participation dans ce travail et pour m'avoir permis involontairement de connaître Baptiste. Votre engagement et votre vision de la médecine constituent pour moi un modèle et une source de motivation.

Monsieur le Docteur Baptiste Luaces, médecin généraliste.
Merci de m'avoir fait confiance si simplement en acceptant de me diriger dans ce travail alors qu'on se connaissait à peine et que les circonstances n'étaient pas évidentes. Merci aussi de m'avoir décomplexé avec ta thèse et d'avoir accepté de s'attaquer à ce sujet. Merci pour tes conseils judicieux et ton investissement. J'espère que je n'ai pas refroidi ton enthousiasme et que de nombreux étudiants pourront apprendre grâce à toi. Longue vie enfin à la maison de santé dont tu portes le projet !

Merci au Docteur Marco Romero, médecin généraliste et second investigateur. Pour ton aide pleine d'abnégation et de dévouement dans le lourd travail que je t'ai confié... comme tu en avais fait preuve déjà pour moi en tant que tuteur.

Merci à tous les médecins qui ont accepté de me donner de leur temps pour répondre à mes questions dans le cadre de cette étude.

Merci aux équipes médicales et para-médicales qui ont participé à ma formation et plus particulièrement les équipes infirmières des urgences du CH Pau, d'Oloron Sainte Marie, de Langon, du service de gériatrie de l'hôpital d'Oloron Sainte Marie et de neurologie du CHU de Bordeaux, du SECOP de Charles Perrens, l'équipe des sages-femmes de la maternité de Langon et les Docteurs LAJUS, BASTIN, VALIAME, MAURAN et MARTIN.

Merci aux médecins généralistes qui m'ont accueilli dans leur cabinet pendant l'internat, m'ont permis de découvrir la médecine générale et de me conforter ainsi dans mon choix : Dr FAUCIE, BRIOL et DUFOUR. J'espère que tout va bien dans vos montagnes.

Merci enfin aux Docteurs EHSTER et THOMAS qui m'ont donné l'opportunité de commencer à travailler en les remplaçant, qui m'ont aidé dans mes premiers pas et m'ont montré une voie que j'espère pouvoir emprunter.

Merci à ma famille :

à ma mère et mon père pour leur soutien sans faille... et leur patience ! Merci de m'avoir donné le goût d'apprendre et transmis des valeurs qui sont nécessaires au quotidien dans le métier de médecin. Et pour toujours me rappeler le point de vue du patient...

à mon frère pour m'obliger à réfléchir toujours un peu plus loin et me pousser dans mes retranchements. Et pour me faire toujours autant rire (Je suis canoque Docteur du coup ?). Et merci à Jess pour le coup de pouce linguistique et pour arriver à pousser Florent dans ses retranchements...

à mon grand-père qui m'a montré l'importance de la rigueur.

Merci à mes amis (par ordre alphabétique, pour en embêter quelques un-e-s !)

à Antoine (non, antoine, j'ai dit par ordre alphabétique...!;) et Laurie. Merci Antoine pour avoir réussi à faire un panaché de tous les personnages les plus drôles de série télé médicale avec ce petit truc en plus rimbaldien...
à Bérénice et Hugo, pour les photos d'encouragement des deux petits amours pendant les journées de boulot, pour l'énergie et la joie que vous dégagez toujours autant. Quand est ce que les filles passent au cours de Melbourne danse ?
à Camille, pour m'avoir redonné par tes discussions, tes lectures, tes rencontres, l'envie de mettre les mains dans le cambouis-confiture des sciences sociales, pour ton soutien permanent, pour les lamas et pour tout le reste.
à Emilie, pour les petites pauses bien venues ces derniers mois et tes histoires improbables. Qu'est-ce je vais bien pouvoir trouver maintenant pour ne pas aller te voir... ?
à Félisa et Sam. Merci Fé pour ton soutien pendant une partie de ces études. Ca y est, vous pouvez enfin m'appeler comme Tomtom en rêvait...
à Gigi et JB pour être restés pas trop loin et dans un endroit plutôt pas sympa, non ? Merci Gigi pour avoir pris le relais des mails collectifs à réponses éparses... Et pour ta soif de découverte toujours !
à Laure-Astrid et Alexandre. Merci LA, pour tes coups de fil qui rythmaient la marche progressive vers nos libérations... C'est bon, je crois que le feu sacré ne s'est pas tari !
à Maelle et Charlotte. Pour les repas « un dîner ~~presque~~ parfait » si agréables chez vous ou ailleurs... Et merci Maelle de m'avoir fait tant évoluer et ouvert l'esprit depuis le début. Vous me le confiez alors le cœur voyageur, c'est mon tour ?
à Marco et Caroline, pour les sessions bibliothèques dans votre salon qui m'ont bien lancé, pour avoir déménagé exprès à Thèze pour me faire penser à mes obligations... Et pour tous ces beaux moments passés grâce à vous ! Il me tarde pour votre petit bout !
à Marie et Jérôme. Pour nous montrer que oui, on peut concilier travail intense et vie familiale. A toi de jouer maintenant pour la thèse ! Et après, je vais revenir t'embêter...;)
A la bande issue du GENEPI : Andréa, Thibault, Bastien, Elise, Armand, Chloe. Pour avoir presque réussi à me faire « rajeunir » et croire à nouveau en l'engagement (Haha, j'ai réussi à placer GENEPI chez les médecins...).

Table des matières

Abréviations et sigles p.10

Introduction p.11

Partie I : Bases théoriques

I. Le tiers payant : définition et rappels p.14

I. 1) Définition p.14

I. 2) La répartition du coût du soin en France p.14

I. 3) La place du tiers payant dans le système actuel p.15

I. 4) La place de l'avance des frais et des AMC : une spécificité française p.16

II. L'histoire du tiers payant dans la protection sociale : un marqueur de l'évolution de la médecine libérale p.17

II. 1) Les systèmes de protection sociale avant 1945 : des tentatives de mise en place du tiers payant contre-carrées par les médecins p.17

II. 2) La création de la Sécurité Sociale : la réaffirmation du paiement direct par le patient mais la fin de la libre entente sur les tarifs p.19

II. 3) 1945-1970 : l'extension des droits des assurés, la marche vers le conventionnement des médecins p.20

II. 4) 1975 à nos jours : le développement du tiers payant AMO, la réintroduction d'une liberté tarifaire, l'expansion des complémentaires p.21

III. Tiers payant et accès aux soins p.23

III. 1) Liens entre morbidité, précarité et protection sociale p.24

III. 2) Difficultés d'accès aux soins en France p.24
III. 2. a) L'accessibilité des professionnels p.25
III. 2. b) L'accessibilité administrative p.25
III. 2. c) L'accessibilité relevant de déterminants culturels ou psychiques propres au patient p.25
III. 2. d) L'accessibilité financière p.26

III. 3) Situations pratiques d'accès aux soins pouvant être améliorées par la généralisation du tiers payant p.27

Partie II : Etude

I. Matériel et méthodes p.30

I. 1) Constitution de l'échantillon p.30

I. 2) Réalisation et contenu du guide d'entretien p.30

I. 3) Réalisation des entretiens p.31

I. 4) Traitement des données p.32

II. Résultats : données quantitatives p.32

II. 1) Taille de l'échantillon p.32

II. 2) Réalisation des entretiens p.33

II. 3) Profil des médecins p.33

III. Résultats : données qualitatives p.36

III. 1) Les aspects pratiques de la généralisation du tiers payant p.36
III. 1. a) Les facilitations attendues du tiers payant généralisé p.36
III. 1. b) Les craintes nombreuses sur l'application pratique du tiers payant généralisé p.36
III. 1. c) Un usage du tiers payant très disparate p.38

III. 2) L'impact du tiers payant sur les comportements des patients et sur la relation médecin-patient p.40
III. 2. a) Les conséquences positives attendues sur le comportement des patients p.40
III. 2. b) Les conséquences négatives attendues sur le comportement des patients p.41
III. 2. c) Des comportements négatifs contestés ou sur lesquels on peut agir p.42
III. 2. d) La perception par les patients de la réforme d'après les médecins p.42
III. 2. e) L'impact du paiement sur la relation médecin-patient p.43

III. 3) La question de la rémunération des médecins p.44
III. 3. a) Le prix de la consultation considéré comme faible et des perspectives incertaines p.44
III. 3. b) Le tiers payant généralisé perçu comme la fin de la médecine libérale p.45
III. 3. c) La perception des rémunérations aux forfaits mises en place p.46
III. 3. d) La perception du salariat et du forfait à la capitation et la critique du paiement à l'acte p.47

III. 4) La question de l'accès aux soins p.49
III. 4. a) L'absence de problèmes d'accès aux soins p.49
III. 4. b) Les problèmes d'accès aux soins perçus par les médecins et leurs solutions p.49
III. 4. c) Du tiers payant généralisé inefficace dans l'accès aux soins au tiers payant délétère ? p.51
III. 4. d) Un attachement à la Sécurité Sociale et à l'accès aux soins, parfois relatif pour certains. p.51

III. 5) Variation des opinions des médecins en fonction de leur profil p.52

IV. Discussion p.53

IV. 1) Choix du sujet p.53

IV. 2) Méthodologie p.53
IV. 2. a) Choix de la méthode qualitative p.53
IV. 2. b) Choix de l'entretien semi-directif p.53
IV. 2. c) Constitution de l'échantillon p.54
IV. 2. d) Constitution du guide d'entretien p.55
IV. 2. e) Réalisation des entretiens p.56
IV. 2. f) Exploitation des données p.56

IV. 3) Discussion des questions des recherche p.57
IV. 3. a) Des représentations du tiers payant témoins de l'ambivalence de la profession autour du caractère libéral p.57
IV. 3. b) Des représentations négatives au niveau pratique et technique p.59
IV. 3. c) Des représentations favorables rejoignant les attentes de l'IGAS et un aspect novateur soulevé p.60
IV. 3. d) Des représentations négatives « évidentes » mais contestables : le thème inflationniste p.60
IV. 3. e) Des représentations négatives « évidentes » mais contestables : le thème de la déresponsabilisation p.62

IV. 4) Discussion des questions de recherche : les pratiques du tiers payant p.63

IV. 5) Discussion des questions de recherche : les propositions pour la facilitation de l'accès aux soins et la place du mode de rémunération p.65
IV. 5. a) Des propositions cohérentes pour la plupart p.65
IV. 5. b) La place du mode de rémunération p.66

Conclusion p.69

Bibliographie p.70

Annexes :
Annexe I : Prise en charge par l'AMO des différents soins en France pour un assuré sans exonération du ticket modérateur p.76
Annexe II : Circonstances de prise en charge du ticket modérateur par l'AMO p.77
Annexe III : Franchises instaurées sur les soins depuis 2005 p.78

Annexe IV : Synthèse rapport de l'IGAS sur la généralisation du tiers payant p.79

Annexe V : Evolution du taux de renoncement aux soins en France p.81

Annexe VI : Guide d'entretien formalisé p.82

ABREVATIONS et SIGLES

ACS : Aide à la Complémentaire Santé
AAH : Allocation Adulte Handicapé
ALD : Affection Longue Durée
AMC : Assurance Maladie Complémentaire
AMD : Aide Médicale Départementale
AME : Aide Médicale d'Etat
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ANI : Accord National Inter-professionnel
CES : Centre d'Examen de Santé
CISS : Collectif Inter-associatif sur la Santé
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé
CSMF : Confédération des Syndicats des Médecins Français
DREES : Direction de Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPICES : (score) d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé
ESPS : Enquête nationale sur la Santé et la Protection Sociale
HAS : Haute Autorité de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
MG-France : Médecins Généralistes France
OCDE : Organisation pour la Coopération et le Développement Economique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Médicale Infantile
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée
UFML : Union Française pour la Médecine Libre
USMF : Union des Syndicats des Médecins Français

La ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, a annoncé, en septembre 2013, qu'elle souhaitait donner la possibilité à tous les patients de ne plus avoir à avancer les frais des consultations de médecins libéraux, à l'horizon 2017. Cette mesure est présentée avant tout comme permettant de favoriser l'accès aux soins de la médecine de ville. Ce projet de réforme a été mal accueilli par la plupart des syndicats de médecins qui s'inquiétèrent des conditions d'application au niveau technique et financier pour les praticiens. Mais, certaines organisations syndicales ont alerté également sur le risque de surconsommation de soins et d'une nouvelle remise en cause de la condition du médecin libéral. En revanche, hormis MG-France et le Syndicat de la Médecine Générale (SMG), aucune organisation n'a souligné les éventuels points favorables que pouvait apporter cette réforme pour les patients ou pour les médecins.

Au cours de notre formation initiale, nous avons été peu confrontés à la question du paiement de l'acte médical. Salariés pendant toute la période de l'internat, le seul contact éventuel avec cette problématique pouvait être lors des stages chez le praticien mais nous étions rarement en responsabilité de cette tâche. Par ailleurs, nous avions l'occasion de rencontrer trois médecins, ou six, au mieux, en cas de SASPAS, qui ont souvent des similitudes dans l'environnement d'exercice et dont le simple fait d'être maître de stage limite la diversité des pratiques. En revanche, au cours de notre pratique en tant que médecin généraliste libéral remplaçant après l'internat, nous avons eu l'occasion de travailler pour des médecins dans des milieux très différents. Nous avons pu nous rendre compte sur le terrain de la diversité des pratiques des médecins généralistes quant à l'utilisation du tiers payant avec leurs patients. Nous avons aussi perçu, à travers ces pratiques et en discutant avec les praticiens que nous remplacions et leur patientèle, la grande variabilité des médecins dans leur conception de leur statut libéral et dans le rapport qu'ils entretiennent au paiement de l'acte médical. Nous avons enfin été confrontés à des questions et des situations que nous n'avions jamais envisagées auparavant : quand peut on considérer qu'on a réalisé un acte méritant le paiement ? Comment répondre à des demandes téléphoniques d'actes à faire sans qu'il y ait de paiement ? Comment réagir face à des accusations de faire revenir les patients « pour faire du chiffre » ? Comment au contraire se comporter face à des gens qui insistent pour nous donner la carte vitale pour des tâches ne le nécessitant pas presque comme s'ils nous faisaient une faveur ou « parce que tout travail mérite salaire » ? Qui paye quoi, quand et pourquoi ? Et comment faire payer ?

L'élargissement progressif du tiers payant à différentes catégories de patients (ALD, CMU...) et l'utilisation par certains médecins du tiers payant partiel (avance par le patient uniquement du ticket modérateur) pouvaient nous laisser penser que cette réforme serait bien accueillie par les médecins, pour la facilitation de l'accès aux soins qu'elle permet. Mais, au vu des arguments avancés par les syndicats et du fort attachement aux valeurs libérales des médecins de ville, on peut également s'attendre à ce qu'ils aient une représentation majoritairement négative de la généralisation du tiers payant. Notre recherche bibliographique n'a retrouvé aucun travail ayant étudié, de façon précise, la représentation des médecins quant à ce projet de réforme et leur perception des avantages ou inconvénients éventuels. Le caractère récent de la proposition ministérielle peut sans doute l'expliquer. Il nous semble pourtant important de dresser un tableau complet des représentations des médecins généralistes sur le terrain pour éventuellement participer à la

déconstruction d'opinions répandues erronées. Cette question du tiers payant généralisé est en effet primordiale dans ce qu'elle nous interroge sur notre rapport au paiement de l'acte médical et au patient et donc sur l'organisation de la médecine libérale en France.

Cette réflexion nous a amenés à poser la question de recherche suivante :

quels sont les avantages et inconvénients perçus par les médecins généralistes libéraux concernant la généralisation du tiers payant ?

Notre objectif principal sera donc d'explorer les représentations des médecins généralistes sur ce thème.

Les objectifs secondaires abordés au travers de cette étude sont :

- confronter les opinions sur le tiers payant généralisé avec les données de la science.
- décrire les pratiques actuelles de l'utilisation du tiers payant d'après les médecins.
- faire émerger chez les médecins généralistes d'autres propositions concernant les problématiques d'accès aux soins et la place qu'ils attribuent au mode de rémunération dans cette thématique.

Partie I : Bases théoriques

I. Le tiers payant : définition et rappels

I. 1) Tiers payant : définition (1)

Le tiers payant désigne le dispositif qui, dans un système de santé, permet aux patients de ne pas avoir à payer directement le professionnel qu'il sollicite car celui-ci est réglé par un organisme d'assurance-maladie autre pouvant être public, privé ou les deux. Par abus de langage, il est considéré comme synonyme de dispense d'avance des frais alors que deux cas peuvent se présenter où le patient ne fait pas l'avance des frais mais où le professionnel n'est pas payé par un tiers pour autant :

- quand le patient a déjà reçu un versement d'un organisme avant la consultation.
- quand le professionnel attend que le patient ait bénéficié du remboursement de l'organisme tiers avant d'encaisser le moyen de paiement donné par le patient lors de la consultation (solution utilisée en pratique en France par certains médecins).

Par opposition, le système de paiement direct du médecin par le patient avec avance des frais et remboursement a posteriori est aussi appelé tiers garant.

I. 2) La répartition du coût du soin en France

Le patient qui est couvert par l'assurance maladie obligatoire (Caisse National d'Assurance Maladie et leurs subdivisions ou Mutualité Sociale agricole), en France, bénéficie d'une prise en charge d'une partie du coût des soins qui lui sont prodigués. La part prise en charge par l'assurance maladie varie selon le type de soins. Par exemple, elle est de 70 % pour les frais de consultation des médecins généralistes et spécialistes (dont actes de radiologie). (2 et annexe I)

La partie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) est appelée ticket modérateur et reste à la charge du patient. Ce taux varie donc selon le type d'actes, de pathologies mais aussi, depuis peu, selon le respect ou non du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire si le patient a bien déclaré un médecin traitant à l'assurance maladie et consulte les spécialistes éventuels adressés par le praticien.

Le patient peut alors contracter une assurance maladie complémentaire (AMC) qui, en fonction du contrat, peut rembourser tout ou partie du ticket modérateur et, pour certains contrats, peut prendre en charge les éventuels dépassements d'honoraires réclamés par les praticiens. Ce ticket modérateur peut être pris en charge intégralement par l'AMO dans certaines circonstances : patients bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME, d'une pension d'invalidité ou d'une rente après un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ou patients souffrant d'une ALD (3, annexe II).

Dans le but de diminuer les dépenses de l'assurance maladie, des systèmes de forfaits et franchises ont été mis en place progressivement sur les différents postes de dépenses de santé (consultation, médicaments, actes infirmiers, transport) depuis 2005. Ils ne sont pas appliqués aux mineurs, aux patients relevant de la CMU-C ou de l'AME et aux femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement. (4 et annexe III)

Il existe un dernier type de frais de santé laissé à la charge du patient : le forfait hospitalier. Il correspond à une participation aux frais d'hébergement, lors d'un séjour de plus de 24 heures, dans un établissement de santé. Il est de 18 euros par jour. Il est pris en charge par l'AMO pour les patients relevant de la CMU-C ou de l'AME et n'est pas dû dans certaines circonstances. Il est pris en charge par l'AMC pour la plupart des contrats.(4)

Le reste à charge des patients dans le système français rassemble donc le ticket modérateur, les franchises et forfait institués et le forfait hospitalier. Quand le ticket modérateur est pris en charge par une AMC, il semble logique (mais n'est pas toujours appliqué) d'inclure le montant des cotisations payées à l'organisme complémentaire par le patient dans ce reste à charge.

I. 3) La place du tiers payant dans le système actuel

L'expression « tiers payant généralisé » témoigne de l'existence de dispositifs qui permettent déjà le tiers payant dans certaines circonstances que voici énumérées : (1)

- les patients bénéficiaires de la CMU et l'AME, le tiers payant portant sur la part AMO et AMC (disposition législative).
- les patients victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle avec prise en charge à 100% par l'assurance AT-MP (disposition législative).
- les actes supérieurs à 120 euros bénéficient du tiers payant sur la partie AMO. Ces actes ont un ticket modérateur forfaitaire de 18 euros. Il est avancé par les patients et éventuellement remboursé par l'AMC secondairement. Ceci permet d'expliquer le plus fort taux d'actes réalisés en tiers payant chez les spécialistes dits techniques, par comparaison aux autres spécialistes dont les généralistes, du fait du coût souvent élevé de ces actes.
- les patients bénéficiaires de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé) bénéficient du tiers payant sur la partie AMO (disposition législative).
- Les actes réalisés dans les centres de santé, les centres de PMI et les établissements de santé (dont les consultations aux urgences), hors consultations externes, fonctionnent sur la base d'un tiers payant sur la partie AMO et, en fonction des accords entre la structure et les mutuelles, sur la partie AMC. On est en revanche hors du champ de la médecine libérale puisque les médecins y travaillant sont salariés.
  Le facteur de dispense d'avance des frais n'est pas forcément identifié comme une cause de chaque consultation aux urgences relevant de la médecine générale de premier recours. Mais il constitue un des arguments qui poussent certains patients à privilégier l'usage des services d'urgences plutôt que la consultation en médecine de ville pour des motifs ne relevant pas de ces services. Son estimation est variable selon le type d'études : en 2003, par exemple, 15,4 % des gens consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine de premier recours ont dit le faire à cause de la dispense d'avances des frais. (5)
- Les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins et régulés par le SAMU peuvent être pris en charge en tiers payant sur la partie AMO pour pallier les difficultés d'accessibilité à un moyen de paiement lors de la réalisation de ces actes (nuit, week-end...).
- Les actes réalisés dans le cadre de campagnes préventives (dépistage cancer du sein, examen bucco-dentaire chez l'enfant à certains âges, consultation en libéral suite à un bilan de santé réalisé en centre de santé).

Enfin, des dispositions conventionnelles locales (donc pouvant être variables d'un département à l'autre) et souvent non obligatoires (donc variables d'un médecin à l'autre) ont également instauré un tiers payant sur la partie AMO possible :

- soit du fait d'accords locaux entre les caisses d'AMO et les syndicats de médecins pour certaines populations identifiées comme fragiles au niveau financier : c'est dans ce cadre que peut se réaliser le tiers payant pour les patients souffrant d'une ALD qui, de fait, est intégral puisqu'ils sont exonérés du ticket modérateur. D'autres populations peuvent être ainsi ciblées : patients âgés ou jeunes, en invalidité...
- soit à l'initiative personnelle du médecin s'il juge que certains patients présentent des difficultés financières ou un état de santé nécessitant des actes itératifs. Cette possibilité n'est inscrite au niveau conventionnel que depuis la dernière négociation de juillet 2011. (6) Elle vient clarifier une situation paradoxale : certaines caisses laissaient les médecins utiliser le tiers payant fréquemment vis-à-vis d'usagers n'en relevant pas d'après la loi alors que d'autres caisses rappelaient à l'ordre les praticiens ayant ces pratiques.

Aucune directive nationale n'a permis de mettre à plat cette possibilité d'où des disparités très grandes entre départements et entre médecins, par exemple pour l'usage du tiers payant pour les patients souffrant d'une ALD.

De même, le paiement du médecin par les AMC n'est prévu dans aucun texte mais peut faire l'objet en pratique d'accord individuel entre certaines mutuelles et praticiens : cette situation est rare (6% de tiers payant AMC en médecine de ville, d'après la Mutualité française, citée par le rapport de l'IGAS). (1)

La réforme du tiers payant voulue par la ministre est présentée comme visant à clarifier cette ambivalence et augmenter le taux d'actes en tiers payant intégral en médecine de ville, en le rendant accessible à tout patient a priori, sans préjuger de sa situation financière ou de santé.

I. 4) La place de l'avance des frais et des AMC : une spécificité française

On peut distinguer trois grands types de système d'organisation des soins dans le monde.

Le système libéral, comme aux États-Unis, consiste en une organisation où la protection contre le risque maladie dépend de la souscription volontaire d'une assurance privée pour une grande partie de la population, avec un système d'assurance publique, uniquement pour les risques majeurs, accessible aux personnes âgées et aux foyers à faibles ressources. Ce système est à l'origine d'un poids particulièrement important du coût de la santé dans l'économie du pays. 15,3 % du PIB contre 11,1% en France, c'est le plus fort taux au niveau mondial. Il entraîne également de fortes inégalités d'accès aux soins : 45 millions d'Américains étaient sans couverture maladie en 2009. (7) Néanmoins, on peut noter que le patient, quand il est assuré, n'avance pas les frais de la consultation et que le praticien est directement réglé par l'assurance qui le couvre.

Le système étatisé national de santé, comme en Angleterre, est financé par l'impôt et organisé par l'État ou plus localement par les pouvoirs publics régionaux. La dispense d'avance de frais est totale. La participation de l'assurance complémentaire est quasi-nulle ou alors ouvre l'accès à un réseau de soins totalement privés (on parle d'assurance duplicative).

Enfin, le système d'assurance maladie peut être organisé sur des principes bismarckiens avec financement basé sur des cotisations et gestion déléguée à des caisses (France, Allemagne, Belgique...). La part financée par l'assurance complémentaire est assez variable dans ces pays selon les orientations privilégiées par le système de soins:

- dans la plupart des pays, il est plus axé sur les soins primaires donc la médecine ambulatoire, avec un plafond annuel de dépenses à la charge du patient, basé sur ses revenus ou fixe, au delà duquel la prise en charge est totalement assurée par l'AMO. Le reste à charge est de ce fait faible et fait peu appel aux assurances complémentaires privées.
- en France, le système est plus centré sur les soins secondaires (hôpital) et il n'y pas de plafond protégeant les assurés d'un reste à charge cumulé trop lourd à supporter. La part des soins non financée par l'AMO dans les soins de ville est donc plus grande, laissant le champ libre à des organismes privés de complémentaires qui prennent une place beaucoup plus importante en France que dans les autres pays. Elle est évaluée à 12,2% des dépenses de santé en 2003 en France et est la deuxième plus élevée des pays en Europe avec les Pays-bas (elle n'est que de 8,8% en Allemagne). (8)

Par ailleurs, parmi ces pays au fonctionnement global similaire, seule la France, la Belgique et le Luxembourg ont un système où l'avance des frais prévaut (1). Ainsi :

- en Allemagne et dans la plupart des pays, le tiers payant est institué.
- en Suisse, le patient a trente jours après la consultation pour payer le médecin et peut donc être remboursé par son assurance avant le paiement effectif.

On peut noter qu'en Belgique, un système de tiers payant pour les consultations chez le médecin tenant le dossier médical a été instauré, à l'instar de la réforme du médecin référent, tentée sans succès en France en 1996.

II. L'histoire du tiers payant dans la protection sociale : un marqueur de l'évolution de la médecine libérale

II. 1) Les systèmes de protection sociale avant 1945 (9) : des tentatives de mise en place du tiers payant contre-carrées par les médecins

Les premières formes de protection sociale, c'est à dire, à l'époque, de protection contre les risques liés à l'incapacité de travail due à la maladie, à l'invalidité ou à la vieillesse, peuvent être retrouvées dans les organisations corporatistes de métier ou de paysans sous l'ancien régime.

Mais c'est au cours du vingtième siècle que sont apparues réellement les premières assurances sociales sous trois formes :

- les initiatives du patronat sont rares mais constituent le modèle le plus proche de la Sécurité Sociale, notamment pour son mode de financement qui associe des cotisations prélevées sur les salaires des mineurs, des sommes payées par les propriétaires des exploitations et des fonds venant du ministère de l'intérieur.

- les sociétés mutualistes puis de secours mutuels **:** elles s'apparentent aux confréries de l'ancien régime qui avaient été interdites lors de la Révolution (loi de Le Chapelier en 1791) et restent très contrôlées. Elles ne doivent s'occuper que de prévoyance et d'assistance mais le principe est déjà la possibilité de recevoir une prestation en cas de maladie, d'accident voire même de vieillesse, en échange de l'acquittement d'une cotisation sur la base du volontariat. Elles continuent de se développer tout au long du dix-neuvième siècle avec la révolution industrielle. Elles sont de de plus en plus appuyées par les pouvoirs publics jusqu'à la loi du 1er avril 1898 qui constitue la charte de la mutualité : elles sont alors définies comme des associations de prévoyance libre et volontaire avec des fonctions d'assistance et une liberté totale de création.

- les initiatives de l'Etat **:** ce sont les premiers dispositifs basés sur une solidarité nationale, avec par exemple, la loi du 18 juillet 1893 puis du 14 juillet 1905, qui institue puis réaffirme l'assistance médicale gratuite destinée aux « indigents ». Le projet de départ était la mise en place d'une rémunération forfaitaire avec un médecin agréé directement réglé par la caisse, donc similaire au modèle que Bismarck a mis en place en Allemagne dès 1880. Mais l'influence de l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF), premier syndicat unifié de médecins, autorisé en 1892, fut telle que la rémunération est finalement fixée à l'acte de soins et le libre choix du médecin réaffirmé.

En revanche, c'est le premier système de tiers payant institué puisque le médecin soigne le patient gratuitement et est remboursé ensuite par l'administration. C'est alors la seule dérogation au principe du paiement direct des honoraires par le patient qui avait été affirmé d'emblée par l'USMF. Les médecins ne s'y opposent pas ouvertement car une double perspective s'ouvre ainsi : la solvabilité d'une partie nouvelle de la population pour des médecins dont les revenus dans les petites villes et les campagnes sont faibles et la possibilité de traiter le plus grand nombre. Cela correspond aux objectifs de santé publique inspirés par le courant hygiéniste, assez répandu chez les médecins à cette période. (10) Mais l'USMF se mobilise pourtant souvent contre cette loi car les rapports entre les médecins et l'administration y sont mal définis. (11)
Il faut noter que l'honoraire dû au médecin n'était pas vu par la profession comme la rétribution d'un service, de toute façon jugé inestimable, mais comme un honneur fait au mérite du médecin et dont le montant dépendait de la situation financière du patient, de l'importance du service rendu, de la réputation du médecin et des moyens engagés dans le soin (d'où l'étymologie du terme honoraire). (12)

Les dispositifs évoqués ci-dessus ne concernent que trop peu de personnes et des tentatives de mise en place d'assurances obligatoires par l'Etat, particulièrement après la première guerre mondiale, vont donner lieu à des oppositions farouches, notamment du mouvement mutualiste qui revendique le caractère libre et volontaire de la prévoyance. Ces luttes débouchent finalement sur la loi du 5 avril 1928, instituant une assurance maladie maternité, invalidité, vieillesse, décès pour tout salarié titulaire d'un contrat de travail. La couverture est néanmoins faible et les prévoyances continuent d'assurer l'essentiel de la protection. De leur côté, les médecins, unifiés en 1928 dans un seul syndicat, la Confédération des syndicats de Médecins Français (CSMF) viennent d'énoncer les principes fondamentaux de leur exercice dans la première charte de la médecine libérale (1927) avec notamment :

- le libre choix du médecin par le malade et le respect absolu du secret professionnel.
- la liberté thérapeutique et de prescription (l'efficacité primant sur le caractère économique).
- le contrôle des malades par les caisses et des médecins par les syndicats.

- le droit à des honoraires pour tout malade soigné.
- le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux (ceci pour éviter une libre concurrence entre les médecins et la pratique de tarifs jugés trop bas).

La justification de ces principes qui privilégient l'identité libérale à l'intégration des syndicats de médecins dans la protection sociale organisée par l'Etat (au contraire de leurs homologues allemands sous Bismark) est énoncée comme suit, dans la revue « Le médecin syndicaliste », en 1928 : « *C'est cet affranchissement de toute entrave morale et matérielle, cette indépendance absolue du médecin qui, avec la foi en sa science, engendre la confiance en lui que lui voue son malade et lui donne le pouvoir de guérir* ». (10) Ainsi, la présence d'un tiers pour le paiement, perturbant le « colloque singulier » si cher aux praticiens entre le médecin et son patient, est jugée comme pouvant participer à l'échec de la prise en charge du malade.

Cette idée théorisée de la sorte servira d'argument noble aux médecins français pour justifier l'attachement à un paiement direct du patient.

De fait, la loi de 1928 fut vigoureusement contestée par les médecins parce qu'elle laisse la possibilité d'un paiement par le patient ou d'un tiers payant par la caisse de protection qui peut régler le médecin directement. De plus, la loi ne prévoit pas la libre entente sur les tarifs. Après une importante pression de la CSMF, le texte de loi final du 30 avril 1930 n'énonce plus que le principe du paiement direct par le patient et rétablit le droit de la libre entente du montant dont une partie peut être garantie par la caisse. Seule la possibilité que l'assuré bénéficie d'une avance de la caisse survit à ces modifications. Le tiers payant n'est donc plus possible, la liberté de tarification préservée : c'est une victoire fondatrice pour le syndicalisme médical français.(12)

II. 2) La création de la Sécurité Sociale : la réaffirmation du paiement direct par le patient mais la fin de la libre entente sur les tarifs

A la fin de la deuxième guerre mondiale, le programme du Conseil National de la Résistance énonçait un objectif d'universalité de la protection sociale où le simple fait d'être citoyen suffisait pour ouvrir des droits. Ceci répondait à un double objectif :

- prendre en considération l'effort de guerre de la population et l'incapacité physique de travailler pour une partie d'entre elle.
- permettre une protection de meilleure qualité et plus étendue pour prévenir la pauvreté des classes populaires, terreau favorable au développement des fléaux nationalistes qui ont abouti à la deuxième guerre mondiale.

Mais, dès la mise en place de la Sécurité Sociale, cet objectif d'universalité est contredit par l'ouverture de droits liés à l'exercice d'une activité salariée et le paiement de cotisations assises sur le salaire.(14)

L'objectif d'unification du système énoncé dans l'ordonnance de 1945 n'est pas atteint également, avec le maintien en dehors du régime général de la MSA et des régimes spéciaux.

Le système mis en place en France présente la particularité d'être influencé à la fois (14,15) :

- par le rapport de Beveridge (1942) qui a guidé l'organisation du système anglais : en France, le premier élément qui s'en inspire est l'instauration de plafonds de remboursements qui permettent de laisser un rôle aux mutuelles, devenant alors un complément au système de protection obligatoire. Le deuxième élément est l'objectif universaliste car, pour les pouvoirs publics, relier protection sociale et travail était l'assurance de toucher le plus grand nombre. La possibilité d'un fort taux de chômage excluant des citoyens de la protection sociale n'avait pas été envisagée.

- par le modèle bismarckien (venant d'Allemagne). Le financement par des cotisations sociales assises sur le salaire et payées par les travailleurs et les employeurs ainsi que la gestion par les partenaires sociaux et non directement par l'Etat sont les éléments inspirés de ce modèle que l'on retrouve dans le système français.

L'ordonnance de 1945 prévoit que la part obligatoire gérée par les caisses est remboursée au patient : elle ne peut plus lui être avancée comme dans la loi de 1928. Dans le même temps, le code de déontologie médicale, énoncé dans le décret de 1947, réaffirme le principe du paiement direct par les patients « *sauf dans le cas où leur observation serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel ou le développement normal des services ou institutions de la médecine sociale ».*
En revanche, les médecins perdent le droit de fixer librement leurs tarifs avec le patient (13), ce qui constitue la première atteinte importante aux principes de la médecine libérale de 1927. De ce fait, durant la période des 30 glorieuses, les luttes entre syndicats de médecins et le pouvoir politique portèrent principalement sur la fixation des tarifs de consultations et la question du tiers payant fut écartée. (1)

Mais la création de la Sécurité Sociale a modifié clairement le rapport de forces : les revenus des médecins sont définitivement socialisés puisque le paiement par le patient est rendu possible car celui-ci est remboursé ensuite grâce à la solidarité de l'ensemble de la société.

II. 3) 1945-1970 : l'extension des droits des assurés, la marche vers le conventionnement des médecins

Durant cette période, différentes lois viennent élargir progressivement le champ des risques couverts (retraite, protection santé...) et des populations concernées qui gagnent, de proche en proche, toutes les catégories professionnelles : exploitants agricoles (1961), professions non salariées non agricoles (1966).

Il faut noter néanmoins le développement d'initiatives locales voire individuelles, à l'insu des pouvoirs publics et parfois illégales, de dispense d'avance des frais. Elles passaient par l'avance des frais par des caisses à l'assuré ou par l'endossement du chèque par le médecin après le remboursement de l'assuré, voire même par des accords de tiers payant entre certaines mutuelles et des médecins.(1)

Parallèlement, les négociations entre les médecins et les pouvoirs publics ont pour objet un principe de l'ordonnance de 1945 qui annonçait la création de conventions entre les

caisses et les praticiens, eux-mêmes divisés sur cette question. Ceci aboutit à une scission dans le paysage du syndicalisme médical, lors du décret de 1960 qui établit des conventions départementales. Elles furent acceptées par la CSMF mais une minorité de médecins la refuse pour garder une liberté de fixation des honoraires : c'est la création de la Fédération des Médecins Français (FMF) qui se pose en défenseur de l'identité libérale.(16,17)
La première convention est signée en 1971 par la CSMF. L'organisation syndicale obtient l'inscription des principes de la médecine libérale dans le code de la Sécurité Sociale (où ils sont néanmoins qualifiés de code déontologique) : « *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 ».* La convention suivante en 1976 est signée par la CSMF et la FMF car la période faste de croissance des revenus des médecins des vingt dernières années commencent à s'essouffler du fait du nombre important de praticiens : faire fi des revenus issus des patients qui sont remboursés par l'assurance maladie met en danger le niveau de rémunération des médecins.(16)

Ces conventions ont d'abord pour but d'attirer les médecins par des avantages sociaux comme la prise en charge de leurs cotisations sociales par les caisses d'assurance maladie. En échange, sont mis en place des tarifs opposables pour permettre un bon taux de remboursement des patients et l'accès aux soins du plus grand nombre. Les pouvoirs publics reconnaissaient ainsi aux médecins une mission de service public de la santé malgré leur statut libéral.(17)

II. 4) 1975 à nos jours : le développement du tiers payant AMO, la réintroduction d'une liberté tarifaire, l'expansion des complémentaires (1)

Dans les années 1980-1990, ces conventions ont permis très rapidement de négocier avec les médecins l'introduction du tiers payant.
Tout d'abord, du fait du développement des soins et d'examens techniques de plus en plus coûteux, le tiers payant semblait nécessaire pour ces actes car peu de patients étaient en mesure de faire l'avance des frais. C'est ainsi que les conventions suivantes ont ouvert progressivement le tiers payant pour les soins chirurgicaux, radiologiques et biologiques avec la fixation d'un seuil minimal (actuellement de 120 euros). Le tiers payant ne concerne en théorie que la partie AMO. A cette même période, est autorisé le tiers payant en pharmacie qui n'est pas obligatoire mais devient un argument pour attirer les patients ; son essor sera réel à l'arrivée de la télétransmission.
Au niveau de la médecine générale, des tentatives de mise en place sont faites mais furent soit refusées par les médecins, soit annulées par le Conseil d'Etat, soit ne rencontrèrent que peu de succès. C'est le cas de la proposition du médecin référent, pourtant soutenu par le syndicat MG-France, qui permettait au patient de bénéficier du tiers payant en consultation chez un médecin déclaré, chargé de la tenue de son dossier médical. Du fait de cet échec et dans l'optique de mieux réguler les dépenses de santé, ces mesures incitatives ont été remplacées par un système beaucoup plus répressif pour les assurés, lors de la mise

en place du médecin traitant à la place du médecin référent (2004) avec la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins. Le tiers payant est toujours écarté.
Durant cette période, les médecins obtiennent la réintroduction d'une part de liberté tarifaire avec la création du secteur 2 au début des années 80, sous l'impulsion de la FMF. (18) Avec la liberté pour les chirurgiens dentistes de fixer le prix de leurs prothèses, la charge des frais de santé sur les ménages augmentent à nouveau soit directement, soit par l'augmentation des cotisations versées aux AMC. Le marché de l'assurance complémentaire est, lui aussi, libéralisé avec l'ouverture aux assureurs, pouvant alors concurrencer les mutuelles. (9)
Le contrat d'accès aux soins, mis en place en 2012, tente de réguler a minima ces dépassements d'honoraires. (19)

Malgré ce contexte, un dernier pan de la progression du tiers payant a été mis en place et s'est concentré sur les personnes les plus démunies.
Ainsi, en 1983, est créée l'aide médicale départementale (AMD). Basée sur des conditions de ressources et le fait de ne pas pouvoir bénéficier d'une assurance maladie autre, elle est gérée par les collectivités locales, avec pour principe la prise en charge de la partie AMO et AMC et la dispense d'avance des frais. Néanmoins, les disparités d'application et de prise en charge liées aux différences de politique sociale des collectivités entraînent la persistance de nombreuses inégalités.
Elle fut remplacée par la CMU en 1999 qui s'adressent aux patients sur simple condition de résidence et de ressources, avec un plafond de revenus abaissé par rapport à l'AMD. Elle permet de bénéficier d'une couverture de santé sur la part AMO et AMC avec une dispense totale d'avance des frais. Enfin, en 2004, fut instaurée l'aide à la complémentaire santé (ACS) qui permet aux patients, sous condition de ressources, de bénéficier d'une aide financière pour pouvoir adhérer à une complémentaire santé, gérée par l'assurance maladie ou par une structure privée. Son objectif était de gommer les effets seuils apparus avec la CMU. Le patient a le droit alors de bénéficier du tiers payant sur la partie AMO.
Les syndicats sont plutôt favorables à la création de la CMU (surtout MG-France et le syndicat des médecins libéraux), reconnaissant l'intérêt majeur qu'elle présente pour les patients en situation de précarité. Mais certaines critiques ne manquent pas de s'abattre sur le point précis du tiers payant. L'argument principal, notamment de la CSMF et de la FMF est, centré sur le patient qui « perd sa dignité et sa liberté » ou bien qui est «déresponsabilisé ». (20) Un autre argument, allant dans le sens du bien commun, évoque le caractère prétendu « inflationniste » de la dispense d'avance des frais, avec le risque d'aggravation des déficits d'assurance maladie. Ce thème avait été opposé aux médecins, lors de la réforme Juppé en 1995, pour imposer certains contrôles sur les comportements des praticiens.

On constate ainsi que la couverture maladie s'étend peu à peu à toutes les catégories de patients : ce caractère universel était préconisé dans les théories de Beveridge mais aussi l'objectif voulu pour la Sécurité Sociale par le Conseil National de la Résistance.

On observe également l'extension de la couverture complémentaire qui franchit une nouvelle étape avec l'obligation pour les entreprises de proposer une assurance santé complémentaire collective à ses salariés (conclue dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel en 2012).

On notera enfin la facilitation du tiers payant au niveau pratique par la rapidité du paiement des médecins, rendue possible par le système sésame-vitale et la télétransmission.

Ainsi les actes réalisés en tiers payant atteignent 34,9 % des actes réalisés en médecine de ville en 2012, avec une prépondérance nette d'actes chez les médecins spécialistes et une utilisation très répandue chez les professions para-médicales. (1)

On peut donc noter que la question du tiers payant a sous-tendu, depuis plus d'un siècle, les rapports entre les pouvoirs publics et les médecins libéraux.
On constate actuellement que l'évolution de la protection sociale en France, les objectifs des pouvoirs publics de santé et d'accessibilité aux soins pour tous et le pragmatisme de certains professionnels concourent à son développement. Ainsi, le rapport de l'IGAS, demandé par la ministre sur la question de la généralisation du tiers payant, observe même que « *les organisations syndicales de médecins ne mettent plus d'obstacle philosophique au tiers payant* » et affirme que « *le tryptique paiement à l'acte-entente directe des honoraires-paiement direct a donc historiquement évolué pour ne garder comme pierres angulaires de la médecine libérale, le libre choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, la liberté d'installation et le secret professionnel* ».(1)

Mais, à l'annonce du projet de réforme, les réactions effectives de la plupart des syndicats dans les médias reprennent les arguments avancés pour la CMU et peuvent faire douter de cette affirmation. Ainsi, le Dr Ortiz, président de la CSMF, premier syndicat de médecins libéraux actuellement, affirme à propos de la réforme du tiers payant, le 19 juin 2014 : « *Quand vous payez quelque chose, et bien vous honorez votre médecin. Et moi, je veux que mon métier soit honoré. C'est pas un service, un acte médical, c'est pas un service dû par la collectivité. C'est un honoraire et ça fait partie de la relation de confiance, d'écoute, si particulière entre le patient et son médecin.* »

Qu'en est il de la position des médecins que nous avons rencontrés pour notre étude ?

III. Tiers payant et accès aux soins

La justification première donnée par la ministre pour la généralisation du tiers payant est celle de l'amélioration de l'accès aux soins. Cette question a fait l'objet de nombreux travaux en France, comme dans les autres pays développés, pour comprendre notamment les mécanismes aboutissant aux inégalités d'accès aux soins, elles-mêmes à l'origine de certaines inégalités sociales de santé.
Nous allons rappeler quelques données de base sur les liens entre état de santé, revenus, protection sociale et précarité puis tenter de dresser un tableau synthétique des difficultés d'accès aux soins en France.

III. 1) Liens entre morbidité, précarité et protection sociale

L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES, anciennement appelé CREDES) réalise, depuis 1988 et tous les deux ans, un programme d'étude appelé Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) qui constitue une référence dans le suivi de la santé, des conditions d'accès aux soins et de la répartition de la couverture maladie chez les Français. Ce travail consiste à suivre le même échantillon représentatif de la population française, à intervalles de temps réguliers.

Il a ainsi été mis en évidence notamment ce que des travaux antérieurs en sciences sociales avaient déjà démontré : de façon très schématique : (21)

- un lien très fort entre morbidité et revenu et morbidité et catégorie socio-professionnelle : plus le revenu et la catégorie sont basses, plus la morbidité est forte.
- un lien très fort entre morbidité et couverture santé : plus la couverture santé est bonne, plus la morbidité est faible.
- un lien très fort entre précarité, couverture santé et morbidité : plus on est en situation de précarité, plus la couverture santé est mauvaise et plus la morbidité est forte.
- enfin, il ne faut pas négliger que précarité et morbidité ont des liens réciproques : plus on est précaire, plus on a une forte morbidité ; mais plus on a une forte morbidité, plus on a des chances de se précariser. C'est le concept de « vulnérabilité médicale » qui se définit par le fait d'avoir un état de santé tel que cela risque d'être une difficulté pour obtenir ou garder un emploi. La morbidité importante, une maladie invalidante ou un handicap reconnu constituent des facteurs de risque de difficultés pour avoir un emploi et donc sont aussi des facteurs de risque de précarité. (22)

III. 2) Difficultés d'accès aux soins en France

L'accès aux soins peut se définir comme l'utilisation en temps utile des services de santé par les individus pour atteindre le meilleur résultat possible en terme de santé. (23)
On utilisera également la notion de renoncement aux soins pour raisons financières, définie comme des besoins de soins non satisfaits à cause de la barrière financière : elle est utilisée depuis peu par l'IRDES dans ses études ESPS et par les pouvoirs publics pour déterminer l'accessibilité financière des soins pour la population et donc sert d'indicateur pour l'évaluation des politiques publiques. Cette notion de renoncement aux soins a l'avantage de tenir compte de la perception subjective du besoin de soins par le patient qui peut être différente de celle des professionnels. (24)
On ne saurait pour autant résumer le problème d'accès aux soins simplement à l'organisation d'un système de santé fonctionnel et à son accessibilité financière. Les avancées majeures des sciences sociales sur ces questions au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle permettent d'identifier quatre grandes composantes jouant dans l'accès aux soins.

III. 2. a) l'accessibilité des professionnels

Ceci comprend notamment la répartition des médecins et personnels paramédicaux sur le territoire. C'est un véritable défi pour les très médiatisés « déserts médicaux » (zones rurales mais aussi zones urbaines sensibles). Il faut noter que le problème peut se poser en terme de distance réelle avant d'accéder aux professionnels mais aussi de disponibilité effective : l'accroissement des délais d'attente avant un rendez-vous de gynécologie ou d'ophtalmologie constitue également une barrière dans l'accès aux soins.

Un autre problème dans l'accessibilité des professionnels de santé est le comportement de refus de soins de certains d'entre eux envers les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Si l'évaluation de son ampleur est toujours sujette à débat entre les enquêtes réalisées par le Fonds CMU ou les organisations non gouvernementales (souvent réalisées par la technique du testing) et celles réalisées par la CNAM (qui se base sur les saisines de ses services), sa réalité a été établie.
Ce comportement est plus répandu chez les spécialistes, a fortiori de secteurs 2 et les chirurgiens dentistes. Il y a également une grande variabilité géographique de ces comportements : la région parisienne est par exemple particulièrement touchée, ce qui correspond à une zone de forte densité en praticiens de secteur 2. (25) Le refus d'appliquer le tiers payant à ces patients, lui aussi réel, doit, bien sûr, être qualifié aussi de refus de soins dans le sens où il représente également un déni de droits.

III. 2. b) l'accessibilité administrative

Elle renvoie à la connaissance de leurs droits par les patients, aux démarches administratives nécessaires et à la capacité des patients à remplir ces obligations. La barrière linguistique, la complexité des démarches et leur inadéquation avec la situation des personnes concernées peuvent conduire à l'absence de protection sociale alors que les patients relèvent d'un dispositif : la nécessité de produire un justificatif de résidence stable de plus de 3 mois pour l'ouverture des droits à la CMU, par exemple, constitue une vraie barrière pour certaines personnes. Ainsi, chez les personnes ayant fréquenté les centres d'accueil de Médecins du Monde au cours de l'année 2013, 76 % relèvent d'une assurance maladie (de base, CMU ou AME) mais 12% ont réellement des droits ouverts. 30% des gens fréquentant ces centres citent la méconnaissance de leurs droits et 28% des difficultés administratives comme obstacles à l'accès aux soins. (26)

III. 2. c) l'accessibilité relevant de déterminants culturels ou psychiques propres au patient

Plus difficile à évaluer car complexe et faisant appel aux parcours de vie (donc étudiée sous la forme d'enquêtes qualitatives rendant impossible son évaluation chiffrée), on peut la résumer par l'état de prédisposition a priori du sujet à se soigner : il dépend de ses croyances, de la perception de son état de santé et de la maladie, de sa défiance du monde médical, de son éducation, de sa projection dans l'avenir... (23, 24, 27).

III. 2. d) L'accessibilité financière

Elle constitue évidemment un élément majeur dans l'accès aux soins.
En 2008, 15,4% de la population adulte en France déclare avoir renoncé aux soins pour des raisons financières au moins une fois dans l'année qui précède. Il est de 26% lors de la même étude ESPS en 2012 mais les outils d'évaluation ont été modifiés à partir de cette année, rendant la comparaison impossible. Si le problème des soins dentaires est plus mis en valeur, le renoncement à une consultation de médecine générale ou spécialisée concerne 3,4% de la population. Le taux dans la population générale est à peu près identique à celui avant la création de la CMU, en 1998, qui avait permis une inflexion nette jusqu'en 2002. Depuis 2002, ce taux remonte progressivement. Cette évolution est due à une réascension chez les patients bénéficiaires de la CMU mais aussi chez les assurés qui n'en relèvent pas. (21, 28 et annexe V)
Ce renoncement aux soins est directement corrélé à la multiplication des facteurs de précarité et au niveau de revenus : plus on est précaire ou plus son revenu est bas, plus on est amené à renoncer à des soins pour raison financière. (21, 28)

L'augmentation du taux de renoncement aux soins depuis dix ans dans la population non bénéficiaire de la CMU trouve notamment son explication dans différents facteurs qui accroissent le reste à charge des patients :

- l'augmentation du poids des dépassements d'honoraires. Elle est essentiellement du fait des médecins spécialistes, inégalement répartie sur le territoire et entre les spécialités. On peut évoquer son impact pour deux raisons : les médecins à les pratiquer augmentent en nombre (un spécialiste qui s'installe sur deux choisit le secteur 2) ; et les dépassements augmentent en valeur puisque le taux moyen de l'excédent par rapport au tarif de l'assurance maladie est passée de 25% en 1990 à 54% en 2010. (29)
  L'impact des contrats d'accès aux soins mis en place en 2012, censés limiter le montant de ces dépassements, est en cours d'évaluation.
  Notons que ces dépassements d'honoraires participent à l'augmentation de l'ensemble des cotisations versées aux complémentaires puisque celles-ci les prennent en charge en partie pour les contrats les plus favorables.
  En revanche, ils ne peuvent pas être jugés responsables de la recrudescence du renoncement chez les patients bénéficiaires de la CMU, ceux-ci n'étant pas censés être soumis aux dépassements d'honoraires par les professionnels.
- l'augmentation du poids du ticket modérateur : la part prise en charge par la Sécurité Sociale sur la dépense courante de soins a perdu deux points entre 1995 et 2011. Cette diminution de la prise en charge par l'AMO est rattachée à la mise en place des franchises et participations forfaitaires ainsi qu'aux vagues de déremboursement de certaines classes de médicaments. Elle concerne particulièrement les soins courants qui sont pris en charge actuellement à la hauteur de 60 % : or ce sont ces soins auxquels renoncent en premier les plus pauvres. (27) Ce désengagement a été assumé par le paiement direct des ménages qui augmente depuis 2004 et par l'augmentation de la contribution des complémentaires qui l'ont répercuté sur les cotisations des patients. C'est en effet une des raisons de l'augmentation massive des cotisations versées aux complémentaires par les foyers: entre 2006 et 2010, leur coût a augmenté de 16 % (30), soit deux fois plus vite que l'augmentation des revenus et cette progression continue sur le même rythme. Cet accroissement est beaucoup plus lourd à porter pour les ménages à faibles revenus, non éligibles à la CMU, par rapport aux plus aisés : la part du revenu que les ménages consacrent à la complémentaire santé est de 3% pour les plus riches alors qu'elle est de 10% pour les plus pauvres non bénéficiaires de la CMU. (27)

Ce désengagement de l'AMO dans les frais de santé est donc supporté par les ménages de façon directe et indirecte via les cotisations des complémentaires et pénalise particulièrement les plus pauvres au-dessus des seuils d'obtention de la CMU.

L'accroissement de l'effort que doivent faire les patients pour acquérir une complémentaire pose un vrai problème dans l'accès aux soins. En effet, il a été établi que le fait d'avoir une complémentaire ou pas était un facteur capital dans la consommation de soins et son corollaire, le renoncement aux soins. Ainsi, en 2010, 32,6% des gens sans complémentaire ont déclaré avoir renoncé aux soins pour raisons financières contre 14 % de ceux qui en détiennent une privée. A noter que ce taux était de 23% en 2002 pour les gens sans complémentaire dans le même cadre des ESPS. Le fait d'avoir une complémentaire joue sur deux aspects : il augmente la probabilité d'entreprendre des soins ainsi que le montant des frais de soins engagés par rapport aux personnes qui n'en ont pas. (31) Très logiquement, cet effet est particulièrement sensible sur les actes à fort ticket modérateur donc les consultations de spécialistes et les soins dentaires. Ceci est à mettre en parallèle avec le taux de couverture en France de complémentaire santé qui est de 95 % de la population générale (privé et complémentaire) en 2012 : cela veut dire que plus de 3 millions de Français n'en ont pas.
La tentative d'élargir la couverture en complémentaire santé de la population par le biais de l' ACS (2004) a pour le moment échoué car 15 % des gens qui relèvent de l'ACS en bénéficient effectivement. (32)
Comme on l'a vu ci-dessus, une amélioration de la couverture complémentaire de la population est attendue avec l'article premier de l'Accord National Interprofessionnel portant sur l'obligation faite aux entreprises de proposer une couverture complémentaire collective aux salariés. (33)

On voit que la réputation du « meilleur système de santé au monde », d'après le rapport de l'OMS de 2000, de la Sécurité Sociale française ne doit pas dissimuler les problèmes qui persistent dans l'accès aux soins des plus démunis, ce d'autant que la dynamique semble être à une aggravation lentement progressive des difficultés.

III. 3) Situations pratiques d'accès aux soins pouvant être améliorées par la généralisation du tiers payant

On peut prévoir que la généralisation du tiers payant pourrait améliorer l'accès aux soins dans deux circonstances :

- pour la catégorie des personnes au-dessus des seuils d'accès à la CMU qui sont bas puisqu'en dessous du seuil de pauvreté (défini comme le montant des revenus égal à 60% du revenu médian qui divise les gens en deux effectifs égaux). En 2010, le seuil de pauvreté était ainsi de de 964 euros : 8,4 millions vivent en dessous et la moitié en dessous de 781 euros. Le plafond de la CMU était de 634 euros et celui de l'ACS de 761. Comme on l'a vu, l'aide à l'ACS n'a pas réussi à toucher le public auquel il s'adressait. Donc, une frange de plusieurs millions de personnes, non éligibles à la CMU mais sous le seuil de pauvreté (et qui parfois travaillent néanmoins, c'est une définition de la catégorie dite des « travailleurs pauvres ») bénéficierait directement de la généralisation du tiers payant. (1, 34) Ceci peut être d'autant plus utile que le taux des gens vivant sous le seuil de pauvreté est reparti à la hausse depuis 2010 et que le phénomène des travailleurs pauvres est également en augmentation. (34)

- Le problème de l'avance des frais pour les soins coûteux. La barrière est fixée à 120 euros, ce qui peut représenter une somme assez faible pour les patients aux plus hauts revenus mais une charge importante pour des ménages plus modestes ou qui ont des dépenses incompressibles à ce moment-là : le renoncement aux soins pour raisons financières comprend également le choix de différer un soin en raison d'une situation financière avec des dépenses incompressibles au moment où il se présente. Une étude de la CPAM du Gard montre (1), sans que l'on puisse la généraliser à l'échelle nationale, que 41% des assurés considèrent une avance au delà de 50 euros comme une difficulté (on rappelle que ça représente uniquement le prix de deux consultations d'un enfant de 2 à 6 ans chez le médecin généraliste) et ils sont 80 % pour une consultation de plus de 100 euros. L'application du tiers payant dans ce genre de cas pourrait ainsi améliorer l'accès à ces soins.

Partie II : Etude

I. Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés.

I. 1) Constitution de l'échantillon

La constitution de notre échantillon de médecins a été faite de façon non aléatoire par une technique d'échantillonnage raisonnée à variation maximale.
La population dont sont issus les médecins est celle des praticiens généralistes libéraux non remplaçants, dans la région Aquitaine et Midi-Pyrénées.
L'échantillonnage a été raisonné selon différents critères :

- leur âge.
- leur sexe.
- leur lieu d'exercice : rural, semi rural, urbain.
- leur secteur d'activité : secteur 1 ou 2 sous contrat d'accès aux soins.
- leur implication politique : deux médecins ont été choisis pour le fait d'être élu local rattaché à l'UMP et au PS.
- leur implication associative : deux médecins ont été choisis pour leur action associative dans le domaine de l'accès aux soins.
- leur implication ordinale pour un médecin et syndicale pour un autre.
- leur pratique du tiers payant : de l'absence totale d'utilisation hormis pour les patients CMU à la proposition systématique du tiers payant partiel ou la tentative d'usage du tiers payant intégral.

L'effectif de l'échantillon a été fixé à l'atteinte de la saturation des données.

I. 2) Réalisation et contenu du guide d'entretien (annexe VI)

Un guide d'entretien a donc été construit préalablement à partir de nos objectifs de recherche, de nos connaissances sur le sujet ainsi que de l'expérience acquise dans la participation informelle à un travail de sociologie, plusieurs années auparavant, sur les choix documentaires des bibliothécaires.
Un propos introductif visait à mettre en confiance l'interviewé en le rassurant sur l'absence totale dans la thèse d'éléments permettant de l'identifier et en lui expliquant le fait que les échanges étaient enregistrés sur support numérique.
S'en suivait l'annonce du sujet du travail et la manière de procéder pour recueillir les données. Le cadre contractuel de l'entretien était ainsi fixé.
Une phrase rappelait ensuite le principe de la réforme prévue par la ministre. Puis, une phrase annonçait la manière dont se découpait l'entretien très globalement, qui visait à informer le sujet du déroulement de l'interview.
Venait alors la première question sur l'opinion générale du médecin sur le projet de généralisation du tiers payant.
A l'issue de celle-ci, une reformulation de l'avis général du médecin visait à confirmer notre

compréhension juste de son propos et étaient alors approfondies les raisons qui justifiaient son avis. Puis, une ouverture sur les éventuels arguments allant à l'encontre de l'opinion exprimée était proposée. Aucun élément de relance n'était proposé si le médecin n'en trouvait pas spontanément.
Une question sur l'opinion que les assurés risquaient d'avoir de la réforme d'après le praticien était alors posée.
Etait ensuite abordée la question des pratiques du tiers payant par le médecin de façon systématique au travers de relances fermées.
Puis deux questions étaient proposées pour élargir la problématique du tiers payant à celle de l'accès aux soins et du rapport au paiement à l'acte des médecins. A l'issue des trois premiers entretiens, une question plus centrée sur les nouveaux moyen de rétribution des médecins libéraux a été rajoutée systématiquement.
Une dernière relance était proposée dans l'éventualité où le médecin souhaitait compléter son propos ou revenir sur un thème abordé.
L'entretien se terminait sur quelques questions plus fermées afin de récolter des éléments pour préciser le profil des médecins et de leur exercice.

I. 3) Réalisation des entretiens

La sollicitation des médecins interrogés a été faite par contact téléphonique directe (parfois après avoir demandé aux secrétariats de leur parler directement). Le propos alors délivré expliquait le thème général du travail et la nécessité d'une interview en vis-à-vis du fait de la méthodologie qualitative. Etait alors convenu un rendez vous en laissant aux médecins toute latitude dans le choix de l'heure, du jour et du lieu et en leur demandant de prévoir une demi-heure.

Les praticiens étaient prévenus de l'enregistrement numérique des échanges. Nous prenions par ailleurs des notes sur les attitudes non verbales des médecins qui ont été incluses sous la forme de didascalies dans les transcriptions.

Il a pu arriver à deux ou trois reprises qu'à l'issue de l'entretien, les médecins reviennent sur certains points, complétant ou précisant leurs propos. Les enregistrements d'échanges ont été conservés avec l'accord des médecins concernés et en le précisant lors de la transcription.

Des demandes d'approbation éventuelle, souvent implicites, étaient quelques fois sollicitées par les interviewés. De simples hochements de têtes ou relances allant dans le sens des propos du médecin étaient alors opposés.
Si le médecin posait des questions sur les modalités d'application de la réforme, nous répondions de façon la plus factuelle possible, lui expliquant souvent qu'un certain nombre de précisions n'avaient pas encore été données par la ministre.
En aucun cas, notre avis personnel n'était livré dans le cadre de l'entretien.

I. 4) Traitement des données

Après la passation des entretiens, les échanges ont été transcrits mot à mot avec un logiciel de traitement de textes.
Les transcriptions débutent toutes par une précision du moment de la journée, de la date et du lieu de réalisation de l'interview ainsi que de la durée de l'échange.
Les éventuelles attitudes des interrogés ou l'intonation sont également transcrites.
L'interruption de l'entretien par un événement extérieur (téléphone) était également mentionnée, l'enregistrement ayant été alors coupé par nos soins.

Les données destinant à préciser le profil des médecins ont été rassemblées dans un tableau récapitulatif et ont été exploitées.

Les transcriptions et enregistrements sont accessibles à toute personne désirant les consulter sur simple demande.

Concernant les propos recueillis, une première lecture globale de chaque entretien était réalisée pour s'assurer de la compréhension générale des propos du médecin et de l'absence d'erreur ou d'imprécision lors de la transcription. Puis, un codage des propos de chaque sujet, de façon linéaire et ouverte, a ensuite été réalisé. Une réévaluation de l'ensemble des codes ainsi créés a été effectuée au bout de trois entretiens, puis de dix puis à l'issue des seize entretiens avec harmonisation des éléments de codage.

Un deuxième codage a été réalisé par une tierce personne de notre entourage, elle aussi médecin. Une comparaison entre les deux encodages ainsi obtenus a été effectuée de façon systématique au bout de dix entretiens puis à l'issue de toutes les interviews. Tout point de discordance dans l'interprétation des propos a été discutée pour déterminer le sens probable réel, avec quelques fois un retour à la version audio des interviews, si la transcription était trop imprécise pour rendre compte de la signification des propos. De même, les codes communs ont été analysés afin de déterminer les mots les plus pertinents pour rendre compte des idées exprimées par les sujets.
Si le code était retrouvé dans plusieurs interviews, le nombre d'occurrences était noté.
Puis, lorsque tous les codes ont été finalisés, ceux qui abordaient les mêmes aspects ont été regroupés et ont permis de déterminer des sous thèmes qui ont eux-mêmes été répartis en quatre grand thèmes, nous permettant de couvrir l'ensemble des sujets abordés par les médecins.

II. Résultats : données quantitatives

II.1) Taille de l'échantillon

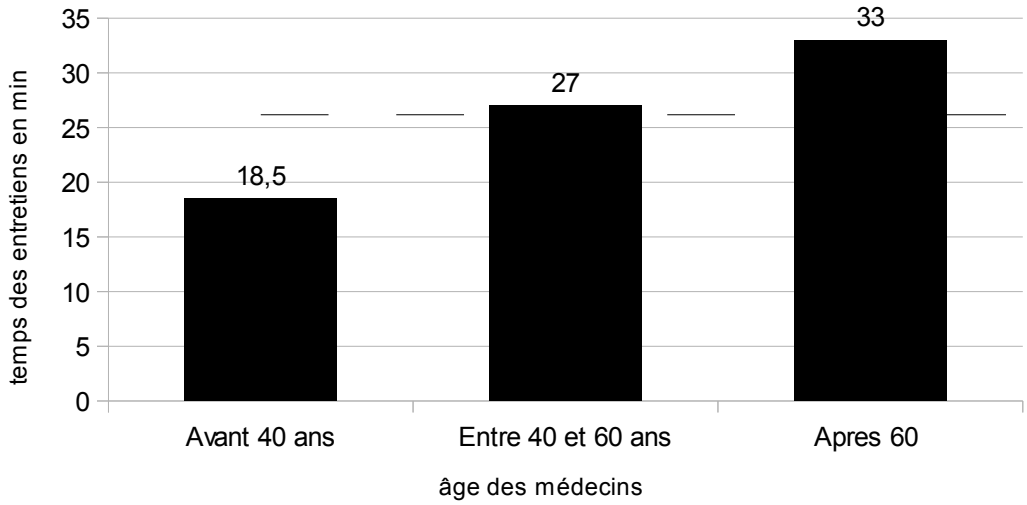
Au cours de la prise de contact avec les médecins, nous avons été confrontés à deux refus de participer pour des raisons personnelles rendant les médecins sollicités indisponibles.
La réalisation d'entretiens a été stoppée au bout de seize médecins, l'objectif de saturation des données ayant été atteint.

II. 2) Réalisation des entretiens

Dix entretiens ont eu lieu au cabinet du médecin, avant ou après leur demi-journée de consultation. Un entretien a été réalisé un jour férié au cabinet d'un médecin à sa demande.
Cinq ont eu lieu au domicile, en dehors de tout horaire de consultation.
Un entretien a eu lieu dans un café bien connu par le médecin, au cours de sa pause déjeuner.
Un seul de ces entretiens a été effectué par vidéo-conférence pour des raisons pratiques.
Un entretien a été reporté le jour même par un médecin en raison d'une charge de travail trop importante pour lui le jour prévu.
Un autre entretien a été décalé par nos soins en raison d'un retard.

Nous avons pu enregistrer tous les participants donc nous avons disposé de seize entretiens qui ont tous été retranscrits.
Les entretiens ont tous eu lieu entre fin mai et fin septembre 2014 donc sur une période de quatre mois.

La durée totale d'enregistrement des entretiens est de 440 minutes soit 7 heures et 20 minutes.
L'entretien moyen dure 27 minutes et 30 secondes avec des écarts assez importants, le plus faible durant 10 minutes et le plus long 40 minutes.
L'écart type est de 9 minutes soit 33% du temps moyen d'entretien.
Les moyennes des durées des entretiens en fonction de l'âge se répartissent comme suit (la valeur de la moyenne totale des entretiens est symbolisée par la ligne pointillée) :



II. 3) Profils des médecins

Nous avons réuni les principales caractéristiques des médecins sous la forme d'un tableau

Légende : - *Prof. Inter. = professions intermédiaires*
- *vertébro.= vertébrothérapie*
- *méso.= mésothérapie*
- *CSP = Catégorie socio-professionnelle*
- *CACIS = Centre d'Accueil Consultation Information Sexualité*
- *M/F = Masculin/Féminin*
- *addicto. = addictologie*
- *R = retraité*
- *hono. = honoraires*
- *Semi-R = semi-rural*
- *homéo = homéopathie*
- *TP = tiers payant.*

Docteur (secteur)	Sexe	Age/durée d'installation		Spécificité d'exercice	Milieu (département)	Usage TP partiel	Activité politique, syndicale ou autre ; orientation politique déclarée au cours de l'entretien	CSP des parents du médecin
1 (1)	M	32	1,5	Aucune	Rural (40)	oui	aucune	Prof. Inter.
2 (1)	M	63	36	Aucune	Rural (33)	rare	Elu UMP	Cadre
3 (1)	M	31	1,5	Aucune	Semi R (33)	oui	aucune	Cadre
4 (1)	M	63	28(R)	VIH/addicto	Urbain (33)	oui	Militant « la santé, un droit pour tous » et au CACIS ; orientation politique à gauche.	Employé
5 (1)	F	32	1	Homéop.	Urbain (33)	oui	aucune	Employé
6 (1)	M	40	12	Aucune	Semi R (33)	oui	Aucune ; orientation politique à gauche	Cadre
7 (1)	F	38	5	Aucune	Urbain (33)	oui	Aucune	Cadre
8 (1)	M	62	35	Permis de conduire	Rural (24)	rare	Syndicat CSMF ; non connue	Agriculteur
9 (1)	M	45	3	VIH/addicto agréé étranger malade	Urbain (33)	oui	Bénévole au CACIS ; orientation politique à gauche	Ouvrier
10 (1)	F	36	2	Gynéco	Urbain (31)	oui	Aucune	Cadre
11 (1)	M	51	5	Médecine d'expertise	Semi R (33)	oui	Conseil de l'ordre ; non connue	Chef d'entreprise
12 (2)	M	63	35	Mésoth. Vertébro.	Urbain (33)	non	aucune	Cadre
13 (1)	M	44	13	aucune	Semi R (33)	rare	Syndicat UFML ; non connue	Employé
14 (1)	F	48	12	Réseau obésité infantile	Semi R (33)	oui	Militante contre les dépassements d'hono. non connue	Prof. Inter.
15 (1)	M	77	35(R)	Aucune	Semi R (33)	non	Elu PS pendant 25 ans	Cadre
16 (2)	F	64	37	Homéop. diététique	Urbain (33)	non	aucune	Agriculteur

La répartition des médecins selon le sexe est de 11 hommes pour 5 femmes.

La répartition des médecins selon l'âge varie de 31 à 77 ans :
- 5 médecins ont moins de 40 ans (dont trois femmes).
- 6 médecins ont entre 40 et 60 ans (dont une femme).
- 5 médecins ont plus de 60 ans (dont une femme).

La moyenne d'âge est de 49 ans et 4 mois.

La durée moyenne d'installation est de 16 ans et 4 mois.

Le lieu d'installation est :
- rural pour 3 médecins.
- semi rural pour 6 médecins.
- urbain pour 7 médecins.

La localisation géographique de leur exercice se répartit entre :
- la Gironde : 13.
- les Landes : 1.
- la Dordogne : 1.
- la Haute-Garonne : 1.

Deux médecins sur les seize travaillent seul. Un de ces praticiens (Docteur 8) n'est pas doté du système Sésame-Vitale.

Six médecins ont une utilisation rare ou nulle du tiers payant partiel. Dix médecins l'utilisent habituellement.

Deux médecins sont syndiqués : un à la CSMF et un à l'Union Française pour la Médecine Libre (UFML).
Deux médecins sont des élus locaux : un pour l'UMP et un pour le PS. Trois autres médecins se sont déclarés à gauche au cours de l'entretien.
Deux médecins sur les seize sont en secteur 2 et ont adhéré au contrat d'accès aux soins.

L'origine socio-professionnelle des médecins se répartit comme suit, d'après la classification de l'INSEE de 1982 :
- sept médecins sont issus d'un foyer de cadre/profession intellectuelle supérieure (dont 5 dans le domaine de la santé : médecin ou dentiste).
- un médecin est issu d'un foyer d'ouvrier.
- deux médecins sont issus d'un foyer d'agriculteur.
- deux médecins sont issus d'un foyer de profession intermédiaire (professeur).
- trois médecins sont issus d'un foyer d'employé.
- un médecin est issu d'un foyer de chef d'entreprise.

III. Résultats : données qualitatives

Nous analyse a permis de faire émerger quatre thématiques principales :

III. 1) Les aspects pratiques de la généralisation du tiers payant

III. 1. a) Les facilitations attendues du tiers payant généralisé

Grâce à la généralisation du tiers payant, deux perspectives de simplification dans la pratique sont citées par les médecins :

- une rapidité et une facilité des paiements par rapport à la gestion de ceux émanant des patients : le docteur 2 explique par exemple : « *je suis payé deux jours après, je n'ai rien à faire, je n'envoie pas mes chèques à la poste*». Pour un autre médecin (docteur 9), ça vient le soulager d'une tâche pénible : « *moi qui déteste faire les comptes, c'est une facilité aussi en me disant pour les comptes, c'est directement transféré* ».

- une facilitation dans le fait de coter des actes qu'il n'était pas possible de comptabiliser avant :
  - soit lors des consultations à motifs multiples en les scindant en deux consultations, permettant de coter deux actes pour le médecin mais surtout de mieux répondre à chacune des demandes : ainsi, le docteur 5 imagine que « *quand les gens vont venir une fois et que je vois qu'il y quatre motifs de consultation, je leur dirai : «* revenez en fin de semaine *». J'aurai pas honte de leur dire (...) de revenir à une deuxième consultation quand j'estime que quatre ou cinq motifs de consultation en un quart d'heure pour 23 euros, c'est trop de conseils, donnés pas bien.* »
  - de la même manière, le médecin 16 estime que ça lui permettra de compter des actes qu'elle faisait gratuitement jusqu'à maintenant alors qu'ils méritent une rétribution d'après elle: « *enfin moi, je fais de plus en plus d'actes gratuits, hein... on vous téléphone parce qu'on fait une infection urinaire, on vient chercher l'ordonnance pour faire l'analyse. Par téléphone, on dit : «* ben voilà... vous me faites l'ordonnance. *» c'est des actes gratuits ! Je pourrai très bien dire : « Votre carte vitale* ! *»et voilà, je me fais payer.* »

III. 1. b) Les craintes nombreuses sur l'application pratique du tiers payant généralisé

La crainte du non paiement des actes et donc d'une augmentation des impayés est très présente : le docteur 7 souligne : « j*e pense qu'on va avoir des impayés, vu qu'on en a déjà avec la SECU toute seule, je pense qu'on en aura encore plus. »*
Les causes avancées sont multiples : dysfonctionnements informatiques ou administratifs inhérents à la Sécurité Sociale, mais pas identifiés de façon précise le plus souvent comme l'évoque le docteur 7 : « *Je sais pas pourquoi des fois... ca passe à la trappe. Alors tous les accidents de travail, j'en parle même pas, il faut tout le temps les relancer, c'est la galère. »*

Mais la plupart des médecins a plutôt confiance en la Sécurité Sociale dans son rôle de payeur, comme en témoigne le docteur 12 : « *Pour l'instant, je n'ai pas à m'en plaindre. Que ce soit en accident du travail, en CMU, ou en tiers payant pour des gens qui sont en ALD ou en maison de retraite, ça se passe très très bien. »*
La mise en place du dispositif pose également problème à cause de la multitude des interlocuteurs, concernant les caisses complémentaires : le docteur 5 s'inquiète d'« *une surcharge de travail pour aller rentrer toutes les mutuelles »* comme le docteur 14 : « *Et puis, dans notre pratique, nous ça va être super compliqué quoi ! Avoir autant d'interlocuteurs à harmoniser.* » Les caisses complémentaires sont également suspectées d'être beaucoup moins performantes que la Sécurité Sociale pour payer et pour le faire dans des délais acceptables.

D'où une surcharge de travail administratif certaine que beaucoup de médecins appréhendent, comme le docteur 3 : « *il faut y passer du temps à vérifier que chaque acte réalisé a bien été rémunéré. C'est la porte ouverte à des heures de travail en plus ».*

Cela peut aller jusqu'à par un surcoût financier, que ce soit pour faire le travail de vérification ou pour faire les démarches pour récupérer les impayés, comme l'imagine le docteur 4 :
« *Donc je crois que cette mesure, elle ne marchera que s'il y a d'autres mesures secondaires qui vont permettre de financer le surcoût induit; c'est une charge pour un professionnel isolé, ou pour un cabinet de groupe*, *donc il faudra que ce soit accompagné ».* Le docteur 14 évoque l'exemple des pharmacies, obligées « *de payer des boîtes pour faire rentrer les impayés »*.

La situation financière de certains professionnels peut être mise en danger en cas de retards de paiement des caisses alors que le règlement des charges, lui, ne peut être reporté, comme le dit le docteur 11: « *Mais si la SECU se met en grève ou qu'elle est débordée pendant les vacances, c'est fini quoi et là, il n'y a pas plus de cash qui rentre et les traites, on les paye comme d'habitude. Parce qu'il y a des gens qui sont à flux tendus, des confrères ».*

De fait, plusieurs médecins réclament que la gestion du tiers payant incombe à la Sécurité Sociale ou un autre organisme avec le docteur 10 : «*...tout soit centralisé sur un même contributeur qui nous paye l'intégralité de la consultation et qu'on ait pas à aller chercher à droite, à gauche, les centaines de mutuelles*.»

Une autre crainte des médecins concerne la probité de certains confrères qui verraient dans cette réforme une facilité pour coter des actes fictifs, comme le suppose le docteur 3 : « *c'est à dire que tu as la carte vitale, tu sais que la personne n'a pas à payer, t'as la carte vitale avec la maman et les trois enfants et bien tu en passes trois quoi. »,* comportement qu'il dit avoir pu observer, notamment sur l'île de la Réunion où le tiers payant généralisé est déjà instauré.
De ce fait, l'avantage de pouvoir scinder les consultations, évoqué ci dessus, peut prendre un aspect plus mercantile, d'après le docteur 12 : « *le médecin de son côté peut sur-solliciter, dire aux gens : «* bon écoutez venez me voir je vous fais un examen clinique ; revenez me voir demain je vous fais une prescription d'examens complémentaires, biologiques ; le surlendemain une prescription de radiographie, d'imagerie médicale... ». *Bref : au lieu d'avoir tout groupé en un seul acte, on risque d'avoir une multiplication des actes.* »

Enfin, le docteur 12, appartenant au secteur 2, s'inquiète de l'application de la réforme dans le cas des dépassements d'honoraire : « *quid du secteur 2 ? Doit-on faire le TP à des gens à qui on réclame un tarif supérieur à la cotation ? Prend-on simplement le dépassement ?* ».

III. 1. c) Un usage du tiers payant très disparate

Tous les médecins décrivent appliquer le tiers payant aux patients qui en relèvent d'après la loi, donc aux patients dans le cadre de consultation d'accident du travail ou de maladie professionnelle ainsi que pour les patients bénéficiaires de la CMU. Deux médecins témoignent néanmoins de comportements particuliers à l'encontre de ces derniers :

- « *Quand je vois effectivement que la CMU n'est pas à jour et que le montant complémentaire n'est pas couvert, je réclame le montant complémentaire.* »(docteur 12).
- « *mais mon associé, il me dit* : « ah moi, si des patients CMU n'ont pas leur carte, je les fais payer, et après ils ne l'oublient pas.... » (docteur 9).

Six médecins disent ne pas faire le tiers payant de façon systématique à leurs patients en ALD pour des consultations qui en relèvent. Les raisons avancées sont diverses :

- « *au niveau comptabilité pour moi, c'est plus facile de les faire payer* » (docteur 3).
- « *certains patients sont habitués à payer* » (docteur 5).
- « *parce que rien ne l'oblige*» (docteur 2).

La plupart de ces médecins fait le tiers payant aux patients en ALD si ces derniers le réclament ou ont des difficultés financières. On peut noter que le docteur 2 utilise surtout le tiers payant pour être rétribué lors de consultations où les gens sont dans l'incapacité physique ou psychique de régler : *« Parce que je ne fais pas le TP à des gens en ALD systématiquement, sauf les personnes (...) âgées dépendantes, en maison de retraite, qui sont incapables de rédiger un chèque ou de verser de l'argent. De toute façon, ils n'en ont pas. »*

A l'inverse, certains médecins ont une utilisation du tiers payant avec les patients en ALD qui n'est pas conforme à la loi : ils télétransmettent des actes en tiers payant intégral AMO à des gens en ALD pour des motifs de consultation ne concernant pas l'ALD. Le docteur 7 explique ainsi : « *J'ai beaucoup de patients eux qui ont été habitués avec leur ancien médecin (...) Donc, lui, il faisait jamais payer que ce soit en rapport ou non avec l'ALD. Donc forcément, on fait pareil. »*

Le docteur 9 confirme que c'est un moment de tension : « *...c'est une autre problématique des gens qui veulent tout faire passer en ALD... c'est pas facile... de leur dire...* ».

Six médecins de l'échantillon disent utiliser le tiers payant partiel rarement ou jamais. Parmi eux, aucun médecin n'est amené à le faire après l'avoir proposé spontanément : ils répondent juste à la demande ponctuelle de patients. Deux d'entre eux le refusent parfois, comme le docteur 2 : « *certains me demandent mais je leur dis* : « mais non, attendez, euh... Vous pouvez me faire votre chèque aujourd'hui, je suis allé à la banque hier, je vais y aller dans dix jours. Dans dix jours, vous serez remboursé, ça sert à quoi ? Donc vous faites votre chèque de 23 et puis moi, je l'encaisserai que dans dix jours ». Un autre de ces médecins, le docteur 13, décrit les patients qui lui demandent le tiers payant partiel comme suit :

« *Ce sont des gens qui fument, ça fait chier quoi, ce sont des gens qui bouffent MacDO, ils sont gros, ils sont gras, merde ! (...) Je leur dis à chaque fois j'appuie.* « toi tu vois, tu me dois 6,90 euros, c'est à peine moins qu'un menu MacDo, hein ? » *C'est le prix donc c'est au moins mettre les points sur les i.* »

Parmi les dix médecins qui utilisent le tiers payant de façon plus fréquente, tous le font à la demande des patients et la quasi-totalité le proposent s'ils le jugent nécessaire. Un seul le propose de façon systématique à tous ces patients, le docteur 14 : « *le TP où je me fais payer la part SECU et le patient me règle la part complémentaire, je le propose systématiquement. Je leur dis que c'est une possibilité lors des premières consultations avec les patients (...) Je leur laisse le choix. (...) C'est une possibilité qu'ont certains donc il n'y a pas de raison pour que je ne l'offre pas à d'autres.* »
Un médecin, le docteur 6, évoque le caractère gênant que revêt le fait de le proposer aux gens : «*...le proposer pour nous ne pose aucun problème. Après, c'est le présenter aux patients de manière... qui est problématique. C'est la stigmatisation que ça peut être...* ».
Le risque de stigmatisation des patients en ne les faisant pas payer est bien réel d'après un autre médecin, le docteur 4 : « *Moi j'ai vu des gens qui étaient à la CMU, rarement, mais qui souhaitaient justement payer, se faire rembourser après, parce qu'ils avaient l'impression -mais c'est rare- l'impression d'être dans le droit commun, de ne pas être des assistés sociaux.* »
Un médecin, le docteur 11, le propose à titre systématique quand un même payeur doit payer plusieurs actes pour les différents membres d'une famille par exemple :
« *Ou bien je le fais systématiquement quand je vois une famille dont je vois plusieurs membres en même temps. Parce que c'est vrai que quand je vois trois personnes, je vais pas leur faire payer 23, 26 ,28... Donc je leur fais le 1/3 payant systématique et voilà.* »
Un médecin, le docteur 9, évoque le fait qu'il ne fasse pas pas payer le ticket modérateur dans certaines situations : « *ceux qui n'ont pas de mutuelle, j'essaie de les faire payer. S'ils me disent qu'ils ne peuvent pas, je leur fais pas payer. C'est un peu au pif au mètre. Quand je sais que les gens n'ont pas un radis, ne peuvent pas se payer une mutuelle, je me fais payer seize euros dix.* »

D'autres médecins évoquent la réalisation d'actes gratuits, comme le docteur 16, du secteur 2 : « *il m'est arrivé, comme tous les confrères, d'avoir des gens qui avaient des problèmes, des revers de fortune, de faire un acte gratuit.* »

Enfin, le report d'encaissement du chèque est également cité comme moyen d'aider les patients en difficultés financières, par le docteur 8 par exemple : « *Ce qu'on rencontre plus souvent, ce sont les gens en difficulté de paiement et ils nous disent, enfin à moi dans mon exercice personnel... : «* tu peux déposer mon chèque... après le 20 ça te va ? *» c'est du paiement différé on va dire.* »

Trois médecins tentent ou ont tenté de faire des tiers payants intégraux mais les obstacles sont nombreux :
- certaines mutuelles refusent de l'appliquer : « *je reçois 2 ou 3 fois un truc des mutuelles : «* nous ne remboursons pas les médecins. » (docteur 9).
- les délais de paiement sont longs : « *Deux mois plus tard, je reçois un chèque de sa mutuelle pour me payer en mon nom propre !* » (docteur 9).
- le traçage des paiements est difficile : « *mais les régimes complémentaires, on peut pas les suivre. Il y a des caisses où vous avez les relevés 6 mois après »* (docteur 11).

Cela entraîne un découragement et l'arrêt de ces pratiques : « *là j'ai dit : «* OK stop j'arrête ! *». Et maintenant, je le fais que pour deux trois patients pour qui je suis certaine que ça se passe correctement. »* ; et une vision dégradée des complémentaires : « *y en a une qui m'a dit : «* quand vous avez fait le tiers payant complet, comme on savait pas à qui rembourser parce qu'on a pas reçu l'information, l'argent va sur un compte offshore ». *Donc ils doivent bien s'amuser avec l'argent qu'ils ont récupéré.* ».

On peut également souligner que deux médecins réalisant ou ayant tenté de réaliser du tiers payant intégral et pratiquant le tiers payant partiel fréquemment ont cet usage car les médecins avec lesquels ils travaillaient au début de leur carrière avaient l'habitude de le proposer à leur patientèle, comme se souvient le docteur 9 :
« *Ça a été un peu mon mentor à la fin quand j'ai fait mes derniers remplacements et qui avait vraiment généralisé complètement ça, cette pratique. J'ai eu sans me poser de questions un peu le réflexe où les gens me disaient : «* vous savez, je ne fais pas l'avance. *» Donc voilà, y eu ce biais qui était entretenu parce que les gens étaient habitués. »*
De même, d'après les médecins, l'application du tiers payant aux patients souffrant d'une ALD dépend souvent aussi de l'habitude des patients.

Enfin, on notera que pour trois médecins, cette réforme ne changera pas vraiment leur pratique car ils sont déjà dans la démarche d'éviter l'avance des frais à leurs patients, comme en témoigne la réaction qu'un des médecins (docteur 9) rapporte de ses patients, à l'annonce du projet de réforme dans les médias:
« *des patients m'ont dit* : « ah vous avez vu, tout le monde va faire comme vous.. ».
Pourtant, dans les années 90, cette logique n'était pas bien acceptée par les caisses d'assurance maladie, se rappelle ce médecin : « *on recevait parfois des courriers de la caisse en nous disant que les ALD devaient avancer l'argent.* »

III. 2) L'impact attendu du tiers payant sur les comportements des patients et sur la relation médecin-patient

III. 2. a) Les conséquences positives attendues sur le comportement des patients

Elles sont au nombre de deux :

- des consultations moins limitées pour les patients en difficulté financière : une facilitation dans l'accès aux soins qui est évoquée par la moitié des médecins comme l'explique le docteur 4 : « *le fait de ne pas à avoir à avancer d'argent en totalité ou en partie va supprimer un obstacle financier qui intervient dans ce renoncement aux soins* » ou le docteur 14 : « *là, du coup, ça pourrait être une mesure particulièrement juste puisque tout le monde sans distinction de revenus, ni rien, peut accéder aux soins, ça me paraît tout à fait intéressant.* »

- une autre modification positive du comportement des patients, moins directe, est évoquée par le docteur 1 : « *Après, je pense que c'est sûr que si on facilite l'accès aux médecins généralistes et que les médecins généralistes jouent aussi le jeu de faire de la présence et des urgences, on peut quand même limiter l'engorgement des urgences et faire des économies.* »

III. 2. b) Les conséquences négatives attendues sur le comportement des patients

La première d'entre elles, évoquées par près de la moitié des médecins mais aucun des médecins orientés à gauche sauf l'élu du Parti Socialiste, est le risque d'une augmentation irraisonnée de consultations jugées comme inutiles par les médecins : l'avance des frais sert de frein à la consommation médicale injustifiée d'après eux :

- le docteur 15 affirme par exemple : « *Vous allez avoir des multiplications d'actes médicaux qui ne seront pas justifiés ; c'est la porte ouverte aux abus.* »
- le docteur 2 l'explique de façon métaphorique : « *Ça m'inspire que si la viande était gratuite, les bouchers n'arriveraient pas à fournir. Les gens qui ont rien, ben s'ils ne payent pas, ben, ils viendront deux fois plus pour rien.* »
- le docteur 12 affirme que le tiers payant, « *c'est inflationniste* ».

La conséquence directe est donc une augmentation des dépenses de la Sécurité sociale et une aggravation de son déficit, prédite par exemple par le docteur 2 : « *Ça paraît pas être une bonne solution dans un moment où on est censé faire des économies pour la SECU. C'est que si on fait des bêtises, notre système va exploser, et donc les avantages qu'on a vont se réduire.* »

On peut remarquer que sur les sept médecins parlant de ce risque, seulement deux évoquent en parallèle la possibilité d'abus de la part des médecins (le docteur 11 et le docteur 12).

Une autre conséquence est évoquée par le docteur 2 : « *les gens ne respecteront plus les heures de garde dans la mesure où ils n'auront plus rien à payer donc ça les déresponsabilise.* » Ce médecin pense que, comme les patients ne feront plus l'avance des frais, ils n'hésiteront plus à consulter pendant une garde plutôt que pendant les heures d'ouverture des cabinets : l'avance d'une somme plus importante demandée pendant une garde empêcherait ce genre de comportement d'après lui.

L'origine de ces comportements est énoncée à de multiples reprises par les médecins contre la généralisation du tiers payant : c'est la déresponsabilisation qu'entraînerait l'absence d'avance des frais, par une perte de conscience du coût de la santé. Le docteur 5 l'évoque ainsi : « j*e trouve ça normal de payer quelqu'un et à la fin, je me rends compte de la valeur de l'acte; j'ai une valeur, j'ai une notion, j'ai un sentiment.* » tandis que le docteur 8 s'appuie sur l'exemple du tiers payant en pharmacie : « *Le patient a déjà perdu la connaissance du coût de son ordonnance à la pharmacie puisqu'il ne paye plus rien. Et donc on voit des choses aberrantes, des gens qui stockent les médicaments...* ».

Le docteur 5 précise ainsi : « *Le corollaire, c'est que quelqu'un qui ne paie pas pour un service ou une demande, au final, peut le prendre comme un dû.* »

Ces affirmations se basent souvent sur la description de ce que les médecins constatent, d'après eux, avec les patients bénéficiant déjà de la dispense d'avance des frais comme ceux ayant la CMU : le docteur 7 l'explique comme suit : « *parce que je vois les gens qui ont la CMU consultent plus facilement pour des petites choses, genre des rhumes...* ».

Le docteur 12 reprend cet argument même s'il avoue être peu légitime pour le constater : « *(...) c'est que comme toujours avec le TP, et on voit ça avec la CMU dans certaines zones ... Pas ici je ne suis pas concerné personnellement, je dois avoir 3 ou 4 personnes en CMU, c'est très inflationniste.* » On peut noter qu'aucun médecin ne parle de travaux ou d'études ayant démontré de tels faits. Certains médecins sont même plus abruptes dans leur manière de parler des patients bénéficiaires de la CMU, comme le docteur 2 : « *Ils viennent n'importe quand pour rien, y a toujours quelque chose qui va pas. Ce sont des chieurs.* »

III. 2. c) Des comportements négatifs contestés ou sur lesquels on peut agir

Une partie des médecins n'évoque pas les risques ci-dessus, voire même contestent fortement et spontanément le risque « inflationniste » en estimant que ce sont des préjugés sans fondement, comme le docteur 14 : « *je suis sûre que ce n'est pas une crainte justifiée, je suis sûre que c'est basé sur pas mal de croyances.* » ou le docteur 10 qui affirme se baser sur des travaux : « *ça n'entraîne pas de surconsommation ou d'inflation d'après les études que j'ai lues.* »

Un argument des médecins contre cette idée d'une surconsommation de soins liée à la dispense d'avance des frais est également le fait que dans leur patientèle, les patients qui « surconsomment » à leurs yeux, avancent aussi souvent les frais : « *Mais il y a aussi des gens qui payent et qui viennent pour un oui ou pour un non quoi.* » (docteur 6).

La plupart de ces médecins croit beaucoup plus à l'utilité et la nécessité d'une éducation et d'une information des patients, à la fois :

- sur le fonctionnement de la protection sociale, comme le docteur 9 : « *Moi, je recadre dans la consultation...effectivement, quand je vois des gens qui me disent : «* oh mais non moi, je ne paie pas, on va faire ça*... ». bon voilà, on réexplique ce que c'est le soin, ce que c'est une couverture sociale (...) il faut une éducation sanitaire. Y compris sur qu'est ce qu'une couverture sociale...* »
- sur le coût des soins : le docteur 10 : « *Qu'on leur envoie une facture , pas qu'ils aient à payer, une facture détaillée pour qu'ils sachent juste ce que ça a coûté. Et qu'ils se rendent compte ce que ça coûte les frais et les soins, point !* ».

Le docteur 10 va même plus loin en estimant que les médecins sont les premiers responsables de cette surconsommation : « *Moi je crois que la surconsommation des personnes à la CMU, ce sont les médecins qui l'engendrent. C'est clair et net. Un médecin qui passe trois secondes pour passer une carte vitale et qui cède à toutes les doléances d'un patient, c'est pas possible, quoi. Ça marche pas comme ça. Moi, je pense que c'est un vrai travail de dire non, je pense, mais c'est le travail du médecin.* »

III. 2. d) La perception par les patients de la réforme d'après les médecins

La grande majorité des médecins estiment que la réforme sera bien accueillie par les patients, surtout du fait de l'apparente gratuité qu'elle entraîne, ce que résume le docteur 12 : « *Je pense que la majorité va y être favorable, à partir du moment où elle ne paie rien. C'est typiquement français ça. Je paie des impôts donc ça doit rien me coûter, sauf mes impôts !* ».

Certaines sont plus hésitants sur la réaction de la population et pensent qu'elle sera accueillie diversement selon certaines variables :

- le niveau de vie : les propos du docteur 9 (« *Les patients forcément, ceux que je soigne sont pour. Parce qu'ils sont aussi précarisés donc ils essayent de dépenser le moins possible* ») répondent à ceux du docteur 11 (« *Moi, je vois à R... où on a une clientèle plutôt bien, je pense pas que ça va changer grand chose pour eux. Les gens, ils ont les moyens de payer et ils s'en foutent* »).
- leur orientation politique : le docteur 9 : « *Et puis les gens que je fréquente sont pour parce qu'ils sont de gauche.* »
- la présentation de la réforme par les médias : le docteur 10 : « *Je pense que l'avis des gens, à mon avis, c'est les médias qui font la politique et c'est la présentation que les*

médias vont en faire qui va faire que les gens adhérent ou n'adhèrent pas. Si les médias font une présentation : « le tiers payant pour tous, c'est bien parce que tout le monde va avoir accès à la santé etc... *» ben je pense que tout le monde sera d'accord pour avoir accès à la santé gratuitement. Maintenant, si on te le présente comme : «* ah, y a des Africains qui ont l'AME et qui vont chez le médecin toutes les deux secondes et qui ont Ebola y a des gens à la CMU qui surconsomment la médecine etc... *».*

- leur âge, en rapport avec la différence de vision du rapport médecin-patient qu'il entraîne, d'après le docteur 6 : « *Il peut y avoir une minorité de gens pour qui ça pose un problème. Je pense par exemple à des gens qui ont l'idée qu'il y a un accord qui se fait dans le paiement. Comme j'expliquais des gens avec des revendications, des personnes en général un peu plus âgées qui vont tenir au paiement du docteur.* »

III. 2. e) L'impact attendu du paiement sur la relation médecin patient

Le paiement par le patient de son médecin est perçu par les praticiens de façon très différente.

Pour certains, il a une vraie utilité car « c*hez beaucoup de gens*, *le fait d'honorer le médecin est quelque chose de primordial, c'est quelque chose qui est primordial dans la relation libérale*. » (docteur 12). En effet, pour ce médecin, le pouvoir symbolique du paiement par le patient est très fort, autant pour le patient que pour le médecin car il représente à la fois :

- un moyen de témoigner sa gratitude et son respect à son médecin pour le patient : « *le fait de donner de l'argent, c'est honorer le médecin. C'est pour ça que ça s'appelle des honoraires.* »
- la récompense pour un travail : « *Ils reçoivent un soin, un conseil, une prestation quelconque et de ce fait, (...) ils rétribuent leur médecin.* »
- le témoignage d'une relation individuelle et particulière entre le médecin et le patient pour cet autre médecin (docteur 8) : le tiers payant de fait « *va modifier la relation, on va dire d'intimité entre le patient et son médecin, le patient devenant un numéro plus qu'un patient et il risque de perdre un petit peu une partie de son identité euh... de sa personnalité vis-à-vis du médecin.* »

Le docteur 12 insiste sur l'importance que ça a pour le patient : « l*e fait d'honorer le médecin, c'est surtout important pour le patient, pas pour le médecin* » mais avoue que c'est plutôt le cas des personnes âgées par rapport au reste de la population.
On peut noter que cet argumentaire est porté par seulement trois médecins et que deux d'entre eux ont plus de 60 ans.
De fait, le tiers payant risque d'entraîner une dévalorisation de l'acte médical et réduire la consultation à une relation consumériste : les propos du docteur 15 comme « *t'es considéré comme un caissier de supermarché. (...) Tu passes, tu mets ton truc dans le caddie. »* rappellent ceux du docteur 5 « *Mais y a une sorte de drive médecin, quoi : y a un petit côté, je file ma carte et j'attends ».*

A l'inverse, chez certains médecins, l'acte de paiement ne présente aucune utilité. Le docteur 6 le pense : « *est ce que le rapport à l'argent est important dans la relation ? Alors, ça, c'est pour moi, la question fondamentale... Euh... J'aurais tendance à dire non. Voilà. Ça, c'est mon avis à moi. Maintenant, on ne peut pas nier qu'il y a peut-être quelque chose qui se joue... voilà, là je fais référence, vous savez quoi, euh... à la psychothérapie et au fait qu'effectivement, il puisse y avoir une fonction symbolique au paiement (...) .Après, ce qui se passe en psychothérapie, c'est la psychothérapie. Ce qui se passe en médecine générale, c'est de la médecine générale.* »

De fait, ce médecin essaye d'instaurer un autre cadre lors de ses consultations: «*...ce rapport à l'argent, il est quelque part effacé* ».
Le paiement peut même perturber cette relation : ainsi l'exprime avec beaucoup de franchise le docteur 5 : « *c'est pas la partie que je préfère faire, faire payer les gens. Ça me fait perdre du temps, c'est administratif, c'est pas mon métier, je suis pas commerçante (...) Faire payer les gens, c'est pas quelque chose auquel on est formé au niveau relationnel (...) Et en plus je pense que je ne le fais pas très bien. Ca me gêne quoi*. »
D'autres le déléguaient pour éviter qu'il ne parasite leur relation avec le patient: « *Disons que moi en tant que médecin, dans les différentes pratiques que j'ai eues, j'étais plus à l'aise quand il n'y avait pas ce lien d'argent avec les personnes. Le cabinet où je travaillais, c'était la secrétaire en bas qui encaissait* (petit rire étouffé) *donc c'était une manière très facile de diminuer le rapport direct à l'argent.* » (docteur 4)
Pour ce médecin, la qualité du soin n'est en effet pas lié au paiement comme le souligne le docteur 8 également : « *je pense que ça ne va pas changer la qualité des soins. Le médecin consciencieux, il restera consciencieux.* »

On peut noter enfin que la relation d'intimité entre le patient et son médecin est telle d'après le docteur 2, que le praticien est capable de savoir quel patient est dans le besoin ou pas. Cela lui permet de justifier qu'il vaut mieux laisser la décision de l'application du tiers payant au généraliste :
« *Mais comme ça, c'est très bien parce que... moi je trouve que c'est le mieux parce que c'est à l'appréciation du médecin généraliste. On est médecin de famille, on sait si quelqu'un a du pognon, s'il est en difficultés.* »

III. 3. La question de la rémunération des médecins

La question de la rémunération des médecins et de son mode a été très souvent au cœur des témoignages des médecins :

III. 3. a) Le prix de la consultation considéré comme faible et des perspectives incertaines

Plusieurs médecins considèrent que le prix de la consultation de base est peu élevé :
- au regard de l'ensemble des composantes de la profession : le docteur 5 énumère : « *Ben à 23 euros, pour la quantité d'études, d'investissements, et de conseils que l'on donne et de soins et de risques que l'on prend avec les médicaments que l'on gère, c'est pas beaucoup ! ».*
- au regard du prix de la consultation dans les autres pays développés : le docteur 11 : « *Et puis après, je prends l'exemple de L... qui a vu des Canadiens la semaine dernière, et quand il leur a dit 23 euros, ils lui ont ri au nez, quoi. Là-bas, c'est plus de 50 euros.* »
- au regard du niveau de revenus actuel des médecins en comparaison avec les dernières décennie, même si le docteur 5 concède que cette baisse ressentie peut être attribuée à une activité moindre : « *Je veux dire aujourd'hui, si moi je travaillais avec deux enfants, je vais m'en sortir avec peut être 2000 à 2500 euros par mois parce que je ne vais pas travailler jusqu'à 22h. C'est pas non plus énorme. C'est tout à fait correct, hein, c'est mieux que le SMIC. Mais c'est pas non plus une profession... on était des notables hein dans la société !* ».

- ce qui permet de légitimer les dépassements d'honoraires, notamment pour les chirurgiens pour un seul médecin, le docteur 13: « *la chirurgie est complètement dévalorisée en France : les mecs ont pu bouffer en partie parce qu'ils ont fait des dépassements d'honoraires.* »

Seul un médecin dit spontanément « *avoir le sentiment de bien gagner sa vie* » (docteur 9) tandis que le docteur 2 concède que « *les médecins gagnent un peu d'argent* » en s'empressant d'ajouter qu'ils « *payent tellement de charges* ».

La généralisation du tiers payant est considérée par certains comme leur permettant potentiellement d'augmenter leurs revenus, comme le docteur 2 par l'augmentation mécanique des demandes de consultation des patients : « *moi ça m'arrange, il y aura plus de monde* ».

Mais certains voient le risque que cette croissance des dépenses de santé empêche une augmentation du prix de la consultation, comme le docteur 5 : « *Après, j'ai une autre question, est ce que ça va pas bloquer la C ? Et du coup, nous pendant 10 ans, après, on touche plus à rien pour pas refaire une réforme.* »

D'où une peur du déclassement exprimée par le docteur 13 : « *Et si on réagit en terme de produit intérieur brut dans une société, dans un pays, et bien on va appauvrir une catégorie socio-professionnelle qui gagnait correctement sa vie et on va la mettre dans une moyenne supérieure ni plus, ni moins.* »

III. 3. b) Le tiers payant généralisé perçu comme la fin de la médecine libérale

Le tiers payant généralisé est perçu par certains médecins comme l'ultime attaque contre le statut libéral, du fait de la dépendance totale aux organismes financeurs, publics ou privés, ce que le docteur 13 exprime ainsi : « *c'est vraiment donner la main mise du système aux financeurs à la fois publics et malheureusement aux financeurs privés ; on va perdre notre indépendance de prescription, Et eux pourront me faire pression bien entendu. Mon financement, ma prestation, mon règlement d'honoraire sera soumis aléatoirement à la volonté des assureurs.* » D'après ce médecin, la conséquence peut aller jusqu'à un dilemme dangereux entre les attentes du financeur et les besoins du patient qui peuvent être divergents : « *Si j'ai marqué le médicament non substituable, au lieu de me faire payer 23 euros, rien ne va les empêcher de me payer que 20 euros. On va se retrouver avec un conflit d'intérêts après avec les patients (...) Est ce que je dois privilégier le patient dans ce que je considère être bon pour lui ?* ». La liberté de prescription, une des piliers de la médecine libérale, est donc, d'après ces médecins, directement menacée par cette mesure.

De fait, c'est définitivement une transformation vers une médecine salariée pour le docteur 16 : « *donc on va vers une médecine salariée. Petit à petit, on va vers une médecine salariée.* » Le docteur 8 le déplore : « *Après ça, si on adopte ça, la médecine libérale est fichue, ça c'est sûr.* »

Pour d'autres, la généralisation du tiers payant ne vient pas changer radicalement leur rapport avec la Sécurité Sociale car ils estiment que le caractère libéral est déjà tout à fait faussé dans le système actuel, comme le note le docteur 9 : « *et puis soyons pas hypocrites, on a des statuts bâtards mais on est à peu près salariés de la sécurité sociale.* »
Pour le docteur 6, ce statut ne pose pas de problème car plus que l'identité libérale, la place

du médecin s'inscrit dans un cadre public, du fait de la socialisation des dépenses de santé (donc des revenus des médecins) par la Sécurité Sociale: « *Après, au niveau personnel, moi, je ne vois strictement aucune différence. Pour moi, on est un service de santé publique. Je veux dire, il faut quand même être honnête quoi. Donc, du coup, sans la Sécurité sociale, nous on travaille pas quoi.* »

Cette ambivalence perçue par les médecins sur leur profession est parfaitement illustrée par ce propos du docteur 11 dont on rappelle qu'il est membre du conseil de l'ordre : « *Faut pas être dépendant d'un système qui nous tienne en laisse même si actuellement l'organisme payeur, c'est la SECU, qui paye les médecins quand on est conventionné. On est en train de rentrer sous la coupe.* »

III. 3. c) La perception des rémunérations aux forfaits mises en place

Elle est là encore assez variable et un même médecin peut trouver des avantages et des inconvénients à la fois.

Les points positifs relevés sont :

- une réelle action sur la qualité des soins, d'après le docteur 10 : « *Parce que je pense que le nombre d'HbA1c a doublé depuis qu'ils ont mis ça.* »
- ça permet au médecin de se situer dans ses pratiques. Le même médecin souligne « *qu'au moins, on sache ce qu'on fait, quoi, qu'on sache par rapport aux autres, qu'on sache par rapport aux reco.* »
- la possibilité de mettre en place des tâches de prévention, de coordination ou d'éducation. Le docteur 6 explique : « *je ne dois pas cacher qu'on l'a utilisé pour payer une secrétaire coordinatrice et donc ça a été très utile et on a pu l'utiliser pour faire de la coordination quoi. Donc nous, c'est tombé à point nommé pour développer notre mode d'exercice*. »
- un moyen pour compenser le gel du prix de la consultation pour le docteur 1 : « *si la consultation stagne à 23 euros, c'est vrai qu'ils peuvent se le permettre.* »
- enfin, la Sécurité Sociale est estimée légitime pour mener ce genre d'actions en tant que financeur, même chez certains médecins attachés au statut libéral comme le docteur 9 qui déplorait la fin de la médecine libérale avec le tiers payant : « *Que la sécurité sociale récompense... pourquoi pas... ça me paraît pas déontologiquement anormal* ». Le docteur 6 l'exprime encore plus clairement : « *Que la Sécurité sociale puisse avoir son mot à dire dans notre pratique, ça me semble assez logique finalement. C'est lui le payeur donc...* ».

Les points négatifs sont :

- la crainte à nouveau d'une perte de l'identité libérale et d'une liberté de prescription relevant du même mécanisme que le tiers payant généralisé : le payeur a un moyen de pression sur le médecin. Le système pourrait même être moins favorable par la suite si, au lieu d'une récompense en cas d'objectifs atteints, on instaure des sanctions en cas d'échecs ou on demande aux médecins d'avoir un agrément pour que les patients soient remboursés. Le docteur 2 se projette ainsi : « *Les CAPI, c'est un piège, ça ! Parce qu'un jour, ça va se généraliser. Alors, au début, on te filera plus de pognon, après où il faudra que tu payes ou on te dira : « ben t'as plus d'agrément ! Tiens vas-y ! Va faire autre chose! ». On est en train de perdre le côté libéral de la médecine quoi, et ça c'est dommage !* ».

- pour certains, le fait que la Sécurité Sociale ait un moyen de connaître les pratiques des médecins est vécu comme une intrusion. Le docteur 16 : « *Mais c'est effrayant comme... ils savent tout (...) On perd un peu son... sa... on se sent pas très libre.* »
- la légitimité scientifique des critères choisis est également pointée du doigt par le docteur 5 notamment : « *Je le fais mais y a aussi un moment où je pense qu'il y a aussi des pressions autres que l'objectif santé et donc du coup, j'essaye de prendre du recul par rapport à ça (...) Si tu veux être libre de penser pour certaines pathologies où tu sais qu'il peut y avoir des décalages entre les recommandations et la pression de l'industrie, et bien on ne te le laisse pas le faire.* »
- des critiques virulentes émanent aussi d'un médecin se catégorisant à gauche et ne remettant pas en cause la légitimité de la Sécurité Sociale dans ce domaine. Il y voit néanmoins plusieurs aspects négatifs : outre le côté infantilisant pour le médecin, le docteur 9 a l'impression d'obtenir des sommes illégitimes ou gaspillées par la SECU (« *de l'argent jeté par les fenêtres* »). Il a pu aussi constater que ça favorisait des comportements intéressés et mercantiles de médecins pouvant aller jusqu'à l'arrêt de la prise en charge de patients pas « rentables » car faisant chuter les statistiques : « *Moi, je vois déjà des patients qui viennent me dire : «* mon médecin veut plus me voir... *» et comme par hasard, ils ont une hémoglobine glycquée à 12%... alors je me dis que c'est le patient qui devient plus rentable* ».

Le docteur 1 considère néanmoins que c'est une piste à approfondir car les forfaits permettent un modèle mixte entre activité salariée et libérale, surtout si la part de ce mode de rémunération augmente.

III. 3. d) La perception du salariat et du forfait à la capitation et la critique du paiement à l'acte

Ces deux modes de rétribution ont été évoqués par certains médecins et sont rapprochés ici car ils sont perçus le plus souvent de façon identique par les praticiens qui ne font pas de distinction entre paiement à la capitation, salariat et fonctionnariat.

De nombreux avantages sont cités, y compris par les médecins attachés à l'identité libérale. On y voit également en creux les défauts selon les praticiens de la rémunération à l'acte.

Tout d'abord, pour les professionnels, le bénéfice de ce mode de rémunération semble être important :

- meilleures conditions de travail, d'après le docteur 12 du secteur 2 : « *On est calme, serein, détendu. Plutôt que prendre 30 patients par jour, on en prendra que 25, et on améliorera la qualité de vie.* »
- meilleure protection sociale au niveau maladie et retraite : le docteur 13, du syndicat UFML, dit : « *Moi, je veux bien être fonctionnaire. À la rigueur, en effet, travailler 35-40 heures, avoir une retraite à 80 % comme... Sans problème, pourquoi pas, on peut discuter de ça.* » tandis que le docteur 11 du conseil de l'ordre rappelle que « *quand t'es salarié et tu es malade ou en vacances, t'es payé* ».

Le docteur 12 conclut : « *A partir du moment où vous touchez un salaire, où vous avez vos cotisations sociales payées, où vous n'avez pas de soucis vis-à-vis de la retraite ou de l'URSSAF, vous travaillez sereinement.* » et pense ainsi que « *ça permettra à certains jeunes de s'intéresser d'un peu plus près à la médecine générale.* »

Ensuite, pour la prise en charge des patients, des avantages sont décrits par certains médecins :

- le docteur 6 qui a eu l'occasion de travailler à la capitation en Belgique explique que cela permet de se centrer sur l'alliance thérapeutique et sortir de la négociation induite par le paiement à l'acte « a*vec la clôture de la consultation, sur un projet thérapeutique et pas sur un projet... enfin c'est pas un projet mais qui n'est pas une clôture financière.* ». Cela rend possible également un suivi plus rationnel au niveau médical : « *Et ça permet aussi une pratique un peu plus, je dirais, aisée dans le sens de la gestion de certains actes quoi. Donc, ça va être beaucoup plus facile de demander aux gens de revenir (je parle des structures au forfait) pour faire un contrôle d'oreille. «* Ecoutez je ne mets pas d'antibio aujourd'hui mais je revois dans 48 heures si ça va pas mieux quoi. *» Hop hop, on regarde l'oreille et le problème de payer une consultation ne se pose pas. Ni pour les gens, ni pour nous.* »
- plusieurs médecins soulignent ainsi l'effet inflationniste du paiement à l'acte, comme le docteur 12 du secteur 2 : « *A partir du moment où on est salarié, on n'a plus de course à l'acte à faire. Il n'y a plus pléthore et multiplication des actes. »* alors que le docteur 4 insiste sur les dépenses induites par la logique de ce mode de rétribution : **«** *Plus vous travaillez vite, moins vous avez tendance à écouter les gens et du coup à prescrire plus, des médicaments comme des examens complémentaires.* »
- Le changement de mode rémunération permet enfin de réorienter les soins vers la prévention et l'éducation à la santé, comme y aspire le docteur 10 : « *si je pouvais être médecin salarié, garder tous mes patients une demi-heure, faire de l'éducation ou avoir des après-midis pour faire des cours aux patients d'éducation thérapeutique, j'en rêve. »*

Un effort important sur la prévention et l'éducation à la santé est plébiscité par plusieurs médecins du panel, de toutes les profils : ils estiment que les pouvoirs publics ne font pas assez d'efforts pour toucher les populations qui ne consultent pas via les écoles ou les lieux de travail mais aussi que le mode du paiement à l'acte ne permet pas de réaliser ce genre de tâches. Le docteur 5 explique sa manière de détourner le système, à son sens, pour y parvenir tout de même : « *moi je vois les gens, je leur demande de venir me voir une fois par an pour faire un check-up quand ils vont bien et je fais payer une consultation à la Sécurité Sociale, ce que je n'ai normalement pas le droit de faire : la prévention, c'est normalement pas payant. C'est pas remboursé par la Sécurité Sociale.* »

Enfin, le paiement à l'acte ne permet pas de rendre compte des différences de complexité des consultations de médecine générale et notamment d'un facteur important dans la rémunération : le temps identifié comme tel par le docteur 8. Des médecins peuvent être ainsi troublés dans certaines situations comme le docteur 2 : « *Alors après elle, y en a un autre qui a le nez qui coule alors «* vous voulez pas regarder ? *». alors tu regardes, toi tu t'en fous... Quand tu sors de là, toi tu as gagné 92 euros en vingt minutes. Et c'est là que je dis : moi j'ai pas intérêt, mais j'ai une certaine éthique donc je me dis : «* c'est de l'argent volé, quoi... *» alors, d'un autre côté, j'ai pas envie de pas me faire payer non plus parce qu'il y a quand même pas de raison, faut pas être con, quand le percepteur, il arrive et qu'il te demande tes impôts. Mais si tu veux, c'est pas très satisfaisant*. » L'exemple donné par le docteur 5 montre combien le fait de coter un acte peut être subjectif et fluctuent selon les médecins et chez un même médecin : « *Ma copine C... elle fait pas payer les gens par principe quand elle ne les examine pas (...) Parfois c'est dans le courant même de la consultation que tu bascules (...) C'est à l'instinct que je fais payer.* »
Au final, le docteur 8 pense néanmoins qu' « *il faut laisser le choix au médecin car l'un dans l'autre tout s'équilibre* ».

Outre la dépendance aux organismes payeurs déjà déplorée pour les rémunérations forfaitaires précédentes, deux autres points négatifs du salariat ou de la capitation sont évoqués :

- un risque de désinvestissement et une perte de productivité du médecin, du fait de l'absence de corrélation entre son activité et son revenu, comme l'illustre le docteur 3 : « *j'en pense que c'est dangereux parce que tu salaries les médecins. Moi, je vais prétendre à travailler de 8h à 12 h et de 14h à 18h et puis après...hein ? Voilà ! Je ne suis plus sur un mode libéral. Voyez avec la SECU moi ils me payent tant, c'est eux.* »
- un risque de perte de niveau de revenus si la rétribution décidée est trop faible ou en tout cas, une entrave pour le médecin qui ne peut plus augmenter son revenu à sa guise, comme le note le docteur 13 : « *J'y suis opposé parce que ça nous empêche de nous développer.*»

III. 4. La question de l'accès aux soins

Cette question, au cœur de la réforme telle qu'elle est présentée par la ministre, revient de fait souvent dans les entretiens.

III. 4. a) L'absence de problème d'accès aux soins

La moitié des médecins considèrent que les dispositifs actuels en place sont suffisants pour permettre l'accès aux soins de tous : aucun des médecins catégorisés à gauche n'en fait partie.
Le docteur 2 se satisfait ainsi en affirmant que « *quant à l'accès aux soins, moi je considère qu'en France, on a quand même beaucoup de chance.* » tandis que le docteur 11 pense que « *tout le monde a accès aux soins. On peut le tourner comme on veut. Il va à l'hôpital, il est reçu : avec ou sans argent, avec ou sans carte et tout ça.* »
Certains pondèrent leurs propos en évoquant qu'ils se basent sur leur environnement professionnel pour affirmer cela mais que c'est peut être différent ailleurs. Le docteur 7 témoigne presque dans sa réponse d'une certaine gêne de ne pas en savoir plus : « *J'ai pas l'impression qu'il y ait de difficultés. A mon avis, ceux qui consultent pas, c'est plus des gens qui n'ont pas envie de se faire suivre. (...) J'ai pas l'impression qu'il y ait des difficultés d'accès aux soins.* (Elle rit de façon gênée). *Peut être que je me trompe...* ».

De plus, ces médecins réfutent l'utilité du tiers payant généralisé en démontrant la brièveté de l'avance réelle des frais par les patients grâce à la rapidité des remboursements avec la télétransmission : ainsi le docteur 5 explique : « *Je passe mes feuilles de soins tous les soirs donc ils sont remboursés la semaine d'après : c'est une avance très temporaire.* »

III. 4. b) Les problèmes d'accès aux soins perçus par les médecins et leurs solutions

Les praticiens évoquent des problématiques d'accès aux soins propres à des populations ciblées :

- les patients jeunes (docteur 3) ou étudiants (docteur 10).
- les patients à la retraite ne pouvant bénéficier de la CMU car juste au dessus des seuils d'attribution (docteur 12).
- des patients sans complémentaire (docteur 1).

L'accessibilité des professionnels au niveau géographique est évoquée par un tiers des médecins et jugée comme un frein aussi important que le problème financier.
Certaines spécialités sont citées spontanément comme la psychiatrie, la gynécologie et l'ophtalmologie. Le docteur 2 explique ce déficit d'accessibilité par un manque d'incitation chez ces professionnels à faire plus d'actes : « *ils payent tellement de charges, plus ils travaillent, plus ils payent et donc les gens qui ne sont pas idiots, ben ils ont compris qu'il faut travailler moins tout simplement. Et ça aussi, ça aussi, ça participera au fait que vous aurez des rendez-vous de plus en plus loin. Les ophtalmo, pourquoi il ont des rendez-vous loin ? Parce qu'ils font plus douze heures par jour, à 18h c'est fini.* »

D'autres médecins évoquent le problème de l'accès aux spécialistes sous l'angle des dépassements d'honoraires, chez les libéraux comme chez les médecins hospitaliers, que déplore le docteur 3 : « *Donc quand les gens ont les moyens, ils vont à Bordeaux, ils se prennent un secteur 2 à 100 euros la consult' (...) Alors avec, comme à l'hôpital, des plages secteur 1, secteur 2. Qu'ils aient des plages secteur 2, je m'en fous, ils font ce qu'ils veulent. Mais qu'ils aient des plages secteurs 1, oui ça, ça me semble beaucoup plus prioritaire.* »
Le médecin généraliste joue alors à plein son rôle pivot du système de santé en orientant et informant ses patients, comme le docteur 9 : « *mais c'est vrai que ça rend les consultations très compliquées. Moi je vois, je suis obligé de travailler avec le secteur public.* » ou en palliant lui-même ces problèmes, comme le docteur 3 : « *Moi, ici, c'est nous qui faisons la dermato, la gynéco* ».
Le docteur 5 voit une utilité potentielle au tiers payant généralisé dans ce domaine car il mettrait mieux en exergue la valeur du dépassement si celui-ci est avancé de façon isolée par le patient.
Le docteur 4, militant associatif de « la santé un droit pour tous », nous rappelle aussi l'existence d'un « *blocage de l'accès aux soins pour raisons financières dans certains cabinets* ».

Les autres difficultés ou solutions évoquées sont :
- l'accès aux soins dentaires et optiques (docteur 14 et docteur 9).
- la création de centres d'accès spécifiques pour les plus démunis ou le recours à l'hôpital pour le docteur 11.
- l'abolition des franchises. Docteur 14 : « *Quand t'es dans une vraie solidarité nationale, ça veut dire que le un euro supprimé pour la consultation, c'est fini, les 0,5 euros par boite, c'est fini. T'as des gens en ALD avec des grosses pathologies lourdes à qui on sort 130 euros, c'est quand même... ça pose problème.* »
- le remboursement de certains traitements qui ne le sont pas et exercer une pression sur l'industrie pharmaceutique pour baisser le prix des médicaments en général, pour le docteur 9.

Pour le docteur 6, la maison de santé pluridisciplinaire, telle qu'elle était conçue en Belgique, est la réponse la plus complète à l'accès aux soins, tant par la mise à disposition de différents professionnels sur un même lieu que par la dispense d'avance des frais prévue dans les statuts du fait de la rémunération à la capitation.

III. 4. c) Du tiers payant généralisé inefficace dans l'accès aux soins au tiers payant délétère ?

Outre l'inutilité affirmée de cette réforme évoquée à la partie III. 4. a), le docteur 13 affirme qu'« *aucune étude ne montre que ça facilite l'accès aux soins* ».

Ce même médecin y voit un outil pour « *permettre de désengager la Sécurité Sociale du remboursement de beaucoup, beaucoup de soins et refiler ce financement aux assureurs privés. Rien n'empêchera de déplacer le curseur vers la gauche et donc de diminuer les dépenses publiques liées à l'assurance maladie obligatoire* ». De fait, les cotisations des mutuelles augmenteraient à nouveau et deviendraient inaccessibles à une frange de plus en plus large de la population.

III. 4. d) Un attachement à la Sécurité Sociale et à l'accès aux soins, parfois relatif pour certains

Plusieurs médecins rappellent l'importance de la Sécurité Sociale, de la défendre et de faciliter l'accès aux soins au plus grand nombre comme par exemple :

- le docteur 4 : « *à partir du moment où les gens paient leurs cotisations sociales etc, moi je me dis qu'ils n'ont pas à faire d'avance d'argent pour les soins. Ni pour les soins de base, ni pour ce qui n'est pas remboursé qu'on appelle le ticket modérateur (...) La médecine générale, de premier recours notamment, doit être largement accessible aux individus.* »
- le docteur 9 : « *il faut vraiment qu'on oublie pas ce que c'est la SECU, d'où ça vient... parce qu'après, on la perd, on pourrait la perdre mais personne bouge.* »
- le docteur 14 : «*le but de la Sécurité sociale, c'est une solidarité décidée par l'état qui met tout le monde à égalité par rapport aux soins.* »

D'autres ont également exprimé cet attachement dans leur entretien mais en donnant des propositions par la suite qui ne semblent pas aller dans ce sens :

- le docteur 5 : « *Même si les gens devaient payer 23 euros, ça... et ne pas être remboursé, ça ne me choquerait pas. (...) Je pensais au contraire qu'on allait augmenter la consultation et pas rembourser les gens de la partie supplémentaire*. »
- les docteurs 2 et 8 proposent la création d'un « petit risque » non remboursé par la Sécurité Sociale dont la définition pose des difficultés pour le docteur 8 tandis que le docteur 2 cite « *la grippe* » ou « *le gamin qui se donne un pet* ».

Enfin, le docteur 13 nous explique que pour faciliter l'accès aux soins en France, il faut « *déjà l'augmentation du tarif de la consultation en France, point barre. C'est tout (...) Donc, 40 euros de suite, de suite et vous* (les mutuelles) *remboursez. Si vous voulez pas rembourser, eh bien on fait une partie d'honoraires libres, un peu de tact et mesure en effet. Mais sur une partie. Un peu de liberté !* ». Il précisera plus loin que dans l'optique d'une maîtrise des dépenses de santé, « *il faut une partie qui ne soit pas remboursable. Il faut peut-être réinstaurer une forme de ticket modérateur, ni plus ni moins. Ne pas prendre en charge intégralement les frais liés à la santé ou dans une certaine partie.* »Par ailleurs, ce médecin nous expliquait auparavant dans l'entretien que la Sécurité Sociale avait une situation de monopole qu'il semblait juger discutable : « *l'argent a été donné au départ ou du moins pris au départ sans qu'il y ait aucune liberté puisqu'il y a un monopole de la Sécurité Sociale qui s'exerce de façon autoritaire donc c'est pris sur les cotisations des salariés.* »

III. 5) Variation des opinions des médecins en fonction de leur profil

On peut évoquer quelques tendances dans cet échantillon concernant les opinions exprimées selon les profils des médecins :

- l'âge ne semble pas agir sur leur avis sur ces différents thèmes hormis sur deux d'entre eux : l'importance symbolique dans la relation médecin-patient du paiement direct du médecin par le patient, qui est peu exprimée sauf par des médecins plus âgés (trois médecins sur six de plus de 60 ans en parlent alors que seul un médecin de moins de 60 ans l'évoque); et l'utilisation rare du tiers payant partiel est le fait uniquement des médecins de plus de 60 ans excepté le docteur 13. A l'inverse, le docteur 4 est le seul médecin de plus de 60 à l'avoir pratiqué.
- le lieu d'exercice, la durée d'installation ou le sexe ne semblent pas jouer de rôle décisif dans les différentes thématiques abordées.
- le secteur d'activité ne joue pas non plus de façon nette mais on peut remarquer que les deux médecins du secteur deux sont opposés à la généralisation du tiers payant et n'utilisent pas le tiers payant partiel.
- il est difficile également de conclure à une influence précise de l'origine sociale : on peut noter tout de même que seulement deux médecins sur les huit issus de catégories socio-professionnelles élevées (cadre ou chef d'entreprise) se prononcent pour le tiers payant généralisé.
- une opinion globalement favorable au tiers payant généralisé est rattachée à des médecins ayant une utilisation fréquente du tiers payant partiel mais une opinion défavorable n'est pas toujours liée à son utilisation rare ou nulle.

IV. Discussion

IV. 1) Choix du sujet

Les questions générées par nos remplacements successifs en tant que médecin généraliste remplaçant sur le paiement de l'acte médical nous ont conduit à être particulièrement interpellé par la proposition ministérielle de généralisation du tiers payant.
Une recherche bibliographique sur ce thème nous a montré qu'il était souvent abordé au niveau économique, social, historique voire philosophique, dans des travaux variés. Mais aucun n'était vraiment centré sur les perceptions des médecins sur cette question. Un seul travail, datant de 2001, intitulé « influence du tiers payant sur la consommation de soins ambulatoires, enquête auprès des médecins généralistes » (35), était essentiellement axé sur la perception par les médecins de la consommation des soins des patients CMU. Il abordait également la responsabilité attribuée par les médecins au tiers payant dans ces comportements et, au travers d'une unique question à choix multiple, l'utilité de la dispense d'avance des frais de leur point de vue.
Dès lors, il nous a semblé particulièrement pertinent et original de profiter de la proposition de généraliser le tiers payant pour explorer de façon complète les représentations des médecins à propos de ce dispositif.

IV. 2) Méthodologie

IV. 2. a) Choix de la méthode qualitative

Bien que nous pouvions formuler quelques hypothèses sur la position des médecins et les arguments de ceux qui seraient contre le tiers payant au vu des interventions médiatiques des syndicats, nous n'avions aucune idée précise de la diversité des avis que nous pouvions rencontrer car aucun travail ne s'est adressé aux médecins directement, en leur permettant de développer leur réflexion sur ce thème. Par ailleurs, il nous semblait possible que les positions des médecins ne soient pas forcément tranchées, chaque praticien pouvant considérer des aspects favorables et en même temps défavorables à la généralisation du tiers payant.
Dès lors, la possibilité d'une étude quantitative ne semblait pas adaptée à notre sujet d'étude : nous n'avions pas assez de pré-requis pour constituer des questions à choix multiples ou des questions fermées permettant de rendre compte de toute la diversité potentielle des opinions. Enfin, cette méthode ne permettait pas de comprendre l'articulation de la pensée des médecins.
Au contraire, une étude qualitative permet de recueillir des données lorsque les connaissances sur le sujet ne sont pas encore établies clairement ainsi que le cheminement aboutissant à ces idées. (36) Nous avons donc opté pour cette solution.

IV. 2. b) Choix de l'entretien semi-directif

L'observation in situ pour une réforme qui n'est pas encore appliquée n'était pas utilisable et n'aurait pas permis de recueillir les opinions des médecins. L'entretien libre ne semblait pas non plus adapté.
Le recueil de données pour notre travail pouvait donc être réalisé par entretien directif qui se rapproche du questionnaire utilisé dans les méthodes quantitatives avec des questions fermées. Notre objectif étant de laisser le plus possible le médecin s'exprimer et aborder les questions en lien avec le thème qu'il souhaitait, ce choix ne semblait pas pertinent.
Le focus groupe aurait pu être également retenu mais il nous semblait peut-être limiter la compréhension de la logique individuelle de chaque médecin. De plus, sur un sujet qui peut être considéré comme sensible, certains médecins auraient pu ne pas oser s'exprimer, entraînant une perte d'informations.
Au contraire, l'entretien semi-directif nous semblait laisser suffisamment de marge de manœuvre aux médecins dans leur réflexion et leurs réponses, tout en nous permettant de cadrer l'entretien sur les thèmes qui concernaient notre étude.
Ceci a été validé lors des entretiens car par exemple, il n'est pas rare que des thèmes aient été abordés par les médecins à un moment de l'interview alors qu'une question sur ce sujet devait intervenir dessus par la suite. Cet exemple souligne la flexibilité que permet l'entretien semi-directif.

IV. 2. c) Constitution de l'échantillon (36)

Nous souhaitions observer la réalité des positions des médecins dont les déclarations des syndicats semblaient témoigner, mais aussi obtenir des avis de personnes qu'on peut considérer comme s'écartant de façon extrême vis-à-vis de ces positions. Notre échantillonnage est donc guidé par cet objectif.

Nous avons ainsi choisi pour partie des médecins pour leur investissement politique : l'appartenance à un parti du gouvernement à l'origine de cette réforme ou de l'opposition qui s'est prononcée contre en reprenant l'argument du risque de surconsommation induite (37) nous semblait pouvoir influencer la perception de cette mesure par les médecins.
Nous avons également sélectionné des médecins impliqués au niveau associatif dans la défense de l'accès aux soins. Les associations de défense des patients se sont déclarées en effet favorables à cette mesure qu'elles réclamaient régulièrement et nous avons donc pensé que les médecins qui participaient à cette lutte pouvaient avoir un discours intéressant à étudier. (38)
Nous n'avons volontairement pas choisi des représentants de chaque syndicat estimant que le risque de récolter un témoignage relevant plus du discours stéréotypé était grand et peu pertinent dans le cadre de notre travail. Nous avons tout de même inclus un médecin pour son implication syndicale à l'UFML, issue du mouvement né sur Facebook dit des « médecins pigeons ». Il nous semblait être le témoin d'une réactivation radicale des thématiques libérales et constituer ainsi un point de vue extrême intéressant.
Nous avons également choisi un médecin pour son appartenance au conseil de l'ordre d'Aquitaine. Nous jugions intéressant de connaître son point de vue même si on ne peut le réduire à cette activité ordinale (tout comme les médecins ci-dessus ne peuvent être réduits à leur implication politique, syndicale ou associative). Le conseil national de l'ordre des médecins a jugé le tiers payant et sa généralisation comme n'étant pas en soi anti-déontologique en précisant qu'ils «*ne mettent en cause l'indépendance professionnelle des praticiens s'ils s'accompagnent de mécanismes empêchant que les praticiens soient à la merci des financeurs.* » (39)
Par ailleurs, nous avons également essayé de constituer un échantillon qui témoigne de la diversité des pratiques du tiers payant, ce qui nécessitait de connaître les médecins. Nous pensions intuitivement qu'un médecin qui utilisait fréquemment le tiers payant partiel ou qui avait utilisé le tiers payant intégral pouvait avoir une perception différente de celui qui ne l'utilisait pas que pour les patients en ALD par exemple. La sélection des médecins s'est donc faite soit par connaissance directe du médecin pour l'avoir remplacé, soit par réseau grâce à des informateurs-clés nous ayant orientés vers des médecins ayant certaines pratiques.
Enfin, on a tenté d'obtenir des profils variables concernant le lieu d'exercice, l'âge, le secteur de conventionnement et le sexe sans préjuger de l'impact de ces facteurs sur leurs réponses.
Nous précisons à ce stade que la présence de médecins à la retraite depuis peu se justifie, à nos yeux, d'abord par leur spécificité d'investissement (l'un était maire PS de sa ville pendant plus de 15 ans, l'autre militant associatif) mais aussi par l'intérêt que leur témoignage pouvait apporter, au vu de leur position d'observateur des évolutions du système de santé entre le début et la fin de leur carrière.

L'effectif de l'échantillon a été arrêté à seize médecins : l'objectif de saturation des données a été atteint devant la redondance des idées exprimées à l'issue des deux dernières interviews réalisées tandis que les sources de variations des profils de médecins (exercice, usage du tiers payant, implications dans différentes sphères...) avaient été à notre avis totalement exploitées.
On peut noter enfin que la sélection des médecins s'est faite au fur et à mesure des interviews et de ce qui en ressortait, ce qui correspond aux principes de la théorie ancrée. (40)

Il semble évident que cette manière de constituer un échantillon ne peut en aucun cas permettre de généraliser les constatations faites à l'ensemble de la population des médecins.

Mais nous rappelons que notre but n'était pas d'être représentatif de la population des médecins généralistes libéraux mais de découvrir la variabilité de leurs opinions. Il nous semble au vu des résultats que cet objectif a été atteint.

IV. 2. d) Constitution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été conçu pour permettre une expression la plus libre et spontanée possible. La présentation de la réforme du tiers payant généralisé était volontairement simple pour ne pas influencer l'avis des médecins sur les avantages ou inconvénients éventuels. La première question était très ouverte pour permettre au médecin de exprimer spontanément ces réactions. Les deux questions suivantes sur les points positifs et négatifs de la généralisation du tiers payant n'ont donné lieu à aucune relance basée sur nos connaissances ou sur les arguments qui auraient pu être soulevés par les médecins lors des entretiens antérieurs. Nous ne souhaitions pas modifier leur avis initial en les faisant réfléchir sur des idées qu'ils n'avaient pas au départ.
Le questionnement sur les pratiques du tiers payant a été basé sur une question ouverte mais des relances plus fermées avaient été prévues pour avoir un tableau précis et systématisé sur ce thème.
Le fait de placer les questions sur le profil du médecin à la fin de l'interview était volontaire car nous ne souhaitions pas que les demandes quant à l'appartenance à une organisation politique et l'origine sociale ne provoquent de sentiment de méfiance ou de crispation de la part des personnes interrogées. La réaction d'un des médecins qui, à l'issue de l'interview, nous a demandé pourquoi interroger sur la profession des parents semble valider cette initiative.

Le guide d'entretien a été préparé en concertation mais n'a pas été testé au préalable lors d'entretiens exploratoires ou d'un focus groupe, ce qui constitue un point péjoratif. Cela nous aurait peut-être évité d'avoir à rajouter une question sur les nouveaux modes de rémunération après les trois premiers entretiens. Nous pensions en effet voir surgir cette thématique dans les différentes questions prévues initialement, notamment celle sur l'accès aux soins mais ce ne fut le cas que de façon ponctuelle au cours des premières interviews et pas du tout lors de l'une d'entre elles. Une perte d'informations est donc à déplorer pour les premiers praticiens interrogés.

IV. 2. e) Réalisation des entretiens

Le choix laissé au médecin du lieu et du moment permettait de le placer dans les meilleurs conditions pour répondre à nos questions. Toutefois, le fait que certains médecins aient opté pour être rencontrés à leur domicile en dehors de tout contexte professionnel a pu favoriser leur expression par rapport à ceux qui étaient dans le cadre de leur journée de travail, forcément plus limités dans le temps qu'ils pouvaient nous accorder. De même, nous avons accepté de réaliser une des interviews dans un café bien connu du praticien à sa demande : nous craignions que le fait que ce soit un lieu public puisse brider sa parole mais cela ne nous est pas apparu évident dans son comportement ou ses propos pendant l'entretien. Le médecin était familier de ce lieu et des gens qui le fréquentaient : nous suivions là les principes de Stéphane Beaud qui recommande de réaliser « *les entretiens où les enquêtés se sentent comme chez eux* ». (41)

Notre position en tant que médecin et interviewer nous apparaît plutôt comme un avantage car il permet de créer une certaine complicité et un cadre commun de référence : ce fut par

exemple le cas lorsque des médecins faisaient appel à notre propre expérience pour valider leurs affirmations.
En revanche, nous avons dans notre échantillon des médecins avec lesquels nous avions un degré de proximité variable. Sans qu'aucun des praticiens puisse être considéré comme un proche, certains médecins nous étaient parfaitement inconnus tandis que nous avions pu en remplacer certains autres ou les connaître dans le cadre de nos études : nous avons conscience que la proximité avec les sujets peut influer sur leur liberté de parole, tant dans le sens de favoriser l'expression du médecin que de l'inhiber. Cette différence d'intimité avec les praticiens peut constituer un biais.

Nous prenons en compte également le fait que tout entretien de ce type est influencé en partie par le chercheur qui agit par ses questions sur l'interviewé et réagit avec ses propres représentations aux propos de celui-ci. On a donc un dialogue qui s'instaure. Les propos donc par la suite les connaissances qui en découlent sont le fruit de cette interaction. Ce biais est inhérent à la recherche qualitative avec entretiens semi-directifs. (41) Néanmoins, nous avons essayé de mettre de côté notre opinion lors de ces échanges afin de favoriser l'expression la plus libre des interviewés. Le fait que nous nous intéressions à un sujet peu connu a priori des médecins au départ (la plupart n'avait eu l'information que par les médias généralistes et seul un médecin avait lu le rapport de l'IGAS) pouvait inhiber certains d'entre eux : deux des praticiens ont regretté de ne pas être plus renseignés et ont exprimé leur crainte d'énoncer des idées fausses par rapport à la connaissance qu'ils nous prêtaient.

Enfin, notre sujet touche à l'actualité : ce thème a été abordé à plusieurs reprises dans les médias depuis un an. De fait, les médecins interrogés en septembre avaient eu la possibilité d'obtenir plus d'informations ou en tout cas d'être plus amenés à y réfléchir que ceux interrogés en mai. Aucune précision décisive sur les modalités d'application du projet ministériel ou de travaux sur ce thème n'ont toutefois été communiqués entre mai et septembre donc nous pensons que l'influence de ce biais est limité.

IV. 2. f) Exploitation des données

Ayant peu d'expérience dans la pratique de l'encodage, nous avons privilégié une technique linéaire ouverte qui nous a permis de ne négliger aucun aspect des témoignages recueillis.
Le fait de reprendre régulièrement les codes précédemment créés après avoir encodé d'autres entretiens nous a permis d'harmoniser progressivement les codes et de faire surgir des thématiques récurrentes traversant les différentes interviews. Nous avons pu ainsi voir émerger des concepts d'analyse qui ont constitué les thèmes décrits dans la partie résultat.
Nous appliquions ainsi les principes de la théorie ancrée. (40)

Par ailleurs, ce thème pouvait donner lieu à des propos soumis à un certain degré d'interprétation, en fonction des représentations de celui qui les encode. Pour diminuer ce risque de biais d'interprétation des propos, nous avons utilisé la technique de triangulation des chercheurs, ce qui renforce la crédibilité des données que l'on a extraites, en faisant réaliser un deuxième codage, en parallèle du nôtre, par une tierce personne et en les confrontant. (42)

IV. 3) Discussion des questions de recherche : représentations des médecins et confrontation aux données de la science

IV. 3. a) Des représentations du tiers payant témoins de l'ambivalence de la profession autour du caractère libéral

Deux aspects négatifs notés par les médecins ont un rapport avec l'attachement aux valeurs libérales : la perte de la caractéristique symbolique portée par le paiement direct du patient et la crainte d'une mise sous la coupe des financeurs impactant la liberté de prescription.

Le premier aspect n'est partagé que par quelques médecins : il rappelle l'argumentaire cité plus haut du président de la CSMF et constitue un retour aux fondamentaux de l'affirmation de la médecine libérale française. L'argumentation d'inspiration psychanalytique consistant à dire que le paiement participe à l'efficacité de la prise en charge du patient (43) n'a pas été avancé par les praticiens et a même été écarté par d'autres. Seul un médecin a insisté de façon notable sur l'importance que ça avait pour le patient.
Cette portée symbolique attribuée par certains médecins au paiement direct semble être une particularité en lien direct avec la manière dont s'est construite l'identité libérale des médecins français. Il est intéressant de remarquer que dans les rares situations où cette question est débattue dans les pays comparables à la France, la fonction symbolique du paiement pour honorer le praticien n'apparaît pas du tout dans les argumentaires des syndicats qui sont contre le tiers payant. Ainsi, en Allemagne, en 2006, quelques organisations de médecins avaient réclamé son abolition dans le cadre de mobilisations contre l'Etat portant sur leur niveau de rémunération : leur grief contre le tiers payant était uniquement sa responsabilité dans la faiblesse de leurs revenus car il limitait la liberté tarifaire revendiquée. (44) En Suisse qui, comme on l'a vu, a un système de tiers garant avec remboursement du patient avant qu'il ait réellement payé le médecin, les défenseurs de ce système luttant contre la généralisation du tiers payant font appel à des raisons beaucoup plus prosaïques de protection des données vis-à-vis des caisses mais n'évoquent absolument pas que c'est, pour eux, un moyen de se sentir honoré en tant que professionnel. (45)
A l'inverse, certains praticiens nient au paiement direct une utilité dans la relation médecin patient. Il peut même parasiter la relation voulue par le médecin autour d'objectifs centrés sur le patient, l'alliance thérapeutique étant remplacée par une relation commerciale. Cette perception du paiement direct comme responsable d'une influence sur l'attitude du médecin et notamment son acte de prescription est bien mis en évidence par les observations comparées de consultations entre des médecins néerlandais et français. On y observe le caractère dominant du patient à la fin de la consultation en France qui semble échanger son paiement contre la satisfaction de ce qu'il est venu chercher, par exemple une ordonnance. Ceci est une des explications avancées pour expliquer la plus grande fréquence de prescription de médicaments souvent inutiles par les médecins français par rapport aux médecins des autres pays. (46)

Le deuxième argument de la mise sous la coupe des financeurs revient de façon assez fréquente chez les médecins opposés à la généralisation du tiers payant. C'est un des points souvent avancés également durant l'histoire des rapports entre les médecins et l'État. A l'inverse, d'autres médecins soulignent que ce rapport d'inféodation à la Sécurité Sociale est déjà effectif et jugé comme légitime du fait que de la socialisation des revenus des

médecins. Cet aspect avait en effet été noté comme un tournant majeur dans l'évolution de la médecine libérale (cf. partie théorique II.2.).
Les causes de la crainte envers cette dépendance ne sont pas bien explicitées par les médecins au travers des entretiens. Seule la peur d'une perte d'autonomie dans la prescription est avancée par certains qui voient, de ce fait, une remise en cause d'un autre aspect de base de la médecine libérale. On peut étudier ce point sous deux angles.
Tout d'abord, cette crainte peut être considérée comme relevant plus du fantasme et des projections négatives que peuvent avoir, en général, les médecins envers la Sécurité Sociale. On peut alors noter ce constat, fait dans l'enquête *50 ans d'exercice de la médecine en France* par Herzlich en 1993, cité par G. Bloy (47). Les médecins qui avaient connu le tournant majeur qu'a représenté le conventionnement en 1960 ont été interrogés sur leur vision de ce changement de façon rétrospective. La plupart estimait dans cette enquête que cela n'avait pas modifié leur indépendance, ni leur relation avec la patientèle, à l'inverse des craintes vivaces exprimées à l'annonce de ce changement et basées également sur l'attachement à l'autonomie de la profession.
Néanmoins, les recommandations de bonnes pratiques et leur utilisation envers les médecins via les rémunérations forfaitaires type Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) peuvent faire penser que la crainte d'une pression sur la prescription des organismes payeurs est plus légitime actuellement. On peut alors s'interroger sur cette crainte. En quoi un contrôle des actes de prescription par les organismes payeurs posent-ils un problème si les objectifs de ces organismes sont les mêmes que ceux des médecins : la bonne santé des patients? Le thème est peu abordé par les médecins de l'échantillon. Mais on perçoit chez certains une défiance vis-à-vis de la légitimité des organismes payeurs, remis en cause sur l'indépendance réelle de leurs recommandations de prescription, actuelles pour la Sécurité Sociale, ou supposées pour les assureurs privés. Ces deux financeurs pourraient être influencés par d'autres facteurs, à commencer par les objectifs économiques, et donc privilégier certains comportements de prescription de la part des médecins allant à l'encontre de l'intérêt des patients. Les médecins se voient ainsi placés dans une situation de conflit d'intérêt entre le choix de leur rémunération ou les intérêts du patient. Cette remise en cause par certains médecins de la Sécurité Sociale comme un organisme ayant pour objectif l'amélioration de la qualité des soins pour les patients a bien été mise en évidence lors des travaux autour de la perception des ROSP. Un tiers des médecins pensent en effet que les objectifs fixées pour ces rémunérations n'ont pas pour but d'améliorer la prise en charge des patients alors que plus de huit médecins sur dix pensent que ces objectifs ont pour vocation de faire réaliser des économies à l'assurance maladie. (48)

Cette opposition de points de vue entre certains médecins à l'intérieur de ce panel témoigne de la dualité traversant les généralistes libéraux. Elle est sous tendue par l'attachement persistant aux principes libéraux originels alors que la réalité d'une médecine vraiment libérale actuellement peut être contestée, au moins du fait de son conventionnement. Il est même évoqué parfois le thème de « fiction libérale » par certains chercheurs (47) pour qui la réalité du caractère libéral de la médecine de ville, y compris à ses origines, ne résiste pas à sa confrontation aux principes du libéralisme au sens complet du terme, comme le souligne G. Bloy : « *fondée sur un monopole d'exercice, financé sur des prélèvements obligatoires, s'auto-régulant entre autres moyens par des clauses anti-concurrentielles, le libéralisme économique de la profession médicale a une allure très singulière.* » (49)

IV. 3. b) Des représentations négatives au niveau pratique et technique

Le versant négatif de ces aspects est très présent dans les entretiens et c'est un des points qui peuvent être cités par les médecins favorables comme défavorables à la généralisation du tiers payant. Les aspects positifs (facilité de gestion et de traitement des paiements des patients) sont au contraire peu mis en avant par les médecins.

La crainte, au moins d'une surcharge de travail, au pire d'un surcoût, est basée sur les expériences de pratique actuelle du tiers payant par les médecins. La gestion du paiement par les complémentaires est à l'origine de vraies craintes des médecins qui n'ont jamais tenté d'utiliser le tiers payant AMC, très majoritaires mais aussi des médecins qui en ont eu l'occasion. Il faut toutefois noter que ces derniers se basent sur une expérience actuelle alors qu'aucun dispositif n'avait été mis en place entre les différents acteurs.
Le rapport de l'IGAS (1) privilégie actuellement la solution redoutée par les médecins dit d'éclatement des flux AMO et AMC, c'est-à-dire que le médecin aurait à émettre une information par télétransmission à l'AMO comme actuellement et une information à l'AMC.
Les aménagements proposés par l'IGAS (1 et annexe IV) pour diminuer la surcharge de travail et le risqued'impayés pour les médecins sont :

- le rassemblement des multiples organismes de complémentaires en plusieurs opérateurs de tiers payant, délégataires des organismes de complémentaires et qui assurent le paiement aux médecins. C'est ce qui est en train de se développer, d'après la mission de l'IGAS, à l'île de la Réunion où le tiers payant généralisé est déjà institué et ça permettrait de réduire considérablement le nombre d'interlocuteurs pour les médecins.
- la détermination d'un délai maximal de paiement des médecins comme cela a été mis en place pour le paiement des médecins par les AMO et comme c'est le cas pour le paiement des assurés par les AMO et les AMC.
- la mise en place à terme de dispositifs de consultation des droits en ligne, plus sûrs pour réduire le risque lié aux cartes que les patients présentent comme n'étant pas à jour alors qu'ils ne bénéficient pas de droits ouverts effectifs.

Ces mesures semblent en effet bien répondre aux craintes exprimées par les médecins du panel : délais prolongés de paiement, multiplicité des interlocuteurs, impayés en cas d'assurés pas à jour de leurs droits.

Les médecins n'ont pas eu accès aux mesures proposées par l'IGAS car seul un médecin avait lu le rapport. On peut noter que bien qu'il soit contre la généralisation du tiers payant, il n'a pas cité l'argument technique dans les aspects défavorables.
Mais les syndicats ne semblent pas rassurés pour autant puisque le seul à être favorable au projet de réforme en théorie (MG-France) revendique l'organisation du paiement avec un interlocuteur unique : il est intéressant de noter que cette idée est également réclamée par la seule médecin qui a tenté de réaliser du tiers payant intégral en suivant le cheminement des télétransmissions et des paiements.

On peut enfin remarquer qu'aucun médecin du panel ne souligne que les différents organismes payeurs sont moins susceptibles d'être insolvables que les patients, comme le fait l'IGAS dans son rapport : on peut sans doute en conclure que les médecins du panel ne souffrent pas de chèques impayés de la part de leurs patients.

IV. 3. c) Des représentations favorables rejoignant les attentes de l'IGAS et un aspect novateur soulevé

Deux points positifs cités par les médecins sont également notés dans le rapport de l'IGAS (1) en plus de la facilitation d'accès aux soins :

- la possible réorientation vers les médecins généralistes de patients consultant aux urgences en première intention à cause de la dispense d'avance de frais.
- la meilleure identification du montant du dépassement d'honoraire par le patient lorsqu'il n'aura plus que cette partie à régler lors des consultations. Néanmoins, le rapport de l'IGAS préconise que les dépassements pris en charge par les complémentaires puissent être soumis aussi au tiers-payant, ce qui atténuerait cet aspect.

Un autre aspect favorable a été évoqué par trois médecins et n'a pas été cité dans le rapport de l'IGAS : deux d'entre eux ont concédé coter des actes en tiers payant AMO alors qu'ils ne relèvent pas de l'ALD et un troisième a évoqué la difficulté que ça pouvait représenter lors des consultations pour faire comprendre cette distinction aux patients. Nous n'avons pas réussi à déterminer si ce phénomène avait pu être évalué par la CNAM. S'il est assez répandu (et notre expérience du terrain semble nous indiquer qu'il n'est pas négligeable), ce peut être une source d'économie inattendue, avec une réorientation du coût de ces consultations vers l'AMO et l'AMC qui doit participer à la prise en charge de ces consultations et s'en retrouve épargnée par ce phénomène.

IV. 3. d) Des représentations négatives « évidentes » mais contestables : le thème inflationniste

Il est intéressant de noter l'absence globale de référence à des travaux scientifiques dans l'argumentation de chacun des médecins du panel : seul un y fait référence tandis que quelques uns déplorent l'absence d'études sur certains thèmes ou au moins leur méconnaissance de ces travaux. Au contraire, la connaissance conclue à partir de la perception de sa pratique ou l'idée « évidente » sont convoquées par les médecins très fréquemment pour appuyer leurs propos. Nous sommes là dans le champ de la représentation sociale dans ce qu'elle s'oppose à la connaissance étayée scientifiquement. (50)

L'évocation des aspects négatifs est livrée de façon complète et exclusive lors de la question portant sur ce point. A l'inverse, les aspects positifs sont évoqués autant lors de la question du guide d'entretien qui interroge sur cet aspect que de façon diffuse au cours de l'interview, lors de la réflexion sur d'autres thèmes : tout se passe comme si l'évocation d'arguments contre la généralisation du tiers payant était plus immédiate que celle d'arguments pour.

Le thème « inflationniste » fait partie de ces représentations négatives très souvent évoquées par les médecins du panel. On peut noter que dans la thèse de B. Caucat, les trois quart des médecins interrogés pensaient également que le tiers payant entraînait un abus de consommation de soins. (35) L'argument est soit présenté de façon indubitable, soit appuyé par l'exemple de la population CMU qui aurait un comportement de surconsommation établi, lié à l'absence d'avance des frais.

Cette perception des médecins du panel rejoint également l'opinion fréquemment rencontrée parmi le corps médical dans son ensemble (médecins et dentistes) sur les patients bénéficiaires de la CMU et qui participe à leur stigmatisation. (51) Différentes études des consommations de soins des patients CMU ou bénéficiaires de l'aide médicale

départementale ont été réalisées dans plusieurs CPAM. (35, 52) A répartition d'âge et de sexe comparables, on constate schématiquement que les patients CMU consomment plus de soins que les patients non CMU mais que le montant des dépenses moyennes est équivalent car :

- les patients CMU ont recours plus fréquemment aux généralistes (comme souvent pour les patients en situation précaire chez qui le médecin généraliste constitue la porte d'entrée dans le système de santé) mais plus rarement aux spécialistes et aux actes de biologie.
- le nombre de soins dentaires est plus élevé mais le coût de ces soins est inférieur.

A l'instar de ce qui a été décrit dans la première partie sur les liens entre précarité et état de santé, cet accès plus fréquent aux médecins généralistes doit tenir compte du fait que les patients bénéficiaires de la CMU, plus précaires ou avec des revenus plus faibles que ceux qui n'y sont pas, ont globalement un état de santé plus dégradé que le reste de la population à âge égal : ils se déclarent en moins bonne santé, ont plus de troubles du sommeil avec retentissement dans la vie quotidienne, fument plus, souffrent plus d'obésité...(53) Le recours plus élevé au généraliste trouve là une explication qui n'est pas celle d'une surconsommation illégitime.

La stigmatisation des patients CMU ne se limitent aux comportements de consommation de soins : irrespect des heures de rendez-vous, exigences particulières, complaisance dans un système qui serait de l'assistanat... Plusieurs des principaux reproches formulés contre les patients bénéficiaires de la CMU ont pour origine la dispense d'avance des frais qui expliquerait ou favoriserait ces attitudes d'après les médecins. Certains médecins du panel reprennent également ces idées. Mais une étude qualitative des représentations des médecins sur les patients CMU a permis de montrer que la description de ces comportements n'est pas confirmée quand les médecins sont interrogés sur leurs propres patients bénéficiaires de la CMU.(54)

Un des bénéfices secondaires que l'on peut espérer de la généralisation du tiers payant est l'abolition de la segmentation entre des catégories de patients qui payent et d'autres qui ne payent pas, ce qui pourrait diminuer la stigmatisation des patients bénéficiaires de la CMU. Un médecin du panel soulignait la difficulté que constituait, pour lui, le fait de proposer le tiers payant partiel, en raison de sa crainte de stigmatiser le patient par cet acte.

Par ailleurs, concernant l'effet prétendu inflationniste du tiers payant, une étude du CREDES, réalisée en 2001 (55), a examiné l'influence du recours au tiers payant sur le coût des ordonnances et le nombre de consultations en médecine générale.

Ce travail permet de rappeler quelques éléments qui semblent primordiaux. La notion de surconsommation de soins est à manier avec précaution : la définition dans l'absolue de la surconsommation est l'excédent de consommation de soins qui n'est pas nécessaire au maintien d'un bon état de santé. Ceci implique donc la détermination d'une consommation de soins moyenne nécessaire. On voit bien là toute la difficulté pour déterminer une telle valeur. Doit-elle être confiée aux médecins, aux économistes, à des experts ? La consultation pour une rhinopharynite ou une gatro-entérite aigüe est-elle vraiment utile ? Quelle est la consommation de soins nécessaire et suffisante à titre préventif ? L'idée des chercheurs du CREDES n'est donc pas de comparer la consommation de soins de gens utilisant le tiers payant et de gens ne l'utilisant pas par rapport à cette valeur indéterminée mais par rapport à une moyenne de consommation dans la population, sans préjuger si cette consommation est nécessaire et suffisante pour maintenir un bon état de santé. C'est ce que les médecins qui croient à un effet inflationniste du tiers payant veulent signifier pour leurs patients CMU : un recours aux médecins, à des traitements ou des examens plus fréquent que la moyenne de leurs patients qui n'en bénéficient pas.

Or, les constations faites lors de cette étude montrent deux choses :

- en l'absence de tiers payant, il y a un effet négatif du revenu sur la consommation de soins : les gens à bas revenus qui n'utilisent pas le tiers payant consomment moins de soins par rapport à la consommation moyenne. Il en est de même pour les gens qui l'utilisent faiblement mais de façon moins intense. En revanche, l'effet revenu disparaît complètement pour ceux qui utilisent fréquemment le tiers payant.

Le tiers payant tend à rapprocher la dépense des assurés les plus pauvres vers la consommation de soins moyenne de l'ensemble des gens. C'est ce qu'on appelle le « rattrapage de soins » qui est un des objectifs de la généralisation du tiers payant, présenté par la ministre et évoqué par les médecins du panel quand ils parlent de facilitation de l'accès aux soins.

- en revanche, aucune différence significative de consommation par rapport à cette consommation moyenne n'est mise en évidence entre les gens utilisant le tiers payant et ceux ne l'utilisant pas ou peu.

Le tiers payant est donc considéré comme une mesure socialement juste car elle permet une consommation de soins des ménages les plus pauvres se rapprochant de celle des ménages les plus aisés sans entraîner une surconsommation pour autant.

IV. 3. e) Des représentations négatives « évidentes » mais contestables : le thème de la déresponsabilisation

La notion qui préside fréquemment chez les médecins du panel pour expliquer le comportement des patients CMU et également le risque inflationniste prétendu du tiers payant est celle de la déresponsabilisation du patient en lien avec l'absence d'avance des frais. Il est intéressant de noter à propos de cette notion quelques remarques. Ce concept de responsabilisation financière de l'assuré par l'avance des frais ou par les mesures instituées de franchises ou ticket modérateur est développé depuis que les politiques publiques ont eu le souci de la maîtrise des dépenses de santé. Il est basé sur un principe assurantiel dont les économistes contestent de plus en plus la validité lors de son application tel quel au domaine de la santé : c'est l'«aléa moral » ou « risque moral ». Le fait d'être couvert contre un risque peut conduire un sujet à modifier son comportement à l'égard de ce risque de deux façons : (56)

- soit en prenant moins de précautions : dans le domaine de la santé, ce risque est logiquement décrit comme faible. Par exemple, il paraît en effet peu raisonnable d'imaginer qu'un patient augmente volontairement son tabagisme car il se sait bien couvert par son assurance en cas de développement d'un cancer du poumon.
- soit en dépensant plus pour réparer le dommage ou pour le prévenir. En économie de la santé, il est rattaché à deux facteurs : la satisfaction que peut retirer le patient de cette consommation de soins en elle-même mais aussi l'induction de consommation que peut avoir intérêt à proposer à son patient le médecin qui en retire un bénéfice personnel également. Ce risque d'induction par le médecin est d'autant plus grand que celui-ci possède un ascendant sur le patient de par sa connaissance : il y a asymétrie d'information entre le médecin détenant le savoir et le patient. Certains chercheurs considèrent ainsi que responsabiliser les patients par la voie financière est inefficace, « *quand les prestataires, bénéficiant de l'asymétrie d'information, sont en position d'induire la demande de soins »* (Anne Laude, 57).

Enfin, on peut remarquer que l'OCDE, qui a pourtant promues, dans les années 80 et 90, les politiques de responsabilisation financière des assurés, les a jugées, en 2004, finalement contre-productives car elles reportaient l'accès aux soins pour les plus démunis et

entraînaient un surcoût quand ces patients sont pris en charge à un stade plus avancé de leurs pathologies. (58) Le tiers payant pourrait-il permettre alors des économies à moyen terme plutôt que creuser les déficits ?

Si l'on revient aux propos des médecins de notre panel, on se rend compte combien cette responsabilité de surconsommation est partagée. Une partie des médecins ne voit dans ce comportement qu'un abus du patient qui retirerait une satisfaction à consommer des soins inutiles et met en avant la déresponsabilisation du patient par le tiers payant. Ils ne citent pas ou rarement le risque que le médecin peut lui aussi induire cette consommation et certains avouent voir un intérêt dans cette augmentation des consultations par l'accroissement de revenus qu'elle va entraîner. Une autre partie des praticiens, au contraire, cite le risque d'induction par le médecin et surtout préconise une éducation du patient pour éviter la consommation de soins inutiles. On peut remarquer que parmi ces médecins, tous sauf un ont des points communs : médecins engagés au niveau associatif ou professionnel dans l'accès aux soins de tous avec parfois activité centrée sur des populations fragilisées et tentative d'éliminer le rapport au paiement de la consultation. Cette prise de responsabilité dans la dépense induite par leurs prescriptions et dans le rôle éducationnel du médecin n'est pas sans rappeler les aspects que l'on retrouve chez le groupe intitulé « petits prescripteurs » analysé par Anne Vega en 2011. (59)

IV. 4. Discussion des questions de recherche : les pratiques du tiers payant

Ce travail a permis de montrer de façon assez précise les manières très diverses que les médecins ont d'utiliser le tiers payant d'après leurs dires.

On peut souligner dans ces pratiques que :

- Tous les médecins sans exception disent appliquer le tiers payant aux patients CMU, ce qui correspond à ce que montre la plupart des études témoignant de la rareté du refus de soins ou apparenté (le refus d'appliquer le tiers payant doit être considéré comme tel) chez les médecins généralistes. (51) Ce constat est souvent assimilé au fait que le médecin généraliste est le médecin de premier recours, rendant un refus de soins particulièrement délicat. Il semble que, dans le panel, les médecins qui disent avoir peu de patients CMU ne voient pas l'intérêt de cette réforme alors que ceux qui ont des populations plus précaires y sont plus favorables. Il aurait donc peut-être été intéressant de rajouter une question sur la proportion de patients CMU qu'ils ont dans leur patientèle pour essayer de mettre en évidence un éventuelle tendance entre le fait d'avoir une forte proportion de patients CMU et une opinion favorable envers la généralisation du tiers payant. Si elle devait apparaître, elle nécessiterait un travail quantitatif pour être alors confirmée.

- Nous avons été surpris par la proportion de médecins n'utilisant pas systématiquement le tiers payant pour les patients en ALD. L'utilisation uniquement pour les patients dans l'incapacité physique ou psychique de payer par un médecin témoigne du détournement pragmatique par ce médecin d'une mesure destinée à la base à aider les patients. Le fait que le tiers payant généralisé puisse être laissé au bon vouloir du médecin pourrait aboutir à une telle situation.

- On peut remarquer que la position actuelle du médecin traitant vis-à-vis de l'application du tiers payant aux patients en ALD ou du tiers payant partiel en fonction de l'estimation de la situation financière peut être jugée comme assez inconfortable. Cela ne semble pas poser de problème à la plupart des médecins du panel, certains arguant que leur position de médecin de famille leur permet de fait de connaître la situation économique et de précarité d'un foyer. Pourtant, dans le travail de B. Girard (60), quinze médecins généralistes de ville ont eu chacun à évaluer dix patients appartenant à leur patientèle depuis deux ans sur une échelle allant de 0 à 100 dite de vulnérabilité sociale. La valeur attribuée était ensuite comparée à celle donnée par le score dit EPICES (Evaluation de Précarité et d'Inégalité de santé pour les Centres d'Examen de Santé allant de 0 pas de précarité à 100 précarité maximale) dont on a démontré la spécificité et la sensibilité dans le repérage des patients en situation de précarité. L'écart moyen entre le score donné par les médecins et le score EPICES était de presque 30 points et dans pour près de 60 % des patients, les médecins faisaient une erreur d'au moins 20 points. Même si ce travail comporte quelques limites (taille de l'échantillon), il semble indiquer que l'évaluation intuitive du médecin généraliste sur la précarité de ses patients est moins juste que ce que certains médecins de notre panel semblent croire.
  Le pragmatisme et la volonté de réduire la barrière financière est néanmoins de rigueur, parmi les médecins rencontrés, puisqu'ils acceptent le plus souvent la demande de tiers payant partiel par le patient quand elle est exprimée. Mais on a vu que ce n'était pas le cas de tous les médecins puisque deux le refusent. Et on peut supposer que tous les patients ne l'expriment pas, soit parce qu'ils ne savent pas que c'est possible, soit parce qu'ils n'osent pas le demander. Par ailleurs, le témoignage de la gêne exprimée par le docteur 6 à proposer le tiers payant de peur que les patient se sentent stigmatisés est également une limite qui témoigne des difficultés que la situation actuelle génère.

- Au travers de l'utilisation du tiers payant partiel mais aussi du report d'encaissement de chèque ou de la réalisation d'actes gratuits, on perçoit la volonté des médecins généralistes de s'adapter encore à la situation de leurs patients avec pour objectif de réduire au maximum la barrière de l'accès aux soins pour raisons financières. Ils confirment là encore leur rôle de premier recours, indissociable de leur profession.

- Il est également intéressant de noter qu'outre les contingences pratiques (accord des caisses, facilité d'application...etc), deux autres facteurs, qui sont en fait corrélés, semblent jouer un rôle dans l'utilisation fréquente du tiers payant : le fait de travailler ou d'avoir pris la suite d'un médecin qui l'utilisait lui-même et les habitudes d'utilisation des patients. Pour deux des médecins qui évoquent ce facteur, il semble toutefois réducteur de croire que c'est ce fait qui les a conduits à l'utiliser. Ils ont tous les deux une volonté affirmée d'être accessible au plus grand nombre et de prendre en charge des populations fragiles. On peut penser que c'est plutôt l'inverse qui s'est produit : ils ont pris la suite de médecins qui avaient une activité façonnée ainsi parce qu'ils avaient une affinité pour l'exercice pratiqué par ces médecins.

IV. 5. Discussion des questions de recherche : les propositions pour la facilitation de l'accès aux soins et la place du mode de rémunération

IV. 5. a) Des propositions cohérentes pour la plupart

Il est intéressant de constater que pour un certain nombre de médecins du panel, il n'y a pas de problème d'accès aux soins en France. On peut remarquer que certains de ces médecins pouvaient se positionner ainsi dans un premier temps puis évoquer, sans s'en rendre compte par la suite, des problématiques d'accès aux soins, que ce soit vis à vis des spécialistes, de l'optique ou des soins dentaires ou du maillage géographique. Il semble que ces médecins n'aient pas compris toutes les dimensions que recouvre cette expression ou aient réagi uniquement par le prisme de leur pratique personnelle. On peut néanmoins s'étonner qu'autant de médecins ne perçoivent pas les enjeux de cette question.
Les problèmes soulevés par les praticiens du panel sur l'accès aux soins sont également souvent en lien avec l'expérience acquise au contact des patients. Ceci permet d'expliquer que peu d'entre eux soient en capacité d'évoquer les problématiques liées à des populations qu'ils ne connaissent pas ou qu'ils voient peu dans les cabinets de médecine de ville : patients immigrés arrivés depuis peu ou patients très précaires. Néanmoins, les différentes questions soulevées par les propositions des médecins permettent en effet de dresser un tableau assez complet des difficultés d'accès aux soins en France pour les publics qui consultent en médecine de ville.
Ainsi, les problèmes d'accès aux soins dentaires (10 % de patients ayant dû renoncer en 2008) et optiques (4%) sont souvent cités par les patients comme une de leurs difficultés principales (28) et font l'objet de tentatives de maîtrises des coûts par les pouvoirs publics, à défaut d'une meilleure prise en charge par l'AMO.
Les dépassements d'honoraires ont fait l'objet d'une tentative de régulation lors de la convention de 2012 mais elle a été jugée souvent comme trop timide par les associations de défense des patients. Ces contrats proposent en effet le gel de l'augmentation des tarifs et du taux de consultations avec dépassements mais ne prévoient aucune diminution par rapport à la situation de 2012. Ainsi, UFC Que choisir réclame un plafonnement des dépassements à 40% du tarif opposable et une fermeture de l'accès au secteur II. Avec le CISS, ils préconisent une revalorisation des actes médicaux permettant l'abolition totale à terme de ces dépassements. (38, 61)
La répartition des médecins sur le territoire constitue une source d'inquiétude chez les médecins du panel comme pour les patients et les pouvoirs publics même si les praticiens de l'échantillon évoquent plutôt spécifiquement celle des spécialistes : certains sont confrontés à des difficultés pour leur propre patientèle qui influent sur la prise en charge des assurés et sur leurs pratiques de médecin.
Le ciblage de certaines populations ayant des problèmes d'accès aux soins est parfois évoqué par les médecins du panel avec pour certains l'impression que des patients devraient bénéficier de la CMU alors que les seuils fixés ne le permettent pas : l'élévation des seuils d'attribution, notamment au niveau de l'Allocation Adulte Handicapé, est souvent une revendication des associations comme Médecins du Monde, tout comme l'abolition des franchises et autres forfaits, réclamés aussi par un médecin du panel. (26)
Enfin, les médecins ont insisté sur la nécessité de développer les actes de prévention et d'éducation à la santé, notamment auprès des publics qui ne consultent pas. On peut dans ce domaine s'accorder sur l'ambivalence des pouvoirs publics. Ces derniers reconnaissent régulièrement l'utilité pour les patients et à terme pour la maîtrise des dépenses de santé de telles priorités. Ils les mettent en place via des campagnes de sensibilisation ou le

développement de certains axes comme l'éducation thérapeutique, le dépistage de certaines pathologies, la mise en place des centres d'examen de santé (CES). Mais, dans le même temps, les centres de protection médicale infantile (PMI), de médecine du travail ou de médecine scolaire souffrent d'une pénurie de moyens de plus en plus marquée pour remplir des missions dont le cœur est précisément la prévention. (34)

On peut, en revanche, s'étonner des propositions du docteur 13 qui répond à notre question sur l'accès aux soins par une augmentation du tarif de la consultation de médecine générale, dont une partie pourrait ne pas être remboursable si les mutuelles refusent de la prendre en charge. Nous ne sommes pas parvenus à comprendre la logique qui présidait à cette réponse plutôt inattendue, si ce n'est la volonté de délivrer un message qui fait partie d'un des mots d'ordre du syndicat de l'UFML auquel il appartient.

IV. 5. b) La place du mode de rémunération

Les médecins ont, de façon générale, peu lié spontanément les problématiques d'accès aux soins aux changements du mode de rémunération. Seul un médecin, le docteur 6, a cité le modèle de la maison de santé pluridisciplinaire avec une rémunération des médecins à la capitation (expérience acquise en Belgique d'où il est originaire) comme permettant de répondre complètement à tous les aspects qu'engage la question de l'accès aux soins.
On peut conclure peut-être de cette absence de connexion faite entre accès aux soins et mode de rémunération des médecins que ceux-ci ont des difficultés à sortir du mode de raisonnement du paiement à l'acte qui constitue en effet un des socles de l'exercice de la médecine libérale en France. Ainsi, en 2007, six médecins sur dix se déclaraient satisfaits de ce mode de rémunération. (62)

Ceci est d'autant plus intéressant que les médecins ont, dans le même temps, une position très partagée sur les autres modes de rétribution qui remettent en question de fait le principe du paiement à l'acte et le caractère libéral de l'activité. Les rémunérations aux forfaits déjà mises en place paraissent perturber la grille de lecture habituelle avec laquelle les médecins de notre échantillon perçoivent leur rémunération : des médecins qui semblent attachés à l'identité libérale peuvent y être favorables ou leur reconnaître des aspects positifs alors qu'un médecin qui se décrit de façon non péjorative comme déjà salarié de la Sécurité Sociale les jugent au contraire néfastes. Ce dernier semble pourtant moins ambivalent que les premiers. Médecin qui se déclare de gauche dans l'entretien, avec un profil d'activité orienté vers des populations fragiles et cherchant à abaisser la barrière financière au maximum, il formule une critique des rémunérations à la performance en santé centré sur l'intérêt de la collectivité (coût pour la Sécurité Sociale qui est en effet pointé du doigt en Angleterre depuis son instauration) et du patient (risque d'exclusion d'une patientèle lourde qui a été également décrit en Angleterre : c'est le phénomène de gaming). (63)

L'évocation de systèmes de rétribution comme le salariat ou le paiement à la capitation, mal connus par les médecins du panel, a donné lieu surtout à l'expression d'une critique du paiement à l'acte. Certains médecins semblaient comme partagés entre leur attachement à ce mode de paiement, associé au caractère libéral de leur profession et les aspects négatifs qu'ils constatent pour eux, en terme de conditions de travail, et plus rarement pour leurs patients, en terme de rationalité des soins.
Les principales critiques du paiement à l'acte évoquées par les médecins du panel quant à la qualité des soins témoignent d'une réalité économique établie : le caractère inflationniste du paiement à l'acte par l'induction de consultations non nécessaires pour le patient ou de

surprescriptions afin de fidéliser la patientèle. Ceci a pu être constatée lors d'études sur les comportements des médecins en cas de variations marquées de la densité médicale locale. (64) On peut toutefois remarquer que ces travaux témoignent de phénomènes ayant lieu dans les années 1990-début des années 2000. Les problématiques de répartition des médecins sur le territoire étaient différentes de celles actuelles et la réforme du médecin traitant, qui incite le patient à consulter toujours le même médecin, n'avait pas encore été mise en place. (65)

Les représentations plutôt positives des médecins de notre échantillon sur les autres moyens de rémunération semblent correspondre aux observations réalisées dans des études sur ce sujet : en 2007, 60 % des médecins étaient prêts à accueillir favorablement de nouveaux moyens de rémunération. 46,5% accepteraient de voir une partie de leur activité salariée.(62) On peut remarquer dans cette étude que les médecins du quart plus âgé sont plus nombreux de neuf points par rapport au quart plus jeune à se considérer satisfaits par la rémunération à l'acte et, à l'inverse 43 % des médecins les plus âgés seraient enclins à avoir une partie de leur activité salariée contre 51 % chez les plus jeunes. Dans notre échantillon, la perception favorable du revenu à la capitation ou du salariat n'était en effet pas que le fait des médecins les plus jeunes. Ces différences assez modérées de perception entre médecins âgés et jeunes vont peut-être à l'encontre de l'idée préconçue que les praticiens âgés sont beaucoup plus réfractaires que leurs confrères plus jeunes aux autres modes de rémunération. Dans cette même étude, la proposition de l'introduction d'une rémunération aux forfaits divise les médecins en deux groupes de taille égale. (62) Cet accueil plutôt favorable aux rémunérations par forfait peut s'expliquer par la teneur des missions nouvellement assignées au médecin généraliste : les tâches de prévention et de coordination s'accordent mal à une rétribution à l'acte. Ainsi, il a été mis en évidence que les médecins placent majoritairement le manque de temps et l'inadéquation de la rémunération à l'origine de l'insatisfaction ressentie dans les tâches de prévention. (66) Certains revendiquent ainsi la création d'un acte de consultation de prévention dédiée et rémunérée (67), ce qu'un médecin nous a dit faire en pratique de son propre chef en ayant la sensation d'être en dehors des règles fixées par la Sécurité Sociale.
Il ne faut pas voir un fait paradoxal à ce que, dans cette étude (62), les médecins puissent être autant attachés au mode de paiement à l'acte et prêts à accueillir des modes de rémunération différents. La diversité des tâches demandées au médecin généraliste, l'hétérogénéité des médecins dans leurs souhaits (sept profils de médecin voyant de façon différente leur rémunération sont dégagées dans cette étude), les objectifs de maîtrise des dépenses de santé et de qualité et quantité d'offres de soins semblent concorder vers l'utilisation de modèles mixtes de rémunération. C'est en effet le cas depuis déjà le début des années 2000, dans certains pays développés, en Europe : l'instauration des paiements à la performance pour des médecins payés à la capitation en Angleterre ou l'introduction de forfaits dans le système de paiement à l'acte allemand qui est englobé dans un système à la capitation en sont des exemples. (44, 65)

Nous avons également été surpris par la manière dont trois médecins nous ont évoqué spontanément et de façon péjorative l'instant du paiement et ce pour des raisons assez distinctes. Pour l'un d'entre eux, qui présente la particularité d'avoir une expérience de travail à la capitation, c'est le risque de détournement par le paiement de l'objectif d'alliance thérapeutique qu'il a pour son patient : ce thème n'est pas sans rappeler les constatations de l'expérience comparative de Rosman entre médecins français et néerlandais citée plus haut (38). On peut noter que le tiers payant généralisé ne permettrait pas d'abolir ce problème car le rapport décrit entre les médecins et leurs patients est lié à l'avance des frais mais plus encore au paiement à l'acte dans cette expérience. Pour les deux autres

médecins de l'échantillon, il relève plus du sentiment de gêne et du rapport à l'argent. Nous ne nous attendions pas à voir surgir cet aspect de la question qui pourrait constituer un point de départ pour un travail qualitatif afin de creuser les représentations associées à ce moment de la consultation en France.

Grâce à cette étude qualitative sur un échantillon de médecins généralistes libéraux, nous avons pu étudier les représentations sur la généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population.
Nous avons ainsi mis en évidence des perceptions négatives liées à des aspects pratiques qui inquiètent les médecins. Mais nous avons également pu observer une défiance face à cette proposition due à la persistance d'un attachement à l'identité libérale de la médecine. Ce lien ne prend pas en compte les changements profonds qui ont été opérés depuis la création de la Sécurité Sociale et leurs implications sur le caractère libéral. L'opposition est également le fait d'une croyance en un mythe inflationniste dont l'invalidité a pourtant été démontrée et en un thème de la responsabilisation financière contestable. Mais ce projet de réforme est également accueilli favorablement par des médecins, plus conscients des problématiques d'accès aux soins et de la réalité du statut des praticiens dans le système de santé.
Il a été possible de montrer la diversité des pratiques du tiers payant par les médecins généralistes, pour lesquels le pragmatisme et la volonté de jouer à plein le rôle de premier recours président. Enfin, nous avons abordé les problématiques d'accès aux soins aux yeux des médecins dont la perception est souvent partielle mais en phase avec certains aspects. Cela a débouché sur une interrogation sur le rapport au paiement à l'acte , également source d'antagonismes parmi les médecins. Ceci a permis de mettre en évidence les limites de ce mode de rétribution pour rémunérer certaines fonctions complexes du médecin et permettre d'assurer une qualité de vie pour les médecins, et de soins pour les patients.

Ce travail a tenté de mieux cerner le champ des représentations des médecins autour de la généralisation du tiers payant. On peut se demander si ces perceptions se modifieront quand ils seront confrontés à une utilisation au quotidien avec leurs patients : un travail de ce type pourrait permettre d'étudier cette évolution éventuelle, quelques années après sa mise en place.

Cette réforme constitue un changement certain dans l'histoire de la médecine en France. Dans le contexte actuel et au vu des évolutions récentes engagées sur les rémunérations des médecins généralistes, on peut se demander si une remise en cause du paiement à l'acte n'aurait pas permis de répondre de façon plus judicieuse à la fois aux questions de l'accès aux soins, de la maîtrise des dépenses de santé et du rôle spécifique du médecin généraliste dans le système de soins.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marie E, Roger J (Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales). Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Paris : La documentation française ; 2014. Rapport n°RM2013-143P.

2. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Relevés et taux de remboursement [en ligne]. 2014. [visité le 14/05/2014]. Disponible à partir de : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php.

3. Cardonna J, Daligand L, Delhomme J, Fasquel D. Sécurité Sociale. 6ème éd. Paris : Elsevier/Masson ; 2012. 30-33.

4. Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Ce qui reste à votre charge [en ligne]. 2014. [visité le 14/05/2014]. Disponible à partir de : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/.

5. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). 2003 ; (215) : 6.

6. République française. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. JORF n°0223 du 25 septembre 2011, texte n°16, p.16080.

7. Galvis-Narinos F, Montélimard A. Le système de soins aux Etats-Unis. Pratiques et organisation des soins. 2009 ; (40) : 309-15.

8. Chambaretaud S, Hartman L, Obrecht O. La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens. [en ligne]. Haute Autorité de Santé (HAS) ; 2007. [visité le 12/02/2014]. Disponible à partir de : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur.pdf

9. Safon M. La protection sociale complémentaire en France. [en ligne]. IRDES ; 2014. [consulté le 15/03/2014]. Disponible à partir de : http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/ProtectionSocialeComplementaire.pdf.

10. Guillaume P. Le rôle social du médecin depuis deux siècles : 1800-1945. Paris : Association pour l'étude de la sécurité sociale; 1996. 319 p.

11. Launois-Robert J. La médecine libérale a-t-elle jamais existé ? Politiques et management public. 1985 ; 3 (4) : 87-97.

12. Vergez B. Le monde des médecins au XXème siècle. Bruxelles : Complexe ; 1996. 208.

13. Hassenteufel P. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. Les Tribunes de la santé. 2008 ; (18) : 21-28.

14. Manjoni d'Intignano B. La protection sociale. 2ème éd. Paris : la librairie générale ; 1997. 183-9.

15. Vie Publique. Comment la France se situe-t-elle entre modèle bismarckien et beveridgien ? [en ligne]. 2014. [consulté le 15/05/2014]. Disponible à partir de : http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/comment-france-situe-t-elle-entre-modele-bismarckien-modele-beveridgien.html

16. Bremond M. Les syndicats de médecins contre l'organisation de la protection sociale, tout contre. Pouvoirs. 1999 ; (89) :127.

17. Hassenteufel P, Davesne A. Les médecins face aux réformes des systèmes de soins, une étude en perspective comparative France Allemagne Suède. Paris : Institut Montparnasse ; 2013. 16-18.

18. Régereau M. La politique conventionnelle : ses ambitions et ses limites. Revue française de l'administration publique. 2005 ; (113) : 75-76.

19. République française. Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JORF n°0285 du 7 décembre 2012, p.19171.

20. Keller B. Les syndicats de médecins apportent un soutien critique au projet de CMU. Le quotidien du médecin. 1999 ; (6422).

21. Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Enquête sur la Santé et la Protection sociale, enquête biennale. [en ligne]. 2014. [consulté le 05/07/2014]. Disponible à partir de : http://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/actualites.html.

22. Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. [en ligne]. IRDES ;1996. [consulté le 08/05/2014]. Disponible à partir de : http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1996/rap1129.pdf.

23. Lombrail P. Accès aux soins. In : Les inégalités sociales de santé. Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T. Paris : La découverte ; 2000. 403-18.

24. Desprès C, Jusot F, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Questions d'économie de la santé. [en ligne]. 2011 [consulté le 03/06/2014]: (169). Disponible à partir de : http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf

25. Ministère de la Santé. Résoudre le refus de soins. Conférence nationale de santé ; 10 septembre 2010. Paris ; 2010.

26. Médecins du Monde. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2013. Paris ; 2014. 48-9.

27. Legros M. Santé et accès aux soins, pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale ; 29 novembre 2012. Paris ; 2012.

28. Després C, Jusot F, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé. [en ligne]. 2011 [consulté le 03/06/2014]: (169). Disponible à partir de : http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf

29. Bocognano A. Droits à dépassements et inégalités d'accès aux soins. Actualité et dossiers en santé publique. 2009 ; (69) : 8-9.

30. Union Fédérale des Consommateurs-Que choisir. Coût de la santé des ménages : vers une démutualisation des populations fragiles. [en ligne]. 2011. [consulté le 12/06/2014]. Disponible à partir de : http://www.quechoisir.org/media/fichiers/etudes/etude-cout-sante-2012

31. Raynaud D. Les déterminants individuels de dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Etudes et résultats Direction de la Recherche, des Etudes et d'Evaluation en Statistique (DREES). 2005 ; (378) : 7-9.

32. Fonds CMU. Evaluation de la loi CMU rapport n°5. [en ligne]. 2012. [consulté le 14/06/2014]. p.52. Disponible à partir de : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION%20_2011.pdf.

33. République française. Article Ier de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. JORF n°0138 du 16 juin 2013, p.9958.

34. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité : rapport au premier ministre. [en ligne]. 2013. [consulté le 14/06/2014]. Disponible à partir de : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf

35. Caucat B. Influence du tiers payant sur la consommation de soins ambulatoires, enquête auprès des médecins généralistes. - 116p. Thèse d'exercice : Med : paris XII (Créteil) : 2001 ; 33-43.

36. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. Revue médicale suisse 2004 ; (503).

37. Taquilain A. Le tiers payant généralisé : une mesure complètement démagogique ! [en ligne] Espace Presse de l'Union pour un Mouvement Populaire : 2013. [consulté le 22/01/2014] Disponible à partir de : http://www.u-m-p.org/actualites/espace-presse/le-tiers-payant-generalise-une-mesure-completement-demagogique-99642509.

38. Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). 30 propositions pour améliorer la santé de tous. [en ligne]. 2014. [consulté le 22/08/2014] ; 6. Disponible à partir de : http://www.leciss.org/sites/default/files/280414_StrategieNationaleSante-CISS_30propositions-AmeliorerSanteTous.pdf

39. Conseil National de l'Ordre des Médecins. A propos de la généralisation du tiers payant. [en ligne]. 2014. [consulté le 22/08/2014]. Disponible à partir de : http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1415.

40. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994 ; (23): 147-181.

41. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques. 4ème éd. Paris : La découverte ; 2010. 334 p.

42. Turgeon J, Côté L. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine ? Pédagogie médicale. 2002 ; (3) : 85-86.

43. Richard F, Levy G, Chabert C et al. Le travail du psychanalyste en psychothérapie. Paris : Dunod ; 2005. 278 p.

44. Hassenteufel P. La rémunération des médecins allemands sous tension. Pratiques les cahiers de la médecine utopique. 2007; (39) : 43-44.

45. Gähler E, Schutz K. Tiers payant ou tiers garant ? Bulletin des médecins suisses. 2014 ; (95): 903-904.

46. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays bas. In : Singuliers généralistes. Bloy G, Schweyer F, Trépos J et al. Paris : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP); 2010. 117-131.

47. Bloy G. Rémunérer les médecins. La question des revenus. In : Singuliers généralistes. Bloy G, Schweyer F, Trépos J et al. Paris : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP); 2010. 75-98.

48. Massin S, Paraponaris A, Bernhard M et al. Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Etudes et résultats Direction de la Recherche, des Etudes et d'Evaluation en Statistique (DREES). 2014 ; (875) : 4.

49. Bloy G. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In : Singuliers généralistes. Bloy G, Schweyer F, Trépos J et al. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP); 2010 : 27.

50. Jodelet D. Les représentations sociales. Paris ; Presse Universitaire de France :1994. 36.

51. Després C, Naiditch M. Analyse des attitudes des médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la CMU. Fonds CMU. Paris : la documentation francaise ; 2006. 67-68.

52. CPAM Val-de-Marne. Etude sur le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU. [en ligne]. 2008.[consulté le 14/06/2014]. Disponible à l'adresse : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2216-CPAM%20Etude%20recours%20aux%20soins%20CMU-C.pdf

53. Celant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 IRDES. [en ligne]. 2014. [consulté le consulté le 05/07/2014]. p.556. Disponible à partir de : http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf.

54. Luaces B. Représentations et pratiques envers les patients bénéficiaires de la CMUc chez les médecins généralistes. - 115p. Thèse d'exercice : Med : Bordeaux II. 2011.

55. Dourgnon P, Grignon M. Etude de l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé. Paris : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) ; 2000. 80 p.

56. Batifoulier P. La consommation sociale d'un marché de la santé : une mise en ordre inégalitaire et inefficace. Séminaire Hétérodoxies ; 5 avril 2011. Paris ; 2011.

57. Laude A. Le patient entre responsabilité et responsabilisation. Les tribunes de la santé. 2013 ; (41) : 86.

58. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Towards high-performing health systems. [en ligne]. 2004. [consulté le 04/08/2014]. p.18. Disponible à partir de : http://www.oecd.org/health/health-systems/31785551.pdf.

59. Vega A. Le partage des responsabilités en médecine : une approche socio-anthropologique des pratiques soignantes. Roubaix (France) : Formindep ; 2011.

60. Girard B. Comparaison du score de raisonnement analogique clinique et du score EPICES pour repérer les patients à risque d'inégalité sociale de santé en médecine générale. Thèse d'exercice : Med : Aix-Marseille II : 2011.

61. Union Fédérale des Consommateurs-Que choisir. Honoraires des médecins spécialistes en 2013 : les bornes sont dépassées. [en ligne]. 2013. [consulté le 07/09/2014]. Disponible à partir de : http://www.smpf.info/telecharge/upload/UFC_Que_Choisir_09_13-Honoraires_medecins_specialistes_2013.pdf.

62. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Taillet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent ils de leur rémunération ? Revue française des affaires sociales. 2011 ; (2-3) : 146.

63. Andriantsehenoharinala L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)/ paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. Thèse d'exercice : Med : Montpellier 1. 2014. 58-59.

64. Dormont B, Samson A. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des médecins généralistes : les enseignements de quelques études économétriques pour la France. Revue française des affaires sociales 2011 ; (2-3) : 173-174.

65. Albouy V, Duprez M. Mode de rémunération des médecins. [en ligne]. 2008. [consulté le 15/09/2014]. Disponible à partir de : https://www.tresor.economie.gouv.fr/file/326885.

66. Fantino B, Fantino F, Dumont C et al. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône Alpes. Santé publique. 2004 ; (16) : 556.

67. Bataillon R, Hascoet J, Leenel H et al. Vers une consultation médicale de prévention. Santé Publique. 2008 ; (18).

Annexe I :

Prise en charge par l'AMO des différents soins en France pour un assuré sans exonération du ticket modérateur

La prise en charge des soins des chirurgiens-dentistes et des sage-femmes est de 70 % comme les médecins.
La prise en charge des frais des auxiliaires médicaux (infirmière, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste et pédicure-podologue) est de 60%.
La prise en charge du coût des médicaments varie de 15 % à 65 % selon l'efficacité estimée du traitement et la gravité des pathologies qu'il est censé traiter (une catégorie de médicaments irremplaçables et coûteux est même remboursée à 100%).
La prise en charge des actes de biologie est de 60% et de 70% pour les actes d'analyse cytologique et anatomo-pathologique.
La prise en charge des dispositifs médicaux d'optique, de prothèses auditives et de pansements est de 60%.
La prise en charge des frais d'hospitalisation, que ce soit à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée, est de 80%.
La prise en charge des frais de transport est de 65%.

Annexe II

Circonstances de prise en charge du ticket modérateur par l'AMO :

Les patients bénéficiaires de la CMU-C (le ticket modérateur peut aussi être pris en charge par une AMC) ainsi que de l'AME.
Les patients relevant d'une ALD ou présentant une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste des trente ALD ou plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant : ils bénéficient d'une prise en charge à 100% des frais uniquement liés à l'ALD.
Les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente liée à un accident du travail ou une maladie professionnelle.
Les femmes enceintes à partir de quatre mois avant la date présumée d'accouchement, la prise en charge des soins des prématurés ou des nouveaux-nés hospitalisés dans les trente jours suivant leur naissance.

Annexe III :

Franchises instaurées sur les soins depuis 2005 :

La franchise : quels montants ?

Le montant de la franchise est de :

- **0,50 euro** par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- **0,50 euro** par acte paramédical ;
- **2 euros** par transport sanitaire.

À noter : la franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence.

La franchise médicale est plafonnée

Un plafond annuel
Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Un plafond journalier
Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
On ne peut pas déduire :

- plus de 2 euros par jour pour les actes paramédicaux ;
- plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Qui est concerné ?

Toutes les personnes sont concernées par la franchise, sauf :

- les enfants et les jeunes de moins de 18 ans ;
- es bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (les examens obligatoires et la période d'exonération du 1erjour du 6e mois de grossesse au 12e jour après l'accouchement).

À noter : les titulaires d'une pension visés à l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont dispensés de l'acquittement de la franchise mais uniquement pour les soins délivrés gratuitement par l'Etat et nécessités par les infirmités donnant lieu à pension. Pour les soins autres, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas en rapport avec les maladies, infirmités ou blessures de guerre, ils sont exonérés du ticket modérateur mais pas de la franchise.

D'après le site de la Caisse National d'Assurance Maladie. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/la-franchise-medicale/qu-8217-est-ce-que-la-franchise-medicale.php

Annexe IV :

Synthèse du rapport de l'IGAS sur la généralisation du tiers payant, rendu en février 2014 à la ministre de la santé en préparation à la loi :

SYNTHESE

[1] Depuis l'origine des assurances sociales dans notre pays, est posé le principe qu'une personne qui consulte un médecin généraliste ou spécialiste en ville paie directement celui-ci, puis se fait rembourser par ses assurances maladie obligatoire et complémentaire les frais ainsi avancés. Depuis quarante ans, ce principe a été aménagé pour les actes les plus coûteux puis pour les ménages les plus modestes : l'assuré est alors dispensé d'avancer les frais et les organismes d'assurance maladie paient directement le médecin (ils ont alors le statut de tiers payant). 35 % des actes de médecine de ville sont ainsi réglés en tiers payant. Parallèlement, les délais de remboursement des organismes d'assurance maladie (cinq jours en moyenne dans le régime général) et donc la durée d'avance des frais par l'ensemble des ménages se sont très fortement réduits avec les progrès de la télétransmission depuis quinze ans.

[2] La ministre des affaires sociales et de la santé a demandé à l'IGAS de dresser le bilan des actuelles pratiques de tiers payant en médecine de ville et d'étudier si sa généralisation était une réforme justifiée sur le fond et techniquement possible, notamment au regard de sa large pratique chez d'autres professionnels de santé, voire sa quasi-généralisation chez les pharmaciens.

[3] Le bilan que dresse l'IGAS de la situation actuelle est critique : la quinzaine de cas de dispense d'avance des frais prévus par la réglementation et la capacité ouverte à chaque médecin d'accorder une telle dispense sans aucune directive nationale ont abouti à une situation illisible et inéquitable, sans doctrine d'emploi en lien avec la politique de santé et sans cohérence d'ensemble.

[4] A la question de la justification au fond et de la possibilité technique d'une généralisation, l'IGAS apporte une réponse positive sous certaines conditions.

[5] La généralisation du tiers payant est une réforme justifiée sur le fond: elle est conforme aux principes d'une assurance maladie universelle en ce sens qu'une fois ses cotisations acquittées et le risque de santé survenu, l'assuré n'a pas en plus à faire l'avance des frais ; c'est d'ailleurs bien la pratique de la grande majorité des pays à assurance maladie (ex : Allemagne, Autriche, Pays-Bas) ; cette généralisation permettrait une simplification considérable des formalités de l'ensemble des assurés et un meilleur accès aux soins pour les ménages pour lesquels l'avance des frais demeure un problème ; cette généralisation allègerait enfin la pratique des médecins qui n'auraient plus à apprécier l'état de disponibilité financière de leurs patients.

[6] Cette généralisation devrait toutefois ménager l'existence d'un dispositif permettant au patient de connaître les frais de soins qu'il suscite. Elle prendrait tout son sens si elle était accompagnée de mesures d'accès aux soins pour les ménages les plus modestes, en termes de montant de frais et d'accessibilité administrative, géographique et « culturelle » à ces soins. Sa mise en œuvre suppose en outre une réforme profonde du recouvrement de la participation de 1 euro par acte de médecine de ville, la mission proposant d'autoriser les organismes d'assurance maladie à prélever cette participation sur le compte bancaire des assurés.

[7] La généralisation du tiers payant est une réforme techniquement possible. La mission rappelle que trois grands principes doivent guider toute feuille de route opérationnelle de constitution des organismes d'assurance maladie comme tiers payant des médecins : absence de risque de trésorerie donc de délais de paiement excessifs, absence de risque de perte financière en cas d'absence de droits du patient (l'acte ayant été dispensé), enfin absence de risque de charge administrative supplémentaire liée au recoupement entre les factures émises et les paiements reçus. Ces trois risques doivent de plus être maitrisés par l'assurance maladie obligatoire (ce qui est le cas aujourd'hui) et par les assurances maladie complémentaires (ce qui n'est pas le cas pour une pratique de tiers payant qui y demeure d'ailleurs marginale).

[8] Pour la mission, la mutation technique en cours de déploiement qui va permettre par les services en ligne une consultation directe des droits et une facturation via l'usage étendu d'Internet, est de nature à induire une maîtrise des trois risques analysés.

[9] La mission propose l'option fondamentale d'éclater les flux de facturation entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires, dès lors que celles-ci seraient regroupées en quelques plateformes de gestion. Une telle évolution apparaît déjà largement en cours. Cette option, actuellement en vigueur pour les autres professionnels de santé en tiers payant, est celle des gestionnaires des deux « étages » d'assurance maladie. La mission ne retient pas l'option d'un traitement des flux complémentaires par les organismes d'assurance maladie obligatoire, qui créerait des coûts de transaction importants (*a fortiori* avec l'éclatement et la mouvance des assurances maladie complémentaires) et nécessiterait de revenir sur les chaînes de production actuelles des autres professionnels de santé.

[10] S'agissant d'une mutation historique, institutionnelle et gestionnaire considérable, donc d'un projet politique important, à conduire sur la moyenne durée (environ cinq ans), la mission préconise qu'il soit porté à un triple niveau : un niveau stratégique impliquant pleinement l'Etat et les trois autres parties prenantes ; un niveau conventionnel ayant pour but d'une part, en généralisant la possibilité pour les médecins d'accorder le tiers payant, de généraliser de fait celui-ci en l'espace de quelques années, d'autre part de fixer l'ensemble des paramètres techniques de la réforme ; un niveau « industriel » de déploiement du projet à l'échelle des 110 000 médecins libéraux et des quelque 500 millions de feuilles de soins émises annuellement.

Annexe V :

Graphique 1

Évolution du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée

	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Bénéficiaires de la CMU-C		27,1%	15,0%	18,5%	17,4%	21,3%
Bénéficiaires d'une complémentaire privée	13,2%	14,7%	10,3%	13,2%	13,9%	15,3%
Ecart entre bénéficiaires de la CMU-C et bénéficiaires d'une complémentaire privée		12,4%	4,7%	5,3%	3,5%	6,0%
Population générale	15,1%	17,0%	11,8%	15,0%	15,6%	16,5%

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Se référer à la publication pour les informations complémentaires.

Extrait de Questions d'économie de la santé n° 170 intitulé : "Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique", Irdes, novembre 2011.

Annexe VI :

Guide d'entretien formalisé

Bonjour, merci de m'accorder quelques instants. Je tiens tout d'abord à vous assurer bien sûr que votre identité n'apparaîtra pas dans la thèse et que vous pouvez vous exprimer en totale liberté. Je vous remercie pour votre confiance à cet égard.

1) Je réalise un travail sur le 1/3 payant généralisé et les représentations des médecins généralistes libéraux sur ce projet de réforme. J'interroge différents médecins comme vous pour dresser un tableau des positions des praticiens sur ce thème lors d'entretiens individuels enregistrés.
Marisol TOURAINE, la ministre des affaires sociales et de la santé, a annoncé, dans sa feuille de route concernant la stratégie nationale de santé datant de septembre 2013, sa volonté d'élargir le tiers payant et donc la dispense d'avance des frais de santé à toute la population, sans distinction, pour tous les actes de médecine libérale.
Nous allons donc parler de cette mesure en général puis nous nous pencherons ensuite sur votre pratique du 1/3 payant au quotidien.
Que pensez vous de la proposition de généraliser le tiers payant?

2) *Selon l'orientation générale de l'avis exprimé :*

Donc, je comprends que vous n'êtes pas favorable à cette mesure : pourriez vous me livrer toutes les raisons qui vous rendent réticent ?

OU

Donc, je comprends que vous êtes favorable à cette mesure : pourriez vous me livrer toutes les raisons qui vous poussent à être d'accord ?

3) *Selon l'orientation générale de l'avis exprimé :*

Voyez vous néanmoins des aspects en faveur de cette réforme ?

OU

Voyez vous néanmoins des aspects en défaveur de cette réforme ?

4) D'après vous, que vont penser les assurés de cette réforme ?

5) J'aimerais maintenant que l'on évoque vos pratiques actuelles concernant le 1/3 payant. L'utilisez vous dans votre pratique quotidienne ? Avec quelles catégories de patients ?
Si ne sait pas répondre, demander pour chaque situation : CMU, ALD, cs d'accidents du travail ou de maladie professionnelle.

Réalisez vous des actes en tiers payant uniquement pour la partie Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en vous faisant régler la part complémentaire de 6,9 euros ?

.

Quels sont les critères qui vous font utiliser le 1/3 payant intégral ou partiel avec les patients qui n'y sont pas normalement éligibles dans les textes ?
En cas d'absence de réponse, proposer :

- *Vous avez la connaissance ou vous supposez des difficultés financières chez ces patients.*
- *C'est le patient en personne qui vous l'a réclamé.*
- *Quand le montant engagé est plus élevé qu'à l'habitude (plusieurs actes en une fois comme avec les enfants par exemple ou certaines actes techniques).*
- *Vous ne le faites qu'avec certains patients avec lesquels vous avez des affinités particulières / un certaine sympathie...*
- *Autres : ...*

6) Imaginons que vous soyez ministre de la santé : quelles propositions auriez vous dans le but de faciliter l'accès aux soins des patients en France tout en maîtrisant les dépenses de santé ? Ou bien jugez vous que la situation actuelle est satisfaisante globalement ?

7) Que pensez vous des nouveaux moyens de rétribution des médecins généralistes comme les rémunérations à la performance, au forfait... dans cette perspective ?

8) Voilà, j'ai terminé : avez vous une chose à rajouter ou sur laquelle vous souhaitez revenir concernant ces thématiques ?

9) Pour finir, j'ai besoin de quelques éléments socio-biographiques qui apparaîtront dans le travail mais sans votre nom bien entendu :

- votre age.
- votre type d'exercice : rural urbain, semi rural.
- êtes vous en association ou travaillez vous seul ?
- depuis combien de temps exercez vous la médecine générale libérale ?
- avez vous des spécificités d'exercice : médecin expert, homéopathie, du sport... ?
- à quel secteur appartenez vous ?
- êtes vous syndiqués ou appartenez vous à une organisation politique? Si oui, à quelle organisation ?
- quelle est ou était la profession de vos parents ?

Je vous remercie pour votre participation.

Serment D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé :

Un projet de loi concernant sur la généralisation du tiers payant chez les médecins libéraux en France a été annoncé le 23 septembre 2013. Nous avons cherché à explorer les représentations des médecins généralistes libéraux sur cette éventualité et leurs perceptions des liens entre problématiques d'accès aux soins et mode de rémunération des médecins.
Une étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés de mai à septembre 2014 sur un échantillon de seize médecins généralistes libéraux installés en Aquitaine et Midi-Pyrénées, obtenu par échantillonnage raisonné à variation maximale.
Nous avons pu mettre en évidence les réticences marquées d'une partie des médecins en lien avec un attachement à l'identité libérale de la médecine et la croyance en un caractère inflationniste et un effet déresponsabilisant pour le patient de ce système. D'autres médecins mettent en avant l'effet bénéfique attendu sur l'accès aux soins et sur la nature de leur rapport avec les patients, reléguant le statut libéral à une réalité discutable. Les aspects techniques sont une source d'inquiétude répandue. Malgré des disparités fortes dans l'utilisation actuelle du tiers payant, la volonté d'abaisser la barrière financière de différentes manières prédomine. Les problématiques d'accès aux soins sont abordées diversement. Elles sont peu mises en rapport avec le changement du mode de rémunération qui divise les médecins. De nombreuses limites au paiement à l'acte sont évoquées.

Qualitative study on the views of private physicians about wider use of third-party payment schemes

A proposed law concerning the wider adoption of third-party payment schemes for private doctors in France was announced on September 23, 2013. This study seeks to explore the views of private physicians on this possible change as well as perceptions of the relationship between access to care and way to pay doctors.
A qualitative study was undertaken through a series of semi-structured interviews from May to September 2014 across a sample of sixteen private physicians practicing in Aquitaine and Midi-Pyrénées. Participants were purposefully selected to ensure maximum sample variation.
The study was able to point out strong reservations for certains physicians for whom their practice of medecine should inherently be liberal ; they expressed concerns over the inflation of demand and a dissolution of the patient's responsibility due to this scheme. Other physicians highlighted the expect beneficial impact on access to care and the doctor-patient relations, dismissing any purpoted liberal perception as a debatable reality. Both sides shared worries about the technical aspects of the change. Despite wide disparities in actual usage of third-party payment systems, a will to lower financial barriers to entry predominated in the sample. Questions to access to health care provoked a variety of responses. The potential change in how physicians received their income, though divisive, was seen as having little connection to the issue of access to care. The panel raised numerous limitations within the pay-for-service model.

Discipline administrative : Médecine générale

Mots-clés : médecine générale, tiers payant, accès aux soins, rémunération des médecins, étude qualitative.

Université Bordeaux 2 Victor Segalen Faculté de médecine
146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux