HAL
open science

Le patient et la généralisation du tiers-payant en médecine générale : analyse qualitative de commentaires sur internet

Noémie Deparis

To cite this version:

Noémie Deparis. Le patient et la généralisation du tiers-payant en médecine générale : analyse qualitative de commentaires sur internet. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01376207

HAL Id: dumas-01376207

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01376207v1

Submitted on 4 Oct 2016

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.

Université de Picardie Jules Verne

Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'Amiens

2016 Thèse n° 2016 – 115

Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Spécialité : Médecine Générale

LE PATIENT ET LA GENERALISATION DU TIERS PAYANT EN MEDECINE GENERALE :

ANALYSE QUALITATIVE DE COMMENTAIRES SUR INTERNET

Thèse soutenue publiquement le 26 septembre 2016

Par Noémie DEPARIS (née le 20 avril 1989)

MEMBRES DE JURY :

La Directrice de thèse : Madame le Docteur Amélie SELLIER – PETITPREZ

Le Président de Jury : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Les Juges :

Madame le Professeur Catherine LOK

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Monsieur Olivier BALEDENT

Remerciements

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Rhumatologie), Chef du service de Rhumatologie, Pôle "Autonomie".

Je vous remercie pour votre enthousiasme et votre engagement dans mon jury de thèse en tant que Président de jury, sans me connaître ni appréhender la valeur de mon travail. Veuillez trouver ici la marque de ma profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Catherine LOK, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Dermatologie-Vénéréologie), Assesseur du 3ème cycle, Chef du Service de Dermatologie, Chef du Pôle des 5 Sens.

Je vous prie de recevoir l'expression de ma gratitude sincère pour votre participation à mon jury de thèse.

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Nutrition), Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition, Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E).

Je vous remercie de l'attention portée à mon sujet de recherche et à sa méthodologie. Veuillez recevoir toute ma considération pour votre participation à mon jury de thèse.

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD, Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques).

Je vous prie de trouver ici toute ma reconnaissance pour votre participation à mon jury de thèse.

Monsieur Olivier BALEDENT, Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier, Responsable de l'unité de traitement de l'image, Médecine nucléaire et traitement de l'image.

Je vous remercie pour la curiosité que vous avez porté à mon sujet de thèse. Veuillez être assuré de ma gratitude pour votre participation à mon jury de thèse.

Madame le Docteur Amélie SELLIER-PETITPREZ, Maitre de Conférence Associé, Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens.

Je te remercie sincèrement pour ta confiance et ton encadrement dans la réalisation de cette thèse. Merci pour l'exemple que tu es, me montrant que la Médecine générale que j'imagine existe bien : enrichissante et dynamique !

À mes parents, mes sœurs et mes beaux-frères, pour vos encouragements et votre amour. Je vous dois le goût du travail, de la persévérance et du partage. Vous qui croyez en moi... (souvent avant moi !), soyez assurés de ma profonde affection pour chacun d'entre vous.

A Damien, mon époux (ça, c'est pour Laureline !), pour ton soutien inconditionnel tout au long de ces 9 années, et pour "le petit prince" (ça, c'est pour Lola !) que nous attendons... Je sais que la vie à tes cotés me réserve de belles surprises : des montagnes à gravir et des étoiles pleins les yeux !

A Arlette pour ta participation active et enrichissante dans ce travail ; pour ta présence discrète mais pleine d'affection dans tout le reste.

A mes maîtres de stage universitaire, au Dr Perrain A. qui m'a fait découvrir et croire en la médecine générale ; aux Drs Valy L. et Legroux C. pour toujours garder en mémoire leur philanthropie et leur passion pour ce beau métier ; aux Drs Boulfroy G., Bondu G. et Bocquet O. pour leurs enseignements.

Aux 5 "Tourangelles", parce que sans vous ces quatre années n'auraient pas été les mêmes… Nous n'avons pas fini de visiter la France, au grès de nos retrouvailles et des évènements à partager pour chacune de nous. A vous de jouer maintenant ! A Mathilde, pour ta foi dans la médecine générale depuis toujours et nos discussions passionnées depuis 3 ans... qui n'ont pas dit leur dernier mot ! Merci également pour ta participation à la relecture de ce travail. A Solange, pour ta force et ton soutien (même de loin !). A Jeanne, Marie et Rabia, pour votre amitié.

À tous ceux que j'ai croisé sur ce petit bout de chemin, famille, amis, médecins, chefs de services, co-internes, équipes soignantes, patients, je ne pourrai tous vous citer mais beaucoup sont là et contribuent chaque jour au médecin que je suis... J'espère honorer dans ma pratique ce que vous m'avez transmis, ce que vous me confiez.

Enfin et surtout, à Cécile et Maria-Tina, comme je me le suis promis il y a quelques années : ma soutenance de thèse est en leur honneur ...

Table des matières

I. INTRODUCTION 9

A. BASES DE L'ECONOMIE DE LA SANTE 9

B. LA LOI DE GENERALISATION DU TIERS PAYANT 10

1. Rapports sur l'état du système de santé français 10

2. Objectifs du ministère de la Santé 11

3. Evolution du texte de loi 11

C. LES MEDECINS ET LA LOI DE GENERALISATION DU TIERS PAYANT 12

D. LES PATIENTS ET LA LOI DE GENERALISATION DU TIERS PAYANT 13

II. MATERIEL ET METHODE 17

A. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 17

1. Méthode qualitative 17

2. Analyse de discours 17

3. Utilisation d'un journal de Bord 17

B. RECUEIL DE DONNEES ET CONSTITUTION D'UN ECHANTILLON 18

1. Critères d'inclusion des commentaires 18

2. Sélection des articles internet 18

3. Critères d'exclusion des commentaires 19

4. Recueil des verbatim 19

C. TRAITEMENT DES DONNEES 19

1. Codage des verbatim 19

2. Triangulation des données 20

3. Saturation des données 20

D. ETHIQUE DE LA RECHERCHE 20

1. Consentement des participants 20

2. Respect de l'anonymat 21

3. Présentation des résultats 21

III. RESULTATS 23

A. TAILLE DE L'ECHANTILLON 23

B. PROFILS DES PATIENTS-INTERNAUTES 24

C. MICRO-ANALYSE 24

D. RESULTATS DE LA RECHERCHE THEMATIQUE 25

1. Avis sur le système de santé actuel et le TPG 25

a) L'accès aux soins : une priorité 25

b) L'influence de la collectivité 26

c) La problématique du coût et des dépenses de santé 27
d) Le positionnement des internautes dans leur discours 29
e) Des avis partagés sur l'organisation temporelle et logistique des médecins avec le TPG 30
f) Des craintes sur le système de santé actuel et l'impact du TPG 31
2. Evolution de la vision du TPG au cours du temps 32
a) L'impact des grèves médicales 32
b) L'impact des élections politiques et attentats 32
c) Les avis après le vote de la loi du TPG non intégral 32
E. RESULTATS DES OBJECTIFS SECONDAIRES 33
1. Les représentations des internautes sur le médecin généraliste 33
a) La pratique libérale vécue comme liberté 33
b) Le médecin comme notable et nanti 34
c) Une rémunération qui fait débat 35
2. Des perspectives pour le système de santé et l'accès au soins primaires 36
a) Une nouvelle organisation des soins 36
b) Une restructuration des coûts et du financement du système de santé 36
F. RESULTAT DE LA RECHERCHE LEXICO-LINGUISTIQUE 37
1. Les mots utilisés pour définir les « acteurs » du discours 37
2. Utilisation de la dimension non verbale 41
3. Deux exemples marquants de l'analyse lexico-linguistique 42
a) Ironiser sur la généralisation 42
b) Agressivité des discours : thème de la politique et de la rémunération des médecins 42
IV. DISCUSSION 43
A. CHOIX DU SUJET 43
B. CHOIX DE LA METHODE 43
1. Utiliser la méthode qualitative 43
2. Analyse de discours 44
3. Utiliser un journal de Bord 45
4. Recueil des verbatim sur Internet 45
C. ANALYSE DES BIAIS 46
D. RESULTATS CONFRONTES AUX DONNEES DE LA SCIENCE 48
1. L'accès aux soins primaires : le TPG est-il une priorité en terme d'économie de santé ? 48
2. Quels sont les limites de l'accès aux soins ? 49
3. Des solutions à l'encontre du risque de déresponsabilisation ? 50
4. La rémunération des médecins en question ? 50
5. Le patient devient-il consommateur ? 51
6. Vision négative des grèves : une influence des médias ? 52
7. Exemple des pays étrangers : des pistes pour une évolution du système de santé ? 53

8. Vers un désengagement de la sécurité sociale ? 54

9. Découragement des médecins généralistes à s'installer en libéral : une crainte ou une réalité ? 55

10. Une critique du monde médical relative ? 56

E. PERSPECTIVES 57

V. CONCLUSION 59

VI. BIBLIOGRAPHIE....61

VII. ANNEXES....65

1. Article 83 de la Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, portant sur la généralisation du tiers payant en médecine générale....65

2. Recueil de données : 864 Commentaires inclus 68

3. Fichier de codage NVivo 68

4. Livre de Code 68

5. Schématisation des thématiques obtenues par l'analyse des commentaires....68

6. Schéma de Rocha sur la formalisation de l'analyse selon le modèle interactif en 3 temps (37) 70

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE 71

I. INTRODUCTION

A. Bases de l'économie de la santé

Il existe trois éléments permettant de définir le fonctionnement d'un système de santé :

- Le système peut être : libéral (Etats-Unis par exemple), étatisé dit « de Beveridge » (Royaume-Uni par exemple), ou basé sur la profession dit « de Bismarck » (Allemagne par exemple).
- Le mode de rémunération peut être : le paiement à l'acte, la capitation, la forfaitisation, ou la rémunération à la performance sur objectifs de santé ; ces modes de rémunération pouvant être combinés.
- La prise en charge des frais de santé pour le patient peut se faire : par tiers garant (avance des frais puis remboursement a posteriori) ou par tiers payant (absence d'avance des frais).

En France, la médecine générale est marquée historiquement par la charte médicale, établie en 1927, par le Docteur Paul Cibrié (1). Elle a été votée par l'ensemble des syndicats médicaux, dans un contexte de lutte d'indépendance des médecins. Cette charte est fondée sur le colloque singulier du malade et de son médecin. Elle établit :

- Le libre choix du médecin par le malade.
- La liberté de prescription et de thérapeutique (l'intérêt technique devant primer sur le facteur économique).
- L'entente directe entre malade et médecin pour les honoraires ; élément supprimé en 1945 dans les négociations avec l'assurance maladie pour la mise en place d'un tarif opposable, et remplacé par la liberté de choix du lieu d'installation.
- Le paiement direct des honoraires par le malade.

Ces principes ont été codifiés dans l'article L 162-2 du code de sécurité sociale (2) : « 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 »

La médecine générale française est donc historiquement basée sur l'activité libérale. Les revenus du médecin sont liés au nombre d'actes pratiqués, c'est une économie par paiement à l'acte.

Bien que fondé sur un système de type Bismarkien (droit à la santé et gestion du système organisé en fonction de la profession), le système français aspire à l'universalité de l'accès au soin (couverture maladie universelle (CMU) , tiers payant).

B. La loi de généralisation du tiers payant

1. Rapports sur l'état du système de santé français

En 2013, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (3) fait état d'une situation critique, illisible, inéquitable et sans cohérence de l'utilisation du tiers payant, nécessitant une mutation historique, institutionnelle et gestionnaire.

Pour l'IGAS, la généralisation du tiers payant est :

- sur le fond : conforme au principe de l'assurance maladie. Elle permet la simplification des formalités pour l'assuré, l'amélioration de l'accès aux soins, et l'allègement administratif pour la pratique médicale.

- sur la forme : conditionnée à l'absence de risque de trésorerie pour l'assurance maladie (délai de paiement), l'absence de risque de perte financière (si le patient n'a pas de droit ouvert) et de surcharge administrative pour le médecin. L'IGAS évoque la création d'un dispositif pour que le patient connaisse ses frais de santé (service en ligne), ainsi qu'une réforme de la participation forfaitaire de 1€/acte (prélèvement bancaire).

Le rapport du Comité Cordier (4) sur lequel a été fondée la stratégie nationale de santé établit 19 recommandations couvrant le large spectre du système de santé aussi bien libéral qu'hospitalier. Il met en avant le principe d'une vision de « la santé plus que les soins ».

Enfin le rapport en 2014 de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (5) fait état d'une persistance des inégalités de santé d'origine sociale, bien que la santé de la population française soient meilleure que celle de ses voisins européens. Ces inégalités proviennent en partie de l'augmentation du reste à charge (même s'il reste le 2ème plus faible en Europe à 208€ / habitant / an) et de l'installation des déserts médicaux.

Pour la DREES, le défi d'une modification du système de santé français reste la prise en compte de l'allongement de la durée de vie et la progression des maladies chroniques.

2. Objectifs du ministère de la Santé

Le 23 septembre 2013, Marisol Touraine, ministre de la santé, présente la Stratégie Nationale de Santé (SNS)(6). Ses objectifs sont clairement établis : faire de la prévention une priorité, combattre les injustices et inégalités de santé notamment dans l'accès aux soins, adapter le système de santé aux besoins des patients et aux évolutions de la population.

Le 2ème axe de la SNS met en avant l'organisation des soins autour du patient. L'égalité d'accès aux soins est garantie par la mise en place du tiers payant généralisé (TPG) et la stabilisation des dépenses de santé. Dans cette stratégie, la place du médecin traitant comme pivot du premier recours est réaffirmée.

Le 25 octobre 2014, le projet de loi de modernisation du système de santé est présenté en conseil des ministres. Il établit la mise en place du tiers payant généralisé à partir de 2017.

A la fin de sa mise en place, le tiers payant doit être généralisé (pour toute la population française), intégral (sur la part d'assurance maladie obligatoire et complémentaire) et obligatoire (pour les médecins libéraux conventionnés).

3. Evolution du texte de loi

Le projet de loi n°2302, déposé le 15 octobre 2014 à l'Assemblée nationale, engagé en procédure accélérée le 16 mars 2015, est voté en scrutin public le 14 avril 2015 et adopté en 1ère lecture par l'Assemblée nationale le 14 Avril 2015, sans modification.

Il est alors déposé au Sénat le 15 avril 2015 et modifié en 1er lecture le 06 octobre 2015 avec suppression de l'article 18 faisant référence à la généralisation du tiers payant pour les consultations de ville.

La négociation d'une commission mixte paritaire (7) sur l'article 18 échoue. Les arguments forts de cette commission sont, d'une part :

- la complexité de la mesure, en rupture avec les modalités d'exercice de la médecine libérale,
- la non justification de la mesure sur le plan de l'accès aux soins,
- le risque d'étatisation du système de santé et la marque de défiance instaurée à l'égard des médecins,

- la déresponsabilisation des patients avec le risque d'un effet inflationniste sur les dépenses,

d'autre part :

- la levée des contraintes de trésorerie pour le patient, avec la diminution du renoncement aux soins, dans le cadre d'une mesure de simplification, d'équité et de solidarité,
- les fortes garanties sur les modalités d'application pour le médecin et la validation par le fait que le système soit déjà en place dans les pharmacies.

Le projet de loi est alors déposé en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale le 02 décembre 2015 et adopté, avec l'article 18, le 01 décembre 2015.

Il est déposé au Sénat en nouvelle lecture le 02 décembre 2015. Celui-ci rejette à nouveau l'article 18, le 14 décembre 2015, au motif que le TPG n'est pas nécessaire socialement et remet en cause l'exercice libéral de la médecine.

Le projet de loi est alors repris en lecture définitive par l'Assemblée nationale, qui l'adopte le 17 décembre 2015. L'article 83 de la Loi de Santé, qui établit le TPG, met en avant la mise en place d'un flux unique de paiement pour les parts d'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Le 21 décembre 2015, le Conseil constitutionnel est saisi par plus de 60 sénateurs et 60 députés. La décision du 21 janvier 2016 rejette la partie intégrale du TPG et supprime l'étape prévue le 30 novembre 2017. Le TPG sera intégral pour les personnes en Affection Longue Durée (ALD) ou pris en charge à 100% dans le cadre de la maternité, de façon facultative à partir du 1er juillet 2016 puis obligatoire après le 31 janvier 2017. Le TPG ne portera que sur la part d'assurance maladie obligatoire, pour tous les patients, de façon facultative à partir du 1er janvier 2017 puis obligatoire au 30 novembre 2017.

Le 26 janvier 2016, la loi est promulguée par le président de la république avec l'article 83 faisant référence au TPG, avec les modifications apportées par le Conseil constitutionnel (8) (Annexe 1) .

C. Les médecins et la Loi de généralisation du tiers payant

Des grèves médicales ont été menées tout au long du processus de vote de la loi. La majorité des manifestations était dans le but de s'opposer à l'article 18 du projet de loi. Le mouvement a commencé en décembre 2014. 70 à 80% des médecins ont fait grève sur la période des

vacances scolaires. Le mouvement s'est poursuivi par une grève administrative avec refus de la télé-transmission des feuilles de soins (utilisation de feuilles de soins papier de l'assurance maladie et envoi postal par les patients).

Deux mobilisations ont suivi les 6 et 21 janvier 2015.

Le 15 mars 2015, 40 000 « blouses blanches » ont manifesté à Paris, réunissant médecins libéraux et internes.

Le 31 mars 2015, les syndicats de médecin libéraux se sont réunis devant le Palais Bourbon pour montrer leur opposition au projet de loi.

Le 13 novembre 2015, le « black Friday » était lancé avec des opérations escargot et défilés sur l'ensemble du territoire français. Le mouvement rassemblait médecins libéraux, dentistes et cliniques privées. Il devait se poursuivre sur plusieurs jours mais a été arrêté suite aux attentats qui se sont déroulés à Paris, le soir même.

Les médecins libéraux sont à plus de 80% en désaccord avec la généralisation du tiers payant. C'est ce que rapporte la thèse sur le tiers payant de Julien Amar (9), qui a porté en 2014 au niveau national, sur 4208 médecins libéraux (dont 81% de médecins généralistes).

Bien que les médecins estiment déjà réaliser le tiers payant dans 96,5% des situations obligatoires, ils jugent que les difficultés techniques et les arguments philosophiques (démagogie, déresponsabilisation, effet inflationniste, modification de la relation patient-médecin) sont en défaveur de sa généralisation. Cette forte opposition doit toutefois être modérée par l'apport d'argument en faveur de la généralisation du tiers payant, dont le principal est l'amélioration de l'accès aux soins.

Brice Chauvin rapporte dans sa thèse sur les représentations des médecins généralistes libéraux sur le TPG (10) que « la grande majorité des médecins estime que la réforme sera bien accueillie par les patients, surtout du fait de l'apparente gratuité qu'elle entraine ». Les médecins mettent en avant l'influence forte des médias, par la présentation qu'ils font de la réforme et l'unique source d'information qu'ils représentent auprès de la population générale.

D. Les patients et la Loi de généralisation du tiers payant

Après la présentation de la SNS par la ministre de la santé, des débats en région sont organisés entre novembre 2013 et février 2014. La synthèse de ces débats régionaux est présentée en mai 2014 par l'IGAS (11). Le TPG est évoqué comme une mesure phare sur le

plan de l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins. Cette idée semble largement partagée par les acteurs de santé.

L'amélioration de l'accès aux droits sociaux et la limitation des dépassements d'honoraires (avec certains accords déjà en place depuis 2012 entre professionnels de santé et assurance maladie) doivent être une priorité. Néanmoins, il est pris exemple de la basse Normandie pour montrer le faible nombre de médecins généralistes conventionnés en secteur 2 : 2 / 1200. Il est également noté que la problématique d'accessibilité est plus large que l'aspect économique, avec notamment les problèmes de démographie médicale ou d'accessibilité aux personnes handicapées (report de la mise en application de la loi d'accessibilité au 27 septembre 2015). La nécessité d'études sur les causes des difficultés d'accès aux soins et leurs évolutions est donc rappelée.

Les sondages réalisés entre juin 2014 et novembre 2015 montrent que la population est en majorité favorable à la mise en place du tiers payant généralisé. Toutefois il existe des différences entre :

- les catégories socio-professionnelles : 60% des ouvriers et employés y sont favorables contre 29% des indépendants (1er sondage réalisé en juin 2014 par IFOP pour Dimanche Ouest France),
- l'âge : 48% de la population interrogée tout âge confondu y est favorable versus 58% chez les 18-24 ans ou 52% chez les 50-64 ans (sondage BVA pour le carnet de santé de la MNH en janvier 2015),
- l'appartenance politique : 80% de la population se disant « de gauche » y est favorable versus 46% de la population « de droite » (sondage Odoxa en mars 2015).

En novembre 2015, alors que 70% de la population générale interrogée se dit favorable au TPG, 52% de cette même population estime que l'opposition des médecins à cette mesure est justifiée (sondage Odoxa pour FTI consulting, Les Echos et Radio Classique).

Dans ce contexte de mutation de notre système de santé, l'ensemble de la population est concerné.

La vive réaction d'une grande partie des médecins généralistes face au TPG a amené le sujet sur le devant de la scène médiatique.

Cependant, en dehors des sondages et des impressions des médecins, il n'y a aucune étude évaluant les représentations que les patients ont de cette loi.

Qu'évoquent les patients sur Internet lorsqu'ils donnent leur avis sur le projet de loi de généralisation du tiers payant chez le médecin généraliste ?

L'objectif principal de cette étude était de rechercher les représentations des patients internautes concernant la loi de généralisation du tiers payant en médecine générale.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les perspectives d'évolution du système de santé faites par les patients et la vision qu'ils ont des médecins généralistes, au travers de leurs commentaires sur la loi de généralisation du tiers payant.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Méthodologie de la recherche

1. Méthode qualitative

Cette étude a été réalisée en recherche qualitative.

La recherche qualitative, issue des sciences humaines et sociales, a pour objectif d'appréhender le vécu et l'expérience des intervenants, en mesurant la subjectivité des phénomènes psychosociaux dans leur contexte naturel (12). C'est une méthode de recherche inductive, qui n'a pas d'hypothèse a priori mais en génère à partir des faits observés. Mon intention a été d'expliquer et non de simplement décrire.

Aucune notion chiffrée ne peut en être conclue. Je n'ai donc pas cherché à connaître si les patients étaient « pour » ou « contre », mais bien à explorer les thèmes et problématiques abordés au sujet de la loi de TPG.

La recherche était de type observation directe non participante. J'ai analysé des commentaires recueillis sur Internet et issus d'articles de journaux portant sur la généralisation du tiers payant, sans intervenir moi-même dans les échanges.

Cette méthode a été retenue pour ses avantages techniques de réalisation : objectivité du fait de l'absence d'impact sur les données et facilité de recueil en fonction de mes disponibilités uniquement.

2. Analyse de discours

Dans cette étude, la méthode utilisée a été celle de l'analyse de discours. L'utilisation de cette méthode avait pour objectif de faire ressortir les éléments explicites et implicites du discours écrit.

L'analyse de discours permet une approche globale de l'individu (ressenti, vécu, perception), dans sa culture (groupe culturel) et son milieu social (interaction des individus entre eux).

Le langage est un médiateur et un fondateur de notre compréhension de la réalité.

3. Utilisation d'un journal de Bord

J'ai appuyé ma recherche sur un outil de travail : le journal de bord.

Il m'a permis :

- De conserver la trace de l'ensemble de mes activités de recherche (notes, mémos, définitions) ;
- De mettre en évidence mes a priori ou présupposés (micro-analyse, réflexion) ;
- De relater l'évolution de mes interprétations et pistes à suivre (schématisation, synthèse).

Le journal de bord est un outil de cohérence interne. Selon Christophe Lejeune, « Outre ses fonctions de mémoire, de documentation et de justification, le compte-rendu catalyse la réflexibilité. » (13).

Utilisé tout au long de l'étude et de la rédaction, le journal de bord m'a permis de « se regarder soi même comme un autre » (14) pour prendre du recul vis à vis de ma recherche.

B. Recueil de données et constitution d'un échantillon

1. Critères d'inclusion des commentaires

Les commentaires inclus dans l'étude étaient issus d'articles de journaux publiés sur Internet portant sur la loi de généralisation du tiers payant, à partir de septembre 2014. Ils devaient être libre d'accès pour leur lecture et ne nécessiter aucune inscription ou abonnement.

2. Sélection des articles internet

Les articles ont été sélectionnés à partir d'une recherche, sur le moteur de recherche internet le plus utilisé (Google®) avec l'équation de recherche suivante : « avis », « généralisation tiers payant » ou « tiers payant généralisé », « médecine générale » ou « généraliste » ou « médecin traitant ».

Dans un objectif de diversification, la même recherche a été effectuée sur un second moteur de recherche qui se veut neutre dans l'affichage des données (Qwant®).

Les articles sur Internet n'amenant aucun commentaire, soit par absence de commentaire déposé, soit par impossibilité technique choisie par les éditeurs du site, n'ont pas été pris en compte.

La sélection des articles de journaux a été réalisée dans un objectif d'échantillonnage à variation maximale. Le but de cette stratégie d'échantillonnage est à la fois de pouvoir généraliser sur un grand nombre de cas mais aussi de trouver des cas déviants, diversifiant l'analyse qualitative et en faisant sa richesse.

3. Critères d'exclusion des commentaires

J'ai exclu de l'étude les commentaires pour lesquels l'internaute montrait une appartenance au corps médical ou paramédical. Cette appartenance a pu apparaître de différente façon : par le pseudonyme (« Dr… », « toubib »), les fiches descriptives des intervenants, de façon explicite ou implicite dans le commentaire sélectionné, dans d'autres commentaires ou comptes de réseaux sociaux liés par le pseudonyme.

Les commentaires n'ayant aucun lien avec la généralisation du tiers payant ont été exclu de l'étude. Ces commentaires faisaient suite à des articles abordant la loi de santé mais concernaient les autres mesures de cette dernière (salle de shoot, paquet neutre, secret médical).

4. Recueil des verbatim

Le recueil des verbatim a été réalisé en 3 parties avec :

- Un premier recueil complet des articles et de tous les commentaires y faisant suite, mis en page dans le logiciel Pages© Apple Inc., version 5.6.1.
- Une mise en page des commentaires inclus uniquement, dans le logiciel Microsoft© Word pour Mac, version 15.17.1. (Annexe 2)
- Un transfert dans le logiciel de traitement des données NVivo© for Mac, QSR International, version 11.0.0.

C. Traitement des données

1. Codage des verbatim

Le codage des verbatim a été réalisé dans 3 champs de l'analyse de discours : une analyse lexicale répondant à la question « « de quoi » parle t-on ? », une analyse linguistique répondant à la question « « comment » parle t-on ? » et une analyse thématique répondant à la question « « quel sens » donne t-on ? ».

Le codage thématique a été effectué à l'aide du logiciel Nvivo© (Annexe 3) . Il s'agissait d'un codage ouvert, sans codage préalable. L'approche utilisée était celle de la théorisation ancrée comme présentée dans le livre de Christophe Lejeune « Manuel d'analyse qualitative, analyser sans compter ni classer » (13). Ce codage a abouti à la rédaction d'un livre de code (Annexe 4) permettant de renforcer l'analyse.

Le codage lexico-linguistique a également été effectué dans Nvivo© (Annexe 3). J'ai choisi de cibler le champ de la recherche lexico-linguistique, en tenant compte des résultats du codage thématique. Sur le plan lexical, j'ai centré mon travail sur les « acteurs » présents dans les discussions (la loi, le médecin, la population, les politiques, l'assurance maladie les mutuelles). L'analyse linguistique a recherché les intentions dominantes, les structures de phrase et les dimensions non verbales utilisées par les intervenants.

Enfin une analyse cognitive de type schématisation a été réalisée à l'aide du journal de bord, avec l'utilisation de la technique de « mind mapping » modélisée par le psychologue Tony Buzan et le logiciel MindMaple Lite©, MindMaple Inc. 2013, version 1.2 (Annexe 5).

2. Triangulation des données

Une double lecture et un double codage ouvert ont été effectués jusqu'à l'obtention de la saturation des données, afin de permettre la triangulation des données. Ce double codage a été effectuée par moi-même ainsi qu'un membre de ma famille par alliance, non médecin, docteur en science de l'éducation, ayant déjà pratiqué une recherche de type analyse qualitative.

3. Saturation des données

La saturation des données a été recherchée et obtenue après codage ouvert de 555 commentaires. Elle a été confirmée par l'inclusion des commentaires suivants, après réalisation de l'ensemble du processus de codage ouvert thématique.

J'ai choisi d'inclure 309 commentaires supplémentaires, malgré la saturation des données, afin d'obtenir un échantillon de commentaires couvrant l'ensemble de la période de discussion de la loi du TPG, de septembre 2014 à janvier 2016. L'objectif secondaire, après la saturation des données, était d'étudier s'il existait une évolution temporelle des discours des patients internautes.

D. Ethique de la recherche

1. Consentement des participants

Selon le comité de travail spécial de l'éthique de la recherche en sciences humaines, la recherche sur Internet ne nécessite pas d'évaluation éthique si elle est non participante, non intrusive et consiste en un recueil de données textuelles observées sur des sites ou des groupes de discussion publics.

Comme rapporté dans le travail de mémoire d'Isabelle Laplace sur la recherche qualitative en santé à partir des forums internet (15), Bruckman rajoute 4 conditions à l'absence d'évaluation éthique de la recherche : les données recueillies doivent être officiellement et publiquement archivées, il ne doit pas y avoir de mot de passe nécessaire pour y accéder, aucun règlement du site ne doit interdire le recueil des données, et le sujet ne doit pas être très sensible.

Le protocole de données entrant dans ce cadre d'observation non participante sur des données textuelles libres d'accès, il n'a pas été demandé d'accord préalable de la part d'un comité d'éthique.

2. Respect de l'anonymat

J'ai choisi de maintenir les pseudonymes utilisés par les intervenants dans la base de données des commentaires recueillis. En revanche les commentaires présentés comme exemple, dans la rédaction de ce travail de thèse, seront totalement anonymes.

3. Présentation des résultats

Afin d'en faciliter la lecture, j'ai choisi de corriger les erreurs de frappe et d'orthographe des commentaires présentés dans les résultats de ma thèse. Cela ne modifie en rien l'analyse de la recherche faite préalablement.

III. RESULTATS

A. Taille de l'échantillon

Le recueil de données a été réalisé entre le 20 octobre 2015 et le 14 février 2016. Les articles de journaux ont été sélectionnés les un après les autres, avec inclusion des commentaires (Com.) et codage des verbatims. Ces 3 phases pouvaient être effectuées en parallèle pour des articles différents, dans le principe de la théorisation ancrée.

Figure 1 : Diagramme de flux

Date de recueil	Journal	Com.	Date de parution de l'article	Nombre de com. total	Nombre de com. inclus
20 octobre 2015	Le Monde	1 à 38	19/03/2015	31	22
			09/04/2015	21	16
17 novembre 2015	Metronews	39 à 178	13/11/2015	170	140
05 décembre 2015	Le Figaro	179 à 273	14/09/2015	153	95
16 décembre 2015	Libération	274 à 487	22/12/2014	285	214
15 janvier 2016	FranceTV info	488 à 502	17/12/2015	38	15
17 janvier 2016	Journal des femmes	503 à 505	02/12/2015	3	1
			17/12/2015	2	2
	Le Parisien	506 à 532	27/11/2015	38	27
	Notre Temps	533 à 555	02/12/2015	24	23
14 février 2016	La Tribune	556 à 864	19/09/2014	25	17
			20/10/2014	24	14
			05/11/2014	63	45
			26/12/2014	48	30
			27/12/2014	94	65
			06/01/2015	41	28
			09/03/2015	16	15
			13/03/2015	14	12
			20/03/2015	95	47
			09/04/2015	9	6
			13/11/2015	28	19
			22/12/2015	4	3
			21/01/2016	12	8

Tableau 1 : Organisation du recueil des commentaires

La saturation des données a été obtenue au 555ème commentaire.

La double analyse des commentaires 1 à 555 pour la triangulation des données a été effectuée entre le 28 décembre 2015 et le 05 février 2016.

B. Profils des patients-internautes

Le profil des intervenants était difficile à établir. Le pseudonyme contenait parfois le nom ou le prénom (« arthur » Com. 96, ou « Françoise S. » Com. 273), mais le plus souvent il était impossible de connaître même le genre de l'intervenant (« Jemedemande » Com. 519, ou « ubu » Com. 38). Nous n'avons aucune notion de l'âge des participants.

Certains s'identifiaient dans leur commentaire par le fait de ne pas travailler dans le domaine de la santé : « Je n'appartiens pas au monde médical. » (Com. 204). Les intervenants donnaient parfois des indications sur leur profession *« Moi qui travaille dans une mutuelle » (Com. 72)*, ou *« Moi aussi je suis docteur... Pas de bol, en Mécanique et je suis maitre de conférences à l'université » (Com. 605)*.

Le plus pertinent pour étudier le profil des intervenants est d'observer les lignes éditoriales des journaux sélectionnés :

Le Monde est un journal de centre gauche, la rédaction est réservée aux abonnés.

Metronews est un journal sans ligne éditoriale établie.

Le Figaro est un journal de droite conservateur.

Libération est un journal de gauche social démocrate.

FranceTV info est un journal du groupe France télévision sans ligne éditoriale précisée.

Le journal des femmes est un journal féminin.

Le Parisien fait partie de la presse populaire centriste régionale.

Notre Temps est un journal orienté vers les personnes ayant plus de 50 ans.

La Tribune fait partie de la presse économique.

C. Micro-analyse

Pour débuter mon travail de recherche, j'ai choisi de réaliser une micro-analyse sur le premier recueil de données. Elle a été effectuée entre le 21 octobre et le 12 novembre 2015.

Dans un premier temps, la micro-analyse consistait en un codage ligne à ligne des six premiers commentaires (Com. 1 à 6). Dans un second temps, la micro analyse a porté sur trois commentaires du premier recueil (Com. 1, Com. 6, Com. 9), choisi pour leur originalité à la première lecture. L'objectif de cette première étape était double : me permettre de débuter l'analyse ouverte, en mettant en évidence, puis à distance, mes a priori et présupposés. Cela a notamment été le cas pour ma réflexion sur le sens de la politique ou la mise à distance de ma profession de médecin dans le cadre de cette recherche.

D. Résultats de la recherche thématique

1. Avis sur le système de santé actuel et le TPG

a) L'accès aux soins : une priorité

Les intervenants revendiquaient un **droit à la santé pour tous** : *« Avec cette reforme on va vers la mise en place d'un régime général de base universel » (Com. 26), « Selon le serment d'Hippocrate, et non d'hypocrite, tout patient doit être soigné, quelque soit son origine, croyance ou moyen financier. » (Com. 39), « Tout le monde a droit à une santé pas chère riche pauvre chômeur tous » (Com. 145).*

L'évolution du système de santé devait permettre :

- de **défendre les conditions de soins** *: « 1/4 de la population qui renonce à au moins 1 soin par manque de fric, ça c'est du tangible… » (Com. 300)*,
- **d'améliorer l'accès aux soins :** *« J'ai oublié de dire que la généralisation du tiers-payant permettrait peut-être de désengorger les urgences des hôpitaux qui eux le pratiquent » (Com. 535)*,
- **d'améliorer la prévention** *: « A long terme, un meilleur suivi assure une meilleure santé et de moindre dépenses médicales. » (Com. 22).*

La crainte principale des patients internautes se portait sur les **difficultés d'accès au soins** : *« Pas de place chez le docteur c'est ça le changement » (Com. 75)*. La notion d'**abus** *(« Mais lorsque le TP sera appliqué aux généralistes les gens iront les consulter pour le moindre bobo et là il y aura des abus .... CQFD » Com. 45)* amène à la stigmatisation d'une certaine partie de la population *(« Je ne suis pas pour la généralisation du tiers payant, vu ce qui se passe avec la CMU » Com. 528)* car, selon les intervenants, *« Tiers payants généralisés = un assistanat de plus... » (Com. 548)*. L'analyse met en évidence l'expression d'une **opposition marquée entre travailleurs et assistés**. Les travailleurs sont ceux qui cotisent et les assistés ceux qui consomment sans cotiser : *« d'un côté ceux qui bossent et casquent toujours plus et*

de l'autre ceux qui reçoivent et ils sont de plus en plus nombreux » (Com. 475), « CMU ??? Encore un feignant....va bosser!!!! » (Com. 161).

Cette vision aboutit à des **revendications xénophobes** : *« Un grand nombre de nos nouveaux "compatriotes" et cassos en tout genre croient déjà que la santé en France c est gratos. Sans se poser des questions sur d "où vient l argent ?" Ben sur les derniers français qui bossent et qui se font allumer par tous les impôts de la création ! » (Com. 80), « Tu as raison c'est encore les émigrés qui en profitent avec leurs enfants » (Com. 107), « Soins payant et non remboursable pour les étrangers même pour ceux qui résident et qui travaillent en France... Et si ils ne sont pas contents...aller simple pour leurs pays d'origine .... » (Com. 85).*

Enfin la crainte du développement d'une **médecine à 2 vitesses** *(« Tu auras de l'argent tu seras soigné, tu en as pas ? Ils te laisseront crever et seul les riches pourront avoir le luxe de l'être .... » Com. 154)* était mise en lien avec une société de plus en plus **individualiste** *(« Du moment que je garde ma cmu et ma cmu complémentaire pas de problème » Com. 169)*, oubliant le principe de **solidarité** dans l'accès aux soins.

b) L'influence de la collectivité

(1) La vision de la société

Les patients internautes abordaient la **crainte d'une déresponsabilisation** de la société : *« Avec cette mesure on déresponsabilise encore plus les patients. »* (Com. 80), *« Effectivement le système est entièrement déresponsabilisant. »* (Com. 748). La gratuité était pour eux un leurre, c'était une « **fausse gratuité** » qui amenait à une majoration des dépenses : *« le tiers payant c'est une idiotie car cela fait croire à la gratuité. »* (Com. 378), *« Faire croire aux gens que la santé est gratuite est une hérésie et participe aux dérives du système. »* (Com. 737). Les internautes évoquaient le fait que la santé soit *« devenu un bien de consommation comme un autre »* (Com. 543). Néanmoins certains commentaires s'opposaient à cette importance de la **société de consommation** : *« Tout le monde a 70€ quand il faut aller chez le coiffeur, 25€ pour payer son abonnement téléphone, 400€ quand il s'agit d'acheter son iPhone, 40€ quand monsieur alimente mensuellement canal plus. Mais quand il est temps d'aligner 23€ qui SONT REMBOURSÉS pour sa santé, là tout le monde pleurniche. »* (Com. 16).

(2) La vision de la politique

L'**opposition à la politique** était également marquée. Elle était abordée par une **perte de confiance** envers les personnalités ou partis politiques, et l'expression d'un **sentiment d'incompétence** : *« Mesures en bois pour un gouvernement du même ordre. » (Com. 80),*

« Franchement il ne faut pas être énarque pour comprendre cela ... » (Com. 569),

« Il va falloir donner un grand coup de pied dans la fourmilière (Je veux dire, la fourmilière politique), qui s'enrichie sur notre dos sans rien apporter à notre pauvre France. » (Com. 644),

« C'est vrai que nos politiques ne doivent pas faire beaucoup d'études pour sortir toutes ces âneries Idéologie quand tu nous tiens » (Com. 649) ;

ou **de non implication** : *« hélas vous avez raison, les députés UMP se sont déculottés sur cette loi comme sur le mariage homosexuel : 35 députés en séance pour voter, et 13 voix contre » (Com. 25),*

« Oui si peu de députés pour voter(ou non) une loi d'une telle ampleur, et ils se disent représenter les citoyens, quelle honte sur eux, mais je pense qu'ils et elles seront tous et toutes là pour toucher leur indemnité ! » (Com. 550).

La solution souvent mise en avant dans les commentaires était l'**alternance politique** : *« Encore une ânerie qui devra être corrigée d'ici 2ans. » (Com. 77), « Je ne sais qui l'a dit ! mais c'est bien vrai ! le changement c'est maintenant dès dimanche ! ah c'est peut-être Marine ? » (Com. 786)*

D'autres intervenants témoignaient d'un **soutien** à la politique du gouvernement : *« bravo le PS ! » (Com. 152), « Parce que vous croyez sincèrement qu'en prenant une volée aux prochaines élections que les problèmes de la France vont être réglés. Finalement ce gouvernement est bien plus réformateur que certains ne le pensent. Ce n'est pas en cédant aux lobbys que l'on gouverne un pays. » (Com. 661).*

La **ministre de la santé**, Marisol Touraine, était le symbole de cette dichotomie entre mise en valeur de son travail et commentaire négatif à visée personnelle : *« Marisol Touraine travaille, réforme, ose et fait voter. C'est probablement le seul homme de ce gouvernement. » (Com. 12), ou « elle n'est pas capable de s'occuper de son fils mais elle veut s'occuper des français ha ha ha » (Com. 635).*

c) La problématique du coût et des dépenses de santé

L'argument principal abordé par les patients contre cette mesure était le risque **d'augmentation des dépenses** par **augmentation de la consommation médicale** : *« simple : la généralisation du tiers payant va entrainer la multiplication des visites médicales et le déficit de la sécu »* (Com. 287), *« Il y aura un abus de consultations vu que le patient ne fera aucune avance et d'ici 5 ans le trou de la sécu sera un gouffre »* (Com. 154).

Pourtant la nécessité d'une **restructuration des coûts** du système de santé actuel était partagée par tous. Ce *« gouffre »* (Com. 154) de la sécurité sociale française était la preuve d'une **inadéquation entre dépenses et recettes**. *« Mais il faut bien comprendre que le montant des dépenses de santé n'est plus compatible avec les ressources de la France et depuis longtemps. »* (Com. 6).

Les dépenses de santé évoquées par les internautes correspondaient le plus souvent à la **rémunération des médecins**. Beaucoup d'internautes parlaient des **dépassements d'honoraires** et d'une nécessité de **contrôle de l'influence du médecin-prescripteur** sur les dépenses, mais aussi du **contrôle de la rémunération** pour les médecins libéraux : *« Ce que redoutent les médecins par la généralisation du tiers payant c'est de devoir avouer leurs dépassements pour certains et l'analyse des stats de chaque patient et donc des abus et autres surcoûts. »* (Com. 634), *« Il est donc nécessaire de lisser les revenus des médecins et de mieux les organiser »* (Com. 793). Quelques uns, opposés à la mesure de TPG, évoquaient comme contre-argument économique le **faible coût de la médecine générale** : *« La médecine de ville ne compte que pour 20% des dépenses de santé en France, la gabegie n'est pas à chercher chez nos praticiens libéraux, les économies non plus »* (Com. 190), ainsi que le **coût de la mesure** : *« sera t'on capables d'en chiffrer les coûts, on parle d'1 milliard, et de revenir sur les dérives qu'elle va entrainer ? Aucune justification économique comme l'on dit les députés de droite »* (Com. 28).

La problématique du **remboursement** et de l'**avance des frais** restait débattue, qu'elle soit pour le patient :

« le remboursement est déjà très rapide avec la télétransmission. » (Com. 544),

« Les erreurs de remboursement ne sont pas rares (deux fois en une année). » (Com. 2) ;

ou pour le médecin :

« Je maintiens qu'un médecin a le droit d'être payé comme toute personne qui travaille, or la sécu n'est pas reconnue pour payer rapidement son du. » (Com. 287),

« Il est inadmissible que le tiers payant s'applique aux médecins. Nous, patients sommes remboursés sous 48 heures environ des honoraires versés au médecin lorsqu'il procède à la télétransmission des actes. » (Com. 551),

« Je trouve que ces médecins se comportent en irresponsables : en fait leur refus d'adopter le tiers payant se retourne surtout sur les patients qui eux, doivent attendre les remboursements de la S.Sle pendant 3, 4 semaines et même plus, alors que ces médecins ont encaissé leurs honoraires de leurs clients qui attendront donc leurs remboursements !!. » (Com. 554).

d) Le positionnement des internautes dans leur discours

L'**opposition au projet de loi** était marquée par l'opposition à la politique avec les notions de **manipulation**, de **démagogie** et **d'influence des médias** que l'on retrouvait dans l'ironie du commentaire 351 :

« Le tiers-payant ne va pas entraîner de sur-consommation…

Les trafics de médicaments n'existent pas

La déresponsabilisation du patient est un mythe

Le jour de carence chez les fonctionnaires n'avait pas d'impact…

Les mensonges (les illusions ?) vont bon train… »

L'**adhésion au projet de loi** était beaucoup moins justifiée sur le plan des idées : *« Mesure majeure c'est évident »* (Com. 28), *« Enfin de bonnes nouvelles. Ce n'est pas trop tôt. »* (Com. 492) ou *« Le public lui est à 100% pour. »* (Com. 844).

La **place du patient** était également un sujet de positionnement discuté dans les commentaires. On retrouvait le patient en tant que **malade**, soulignant la place du médecin en tant que soignant : *« En effet, c'est le patient qui est malade. »* (Com. 1) et l'individualité de la relation médecin-malade. Mais le malade pouvait aussi être **citoyen** français, soulignant le rôle de chacun pour la société et la globalité du système de santé pour *« des Français malades. »* (Com. 358).

Le patient se voyait aussi comme **client** : *« Moi, je veux bien être un client. Encore faudrait-il que le corps médical assure un service au dit client. Eh oui, le "patient" on peut l'expédier… »* (Com. 296),

« et si les malades las des dépassements injustifiés manifestaient à leur tour et refusaient d'être des vaches à lait !!! » (Com. 654),

« moi, je préfère le mot usager que celui de client, c'est une histoire de valeurs humaines ou de consumérisme, suivant le mot employé. » (Com. 432).

Quelque soit la façon dont se définissait le patient, il exprimait son **droit à la santé** : *« le médecin doit être au service du patient que je sache »* (Com. 851).

On retrouvait une forte **opposition patient-médecin** dans **l'incompréhension de la plainte des médecins** face à la loi de TPG : *« Dans ce cas je ne vois pas le problème des médecins. »* (Com. 187), et dans une **vision négative de la grève** : *« Cette grève est une honte, une vraie honte de la part des médecins. »* (Com. 473), *« Les temps ont bien changé. Il y a une trentaine*

d'année, c'était la classe ouvrière qui faisait grève, aujourd'hui ce sont les médecins, les pilotes de lignes, les notaires, etc. ... » (Com. 644).

e) Des avis partagés sur l'organisation temporelle et logistique des médecins avec le TPG

L'**organisation du temps de travail** des médecins et la répartition entre **temps de travail administratif versus temps de soins** était un point évoqué par les internautes. Pour tous, il était logique que le temps de travail du médecin soit celui de sa part soin : *« médecin = soins »* (Com. 214).

Ceux qui étaient contre le TPG évoquaient :

- une **majoration du temps administratif** au détriment du temps passé auprès du patient, avec des conséquences sur l'accès aux soins *« Sa reforme va inéluctablement accentuer la bureaucratisation de la médecine française et au final dégrader la qualité et rationner de l'offre de soins. »* (Com. 412)
- des **difficultés logistiques** engendrées par le TPG avec le risque **d'erreur de remboursement** et la **complexité des mutuelles** : *« 600 mutuelles différentes en France. Compter environ une heure par jour pour un MG en cabinet pour transmettre, relancer, re-relancer, mettre en demeure les-dites mutuelles. »* (Com. 129), nécessitant d'employer une secrétaire *« Bon courage aux médecins qui peuvent maintenant embaucher une secrétaire pour gérer leur rejet sécu, »* (Com. 515)

Ceux qui étaient pour le TPG mettaient en avant la **facilitation administrative** permise par l'informatisation : *« Cela ne va pas compliquer leur comptabilité, bien au contraire car tout sera automatisé par l'informatique. »* (Com. 73), *« Justement, il y aura moins de partie administrative, vu qu'il n'y aura plus qu'un seul moyen de paiement et plus de dépassement d'honoraire. Tout sera simplifié. »* (Com. 177). De plus, *« cette mesure pourrait encourager les médecins à se regrouper en maison de santé (économies d'échelle pour engager un/une secrétaire) »* (Com. 22).

Pour étayer leur argumentation sur le plan logistique, les exemples de TPG déjà en place étaient largement utilisés.

En France, l'**exemple des pharmacies** était discuté : « *le système fonctionne très bien comme dans les pharmacies depuis bien longtemps.* » (Com. 408) ou *« Hé bien en fait les pharmaciens s'en plaignent du tiers payant ..... … »* (Com. 52). En revanche l'**exemple des**

paramédicaux était en faveur du TPG : *« Les infirmiers libéraux, les kinés, le pratiquent sans problème. Pourquoi pas les médecins ? »* (Com. 45).

A l'étranger, l'**exemple des Etats-Unis d'Amérique** était évoqué comme l'extrême de la privatisation et des coûts de santé : *« Je vous conseille les USA: là-bas, pas de carte vitale. Juste une carte bancaire et un compte bien approvisionné. »* (Com. 753). Lorsque à l'inverse les **exemples de la Grande-Bretagne et de la Russie** mettaient en cause la qualité des soins par un système de santé étatisé : *« Ceux qui pensent que des médecins fonctionnaires travailleront plus et mieux que des médecins libéraux n'ont qu'a regarder les pays où il y a une médecine de type soviétique, et ne pas se plaindre : cabinet ouvert de 9h à 17h, pas de choix du médecin, pas d'urgence ou de visite à domicile, 10 mn maximum par consultation, et si on est pas content, impossible d'aller voir ailleurs (sauf si vous avez les moyens pour échapper au système..) »* (Com. 232). Dans ces deux cas, le risque évoqué était celui d'une **médecine à deux vitesses** : *« Dans beaucoup de pays, notamment aux USA et en Grande Bretagne il existe déjà la médecine à 3 vitesses. Selon vos moyens financiers vous pouvez avoir des rendez vous chez des spécialistes sans attendre 3 mois ou alors aller à l'étranger. »* (Com. 394). En revanche, les commentaires évoquant le système de santé allemand étaient imprégnés de l'**exemplarité allemande** qui se retrouve notre société : *« Le système proposé fonctionne très bien en Allemagne alors que le système de sécu y est beaucoup plus compliqué (privatisé donc les médecins ont à gérer avec X assureurs différents) »* (Com. 179), *« En Allemagne les médecins ont des plafonds de dépenses annuelles à respecter »* (Com. 706), *« Les allemands sont beaucoup plus carrés et responsables que nous Français »* (Com. 812).

f) Des craintes sur le système de santé actuel et l'impact du TPG

Les internautes parlaient d'une **mauvaise évolution du système** de santé actuel où le paiement à l'acte **favorisait la surconsommation** des soins : *« Il faudra donc bien en venir à supprimer le paiement à l'acte, générateur d'une surconsommation médicale sans amélioration des soins. »* (Com. 6). D'autre part, ils évoquaient le risque de **désengagement de la sécurité sociale** au profit d'une **main mise des mutuelles**, menant à une **perte du principe de solidarité** à la base du système de santé français. *« La sécu va pouvoir dérembourser certains actes en toute discrétion, la mutuelle prendra le relai sans que les patients s'en aperçoivent, jusqu'à ce qu'ils se demandent pourquoi les prix des mutuelles explosent !!! En gros le moyen de supprimer peu à peu et ni vu ni connu la sécurité sociale pour tous... »* (Com. 163)

Ils craignaient également que la mesure du TPG **décourage les étudiants** à choisir la médecine générale (*« Alors après 8 années d'études et de constante mise à jour il va y avoir un effet raz le bol. »* Com. 394), **décourage les jeunes médecins à s'installer** en libéral et **favorise le départ à la retraite ou à l'étranger** des médecins (*« Pas sur que la mesure incite les jeunes à s'installer, ni les autres à continuer à travailler très longtemps ! »* Com. 151).

2. Evolution de la vision du TPG au cours du temps

a) L'impact des grèves médicales

Les grèves médicales sont intervenues dans un climat social conflictuel pour les classes les plus aisées (après les grèves de notaires puis de pilotes de ligne de la société « Air France ») favorisant les discours sur le « médecin-nanti ». La principale influence des grèves médicales a été d'élargir le discours des internautes. Au départ, celui-ci était plutôt orienté sur l'accès aux soins, la vision des aides sociales, l'étatisation du médecin et le système de santé actuel. Puis la médiatisation par les grèves médicales à chaque période de discussion et vote de la loi a permis d'aborder les questions de coûts, d'organisation, de difficulté logistique et de projet de système de santé.

b) L'impact des élections politiques et attentats

Les attentats de janvier et novembre 2015 ainsi que les élections départementales en mars 2015 puis régionales en décembre 2015, ont politisé le discours des internautes. L'influence était plus marquée pour les élections, qui ont amené un discours d'opposition au gouvernement en place et de valorisation du changement politique. Ces périodes de vote étaient les seules où le parti politique du Front National était abordé, soit par adhésion pour une alternative politique, soit par crainte d'une prise de pouvoir.

Les attentats de novembre 2015 ont entrainé l'arrêt total des grèves médicales, ainsi qu'une moindre médiatisation de la loi et de sa contestation.

c) Les avis après le vote de la loi du TPG non intégral

Après le vote de la loi et le rejet de la partie intégrale du TPG par le Conseil constitutionnel, le nombre de commentaires a été restreint et les réactions ont été surtout celles d'opposants à la loi. On retrouvait alors les thèmes d'étatisation des médecins, des difficultés d'accès aux soins, de majoration de la charge administrative, de difficulté logistique et erreur de remboursement. La projection faite pour le système de santé dans le cadre de cette loi était le

désengagement puis la disparition de la sécurité sociale au profit d'une mainmise des mutuelles. Ces discours étaient marqués par un catastrophisme, où les internautes « jouaient les Cassandre ».

E. Résultats des objectifs secondaires

1. Les représentations des internautes sur le médecin généraliste

a) La pratique libérale vécue comme liberté

Le thème qui revenait souvent lorsque les patients évoquaient leur médecin généraliste était celui de médecin libéral. La pratique libérale était prônée par les internautes qui souhaitaient garder une **liberté du choix de leur médecin** : *« Il y a quelques années certains régimes particuliers, tant décriés par les salariés du privé, imposaient un médecin généraliste et des spécialistes, (même le dentiste) à leurs employés et il ne faudrait revenir en arrière ! »* (Com. 536). Cette nécessité de libre choix était justifiée par l'existence d'une **diversité d'exercice** des médecins généralistes et la possibilité de **changer de médecin traitant** : *« tu n'es pas content de ton médecin tu vas en voir un autre »* (Com. 620).

En revanche beaucoup estimaient qu'il s'agissait d'une **« fiction libérale »** puisque *« les médecins n'ont de libéral que le nom et ce qu'ils veulent bien croire. Ce sont ni plus ni moins que des hauts fonctionnaires assimilés. Leur employeur principal est la sécu. »* (Com. 814). Cette relation avec la sécurité sociale amenait des avantages :

- **L'assurance d'une patientèle pour le médecin** : *« La médecine libérale n'est déjà pas vraiment libérale. C'est en grande partie la sécurité sociale qui la finance et si ce n'était pas le cas, les gens iraient beaucoup moins voir le médecin... »* (Com. 855)
- **Le contrôle de la pratique des médecins** : *« le point essentiel est celui d'un meilleur contrôle des prescriptions, par exemple en faveur massive des génériques comme de l'activité réelle des médecins. Finies donc les surfacturations ou fausses visites qui les camouflaient, finies les visites au pas de course ou de simple renouvellement, finis les arrêts de travail de complaisance et les taxis médicaux sans raison ou les cures de santé/ vacances et encore d'autres abus. »* (Com. 844)
- **Le contrôle de la rémunération des médecins** : *« C'est surtout la porte fermée au détournement fiscal ! »* (Com. 218)

Ainsi que des craintes :

- **L'étatisation de la profession** : *« Mais le but de cette loi est de faire disparaitre la médecine libérale, et de créer une médecine contrôlée par l'état. »* (Com. 232)

- **La perte d'autonomie** pour le patient (imposition du médecin à consulter) et pour le médecin (obligation d'adapter la prise en charge à son coût) : *« La médecine étatisée, le libre choix aboli, le CMU généralisé : OUI nous sommes bien dans un pays socialo-communiste !!!!!!!!! »* (Com. 771)
- **La diminution de la qualité des soins** (diminution du temps de consultation, augmentation du délai d'accès aux soins) : *« les soins gratuits pour tous avec 2 ans de délai »* (Com. 779)

b) Le médecin comme notable et nanti

Bien que les internautes évoquaient indirectement **l'importance sociale du médecin** *(« notables qui craignent de finir comme l'instituteur. »* Com. 296), ils rapportaient souvent que : *« Les médecins ont trop de pouvoir et sont bien trop payés. »* (Com. 645).

Cette opposition au statut du médecin portait sur :

- La **sélectivité des études et leur gratuité** : *« Pourquoi en France limite-t-on les places au concours de médecin ? pour entretenir une caste descendante de bourgeois en maintenant la CLIENTELE (ou patientèle en novlangue) captive. »* (Com. 598), *« Les médecins, oublient vite que la société a payé leurs études..... »* (Com. 578),
- La **sécurité de l'emploi** : *« Aaahhhh, les médecins "libéraux" dont les études sont gratuites (traduction : payées par le contribuable), les revenus assurés par le même contribuable, l'emploi inamovible toujours grâce à ce même contribuable, mais avec un montant horaire qui n'a rien à voir avec celui de la fonction publique. »* (Com. 280)
- La **liberté d'installation** : *« On devrait déjà obliger les médecins à s'installer comme les pharmacies un médecin pour tant habitants Ca règlerait le problème des déserts médicaux »* (Com. 825), *« il serait normal de qu'en contre partie du paiement de leur longues et couteuses études les médecins ne puissent pas choisir librement leur implantation pendant 5 à 10 ans ! »* (Com. 837)
- L'**absence d'obligation de résultat** : *« et en plus ils ne sont même pas obligés de "guérir"..... »* (Com. 469),
- L'**incompétence des médecins** : *« Vu la piètre performance des généralistes (affaire des hormones de croissance, du Médiator, euthanasies/meurtres, ...) et la réalité de leur métier (distribution d'ordonnances pour alimenter l'industrie pharmaceutique), je pense que le remède est souvent pire que le mal... »* (Com. 579),

- L'**absence de responsabilité engagée** : *« Oui et la totale impunité en cas de FAUTE, D'ERREUR ou D'ARNAQUE ! »* (Com. 601),
- Le **corporatisme** mis en avant par les grèves : *« Ah, les toubibs dès qu'on veut toucher à leur corporation ils nous font un caca nerveux. »* (Com. 143)
- L'**égoïsme** des médecins : *« Egoïsme et cupidité quand vous nous tenez ! Une fois de plus tous les arguments les plus hypocrites vont nous être sortis par les médecins opposés à ce projet de tiers payant généralisé. »* (Com. 330)
- La **rentabilité** de la profession : *« Le revenu moyen d'un généraliste est de 78000 euros net (INSEE). Vous pensez sérieusement qu'à ce niveau de revenus (qui les place dans les 5% des revenus les plus élevés) plus personne ne voudra s'installer ? »* (Com. 33).

Les médecins étaient largement vus comme ayant **perdu leur vocation** : *« Les médecins qui devraient avoir la vocation de soigner devraient le faire bénévolement. Là on reconnaîtrait un vrai médecin. »* (Com. 678), mais *« certains sont des businessmen avant d'être médecin et ont oublié leur serment. »* (Com. 647).

c) Une rémunération qui fait débat

La **rémunération des médecins** synthétisait l'ambivalence des internautes vis à vis des médecins. Pour beaucoup elle était excessive et démesurée en comparaison à d'autres professions : *« dans les entreprises, les administrations, beaucoup de bac +8 avec des revenus bien inférieurs »* (Com. 372), *« Salaire net mensuel moyen: plus de 8000 euros soit bien plus que la plupart des patrons de PME qui gèrent la "misérable existence" de dizaines de salariés. »* (Com. 687). Alors qu'elle semblait justifiée et méritée pour d'autres, du fait de la difficulté des études et de la responsabilité engagée : *« les médecins exercent tout simplement un métier, fruit de leur compétence, qui doit être rétribué , c'est le principe de l'économie de marché. »* (Com. 416), *« Dans les 23 euros combien de charges et combien dans la poche d'un toubib qui bosse bien plus que le salarié moyen et vous prend bien mois cher que votre garagiste. »* (Com. 471).

2. Des perspectives pour le système de santé et l'accès au soins primaires

Les patients internautes exprimaient au travers des discours sur le TPG leurs souhaits pour un système de santé futur. La **défense des conditions d'accès aux soins** restait une priorité, avec *« un meilleur suivi de tous »* (Com. 851), *« au profit […]de la prévention »* (Com. 186).

a) Une nouvelle organisation des soins

Sur le plan organisationnel, ils évoquaient le **développement des maisons de santé pluri-professionnelles** afin de faire des *« économies d'échelle pour engager un/une secrétaire, ce qui permettrait de plus d'assurer la continuité des soins »* (Com. 22), la création d'une **télémédecine** : *« A quand le médecin en ligne avec webcam et l'ordonnance à la sortie de l'imprimante, on pourrait faire des économies. Excusez je suis trop en avance. »* (Com. 638), ou encore la **délégation de tâches** vers les pharmacies, les infirmières, les sages-femmes, les secrétaires : *« ils prétendent avoir trop de travail mais ne veulent pas déléguer les vaccinations aux pharmaciens […] Idem avec les infirmières lorsqu'elles renouvellent les prescriptions »* (Com. 297).

b) Une restructuration des coûts et du financement du système de santé

La **restructuration des coûts** qu'ils jugeaient indispensable, impliquait une **lutte contre les dépassements d'honoraires** *« Ça n'existera plus, pas de dépassement d'honoraire. Point. »* (Com. 78) et une **évolution de la rémunération**. Les possibilités envisagées étaient de *« passer à un paiement forfaitaire »* (Com. 6), d'adapter la rémunération en fonction du motif de consultation ou de le *« moduler, en fonction du patient »* (Com. 259), la rémunération des tâches administratives ou encore la majoration globale de la rémunération car *« Les médecins français, sont déjà parmi les plus mal payés d'Europe »* (Com. 447).

Enfin, certains évoquaient la modification du **financement du système de santé**, souhaitant la fin du **monopole de la sécurité sociale** *« supprimer la sécu plutôt, ou au moins la mettre en concurrence conformément aux directives européennes de 1992 ratifiées par la France en 2001, mais jamais appliquées »* (Com. 428), tout en veillant à éviter une **mainmise des mutuelles** *« Ce qui est à revoir, ce n'est pas le tiers payant, mais plutôt l'institutionnalisation des mutuelles dans le paysage avec un financement qui n'est plus solidaire. »* (Com. 854).

Les notions de solidarité et de facilité d'accès aux soins restaient prégnantes dans les commentaires des patients et centrales dans l'évolution du système de santé.

F. Résultat de la recherche lexico-linguistique

1. Les mots utilisés pour définir les « acteurs » du discours

La loi de TPG	*« la loi »* (Com. 23), *« le tiers-payant »* (Com. 6), *« le tiers payant généralisé »* (Com. 20), *« le TPG »* (Com. 30), *« 1/3 payant »* (Com. 37), *« le tiers payant intégral »* (Com. 445), *« cette généralisation »* (Com. 482), *« un accès aux soins généralisé »* (Com. 539), *« le CMU généralisé »* (Com. 771). Une procédure : *« cette mesure »* (Com. 1), *« cette méthode »* (Com. 114), *« ce système »* (Com. 7), *« ce sujet »* (Com. 31), *« ce projet »* (Com. 330), *« cette pratique »* (Com. 742). Une nouveauté : *« la nouvelle loi santé »* (Com. 542), *« cette nouvelle procédure »* (Com. 544). Un projet ministériel : *« son raisonnement »* (Com. 25), *« le système proposé »* (Com. 179), *« La réforme de Touraine »* (Com. 412), *« une mesure de gauche ! »* (Com. 675), *« le projet de M.S.T. »* (Com. 803). Un soutien : *« une vrai réforme »* (Com. 576), *« une mesure-phare »* (Com. 30), *« une mesure d'économie »* (Com. 29), *« une bonne nouvelle »* (Com. 109), *« quelque chose de mieux »* (Com. 162), *« très bonne idée »* (Com. 173). Une opposition : *« une poudre aux yeux »* (Com. 28), *« une ânerie »* (Com. 77), *« cette histoire de tiers payant »* (Com. 83), *« la catastrophe »* (Com. 110), *« une mauvaise mesure »* (Com. 507), *« un système refusé »* (Com. 525), *« une des plus grosses c… »* (Com. 524), *« une loi idéologique et démagogique votée en catimini »* (Com. 530), *« drôle de loi »* (Com. 553).
Les médecins généralistes	*« son médecin »* (Com. 1), *« le docteur »* (Com. 627), *« les jeunes carabins »* (Com. 662), *« ce métier »* (Com. 798), *« vous »* (Com. 182), *« ils »* (Com. 340), *« des professionnels de santé »* (Com. 15), *« un généraliste »* (Com. 33), *« un médecin de campagne »* (Com. 292), *« le médecin français »* (Com. 296),

	« tous » (Com. 338), *« les médecins généralistes »* (Com. 396) , *« le MG »* (Com. 129). Rôle dans le système de santé et la société : *« médecin référent »* (Com. 273), *« le pivot du système de santé »* (Com. 222), *« le bouc émissaire du système »* (Com. 222), *« le parent pauvre de la médecine »* (Com. 579), *« son médecin de famille »* (Com. 229), *« son médecin traitant »* (Com. 536), *« son soignant »* (Com. 202). Une vision libérale : *« la médecine dite de ville ou de proximité »* (Com. 576), *« nos praticiens libéraux »* (Com. 190), *« les professions libérales »* (Com. 196), *« la médecine libérale »* (Com. 232). Une vision étatisée : *« des personnels »* (Com. 9), *« des médecins fonctionnaires »* (Com. 232), *« des salariés de l'assurance maladie »* (Com. 306), *« des employés spécialisés »* (Com. 844). Un corporatisme : *« le corps médical »* (Com. 219), *« la revendication corporatiste »* (Com. 6), *« le monde médical »* (Com. 702). Une hostilité : *« ces messieurs ou dames »* (Com. 15), *« des mauvais médecins »* (Com. 222), *« nanti »* (Com. 275), *« ces pauvres médecins »* (Com. 280), *« nos toubibs franchouillards, notables »* (Com. 296), *« les dinosaures »* (Com. 300), *« ces égoïstes »* (Com. 330), *« ces pauvres miséreux »* (Com. 335), *« des commerçants de santé !!! »* (Com. 549), *« ces incompétents »* (Com. 613), *« des professions gauche/droite caviar »* (Com. 693), *« Ces Diafoirus »* (Com. 469). Un soutien : *« d'excellents toubibs »* (Com. 34), *« leur cher Dct »* (Com. 182), *« ne sont pas des scribouillards »* (Com. 551), *« les vrais médecins »* (Com. 586).
La population	*« les personnes »* (Com. 22) *« l'individu »* (Com. 26), *« certains »* (Com. 37), *« les gens »* (Com. 182), *« n'importe qui »* (Com. 326), *« monsieur X »* (Com. 129), *« tous »* (Com. 779), *« les habitants »* (Com. 847), *« le public »* (Com. 844), *« la collectivité »* (Com. 286), *« toute personne »* (Com. 287), *« la population »* (Com. 300), *« tout le monde »* (Com. 16). Les pronoms personnels : *« je »* (Com. 204), *« tu »* (Com. 316), *« on »* (Com.

	35), *« nous »* (Com. 31), *« vous »* (Com. 17), *« ils »* (Com. 182). Le rapport au médecin : *« le patient »* (Com. 1), *« les malades »* (Com. 19), *« des hypochondriaques »* (Com. 117), *« un cancéreux »* (Com. 146), *« un usager / client »* (Com. 397), *« l'utilisateur de soin »* (Com. 341). Une place citoyenne : *« les français »* (Com. 16), *« les citoyens »* (Com. 38), *« au peuple »* (Com. 500), *« vos compatriotes »* (Com. 359), *« notre société »* (Com. 394), *« aux électeurs »* (Com. 498), *« des gauchos »* (Com. 667). Une place sociale : *« l'assuré social »* (Com. 18), *« le contribuable »* (Com. 280), *« le payeur »* (Com. 557), *« les cotisants »* (Com. 853), *« des gens de la CMU »* (Com. 235), *« les protégés du régime »* (Com. 777), *« les salariés français »* (Com. 255), *« les travailleurs »* (Com. 140), *« un RSAste »* (Com. 603), *« les fégnasses »* (Com. 690). Selon le niveau socio-économique et l'origine : *« des riches »* (Com. 785), *« les pauvres et les étrangers »* (Com. 300), *« le petit peuple »* (Com. 330), *« nos nouveaux compatriotes et cassos »* (Com. 80), *« les cas sociaux »* (Com. 89), *« aux ignares »* (Com. 103), *« les émigrés »* (Com. 107), *« les immigrés »* (Com. 108), *« du bof de base »* (Com. 170), *« les masses populaires »* (Com. 547), *« les personnes en difficulté »* (Com. 548), *« la classe ouvrière »* (Com. 644), *« des vaches à lait !!! »* (Com. 654). Selon la génération : *« les générations futures »* (Com. 614), *« les retraités »* (Com. 856).
La politique	Gouvernementale et institutionnelle : *« le Ministère de la Santé »* (Com. 7), *« l'état »* (Com. 18), *« la République »* (Com. 645), *« le prochain PR »* (Com. 23), *« les députés »* (Com. 28), *« des politiques »* (Com. 327), *« un gouvernement »* (Com. 370), *« au parlement »* (Com. 516), *« les maires »* (Com. 806), *« nos dirigeants »* (Com. 495), *« législateurs »* (Com. 537), *« énarque »* (Com. 569), *« élus »* (Com. 576). Des personnes : *« Marisol Touraine »* (Com. 12), *« M. S. T. »* (Com. 118), *« elle »* (Com. 382), *« la ministre »* (Com. 480), *« sarko »* (Com. 54), *« Hollande »* (Com. 154), *« Marine Le Pen »* (Com. 498), *« Valls »* (Com. 531), *« Cahuzac »* (Com. 620), *« Jupé »* (Com. 754), *« ils »* (Com. 82), *« eux »* (Com.

	600). Des partis politiques : *« la droite »* (Com. 31), *« les socialistes »* (Com. 244), *« l'UMP »* (Com. 370), *« du FN »* (Com. 370), *« le PS »* (Com. 416). Des critiques : *« des idiots »* (Com. 241), *« nos politiciens-menteurs »* (Com. 428), *« bande de nuls »* (Com. 527), *« la ploutocratie française »* (Com. 606), *« la fourmilière politique »* (Com. 644), *« des nuls et des bulleurs »* (Com. 831).
La sécurité sociale	*« La Sécurité Sociale »* (Com. 211), *« la Sécu »* (Com. 182), *« la sécuso »* (Com. 388), *« la SS »* (Com. 730). Ironiquement : *« l'usine à gaz Sécu »* (Com. 82), *« la poule aux œufs d'or (Sécu) »* (Com. 802), *« un musée »* (Com. 318). Des caisses : *« Les CPAM »* (Com. 185), *« la CNAM »* (Com. 629), *« l'assurance maladie »* (Com. 223), *« assurance médicale »* (Com. 300), *« aux assurances sociales »* (Com. 557), *« leur Caisse »* (Com. 342), *« de caisses collectives »* (Com. 706). Un régime public : *« le régime de base »* (Com. 195), *« le régime général »* (Com. 341), *« les caisses sociales étatisées »* (Com. 276), *« l'état »* (Com. 277), *« secteur public de santé »* (Com. 412). Un système social : *« du système »* (Com. 287), *« le système de santé »* (Com. 341), *« un seul organisme »* (Com. 410), *« couverture sociale »* (Com. 155), *« aides sociales »* (Com. 164), *« notre protection sociale »* (Com. 561). Des dispositifs : *« le retour Noemie »* (Com. 42), *« la carte vitale »* (Com. 48), *« les feuilles de soin »* (Com. 61), *« Ald »* (Com. 70), *« à 100% »* (Com. 96), *« dispositif ROSP »* (Com. 70), *« la CMU »* (Com. 76), *« AME »* (Com. 87), *« les franchises et les forfaits »* (Com. 90). Des difficultés : *« le trou de la sécu »* (Com. 117), *« les maux de la sécu »* (Com. 576), *« la crise de la sécu »* (Com. 607), *« le déficit du régime général de la sécurité social »* (Com. 617).
Les mutuelles	*« les mutuelles et assurances »* (Com. 21), *« organismes mutualistes »* (Com. 20), *« une complémentaire »* (Com. 289), *« les sur-mutuelles »* (Com. 318).

Le privé : *« les assureurs privés »* (Com. 296), *« le secteur privé de santé »* (Com. 412), *« le privé »* (Com. 84), *« secteur purement privé et privé non conventionné »* (Com. 751), *« des caisses d'assurance maladie privées »* (Com. 822), *« des compléments hors sécu »* (Com. 423).

Une relation contractuelle et financière : *« les cotisations »* (Com. 113), *« des primes de mutuelles et exclusions »* (Com. 129), *« votre contrat »* (Com. 129), *« les prix des mutuelles »* (Com. 163), *« le tarif de ces mutuelles »* (Com. 532),

Une multiplicité : *« les 600 mutuelles »* (Com. 523), *« des centaines de mutuelles »* (Com. 537), *« du maquis des complémentaires »* (Com. 742).

Tableau 2 : Analyse lexicale des acteurs du discours

2. Utilisation de la dimension non verbale

Les ponctuations étaient les dimensions non verbales les plus utilisées :

- Les **points d'exclamation** venaient appuyer le discours (soutient, opposition) ou marquer l'étonnement de l'intervenant.
  «… la solidarité. zut alors…..il ne faut pas que ce soit un vain mot !!!!!! » (Com. 238)
- Les **points d'interrogation** étaient utilisés pour renforcer une adhésion, une affirmation ou montrer son opposition par ironie.
  « Ne pourrait-on pas rémunérer le patient qui va voir son médecin ? » (Com. 1)
- Les **points de suspension** amenaient à approfondir une réflexion, développer un raisonnement, ouvrir le débat ou parfois laisser des sous-entendus.

  « le terme… "médecins libéraux" est une usurpation d'identité..... ils vivent exclusivement des subsides de la CNAM… exact..... donc rente… à vie..... en même temps ils pleurnichent sur leurs horaires ahurissants, et refusent de voir d'autre professionnels alléger leurs travail…. bref, le beurre et l'argent du beurre…. » (Com. 629).

- Les **parenthèses** et les **guillemets** pouvaient apporter un complément d'information, une adaptation du discours. Le discours était soit plus personnel (utilisant parfois le langage familier), soit à nuancer ou renforcer.
  « Quand ils ont une complémentaire, ça devient "gratuit" (mais avec des cotisations musclées, parfois obligatoires, certains veulent la "rentabiliser"). » (Com. 205)

Les **majuscules** étaient principalement utilisées pour l'expression d'acronyme. Seul quelques intervenants l'ont utilisé pour accentuer un mot : *« Ce serait le TIERS GAGNANT GAGNANT. »* (Com. 1).

Les **dessins**, ou smiley, ont été très peu utilisé par les internautes. Ils servaient à renforcer l'expression d'une émotion : *« et c'est top* ;-p *»* (Com. 558).

3. Deux exemples marquants de l'analyse lexico-linguistique

a) Ironiser sur la généralisation

Dans l'objectif de divertir ou persuader, plusieurs intervenants ont choisi de détourner le principe de généralisation du tiers payant dans des domaines de la vie courante (achats, salaire, impôts : *« A partir de 2017 on rase gratis… pourquoi pas la baguette gratis… pour ceux qui n'ont pas les moyens de manger… et puis l'essence pour ceux qui sont obligés de chercher du boulot… de la fumisterie »* Com. 126, *« Et le tiers payant pour les impôts c'est pour quand ?… lol !* » Com. 758) ou faisant débat dans la société (accès aux drogues : *« Est ce qu'on pourra venir se shooter gratuitement pris en charge à 100% sans avance des frais ? Parce que vu le prix de la poudre, ça devrait être remboursé par la sécu, ça serait une mesure de justice sociale de gauche par rapport à ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir de la poudre de bonne qualité »* Com. 860).

Cette dérision venait renforcer le côté démagogique de la mesure de TPG et amenait des questions plus profondes sur les inégalités sociales de santé.

b) Agressivité des discours : thème de la politique et de la rémunération des médecins

Les thèmes de la politique et de la rémunération des médecins étaient ceux les plus marqués par l'agressivité des internautes.

Sur le plan lexico-linguistique, le langage courant ou familier y était souvent employé *(« Mais avec le PS tout fout le camp. »* Com. 47), ainsi que le discours non verbal (ponctuation et majuscule : *« Les médecins pour " beaucoup trop" … surtout les Spécialistes, sont de nos jours des commerçants de santé !!!… »* Com.549). Les échanges entre internautes étaient plus présents et les commentaires souvent plus courts. Les patients dans l'opposition exprimaient leur avis pour persuader, utilisant peu de référence pour appuyer leur discours.

IV. DISCUSSION

A. Choix du sujet

J'ai toujours été intéressée par les questions concernant la relation patient-médecin. Elle est présente dans tous les moments de la démarche médicale (16) et fait partie de la pratique quotidienne de notre métier. La lecture du livre de Géraldine Bloy « Singuliers Généralistes » (17), à la fin de mon externat, m'a apporté une vision plus globale de la médecine générale, m'amenant à réfléchir pour la première fois aux questions d'économie de santé.

Le deuxième point de départ qui a balisé le choix de ce sujet était l'analyse apportée lors de la cérémonie d'ouverture du 14ème congrès du Collège National des Généralistes Enseignants (2014, Lille) : la recherche en médecine générale s'intéresse peu aux patients et étudie surtout la pratique des médecins généralistes ou internes de médecine générale. Dès lors, il me paraissait important d'orienter mon sujet de thèse sur les représentations des patients. Cette dynamique était retrouvée dans le travail d'Isabelle Laplace (15) et la méthodologie de recherche sur les forums internet, qui m'a alors été présentée par ma directrice de thèse.

La suggestion, née d'une concertation d'idées avec ma directrice de thèse et les chefs de cliniques du Département Universitaire de Médecine Générale d'Amiens (DUMGA) de travailler sur la généralisation du tiers payant, a tout de suite fait naître une curiosité qui ne m'a pas quittée tout au long de ce travail.

Les premières recherches sur le sujet ont confirmé l'intérêt de ce travail devant l'absence d'étude sur le discours des patients vis à vis du projet de Loi de TPG.

B. Choix de la méthode

1. Utiliser la méthode qualitative

En France, la recherche médicale est très influencée par l'héritage du positivisme de la recherche quantitative. Pourtant, il existe une diversité des besoins et aucune méthode de recherche ne sera décrire parfaitement les réalités de la vie (18). La méthodologie de la recherche qualitative française en médecine, surtout utilisée en médecine générale, est marquée par les courants philosophiques et phénoménologiques (sociologie, anthropologie). L'objectif de cette méthode de recherche est d'aboutir à la construction d'un résultat, sous la forme d'une hypothèse définie et décrite. Au delà de l'adhésion ou non à ce projet de Loi, le travail d'observation servait à approfondir l'analyse du discours des patients internautes. La

diversité et la complexité des points de vue étaient recherchées au delà de la représentativité des commentaires inclus.

L'utilisation de la méthode qualitative était la plus pertinente pour répondre à ma question, puisque les recherches quantitatives existent au travers de sondages déjà réalisés, souvent par des instituts publiques ou sociétés privées d'enquête.

Comme l'exprime Catherine Pope (19), j'ai rapidement pu constater que la recherche qualitative peut produire de grandes quantités de données textuelles. Menée avec rigueur et de façon systématique, l'analyse de ces données est une activité de recherche complexe et chronophage qui ne peut pas être choisie par facilité.

2. Analyse de discours

L'analyse de discours est peu utilisée en recherche qualitative médicale. Elle est issue de la linguistique (20) et permet l'analyse des rôles sociaux, de la construction identitaire, de l'accomplissement de projet.

La particularité de cette analyse de discours était l'analyse de commentaires internet. Contrairement aux médias dits traditionnels (21), la participation sur Internet offre à tous un droit de parole, sous des formes variées (blogs, commentaires sur les réseaux sociaux, les forums, ou à la suite d'article) (22).

Il existe aujourd'hui de nombreuses analyses sur ce qu'est le discours sur Internet :

- un entre-deux de l'oral (sans mémoire, non reproductible à l'identique) et de l'écrit (lieu de permanence) (23),
- une communication interpersonnelle de masse (24),
- un mélange entre discours profane et spécialisé où se côtoient émotion et information,
- un flux, une réactivité face à l'information en temps réel (25).

La participation des internautes ne correspond pas seulement à des demandes d'informations mais aussi à « des apports d'informations, des recherches de contacts, d'ouvertures de débats, du dévoilement de soi ou encore des activités ludiques (jeux ou blagues) ».(24)

Il existe souvent une désorganisation des discussions ou une digression thématique dans les fils de discussion des forums internet (26) qui n'ont pas été retrouvées dans cette étude.

On peut donc supposer que l'article journalistique à la source des commentaires entraine une organisation des discours et borne la thématique. Il y avait effectivement peu de

commentaires « hors sujet » ou « dérivant » et la plupart évoquaient des mesures d'économie à mettre en place dans d'autres domaines que celui de la santé.

En revanche, j'ai retrouvé dans cette étude les normes globales de communication sur Internet telles que Atifi et Marcoccia (26) les définissent : concision, clarté, courtoisie, utilisation de smileys.

3. Utiliser un journal de Bord

J'ai très tôt reconnu l'intérêt de l'utilisation du journal de bord. Il a été mon aide mémoire, mon organisateur de réflexion, mon accompagnant dans chaque étape de la recherche et de l'écriture de cette thèse.

J'ai appuyé cette utilisation sur la définition qu'en fait Colette Baribeau : « Le journal de bord est constitué de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'évènements ([…] des idées, des émotions, des pensées, des décisions, des faits, des citations ou des extraits de lecture, des descriptions de choses vues ou de paroles entendues) contextualisés (le temps, les personnes, les lieux, l'argumentation) dont le but est de [⋯] se souvenir des évènements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste, de se regarder soi-même comme un autre. ».(27)

Le journal de bord devient un outil de scientificité de la recherche, contribuant à la validité interne. Il permet d'éviter la variance dans le temps de la recherche pour le chercheur réalisant le codage, ainsi que d'aider au processus itératif de lien entre les données et l'analyse.

Le journal de bord m'a également servi pour le processus de cartographie, afin de trouver du lien entre les thèmes mis en évidence et de les organiser entre eux pour faire sens. (19)

4. Recueil des verbatim sur Internet

La recherche sur Internet présente des avantages et des inconvénients.

Les avantages décrits par le Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observatoire des Conditions de vie (CREDOC) (28) et retrouvés pour cette étude ont été : le moindre coût par rapport à la taille de l'échantillon, la rapidité et l'adaptabilité au chercheur du temps de recueil des données, l'absence de limite géographique.

Les inconvénients sont le risque : d'erreur d'échantillonnage (pour lequel j'ai utilisé 2 moteurs de recherche différents dans la sélection des articles de journaux), d'erreur de couverture (suppression de commentaires par une modération préalable à l'étude), d'erreur de

mesure et d'observation (triangulation des données). Toutefois, la question la plus importante reste la représentativité des données sur une population générale.

Pour évaluer ce dernier point, je vais tenter d'établir un profil des internautes. Internet est un lieu d'expression, de témoignages et de partages d'expériences (29). C'est également un lieu d'anonymat ce qui implique le peu d'informations dans cette étude sur la population qui s'exprime.

En 2010, l'étude du CREDOC (28) retrouve que les internautes français sont plutôt jeunes, plus diplômés, plus aisés et davantage représentés chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. La présence d'un enfant dans le foyer ou le nombre de personnes dans le foyer augmente la probabilité d'utiliser Internet (82% dès qu'un enfant est présent, contre 55% pour les foyers sans enfant). Le lieu de résidence à également un impact sur l'utilisation d'Internet, les Parisiens ou habitants des grandes agglomérations françaises étant plus connectés que les résidents de communes rurales (22).

Il était également retrouvé que les internautes ont des opinions assez semblables sur des questions sociétales (davantage favorables à l'union homosexuelle, l'homoparentalité, le travail des femmes), ce qui n'était pas retrouvé pour les questions sur le thème de la santé. Ce qui correspond à la diversité des idées retrouvées dans cette étude sur le TPG.

Il existe différentes utilisations d'Internet comme outils de communication, de recherche d'informations, ou d'échappatoire (30). Une enquête menée par le ministère de la Culture en 2008 retrouvait que 39% des personnes ont lu des journaux sur le web dans le dernier mois. La lecture de l'actualité en ligne ne se substitue pas à l'utilisation des autres médias mais vient en complément des médias dits traditionnels (presse écrite, télévision, radio). Toutefois, la participation sur le web et la presse en ligne concerne une minorité d'internautes, où les contributeurs semblent posséder un capital culturel assez élevé (22). En étant à la fois consommateurs d'informations (délivrées par les journalistes) et producteurs d'informations (compléments, rectifications et remises en causes faites dans les commentaires), les internautes deviennent des « prosomateurs » selon Calabrese (31).

C. Analyse des biais

Le premier biais de cette étude est celui de sélection de la population impliquant la notion de population représentée par la recherche. Les commentaires sélectionnés sont ceux de personnes intéressées par le sujet du TPG, qui :

- lisent la presse,
- la lisent sur Internet,
- ont un commentaire à faire,
- le déposent sur Internet,
- et pour certains sites s'inscrivent afin de pouvoir laisser leur commentaire.

Il existe également le risque que certains commentaires « s'écartant du sujet ou trop agressifs » (32) aient été supprimés avant le recueil de l'étude, en fonction des critères de modération de chaque site de presse en ligne.

Il existe un biais possible dans l'exclusion des commentaires. J'ai fait le choix de n'exclure les commentaires qu'en cas de marque d'appartenance objective au corps médical. Mais j'ai parfois eu de gros doutes (subjectifs) sur la possibilité de ne pas exclure des commentaires de médecins non identifiés comme tels.

L'erreur d'échantillonnage a ici été limitées par l'utilisation de 2 moteurs de recherche dans la sélection des articles de journaux, que j'ai, par la suite, inclus dans un objectif d'ouverture sur différentes populations en fonction de la ligne éditoriale du journal.

Le biais de mesure et d'observation est également possible du fait de mon absence d'expérience préalable à la recherche qualitative. Afin de réduire ce risque j'ai débuté mon travail de thèse par un apprentissage de la méthodologie à l'aide de livres sur la recherche en médecine générale (33), la recherche qualitative (13), et l'analyse de discours (34). D'autre part, la triangulation des données sur le codage et l'utilisation du journal de bord tout au long de ce travail sont des éléments diminuant le risque de mauvaise interprétation.

Il peut exister un biais de désirabilité sociale du fait du caractère public des commentaires. « La désirabilité sociale reflète la tendance des personnes interviewées à vouloir donner une bonne image d'eux-mêmes ou à répondre de la façon la plus proche possible de ce qu'ils considèrent être la norme sociale. »(28). Le caractère observationnel non participant de cette étude diminue ce risque mais n'évite pas le fait que les participants puissent être de mauvaise foi.

Enfin, j'ai cherché à évaluer mon travail avec des grilles d'évaluation reconnues dans la recherche qualitative. Je n'en ai pas retrouvé qui correspondent à mon travail d'analyse de discours, mais je me suis appuyée sur l'échelle COREQ (35) check-list de 21 items utilisée pour les interviews et focus-group, et la grille d'évaluation ENTREQ (36) utilisée pour la publication de synthèse d'études qualitatives en santé.

J'en tire les conclusions que mon travail est :

- Affaibli par : mon absence d'expérience, l'absence de retour possible par les participants sur mon analyse, le manque de données démographiques des internautes, la faiblesse méthodologique de l'analyse lexico-linguistique.
- Enrichi par : l'absence d'influence sur les données recueillies, la recherche de variation maximale de l'échantillonnage tant sur le plan des opinions que de l'évolution dans le temps, la saturation des données, la multidisciplinarité du codage dans la triangulation avec un chercheur non médecin, le caractère inductif du processus de codage (cf. annexe 6 : schéma de formalisation de l'analyse selon le modèle itératif en trois temps ou modèle circulaire interactif (37)), l'utilisation d'un logiciel d'aide au codage et d'un journal de bord.

D. Résultats confrontés aux données de la science

1. L'accès aux soins primaires : le TPG est-il une priorité en terme d'économie de santé ?

Pour les patients, comme on le retrouve dans la littérature pour les médecins en faveur de la généralisation du tiers payant, c'est l'argument de l'amélioration de l'accès aux soins qui prime et fait consensus. De même, comme nous l'avons retrouvé dans le discours des internautes, la thèse de Julien Amar (9) montre la crainte de l'apparition d'une médecine à deux vitesses chez les médecins opposés au TPG avec la notion de « démobilisation thérapeutique ».

Les études d'économies de santé montrent que le passage de la gratuité des soins à une participation (même minime) par consultation engendre une diminution des consultations de soins ambulatoires. En revanche, cela se fait au dépend d'une augmentation nette des hospitalisations par un retard à la prise d'avis médical et en conséquence des atteintes plus graves associées à des traitements plus coûteux. (38). On retrouve ainsi qu'en terme d'économie de santé le TPG en médecine générale permet une diminution globale des dépenses de santé.

Cela ne peut être vrai que si l'accès aux soins primaires n'est limité que du point de vue financier puisqu'il a également été montré qu'une population ayant une bonne protection sociale aurait plus de dépenses de ville et moins de dépenses hospitalières, alors qu'une population moins bien assurée a moins de dépenses de ville mais plus de dépenses hospitalières (39).

Une expérience menée aux Etats-Unis sur plus de 2000 patients soumis de façon aléatoire à des systèmes de facturation allant du TPG à la facturation de 95% du coût des soins a montré une diminution de la consommation globale des soins et des dépenses en cas de coût plus élevé pour le patient sans variation sensible sur l'état de santé, sauf pour les patients pauvres et en mauvais état de santé (40).

J'ai retrouvé dans cette étude qualitative auprès des patients internautes la même diversité d'arguments, en faveur ou en opposition au TPG, que ceux avancés par les médecins (10) ou débattus par les députés. Si les patients parlaient peu du TPG actuel pour eux, le rapportant toujours aux personnes bénéficiant de la CMU, ils évoquaient en revanche les autres façons de ne pas avoir d'avance de frais (carte bancaire différée en lien avec la mutuelle, report de l'encaissement du chèque).

En conclusion, s'il n'est pas donné aux soins primaires les moyens logistiques et humains pour un véritable accès aux soins, le risque d'une médecine à deux vitesse ne se situera plus sur le plan financier mais sur la durée d'accès aux soins et l'accompagnement des patients les plus à risque. Je reprendrai donc la phrase de Fréderic Bizard : « L'intérêt du TPG s'arrête là où le risque de renoncement aux soins pour raison financière s'arrête » (1).

2. Quels sont les limites de l'accès aux soins ?

Le système de soins français est celui qui engendre le plus faible effort financier de la part des patients (1,5% des dépenses du ménage versus 2,9% de moyenne européenne) (41).

De nombreuses études s'accordent pour dire que le renoncement aux soins (1)(41) :

- concerne plus les patients sans couverture complémentaire situés juste au dessus des plafond de CMU,
- est faible en médecine générale,
- prédomine sur les soins dentaires ou optiques.

Dans mon étude, les patients rapportent cette difficulté financière d'accès aux soins pour les soins dentaires ou optiques, mais également chez certains spécialistes libéraux ou hospitaliers, mettant en avant le retard au remboursement de frais importants et les dépassements d'honoraires non pris en charge. Ils évoquent également la problématique de déremboursement sur de nombreux médicaments.

Selon le philosophe Rawls, un système de santé est équitable si la consommation de soins de santé relève de la volonté du patient, de ses capacités de paiement, pourvu qu'un niveau de soin minimum de base soit garanti à tous. Mais ne pouvant satisfaire à tous les besoins, il faut

identifier, évaluer puis prioriser ces derniers en fonction d'un esprit de santé communautaire, multidisciplinaire (environnemental, hygiéniste, alimentaire et médical), et de la faisabilité politique, légale, éthique ou organisationnelle. Michel Foucault met bien en évidence cette difficulté d'éthique et de justice sociale : « Le problème soulevé est donc celui de la mise en rapport d'une demande infinie avec un système fini. » (39).

Il semble alors évident en terme d'économie de santé que tous les soins ne puissent pas être pris en charge pour tous. La difficulté reste alors de poser les limites, tout en suivant les préconisations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) visant à « établir un panier de soins universellement accessibles, dans lequel la médecine générale occupe une place primordiale. » (41)

3. Des solutions à l'encontre du risque de déresponsabilisation ?

Cette étude montre que les patients établissent un lien entre gratuité, abus des aides sociales et déficit de la sécurité sociale.

Cet état des lieux empirique des patients peut être mis en parallèle avec le travail de Nicolas Nusbaum sur l'influence des coûts de santé sur le comportement des utilisateurs du système de soins (42). Son étude montre que le niveau de connaissances des patients vis-à-vis du coût des soins est médiocre et généralisé, indépendamment de l'origine de sa demande et du statut médical du patient. Or, les patients seraient incités à choisir des soins moins couteux s'ils connaissaient leur coût notamment pour les actes de laboratoire ou les médicaments. Ils disent souhaiter être informés du coût des soins, au moment de leur prescription ou de leur réalisation, même lorsque ceux-ci entre dans le cadre du TPG.

La place du médecin traitant apparaît primordiale pour apporter cette information, de part son rôle central dans l'orientation des patients et la régulation de la demande de soins.

Nicolas Nusbaum évoque la possibilité de mettre en place un ticket de carte vitale pour informer le patient du coût des soins même en TPG.

4. La rémunération des médecins en question ?

La rémunération est un sujet qui fait l'objet de nombreux débats dans les commentaires recueillis. On retrouve l'idée que le médecin à une rémunération confortable (avec de nombreux chiffres cités en exemple), en profitant du patient (notion de dépassement

d'honoraires), de la collectivité (notion de déficit de la sécurité sociale) et du fisc (notion de non déclaration de la totalité des revenus).

Olivier Saint-Lary a évalué les conséquences du mode de rémunération du médecin généraliste sur les soins (43). La capitation et le salariat, évoqués par les patients comme possibilité d'évolution de la rémunération des médecins, sont tous les deux des systèmes qui diminuent la productivité (le médecin n'est pas sollicité pour pratiquer plus d'actes) mais permettent de diminuer les dépenses de santé et de développer les activités non curatives. Toutefois, il n'existe pas de preuve scientifique d'une supériorité d'un moyen de rémunération à un autre (44). Les recommandations actuelles de l'OMS tendent vers des rémunérations mixtes avec une partie fixe de capitation ou salariat et une partie variable de paiement à l'acte ou à la performance.

On peut rappeler que la médecine de ville a le meilleur rapport coût-efficacité, au niveau de l'économie de la santé. Elle représente seulement 22% de l'ensemble des dépenses de santé (1).

Comme le décrit Cécilia Reymonet dans sa thèse sur le rapport médecin-malade-argent (45), « le prélèvement des cotisations sociales rend les patients exigeants envers les médecins ». Il est étonnant de noter que la modification de la relation médecin-patient par l'avance des frais est un thème qui n'est pas du tout abordé par les patients dans ma recherche. Or, le paiement direct du patient amène la notion d'une transaction commerciale dans l'acte médical. Cette transaction peut être vécue par le médecin comme reconnaissance, valorisation de son travail, ou sentiment de culpabilité dans leur rapport à l'argent. Dans cette dernière situation, le TPG pourrait soulager le médecin de la demande d'argent.

5. Le patient devient-il consommateur ?

Les patients internautes expriment une certaine importance dans un « droit à la santé » qui mènerait à un « devoir des médecins ». Pour beaucoup d'observateurs, cette évolution de l'approche paternaliste amène le patient à devenir « consommateur de soins »(46).

La réflexion menée sur mon journal de bord m'a conduite à une schématisation de la vision que le patient a de sa place, telle que je l'ai perçue au travers de l'analyse des commentaires :

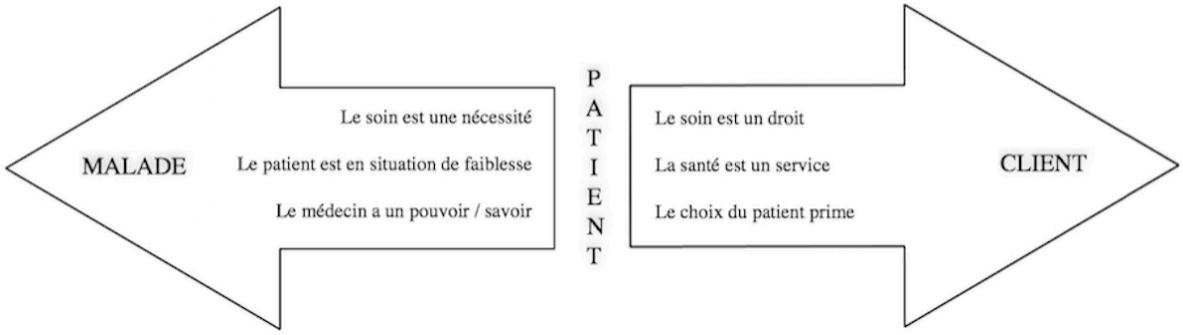


Figure 1 : Schématisation de la place du patient

« Les patients deviennent plus exigeants et moins aveugles ». Cette mentalité de consommateur peut être considérée comme positive car stimulante pour le corps médical, comme l'évoque Martin Hirch dans une émission de Complément d'Enquête sur le malaise des médecins (47).

Pourtant, cette analyse du patient consommateur peut être nuancée par certains travaux faisant état d'un « paternalisme inversé », comme l'explique Cécile Méadel sur l'influence d'Internet dans l'accès à l'information médicale (48) : « Les patients qui s'expriment sur Internet sont très soucieux de respecter le partage des rôles et de ne pas empiéter sur les prérogatives du médecin. L'accès accru à l'information […] ne conduit pas à plus de scepticisme ou moins de confiance dans le corps médical. […] On observe même un « paternalisme inversé », ou le souci de protéger son médecin contre ce qu'il pourrait interpréter comme une remise en cause de sa compétence ! ». Cette analyse m'a surprise puisqu'elle ne se retrouve pas dans le discours des patients de mon étude, où le médecin n'est pas épargné par les commentaires négatifs des patients.

6. Vision négative des grèves : une influence des médias ?

Il est intéressant de voir que dans l'enquête Doctissimo « Le Tiers payant et vous » (49), conduite en mars 2015, 60% des participants (principalement des femmes (62,8%) et des plus de 50 ans (63,9%)) comprennent l'opposition des médecins à la généralisation du tiers payant, quel que soit leur niveau de revenus. Ce soutien aux médecins est peu retrouvé dans mes résultats plutôt fortement marqués par une opposition à la grève.

J'ai retrouvé dans la littérature, l'idée que pour les médecins (10), les patients sont influencés par la vision démagogique des politiques et l'information réductrice sur le TPG des médias. L'influence des médias est un sujet peu abordé par les patients, mais ces derniers évoquent surtout l'idée d'être manipulés par les politiques et les médecins.

Il existe bien une dualité entre l'opposition à la grève des médecins pour le retentissement sur la population dans un contexte de « grèves des nantis » et la compréhension de l'opposition des médecins au projet de Loi de TPG. Cette ambivalence dans la vision du médecin et des grèves est selon moi à mettre en parallèle avec l'évolution de la relation patient-médecin. En effet, comme nous avons pu le voir dans les chapitres précédents, le patient devient de plus en plus un consommateur éclairé. Malgré l'ancrage historique de la relation médicale paternaliste, les médecins tendent à modifier leur pratique vers un partage du savoir et des décisions. L'équilibre dans la relation médecin-patient est en permanence remise en cause pouvant créer de part et d'autre des insatisfactions ou conflits.

7. Exemple des pays étrangers : des pistes pour une évolution du système de santé ?

Certains internautes évoquent le principe que des bons soins coûtent chers et ainsi, par raisonnement succinct, que la gratuité conduit à de mauvais soins. Cette argumentation est appuyée par les exemples des pays étrangers, qui ont bien souvent une histoire et construction du système de santé bien différentes.

En Europe, les pays avec un système de santé financé par les cotisations sociales (de type Bismarkien) pratiquent quasiment sans exception l'avance de frais comme en France (41). En revanche, les pays qui ont un système de santé financé par l'impôt (de type Beveridgien) pratiquent tous le tiers payant pour les soins de premiers recours. C'est le cas par exemple en Allemagne où le TPG est un fait constitutif du fonctionnement des caisses d'assurance maladie (1). On retrouve bien dans les exemples donnés par les internautes que, comme l'a montré Emeline Nys (44), chaque pays à son modèle spécifique et unique d'organisation des soins. Il existe toutefois, au niveau européen, des tendances qui suivent les souhaits des patients : la création de cabinet de groupe, le développement d'outils pour l'amélioration de la qualité des soins.

Parmi les outils évoqués par les patients, la télémédecine (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance) peut présenter une chance à saisir pour réduire les inégalités de santé et favoriser un accès plus équitable au système de santé (50). Cette révolution de l'information médicale n'est pas sans risque (commercialisation et utilisation à des fins idéologiques ou sectaires des informations médicales, menace du secret médical) et en France « La Haute Autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la sante »(51).

L'évolution m'a semblé être tout au long de l'analyse une idée centrale : évolution de l'accès aux soins, évolution de la rémunération des médecins, évolution des idées, évolution de la pratique de la médecine générale. Cette notion d'évolution était associée à celles de développement et restructuration du système de santé dans sa globalité, indispensables pour les patients et mis en opposition à la notion de conservatisme du corps médical.

8. Vers un désengagement de la sécurité sociale ?

La question du financement du système de santé est un sujet qui reste en marge des discussions sur le TPG. On retrouve donc bien une occultation dans le débat public de cette question comme le mettait en avant Valérie Fargeon (52). Or, le problème de financement est inhérent au système d'assurance maladie (recettes indexées sur la croissance avec les cotisations versus dépenses basées sur les besoins, indépendamment de l'économie) et les dépenses de santé doivent être perçues comme un investissement à long terme.

En France, le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant entre 1995 et 2006 était de 2,7% (40), avec une croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) annuelle moyenne à 2,3%(53). L'augmentation des dépenses de santé est liée à l'augmentation du PIB et à l'augmentation du revenu par habitant dans tous les pays de l'OCDE. Toutefois, la diminution des coûts de santé reste une gageure des politiques de santé.

Dans mon étude, la sécurité sociale apparaît pour les patients comme un régulateur des dépenses de santé en établissant un équilibre entre financement et coût, alors que les mutuelles seraient dans le profit et le gain de l'entreprise privée. La notion de « mutualité » perd son sens premier et vient s'opposer à une société de consommation et d'individualisme, où les patients ont l'impression de payer au bénéfice des autres. Le livre Introduction à l'économie de la santé (52) évoque lui aussi ce conflit entre politique de responsabilisation financière et politique de solidarité. Mais la répartition du financement des soins primaires entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire reste un questionnement pour la population, de patients comme de médecins (43). La décision politique de souscription obligatoire à une assurance maladie complémentaire pour les travailleurs salariés du privé, mise en place en janvier 2016, vient renforcer cette incertitude et la crainte de voir l'assurance maladie obligatoire fragilisée au profit des mutuelles privées.

9. Découragement des médecins généralistes à s'installer en libéral : une crainte ou une réalité ?

En terme de dynamique démographique, entre 1995 et 2005, le nombre de médecins généralistes libéraux ou mixtes a augmenté de 0,1% alors que le taux de croissance des généralistes salariés hospitaliers était de 29% et de généralistes salariés non hospitaliers de 19,6%(17). Entre 2007 et 2015, l'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (54) rapporte une diminution de 10,3% du nombre de généralistes installés, aussi bien dans des zones rurales qu'urbaines.

L'argument d'un effet du TPG sur la démotivation est porté par les internautes opposés au projet de loi. Si un tel malaise au sein des médecins généralistes existe bien, il n'est pas nouveau comme le montre l'article de 2006 « Médecine générale en crise : faits et questions » (55), et ne concerne pas uniquement la France comme en atteste l'article du British Médical Journal « Why are doctors so unhappy ? » (56) et celui du Canadian Family Physician « Devenir médecin généraliste. Et le bonheur, dans tout cela ? » (57).

La première cause de désaffection pour l'exercice de la médecine générale concerne les conditions d'exercice. L'isolement est un frein à l'installation en libéral. Les jeunes médecins souhaitent travailler en collaboration (58) et accéder à un niveau de qualité de vie (1) (temps de travail, lieu de vie) plus que privilégier un mode particulier de rémunération. En effet les jeunes médecins généralistes sont plus enclins à la diversification des modes de paiements (9), lorsque leurs ainés sont plus attachés au paiement à l'acte.

D'autre part, les médecins sont découragés par le sentiment de perte d'autonomie professionnelle et de contrôle, vécus comme injustice et remontrance : « vous faites mal votre travail ». Ils se sentent sous surveillance permanente, fragilisés par le risque de sanctions administratives, disciplinaires ou pénales (47).

En tant que jeune médecin, avec une petite expérience personnelle de remplacement en médecine libérale et de stages ambulatoires en autonomie, je ne pense pas que le mode de rémunération direct crée une sensation plus grande de reconnaissance de mon travail. La reconnaissance par la rémunération vient à mon sens trouver sa place dans un cadre plus global : être médecin n'est pas qu'une vocation et reste un travail qui nécessite un salaire comme tous les autres métiers. Il existe de ce fait, une notion d'échelle importante à prendre en compte à mon sens dans la reconnaissance entre : être médecin et être le médecin de ce patient dans la pratique quotidienne.

Enfin, je reste optimiste quand à l'évolution de la médecine générale. Que ce soit en médecine libérale ou salariée, notre métier de soignant de premier recours reste une nécessité du système de soins. De plus, la relation engagée avec le patient est celle choisie par le médecin.

10. Une critique du monde médical relative ?

Le commentaire 251 « les trois quarts n'ont plus rien à voir avec le mot médecin » m'a amené dans mon journal de bord à réfléchir sur la définition du mot « médecin ».

Venant du latin « medicus » qui signifie apte à guérir, il définit le professionnel de santé titulaire d'un diplôme de docteur en médecine qui soigne les maladies, les pathologies et les blessures (59). Dans ce travail, on retrouve le médecin sous l'angle de l'écoute, de l'empathie, du temps consacré au patient, de la vocation, de déontologie, mais aussi de corporatisme, de profit financier, de corruption et de lobbying.

Dans l'enquête de Jean-Marie Bonnetblanc (60), réalisée auprès des patients pour savoir ce qu'est un « bon médecin », ce dernier était défini comme celui ayant une habileté de communication, des qualités humaines et professionnelles, et une typologie affective et relationnelle. Les limites rapportées de cette étude étaient la prise de position positiviste, engagée dès la question.

Mes résultats correspondent plus à la critique du monde médical qui était également retrouvée sur les forums médicaux dans la thèse d'Isabelle Laplace. On y voyait une critique des compétences, du manque de connaissance, la notion de cupidité, le manque de disponibilité ou d'explications, la présence de conflits d'intérêts (29).

J'ai été étonnée de retrouver dans l'analyse des commentaires sur le TPG que cette tendance globale à la critique des médecins pouvait mener jusqu'à détourner une vision positive du médecin qui aurait « trop d'empathie pour ses patients » (Com. 397).

Les patients font également état de l'importance de la liberté de choix du médecin traitant, pour une relation médecin-patient de qualité, comme le revendiquent les médecins (16).

En terme d'économie de marché, le libre choix du médecin traitant entraine une mise en concurrence de l'offre médicale qui incite le médecin à proposer une offre de qualité. (1) A mon sens, cette liberté de choix du médecin doit être nuancée par la densité médicale, qui amène le patient à consulter le médecin disponible ou acceptant de nouveaux patients.

La discussion des patients autour du caractère libéral de la médecine générale est également soulevée par les chercheurs, comme Michel Borgetto (61) qui pose la question : « le « modèle » libéral est-il devenu une fiction » ? En effet, on peut se demander si le processus

de diversification de la rémunération, en particulier la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), n'est pas responsable d'un effet de subordination des médecins aux organismes financeurs d'assurance maladie.

Finalement, on retrouve aussi dans notre population d'internautes l'idée que le médecin généraliste est un pivot du système de santé, un acteur essentiel des soins primaires, au plus proche des patients, comme le rappellent le gouvernement et l'OMS.

E. Perspectives

La discussion sur le TPG ayant mené à de si larges débats, les perspectives d'ouvertures de ce travail sont larges.

Tout d'abord, on peut se demander si le vote final de la Loi avec un tiers payant généralisé non intégral a modifié les craintes exprimées par les patients et les médecins libéraux vis-à-vis des difficultés logistiques.

Le nombre croissant de recherches qualitatives sur le TPG en France pourrait amener à la réalisation d'une méta-analyse pour l'évaluation globale du sujet.

D'autre part, je n'ai pas retrouvé d'étude évaluant l'impact pour le patient du paiement direct en consultation de médecine générale dans la relation médecin-patient.

Il pourrait également être intéressant d'évaluer le « droit de réponse » des médecins généralistes aux commentaires sur Internet, ainsi que l'impact de la participation grandissante de ceux-ci sur le web et la presse en ligne.

Enfin, il sera pertinent de réévaluer les représentations des patients comme des médecins dans quelques années, une fois le TPG non intégral mis en place et utilisé dans les pratiques quotidiennes. Nous pourrons alors voir, patients et médecins, si nous « chipotions » …

« - Qu'est-ce qu'ils ont ces médecins à vouloir faire grève ?

- Ils ne veulent pas, ils font grève !

- Et pourquoi ?

- Ils chipotent....

- C'est quoi "chipotent" ? Ça se soigne ?

- Non, c'est une sorte d'épidémie rampante, tout le monde chipote en ce moment en France.

- Même toi ?

- Oui, bien sûr, tout le monde je te dis !

- Nous chipotons ? »

(Com. 391)

V. CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer les représentations des patients sur la généralisation du tiers payant en médecine générale.

Le système de santé français, historiquement ancrée sur la pratique libérale des soins primaires, le paiement à l'acte et l'avance des frais, permet le libre choix et l'autonomie mais renforce les abus et l'individualisme des aides. Il existe une tension persistante entre objectif d'équité pour assurer un accès universel aux soins de santé, et objectif d'efficience afin de réguler l'utilisation des services de santé. Toute politique de santé nécessite de s'adapter aux besoins de la population en constante évolution. La loi dite de généralisation du tiers payant fait partie des décisions prises pour une amélioration de l'accès aux soins.

L'analyse des représentations des patients sur le TPG montre qu'au delà d'une majorité de la population en faveur du TPG, il existe bien une diversité des points de vue sur le sujet comme pour les médecins ou les politiques.

Qu'ils expriment une adhésion ou une opposition au TPG, les internautes souhaitent une facilité de l'accès aux soins primaires. Le TPG entre dans une vision globale de santé pour tous, de restructuration des coûts de santé et de contrôle de la pratique médicale. Les craintes exprimées sont celles d'une déresponsabilisation de la population, de difficultés administratives et financières pour le médecin et d'une perte d'autonomie, qui concourraient à majorer le découragement pour l'exercice de la médecine libérale.

Ce travail permet également d'observer l'évolution de la relation patient-médecin au travers de la vision que les patients ont de la place de chacun. La confrontation entre l'historique d'une relation paternaliste et la vision actuelle d'une consommation des soins par des patients éclairés, vient renforcer les débats autour du TPG.

Les ouvertures de ce travail sont larges et le TPG en médecine générale entre dans le cadre d'un processus plus approfondi d'évolution de notre système de santé.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Bizard F, Audard C. Politique de santé : réussir le changement. Paris: Dunod; 2015. 242 p.

2. Code de la sécurité sociale - Article L162-2 [En ligne]. 21 décembre 1985. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006741332&cidTexte=LEGITEXT000006073189

3. Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. Inspection Générale des Affaires Sociales; Juillet 2013. 143 p.

4. Comité Cordier. Un projet global pour la strétagie nationale de santé [En ligne]. 2013 [consulté le 3 janvier 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf

5. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES). Recueil d'indicateurs régionaux - Offre de soins et état de santé édition 2014 [En ligne]. Aout 2014 [consulté le 20 février 2016]. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/recueil-d-indicateurs-regionaux-offre-de-soins-et-etat-de-sante-edition-2014#Partie-I

6. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé, Feuille de route [En ligne]. 2013 [consulté le 1er mars 2016]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf

7. Laclais B, Deroche C. Rapport fait au nom de la comission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi relatif à la santé [En ligne]. Comission mixte paritaire; Octobre 2015 [consulté le 20 février 2016]. Report No.: 3167 (Assemblée Nationale) / 111 (Sénat). Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3167.asp

8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 83 [En ligne]. 26 janvier 2016. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=397FAC47B03ADD8A0E9F1380B90DE78D.tpdila18v_1?idArticle=JORFARTI000031913359&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id

9. Amar J. Tiers payant: État des lieux sur son application et avis sur sa généralisation. A partir d'une enquête informatique auprès de 4 208 médecins [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg, Faculté de Médecine; 2014.

10. Chauvin B. Représentations des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant: étude qualitative [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux, Faculté de Médecine; 2014.

11. Corlay D, Kiour A. Synthèse des débats régionaux [En ligne]. Inspection Générale des Affaires Sociales; Mai 2014 [consulté le 20 février 2016]. Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese-Debats-SNS-bd.pdf

12. Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé: perspective méthodologique et statistique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008.

13. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative analyser sans compter ni classer. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014.

14. Deum M. Développer la pratique réflexive et amorcer la professionnalisation en formation initiale des enseignants au travers de la pratique du journal de bord: Analyse d'un dispositif belge de formation. Actes Colloq AIRDF [En ligne]. 2004 [consulté le 27 octobre

2015]; Disponible sur : http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/71444

15. Laplace I. La recherche qualitative en santé à partir des forums internet Méthodologie, limites, enjeux éthiques : proposition d'un guide pratique [En ligne]. Mémoire stage praticien DES de médecine générale, Faculté de Médecine Lyon Est; 2013 [consulté le 15 septembre 2015]. Disponible sur : http://anciensite.clge.fr/IMG/pdf/memoire_Isabelle_LAPLACE.pdf

16. Dedianne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale : application de la méthode par focus groups [En ligne]. 2001 [consulté le 11 août 2015]. Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00784221/document

17. Bloy G, Schweyer F-X, Collectif, Herzlich C. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale. Rennes: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2010. 423 p.

18. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. The Lancet. 2001 Aug;358(9280):483–8.

19. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ. 2000 Jan 8;320(7227):114–6.

20. Boutet J, Maingueneau D. Sociolinguistique et analyse de discours : façons de dire, façons de faire. Lang Société. 2005 Dec 1;n° 114(4):15–47.

21. Bodier S. La fidélisation des internautes. Que Sais-Je. 2015 Feb 4;2e éd.:85–105.

22. Dagiral É, Parasie S. Presse en ligne : où en est la recherche ? Réseaux. 2010 Apr 23;(160-161):13–42.

23. Beaudouin V. De la publication a la conversation. Réseaux. no 116(6):199–225.

24. Battaïa C. L'émotion dans les forums de discussion : structuration et évaluation de l'information de santé [En ligne]. Université de Grenoble; 2013 [consulté le 11 août 2015]. Disponible sur : https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149518/document

25. Zouari K. La presse en ligne : vers un nouveau média ? Enjeux Inf Commun. 2011 Jan 1;me 2007(1):81–92.

26. Atifi H, Marcoccia M. Communication médiatisée par ordinateur et variation culturelle : analyse contrastive de forums de discussion français et marocains. Carnets Cediscor. 2006 Apr 1;(9):59–73.

27. Baribeau C. Le journal de bord du chercheur. 2004 Nov 26;Recherches Qualitatives Hors Série(2):98–114.

28. Bigot R, Croutte P, Recours F. Enquêtes en ligne : peut-on extrapoler les comportements et les opinions des internautes à la population générale ? [En ligne]. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observatoire des Conditions de Vie (CREDOC); 2010 [consulté le 24 juillet 2016]. Disponible sur : http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C273.pdf?utm...

29. Laplace I. Questionnements et représentations autour du DIU sur les forums Internet [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard, Faculté de Médecine de Lyon; 2014.

30. Bergadaà M, Hebali MJ. Les seniors utilisateurs d'internet : typologie induite d'une recherche qualitative en ligne. [En ligne] 2002 [consulté le 11 novembre 2015]; Disponible sur : http://archive-ouverte.unige.ch/unige:5828

31. Calabrese L. Rectifier le discours d'information médiatique. Quelle légitimité pour le discours profane dans la presse d'information en ligne ? Carnets Cediscor. 2014 Feb 1;(12):21–34.

32. Robinson S. "Someone's Gotta Be in Control Here." Journal Pract. 2007 Oct 1;1(3):305–21.

33. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine; GM Santé ; CNGE; 2011.

34. Maingueneau D. Discours et analyse du discours: une introduction. Paris: Armand Colin; 2014. 216 p.

35. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). Int J Qual Health Care. 2007 Dec 1;19(6):349–57.

36. Tong A, Flemming K, McInnes E, Oliver S, Craig J. Enhancing transparency in reporting the synthesis of qualitative research: ENTREQ. BMC Med Res Methodol. 2012 Dec;12(1).

37. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. Rech Qual. 2006;26(1):110–38.

38. Bizard F. Une ordonnance pour la France: 10 pistes de réforme pour une santé plus juste, plus efficace et plus économe. Vergèze: Thierry Souccar Éditions; 2012. 199 p.

39. Beresniak A, Duru G, Auray J-P. Economie de la santé. Paris: Masson; 2001.

40. Organisation for Economic Co-operation and Development. Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé. Paris: OECD Pub.; 2009.

41. Raginel T, Ruelle Y, Saint-Lary O, Cartier T. Perspectives sur le tiers payant en médecine générale. Exercer. 2015;26(120):166–75.

42. Nusbaum N. Quels sont les déterminants des coûts de santé de la part des patients, et leur influence sur leurs comportements d'utilisateurs du système de soins ? Etude quantitative prospective. [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2011.

43. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, Cartier T, Vanmeerbeek M, Widmer D, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? Exercer. 2015;26(119):52–61.

44. Nys E. Repenser les soins primaires en Europe : comparaison des différents systèmes de soins primaires [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2008.

45. Reymonet C. La relation médecin, malade et l'argent: vision des médecins généralistes de la région PACA [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille, Faculté de Médecine; 2014.

46. Menvielle L, Castellano S, Druy F. Santé 2.0 : Vers une nouvelle relation Docteur-Patient versus Docteur-Consommateur ?[En ligne] 2012 [consulté le 17 août 2015]; Disponible sur : http://www.etatsgenerauxdumanagement.fr/egm2012/ddoc-286-S12-L.Menvielle.andCo.pdf

47. Complément d'enquête. Le blues des blouses blanches [En ligne]. francetv info. 2016 [consulté le 1er mars 2016]. Disponible sur : http://www.francetvinfo.fr/replay-magazine/france-2/complement-d-enquete/video-complement-d-enquete-le-blues-des-blouses-blanches_1331569.html

48. Méadel C, Akrich M. Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin. Trib Santé. (29):41–8.

49. Tiers-payant : comment les Français perçoivent sa généralisation [En ligne]. [consulté le 24 juillet 2016]. Disponible sur : http://www.doctissimo.fr/sante/news/tiers-payant-comment-les-francais-percoivent-sa-generalisation

50. Tabuteau D. Éditorial . Trib Santé. 2010 Avril;(29):3–5.

51. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [En ligne]. 2004-810

août, 2004. Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id

52. Fargeon V. Introduction à l'économie de la santé. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble; 2014.

53. Croissance du PIB (% annuel) [En ligne]. La Banque Mondiale. [consulté le 25 juillet 2016]. Disponible sur :
http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.KD.ZG

54. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale 2015 [En ligne]. Juin 2015 [consulté le 23 juillet 2016]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607

55. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. Médecine. 2006 May 1;2(5):223–8.

56. Smith R. Why are doctors so unhappy? BMJ. 2001 May 5;322(7294):1073–4.

57. Pestiaux D, Vanwelde C. Devenir médecin généraliste. Can Fam Physician. 2007 Mar;53(3):391–2.

58. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Question d'économie de la Santé n°157 [En ligne]. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Septembre 2010 [consulté le 23 mars 2016]; Disponible sur : http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

59. Médecin. In: Wikipédia [En ligne]. 2015 [consulté le 29 décembre 2015]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decin&oldid=127483041

60. Bonnetblanc J-M, Sparsa A, Boulinguez S. Le "bon médecin" : enquête auprès des patients. Pédagogie Médicale. 2006 Aout;7(3):174–9.

61. Borgetto M. L'exercice de la médecine face aux mutation du domaine libéral. Rev Droit Sanit Soc. 2013 Oct 9;(4):573–4.

VII. ANNEXES

1. Article 83 de la Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, portant sur la généralisation du tiers payant en médecine générale

I.-Le déploiement du mécanisme du tiers payant, permettant de pratiquer la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de l'assurance maladie, s'effectue, sous les conditions et garanties fixées au présent article, selon les modalités suivantes :

1° A compter du 1er juillet 2016, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'ensemble des organismes d'assurance maladie est tenu de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

2° A compter du 31 décembre 2016, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une affection de longue durée mentionnée aux 3° et 4° du même article L. 160-14, pour les soins en relation avec l'affection concernée, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'assurance maternité, sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

3° Les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance transmettent conjointement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport présentant les solutions techniques permettant la mise en place au profit de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie du mécanisme du tiers payant simultanément sur les parts couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie et sur celles couvertes par les organismes d'assurance maladie complémentaire. Il inclut nécessairement le déploiement d'une solution technique commune permettant d'adresser aux professionnels de santé ayant fait ce choix un flux unique de paiement. Ce rapport est établi notamment au vu des attentes exprimées par les professionnels de santé. Il détermine et évalue la faisabilité opérationnelle et financière des solutions techniques permettant d'assurer aux professionnels de santé la simplicité de l'utilisation, la lisibilité des droits et la garantie du paiement. Il mentionne les calendriers et les modalités de test des solutions envisagées au cours de l'année 2016, en vue de parvenir à ouvrir à tous le bénéfice effectif du tiers payant à compter du 1er janvier 2017. Le rapport est remis au plus tard dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi ;

4° A compter du 1er janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux bénéficiaires de l'assurance maladie sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016.] L'ensemble des organismes

d'assurance maladie [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016.] sont tenus de mettre en œuvre le tiers payant effectué par ces professionnels ;

5° A compter du 30 novembre 2017, les professionnels de santé exerçant en ville appliquent le tiers payant à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie sur les dépenses mentionnées au 4°.

II.-Le déploiement du tiers payant fait l'objet de rapports sur les conditions de son application, qui sont transmis au ministre chargé de la sécurité sociale :

1° Au 30 novembre 2016, un rapport par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie, pour son application aux bénéficiaires mentionnés au 1° du I ;

2° Avant le 30 septembre 2017, un rapport par les caisses nationales d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pour le déploiement mentionné au 4° du même I.

III.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 133-4 est ainsi modifié :

a) Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir. » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » ;

2° L'article L. 161-1-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne peut, conformément à l'article L. 161-15-1, avoir de conséquences sur le service des prestations en nature de l'assurance maladie que pour les seules situations touchant au non-respect de la condition de résidence mentionnée à l'article L. 160-1. » ;

3° L'article L. 315-1 est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI.-Le service du contrôle médical transmet, sauf opposition du bénéficiaire, les informations de nature médicale qu'il détient, notamment le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1, en cas de changement d'organisme ou de régime d'assurance maladie, au nouveau service chargé du contrôle médical dont relève l'assuré. » ;

4° L'article L. 160-13, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, est ainsi modifié :

a) Le dernier alinéa du II est ainsi modifié :

-après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase est ainsi rédigée : « payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré

après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

-après la même phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. » ;

b) Après la première occurrence du mot : « être », la fin de la première phrase du sixième alinéa du III est ainsi rédigée : « payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. » ;

5° La section 4 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier est complétée par des articles L. 161-36-3 et L. 161-36-4 ainsi rétablis :

« Art. L. 161-36-3.-Lorsque le professionnel de santé applique le tiers payant, le paiement de la part prise en charge par l'assurance maladie est garanti, dès lors qu'il utilise la carte électronique de l'assuré mentionnée à l'article L. 161-31 et qu'elle ne figure pas sur la liste d'opposition prévue au même article. Ce paiement intervient dans un délai maximal fixé par décret. Ce décret fixe également les cas dans lesquels le paiement peut être garanti au professionnel s'il est amené exceptionnellement à pratiquer le tiers payant au vu d'autres justificatifs de droits.

« Le non-respect du délai mentionné au premier alinéa du présent article ouvre droit, pour le professionnel de santé concerné, sans préjudice des sommes dues, au versement d'une pénalité, selon des modalités fixées par décret.

« Les délais de paiement de chaque organisme d'assurance maladie font l'objet d'une publication périodique, dans des conditions définies par décret.

« Les organismes d'assurance maladie fournissent au professionnel de santé les informations nécessaires au suivi du paiement de chaque acte ou consultation pour lequel il a pratiqué le tiers payant.

« Art. L. 161-36-4.-Pour bénéficier du tiers payant chez un professionnel de santé exerçant en ville, l'assuré doit remplir les conditions suivantes :

« 1° Présenter au professionnel de santé la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 2° Avoir donné l'autorisation prévue au II de l'article L. 160-13 lorsque le montant dû par le bénéficiaire au titre des II et III du même article excède un seuil fixé par décret et n'a pas été acquitté ;

« 3° S'agissant des actes et des prestations dispensés par les médecins, ne pas se trouver dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ;

« 4° S'agissant de la délivrance de médicaments, respecter les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. » ;

6° A l'article L. 162-21-1, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « et des frais relatifs aux actes et consultations externes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 ».

IV.-A l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et les mots : « du neuvième » sont remplacés par les mots : «de l'avant-dernier».

V.-L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la première phrase du premier alinéa, après la dernière occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : «, qu'elles permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation mentionnée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique. Elles prévoient également l'exclusion totale ou partielle » sont remplacés par les mots : « ainsi que ».

VI.-Le 1° du V entre en vigueur le 1er janvier 2017.

VII.-L'assurance maladie assume la mission générale de pilotage du déploiement et de l'application du tiers payant. Elle assure, en liaison avec les organismes d'assurance maladie complémentaire, la cohérence et la performance des dispositifs permettant aux professionnels de santé de mettre en œuvre ce mécanisme au profit des bénéficiaires de l'assurance maladie. Un décret définit les conditions dans lesquelles un comité de pilotage, composé de représentants de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des organismes d'assurance maladie complémentaire, des professionnels de santé et des usagers du système de santé, évalue le déploiement et l'application du tiers payant, identifie les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et formule, le cas échéant, les préconisations d'amélioration.

2. Recueil de données : 864 Commentaires inclus

(sur CD-Rom)

3. Fichier de codage NVivo

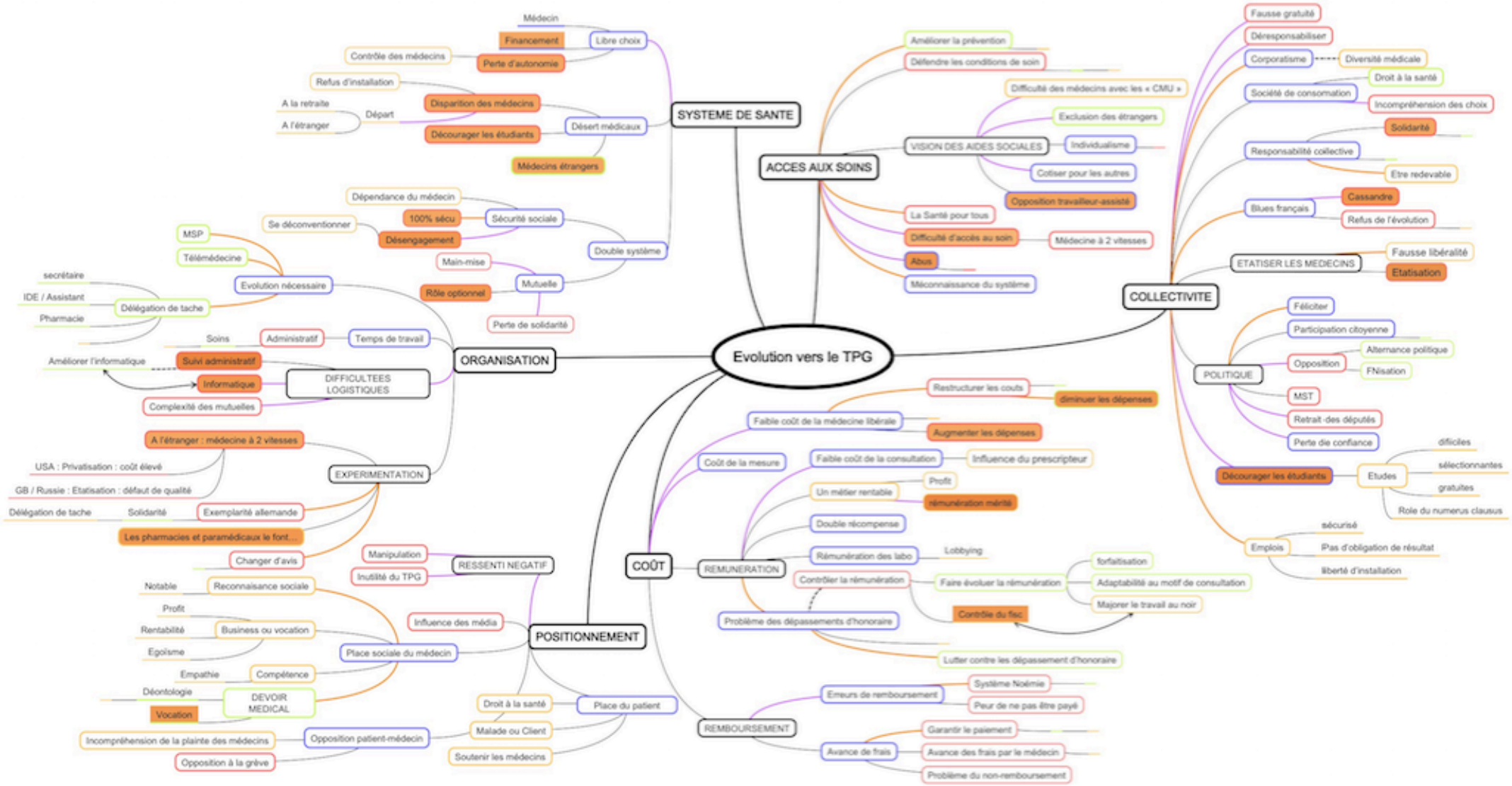
(sur CD-Rom)

4. Livre de Code

(sur CD-Rom)

5. Schématisation des thématiques obtenues par l'analyse des commentaires

(sur papier et sur CD-Rom)


Evolution vers le TPG
SYSTEME DE SANTE
Libre choix
Médecin
Financement
Perte d'autonomie
Contrôle des médecins
Désert médicaux
Disparition des médecins
Refus d'installation
Départ
A la retraite
A l'étranger
Décourager les étudiants
Médecins étrangers
Double système
Sécurité sociale
Dépendance du médecin
100% sécu
Désengagement
Se déconventionner
Mutuelle
Main-mise
Rôle optionnel
Perte de solidarité
ACCES AUX SOINS
Améliorer la prévention
Défendre les conditions de soin
VISION DES AIDES SOCIALES
Difficulté des médecins avec les « CMU »
Exclusion des étrangers
Individualisme
Cotiser pour les autres
Opposition travailleur-assisté
La Santé pour tous
Difficulté d'accès au soin
Médecine à 2 vitesses
Abus
Méconnaissance du système
COLLECTIVITE
Fausse gratuité
Déresponsabiliser
Corporatisme
Diversité médicale
Droit à la santé
Société de consomation
Incompréhension des choix
Solidarité
Responsabilité collective
Etre redevable
Blues français
Cassandre
Refus de l'évolution
ETATISER LES MEDECINS
Fausse libéralité
Etatisation
POLITIQUE
Féliciter
Participation citoyenne
Opposition
Alternance politique
FNisation
MST
Retrait des députés
Perte die confiance
Décourager les étudiants
Etudes
difficiles
sélectionnantes
gratuites
Role du numerus clausus
Emplois
sécurisé
Pas d'obligation de résultat
liberté d'installation
ORGANISATION
Evolution nécessaire
MSP
Télémédecine
Délégation de tache
secrétaire
IDE / Assistant
Pharmacie
Temps de travail
Administratif
Soins
DIFFICULTEES LOGISTIQUES
Suivi administratif
Informatique
Améliorer l'informatique
Complexité des mutuelles
EXPERIMENTATION
A l'étranger : médecine à 2 vitesses
USA : Privatisation : coût élevé
GB / Russie : Etatisation : défaut de qualité
Exemplarité allemande
Solidarité
Délégation de tache
Les pharmacies et paramédicaux le font...
Changer d'avis
POSITIONNEMENT
RESSENTI NEGATIF
Manipulation
Inutilité du TPG
Influence des média
Place sociale du médecin
Reconnaisance sociale
Notable
Business ou vocation
Profit
Rentabilité
Egoïsme
Compétence
Empathie
DEVOIR MEDICAL
Déontologie
Vocation
Place du patient
Droit à la santé
Malade ou Client
Soutenir les médecins
Opposition patient-médecin
Incompréhension de la plainte des médecins
Opposition à la grève
COÛT
REMUNERATION
Restructurer les couts
diminuer les dépenses
Faible coût de la médecine libérale
Augmenter les dépenses
Coût de la mesure
Faible coût de la consultation
Influence du prescripteur
Un métier rentable
Profit
rémunération méritée
Double récompense
Rémunération des labo
Lobbying
Contrôler la rémunération
Faire évoluer la rémunération
forfaitisation
Adaptabilité au motif de consultation
Majorer le travail au noir
Contrôle du fisc
Problème des dépassements d'honoraire
Lutter contre les dépassement d'honoraire
REMBOURSEMENT
Erreurs de remboursement
Système Noémie
Peur de ne pas être payé
Avance de frais
Garantir le paiement
Avance des frais par le médecin
Problème du non-remboursement

6. Schéma de Rocha sur la formalisation de l'analyse selon le modèle interactif en 3 temps (37)

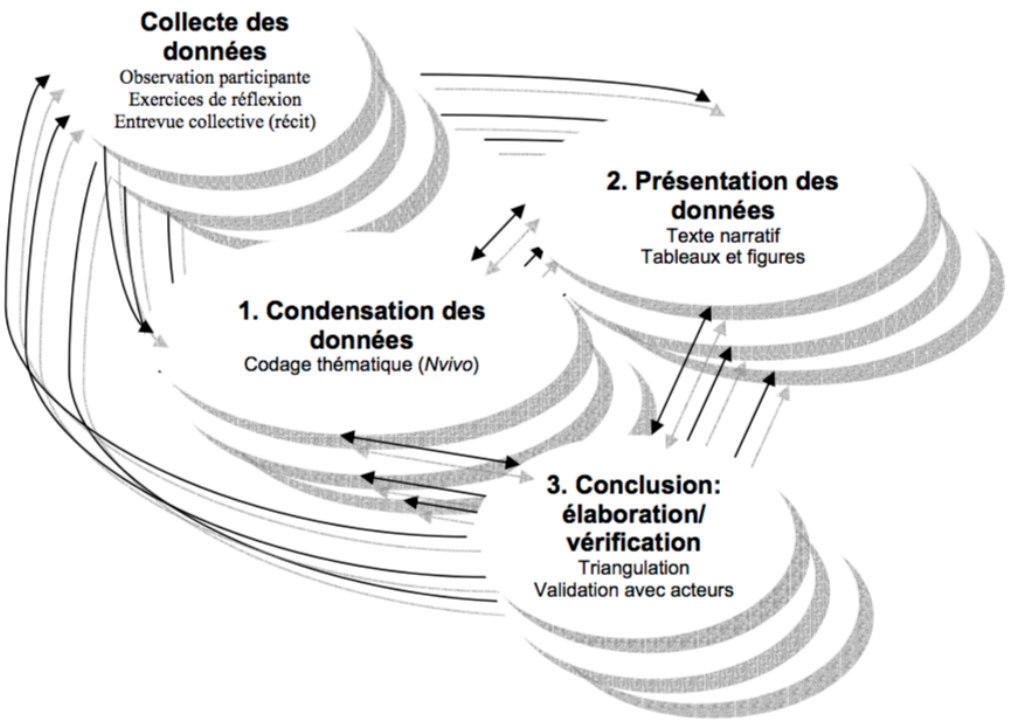


Figure 2 - Formalisation de l'analyse selon le modèle interactif en trois temps (Rocha, 2004)

VIII. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

LE PATIENT ET LA GENERALISATION DU TIERS PAYANT EN MEDECINE GENERALE : Analyse qualitative de commentaires sur Internet

Le projet de tiers payant généralisé, intégral et obligatoire pour la médecine générale s'est heurté à une opposition massive des médecins. En dehors des sondages, on ne connaît pas le ressenti des patients sur cette mesure. L'objectif était d'évaluer les représentations des patients sur le tiers payant généralisé en médecine générale.

La méthode qualitative de type analyse de discours a été utilisée. L'observation directe non participante portait sur les commentaires recueillis dans les suites d'articles de presse en ligne. Les internautes montrant une appartenance au corps médical étaient exclus. Un codage inductif thématique a été réalisé avec triangulation, jusqu'à saturation des données.

Les 864 commentaires analysés ont mis en évidence une diversité des points de vue sur le tiers payant généralisé. Les patients en faveur du projet évoquaient le droit à la santé pour tous, la restructuration des coûts et le contrôle des médecins. Ceux opposés craignaient une déresponsabilisation et insistaient sur les difficultés techniques avec le risque de majorer le découragement pour l'exercice libéral. Pour tous, l'accès aux soins restait une priorité. Car ils craignaient un désengagement de la sécurité sociale et le développement d'une médecine à deux vitesses.

Ce travail a montré les souhaits et doutes des patients sur l'évolution du système de santé, comme cela était retrouvé pour les médecins. Il a permis d'analyser la vision que le patient a de sa place, entre malade et consommateur de soin, et de celle du médecin, entre soignant et chef d'entreprise.

La réflexion sur le tiers payant généralisé en médecine générale est riche et devra se poursuivre après sa mise en place.

Mots-clés : Tiers payant, Médecine générale, Accès aux soins, Relation médecin-patient, Recherche qualitative, Analyse de discours

---

PATIENT AND GENERALISED THIRD-PARTY PAYEMENT IN GENERAL PRACTICE : Qualitative analysis of Internet comments

The project of third-party payement generalised, integral and compulsory for general practitioner has faced massive opposition from physicians. Except the polls, we don't know the feelings of patients on this law. The objective was to evaluate the representation of patients on the generalised third-party payement in general practice.

The method used was a qualitative research, specifically a discourse analysis. The non-participating direct observation has concerned the comments dealing with online articles. The dialogue's participants showing a belonging to the medical staff have been excluded. An inductive thematic coding has been executed with triangulation until data saturation.

The 864 comments analyzed have highlighted a diversity of views on the generalised third-party payement. Patients who support this law raised the right to health for all, restructuring costs and doctors' control. Those who were opposed feared disempowerment and emphasized on administrative difficulties with the increase risk of discouragement to general practice. Nevertheless, all have agreed with the priority of access to health care. Patients fear a withdrawal of public health system and the development of a two-tiered medicine.

This work has showed the wishes and doubts of patients about the evolution of the health system, as found for physicians. It has enabled analyses the vision of the patient to his place, between patient and care consumer, and that of the doctor, between caregiver and businessman.

Reflection on the third-party payment generalized in general practice is substantial and must be continued after its establishment.

Keywords : Third-party payement, General practice, Healthcare Access, Physician-patient relation, Qualitative research, discourses analysis