



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Influence de la généralisation du tiers payant intégral
sur l'installation des futurs médecins généralistes
du département du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 19 Octobre 2016 à 18h00

au Pôle Formation

Par Alexandre GEGOUT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre-Yves HATRON

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
I) La généralisation du Tiers payant intégral	13
II) Problématique	14
III) Objectifs	15
METHODE	16
I) Type d'enquête	17
II) Période	17
III) Population cible	17
IV) Questionnaire	18
V) Recueil des données	18
VI) Analyse statistique	18
RESULTATS	20
I) Participation	21
II) Description de la population	22
1) Genre	22
2) Age	22
3) Statut marital	23
4) Nombre d'enfants	23
5) Logement	24
6) Appartenance à un syndicat	24
7) Mode d'exercice	25
III) A propos de la généralisation du tiers payant intégral	27
1) Information sur le TPG	27
2) A la proposition « Mon temps de travail administratif va être augmenté » 27	
3) A la proposition « Ma comptabilité va être plus complexe »	28
4) A la proposition « Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter »	28
5) A la proposition « Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes (« bobologie ») vont augmenter »	29
6) A la proposition « Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter »	30

7)	A la proposition « Ma relation avec mes patients va être altérée »	30
8)	A la proposition « Je vais être dépendant de la sécurité sociale »	31
9)	A la proposition « Je vais être dépendant des mutuelles »	32
10)	A la proposition « La généralisation du Tiers Payant intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins »	32
11)	A la proposition « La généralisation du Tiers Payant intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes »	33
IV)	Installation des futurs médecins généralistes du Nord	34
1)	Volonté d'installation avant et après l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral	34
2)	Délai d'installation avant et après l'annonce de la généralisation du tiers payant généralisé	35
3)	Devenir des médecins n'ayant jamais souhaité s'installer	36
4)	Devenir des médecins ne souhaitant plus s'installer	37
V)	Analyse de l'influence du tiers payant généralisé sur l'installation	38
1)	Analyse des propositions sur le tiers payant généralisé par rapport à la variable « changement d'avis sur l'installation »	38
2)	Analyse des modalités de réponses les plus fréquentes chez les 18 répondants ne souhaitant plus s'installer depuis l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral	40
VI)	Analyse de l'augmentation du délai d'installation chez les répondants souhaitant toujours s'installer après l'annonce du tiers payant	42
1)	Analyse de la variable « délai d'installation » par rapport aux propositions sur la généralisation du tiers payant généralisé »	42
2)	Analyse des modalités de réponses les plus fréquentes du groupe « délai d'installation augmenté » aux propositions sur la généralisation du tiers payant intégral	43
a.	Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter	43
b.	La généralisation du Tiers Payants intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes	43
	DISCUSSION.....	45
I)	Limites de l'étude	46
1)	Taux de participation	46
2)	Durée de l'enquête	46
3)	Biais de sélection	46
4)	Evènement intercurrent	47
II)	Force de l'étude	48
1)	Méthode	48

2) Appui institutionnel	48
3) Originalité du sujet.....	48
III) Principaux résultats.....	50
1) Baisse des installations	50
2) Augmentation du délai d'installation	50
3) Des jeunes médecins contre la généralisation du tiers payant intégral ..	51
4) La généralisation du tiers payant intégral : plus qu'un frein à l'installation	52
IV) Risques immédiats de la généralisation du tiers payant intégral.....	52
1) Un accès aux soins dégradé à moyen terme	52
2) Elévation des coûts de la santé.....	53
a. Effet de rattrapage ou/et surconsommation ?.....	53
b. Disparition des actes gratuits ?.....	54
3) Dégradations des conditions de travail	54
V) Perspectives : le vrai débat.....	55
1) Lutter contre les inégalités sociales de santé.....	55
2) Améliorer l'accès financier aux soins	60
a. Pour qui ?	60
b. Les solutions existantes.....	61
3) Un tiers payant idéal ?.....	63
a. Les raisons de la colère	63
b. Un tiers payant pour la qualité des soins	64
c. Le tiers payant « idéal ».....	65
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES.....	75

Abréviation

AMC : Assurance Médicale Complémentaire

AME : Aide Médicale d'Etat

AMO : Assurance Médicale Obligatoire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CIS : Comité Interministériel pour la Santé

CMU-C : Couverture Médicale Universelle Complémentaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentations en Economie de la Santé

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

ODENORE : Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçant

TPG : Tiers payant généralisé

INTRODUCTION

I) La généralisation du Tiers payant intégral

Le 15 octobre 2014, Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a présenté en conseil des ministres le projet de loi de modernisation de notre système de santé. S'inscrivant dans le prolongement de la stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en septembre 2013, il s'articule autour de trois volets : la prévention, l'accès aux soins et l'innovation.

Concernant l'accès aux soins, la généralisation du tiers payant est l'article qui aura le plus cristallisé les débats. Il prévoyait que fin 2017 chaque français puisse bénéficier d'une dispense d'avance des frais liés à des soins médicaux sur la part remboursée par l'Assurance maladie ainsi que sur la part remboursée par sa mutuelle. L'objectif était de créer un « *levier majeur pour faire évoluer l'offre de santé et faire progresser la justice sociale.* »¹

La notion de justice sociale fait écho à l'enquête de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) sur la santé et la protection sociale 2012², qui met en évidence que près de 26 % des personnes déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières.

Selon le législateur « *Le renoncement aux soins concerne une proportion croissante d'assurés (autour du tiers de nos concitoyens sont concernés). Le tiers payant permet de rétablir l'accès de chacun aux soins dont il a besoin. Là où l'introduction de la CMU-C a permis d'avoir un effet correctif sur l'accès aux soins des plus défavorisés, la généralisation du tiers payant permettra d'inscrire dans le droit commun un gain d'équité substantiel pour chacun* »¹

Dans le détail des chiffres et toujours selon l'enquête sur la santé et la protection sociale 2012² de l'IRDES, le renoncement à des consultations de médecins pour raisons financières concerne 5 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans.

II) Problématique

Cette loi arrive dans un contexte de démographie médicale difficile, où l'on a observé dans la région Nord Pas de Calais une baisse de 12,1% des médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte sur les 8 dernières années. Les projections attendent une poursuite de cette baisse dans les années à venir, de l'ordre de 7,7% entre 2015 et 2020. En 2014 lors de la première inscription à l'Ordre, 57,4% des jeunes médecins ont fait le choix d'exercer en secteur salarié contre 14,3% pour l'exercice libéral/mixte et 28,3% pour le remplacement.⁹

Dès son annonce, le 23 septembre 2013, lors de la présentation de la stratégie nationale de santé, la généralisation du tiers payant a reçu un accueil hostile de la plupart des médecins généralistes et des syndicats de médecins. Parmi les arguments que ceux-ci lui opposent on trouve : une surcharge de travail administratif, une gestion financière plus complexe, une altération de la relation médecin-patient et une perte d'indépendance professionnelle.^{3,4,5}

Il est intéressant de remarquer que dans les études^{6,7,8}, ces arguments font partie des déterminants les plus importants cités par les médecins généralistes comme freins ou motivations à leur installation.

III) Objectifs

Les positions des syndicats et des médecins généralistes libéraux installés sur la généralisation du tiers-payant intégral sont connues, notamment via les résultats d'une étude menée par la Fédération des Médecins de France¹⁰.

A l'inverse de la position des internes de médecine générale et des médecins généralistes remplaçants vis-à-vis de la généralisation du tiers payant qui, à notre connaissance, n'a pour l'instant pas fait l'objet d'étude. En particulier sur l'influence qu'aurait une telle mesure, si elle était mise en œuvre, sur l'installation des futurs médecins généralistes libéraux.

L'objectif principal de ce travail est donc de répondre à la question : « quelle est l'influence de la généralisation du tiers-payant intégral sur l'installation des futurs médecins généralistes du département du Nord ? ». Ce qui passe par le recueil de l'avis des médecins généralistes remplaçants à propos de la généralisation du tiers payant intégral afin d'étudier comment elle influerait sur leur installation et de définir quels sont les facteurs les plus influents.

METHODE

I) Type d'enquête

Il s'agissait d'une enquête quantitative transversale, descriptive et comparative, utilisant un questionnaire adressé par courriel via la plateforme du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

II) Période

Le questionnaire a été envoyé par courriel sous forme d'un lien électronique le 25 mai 2016. La fin du recueil de données a été effectuée le 21 juin 2016 après une relance réalisée par courriel le 10 juin 2016.

III) Population cible

La population cible correspondait à l'ensemble des médecins généralistes remplaçants inscrits au tableau du Conseil Départemental l'Ordre des médecins (CDOM) du Nord et des titulaires d'une licence de remplacement délivrée par le CDOM du Nord de moins de 45ans

Les critères d'exclusion étaient :

-l'âge : plus de 45ans

- le département : inscription au tableau d'un CDOM d'un autre département ou titulaire d'une licence de remplacement délivrée par le CDOM d'un autre département.

- un statut autre que médecin remplaçant : médecin salarié, médecin installé ou en collaboration.

- la spécialité : autres spécialités que la médecine générale.

IV) Questionnaire

Une première version du questionnaire a été élaborée en se basant sur la littérature. Cette version a été testée sur un groupe composé de médecins généralistes remplaçants et de non médecins. L'objectif était de vérifier la compréhension du questionnaire et de modifier en conséquence certains items ou certaines formulations.

La version finale du questionnaire était composée de 21 questions divisées en deux grandes parties. La première visant à définir la population et la deuxième composée d'items à propos de la généralisation du tiers payant intégral.

Le temps moyen pour compléter le questionnaire était d'environ 4 minutes.

V) Recueil des données

Le recueil des données, ainsi que le nettoyage de la base de données ont été effectués par le CNOM via leur plateforme électronique.

La base de données nous a été fournie sur une feuille de calcul EXCEL®

VI) Analyse statistique

Une aide méthodologique pour l'analyse des données a été apportée par le CNOM.

Les résultats de l'analyse descriptive étaient présentés sous forme de diagrammes circulaires avec des effectifs en valeur relative ou sous forme d'histogrammes empilés avec des effectifs en valeur absolue.

Pour l'analyse de la volonté d'installation avant / après l'annonce du tiers payant généralisé, le test de MC NEMAR a été utilisé.

Pour l'analyse du délai d'installation avant et après l'annonce du tiers payant, ont été utilisés un test d'égalité des espérances pour échantillons appariés et un test non paramétrique des Rangs signé de WILCOXON pour échantillon apparié.

Pour l'analyse des propositions sur le tiers payant intégral généralisé par rapport aux variables « changement d'avis sur l'installation » et « délai d'installation », le test exact de Fisher a été utilisé en raison d'effectifs théoriques inférieurs à 5.

Pour l'analyse des modalités de réponse les plus fréquentes aux propositions sur la généralisation du tiers payant intégral, le Test de comparaison de deux proportions observées sur échantillons indépendants a été utilisé.

Les calculs ont été réalisés sur le logiciel EXCEL ® et via le module de test statistique du site BiostaTGV.

Un seuil de significativité avec un $p < 0,05$ a été choisi pour les analyses bivariées.

RESULTATS

I) Participation

En 2015 le Conseil Départemental de l'Ordre Des Médecins du Nord a délivré 685 licences de remplacement et comptait 388 médecins remplaçants de moins de 45 ans inscrits au tableau de l'Ordre soit une population cible de 1073 personnes répondant aux critères d'inclusion de notre étude.

Le Conseil National de l'Ordre Des Médecins disposait des courriels de 938 d'entre eux soit 87,42% de la population cible.

Le nombre de questionnaires retournés était de 164. Un questionnaire a été exclu en raison de l'appartenance à une spécialité différente de la médecine générale du répondant.

Ont donc été incluses dans l'étude 163 réponses soit 17,37% des personnes interrogées et 15,2% de la population cible.

La marge d'erreur des réponses par rapport à la population globale était de 7%.

II) Description de la population

1) Genre

L'échantillon était composé de 56% de femmes (N= 91) et de 44% d'hommes (N= 72)

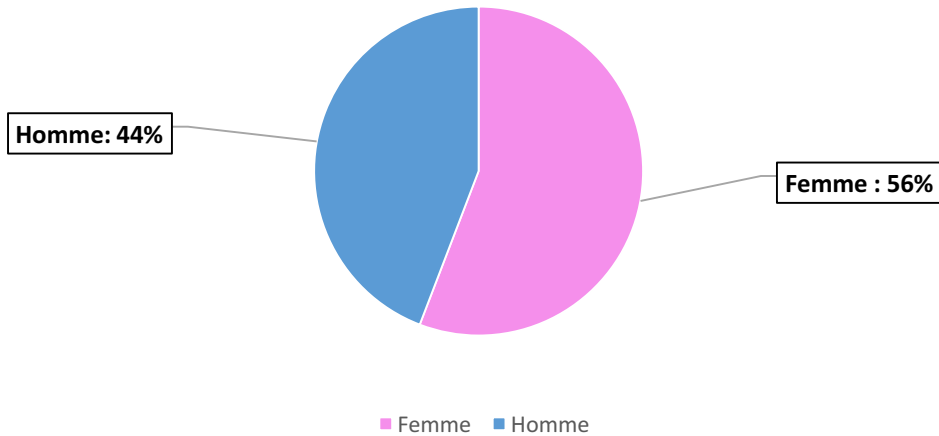


Figure 1 : Genre

2) Age

L'âge moyen des répondants était de 30,27 ans, le plus jeune avait 26 ans et le plus âgé 44 ans

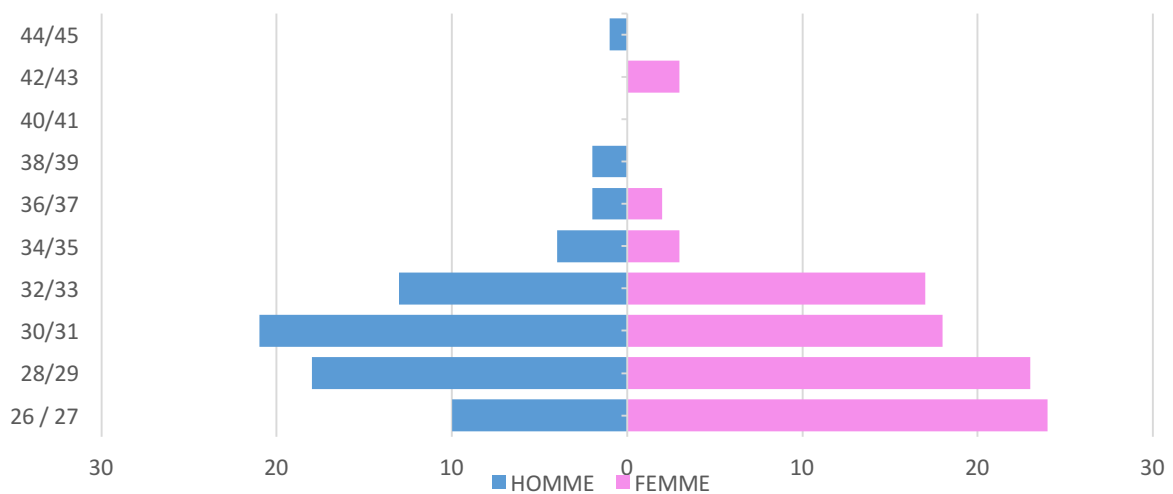


Figure 2 : Pyramide des âges

3) Statut marital

Sur les 163 répondants 71,78% étaient en couple.

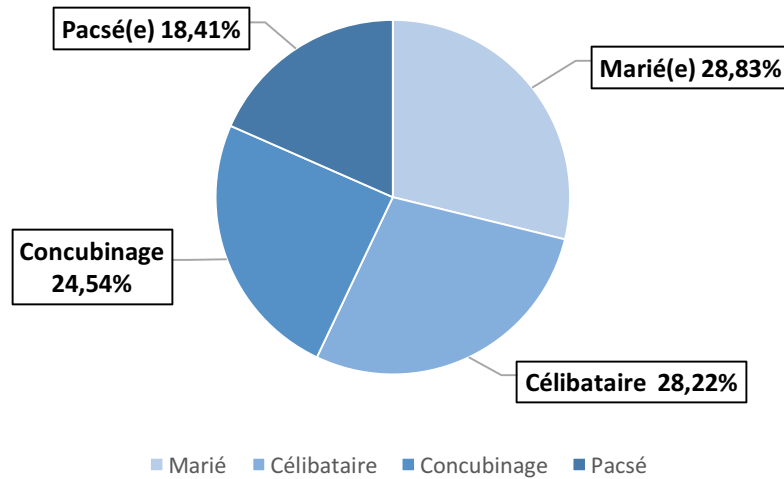


Figure 3 : Statut marital

4) Nombre d'enfants

La moyenne du nombre d'enfant chez les répondants était de 1,53 et 64,42% avaient déclaré être sans enfant (N=105)

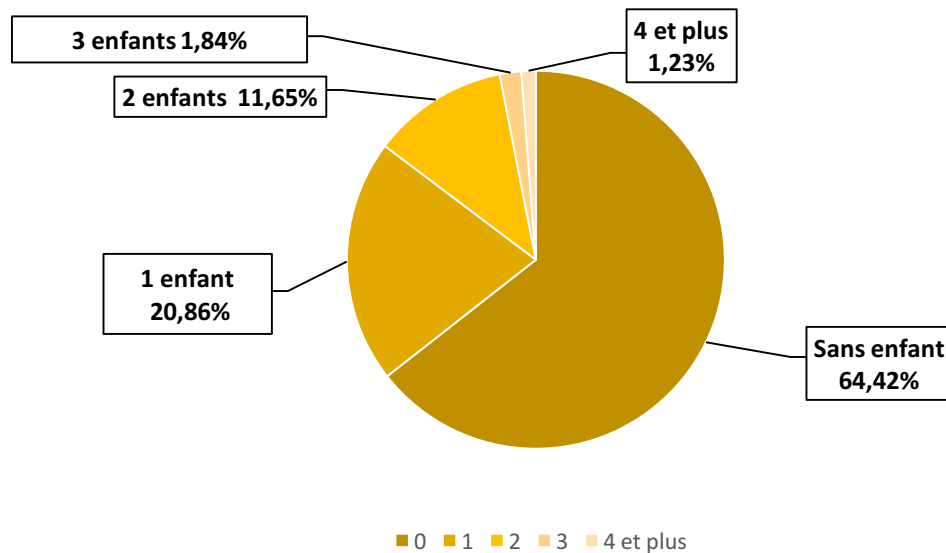


Figure 4 : Nombre d'enfants

5) Logement

Parmi les répondants 52,15%(N=85) avaient déclaré être propriétaires, 46,62% locataires (N=76) et 1,23% logés à titre gratuit (N=2)

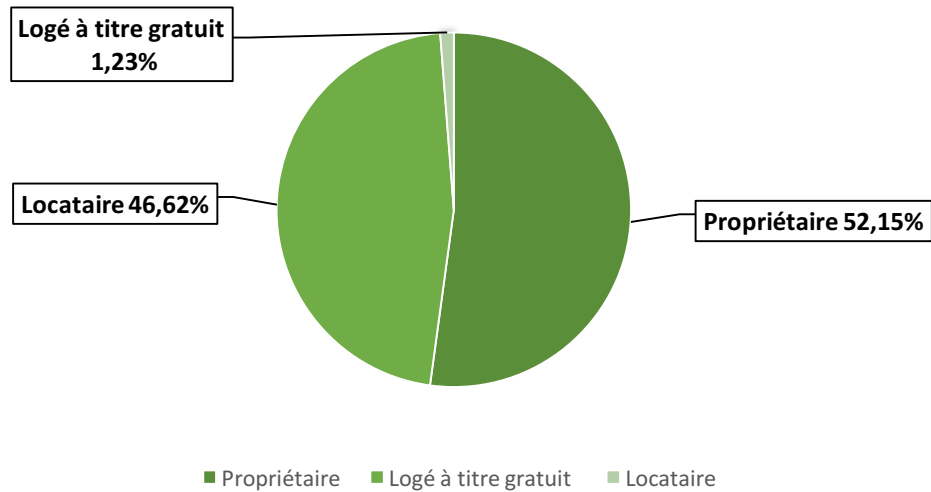


Figure 5 : Logement

6) Appartenance à un syndicat

Sur les 163 répondants 87,7% ont déclaré ne pas appartenir à un syndicat.

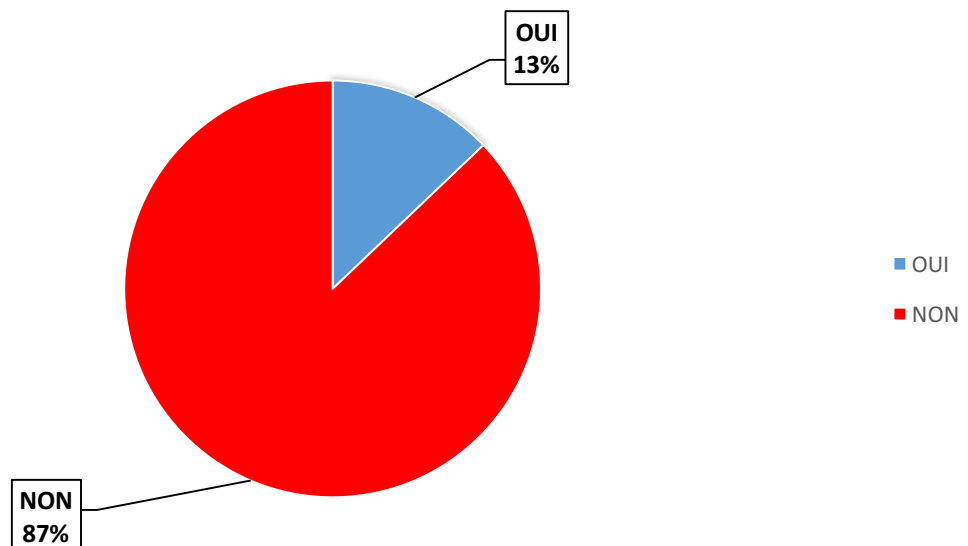


Figure 6 : Appartenance à un syndicat

Le syndicat le plus représenté parmi les répondants était NorAGJIR/ReAGJIR

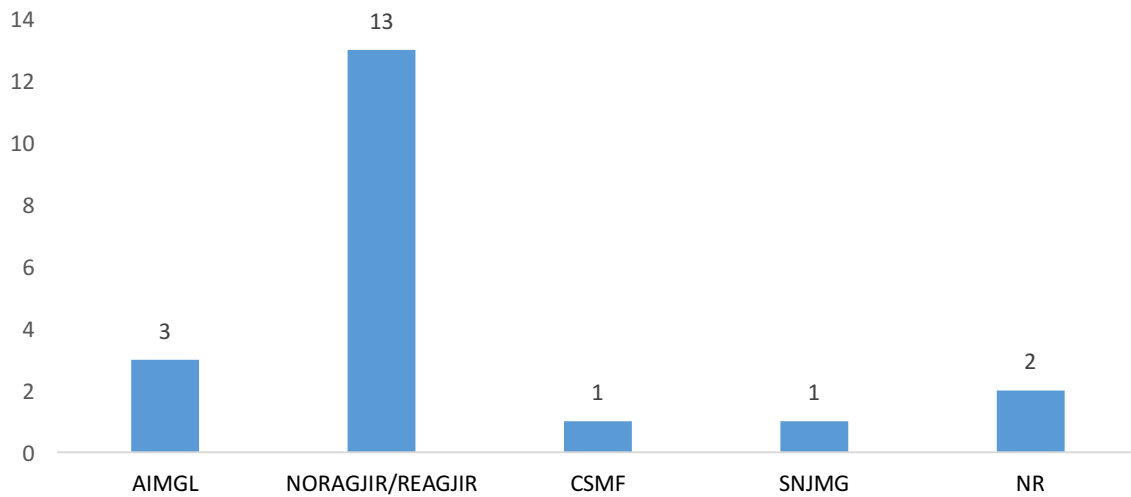


Figure 7 : Représentation des syndicats

7) Mode d'exercice

Les médecins remplaçants thésés représentaient 49,08% des répondants (N= 80) et les médecins remplaçants titulaires d'une licence de remplacement 50,92% (N=83)

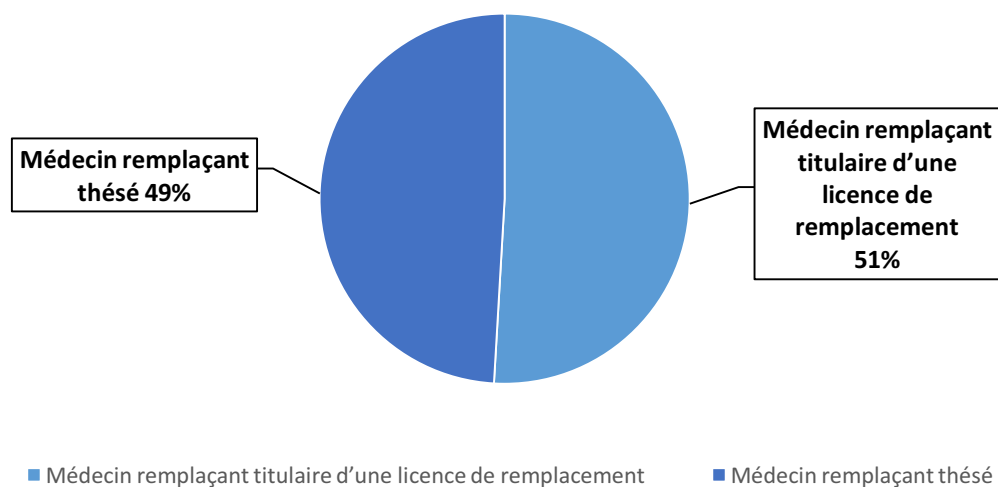


Figure 8 : Mode d'exercice

Sur les 80 répondants thésés inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre Des Médecins du Nord, 76 avaient renseigné l'année de leur première inscription.

Sur ces 76 répondants, 85,5% étaient inscrits au tableau depuis moins de 5 ans (N=65).

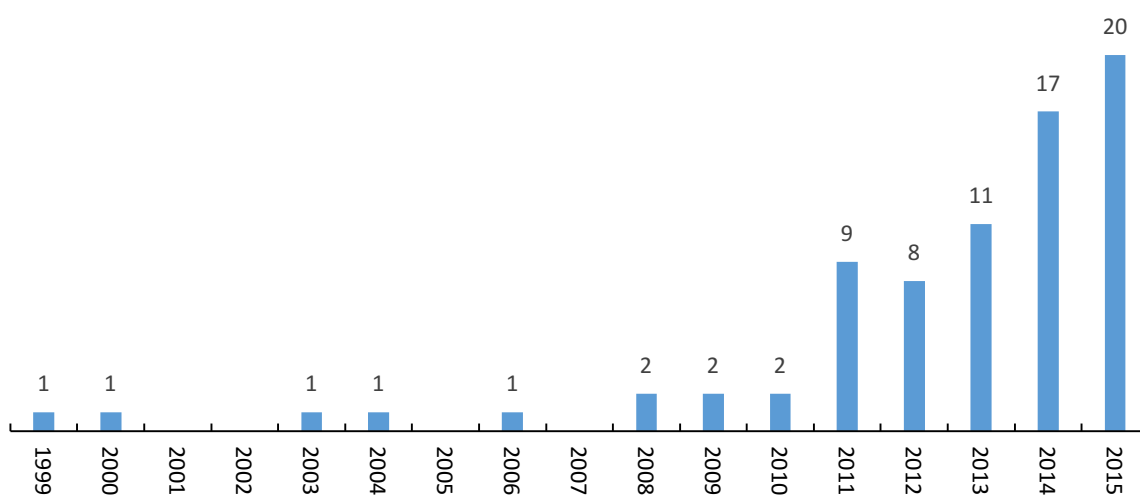


Figure 9 : Année d'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins du Nord

III) A propos de la généralisation du tiers payant intégral

1) Information sur le TPG

Sur les 163 répondants, 128 ont déclaré s'être informés sur le TPG.

Le mode d'information principal était les médias, 116 répondants les ayant utilisés comme moyen d'information associé à, au moins, un autre mode d'information contre 41 pour les syndicats et 63 pour les réseaux sociaux.

2) A la proposition « Mon temps de travail administratif va être augmenté »

Parmi les 163 répondants, 93,25% étaient en accord avec cette proposition, 0 répondant n'était « Pas du tout d'accord ».

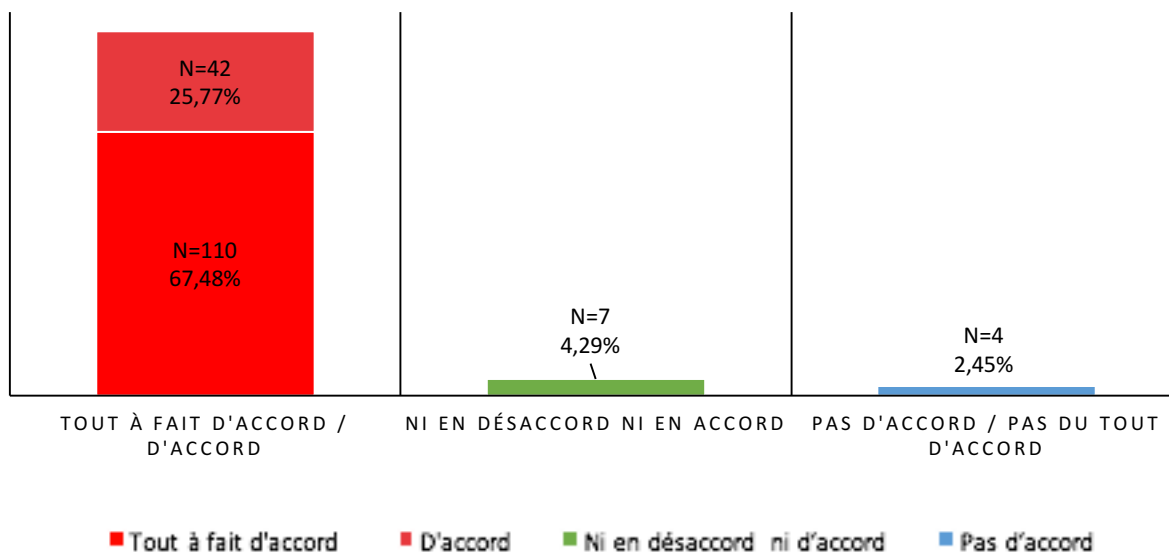


Figure 10 : Mon temps de travail administratif va être augmenté

3) A la proposition « Ma comptabilité va être plus complexe »

Parmi les 163 répondants, 89,57% étaient en accord avec cette proposition, contre 3,68% en désaccord.

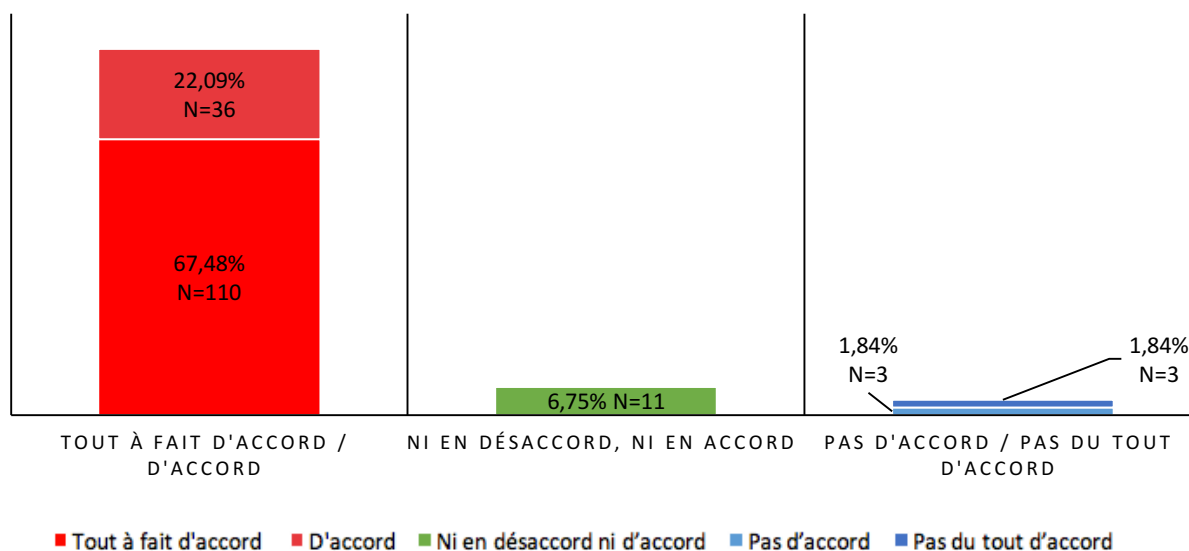


Figure 11 : Ma comptabilité va être plus complexe

4) A la proposition « Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter »

Parmi les 163 répondants, 46,62% étaient en accord avec cette proposition contre 34,36% en désaccord.

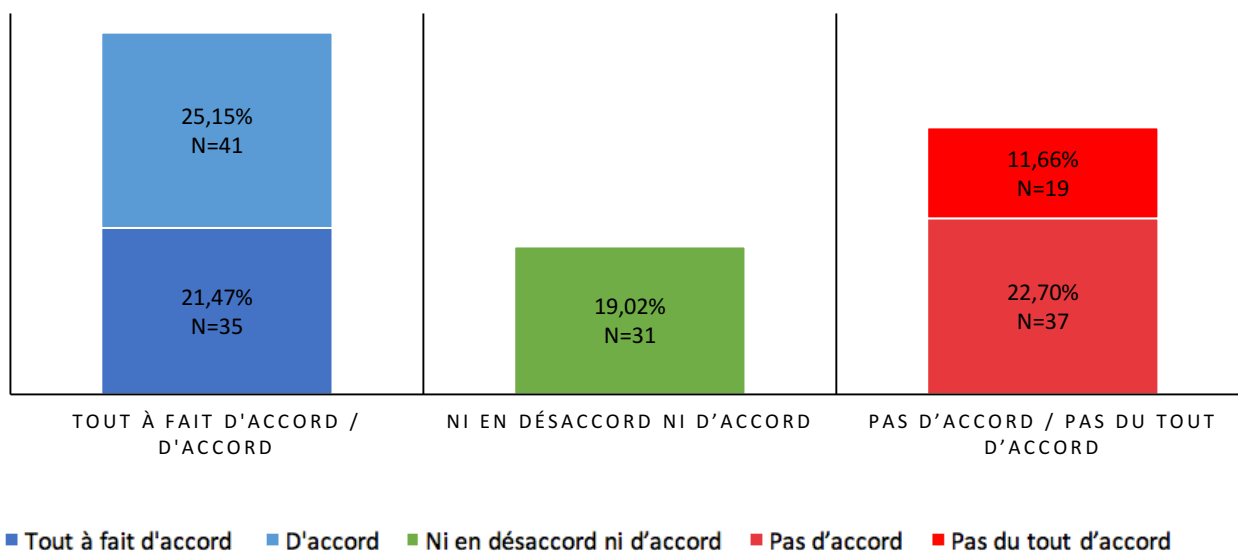


Figure 12 : Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour raisons financières vont augmenter

5) A la proposition « Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes (« bobologie ») vont augmenter »

Parmi les 163 répondants, 61,35% étaient en accord, contre 16,57% en désaccord.

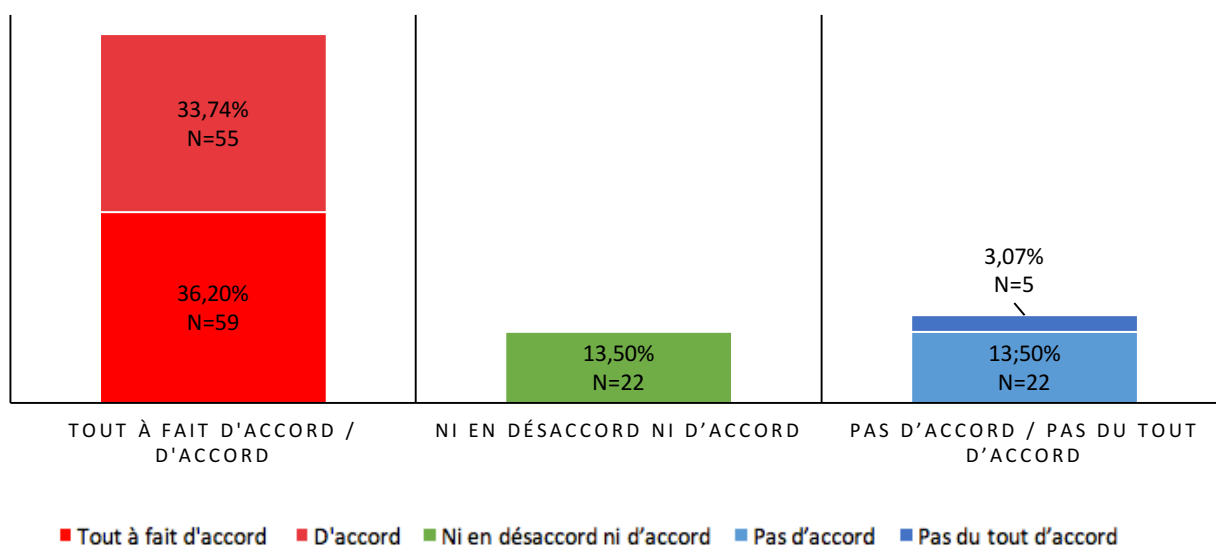


Figure 13 : Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes (« bobologie ») vont augmenter

6) A la proposition « Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter »

Parmi les 163 répondants, 69,94% étaient en accord contre 17,77% en désaccord.

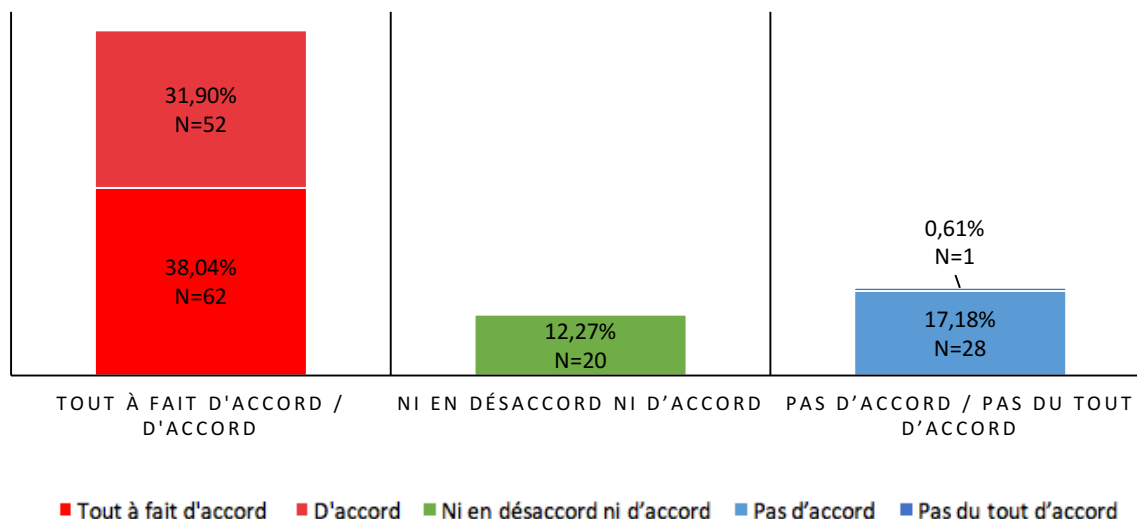


Figure 14 : Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter

7) A la proposition « Ma relation avec mes patients va être altérée »

Parmi les 163 répondants, 60,73% étaient en accord avec cette proposition contre 14,72% en désaccord.

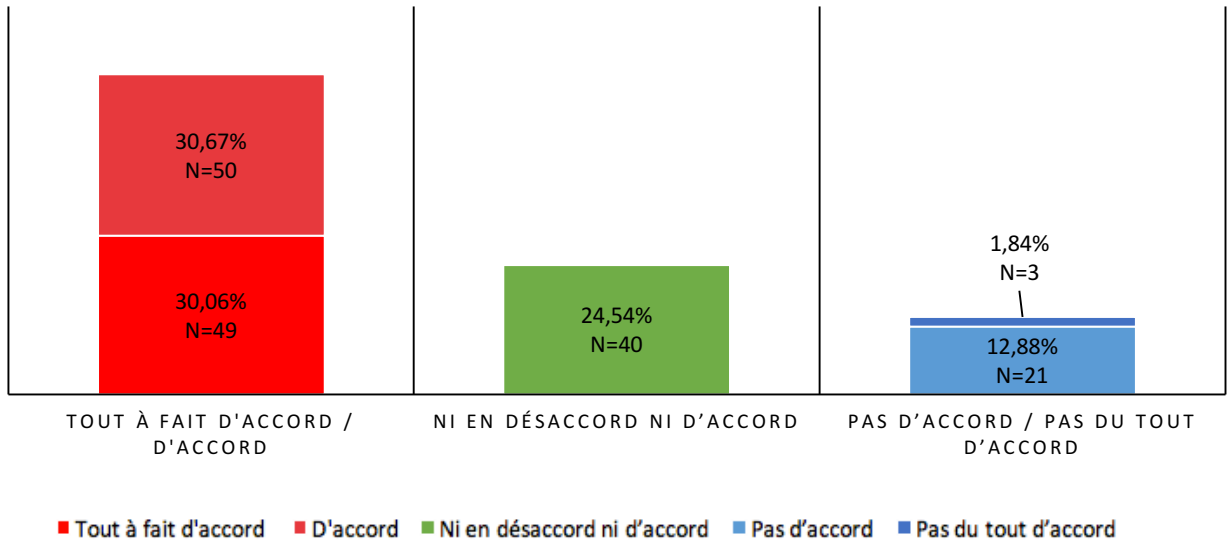


Figure 15 : Ma relation avec mes patients va être altérée

8) A la proposition « Je vais être dépendant de la sécurité sociale »

Parmi les 163 répondants, 77,3% étaient en accord, contre 3,07% « Pas d'accord » et 0 répondant n'était « Pas du tout d'accord »

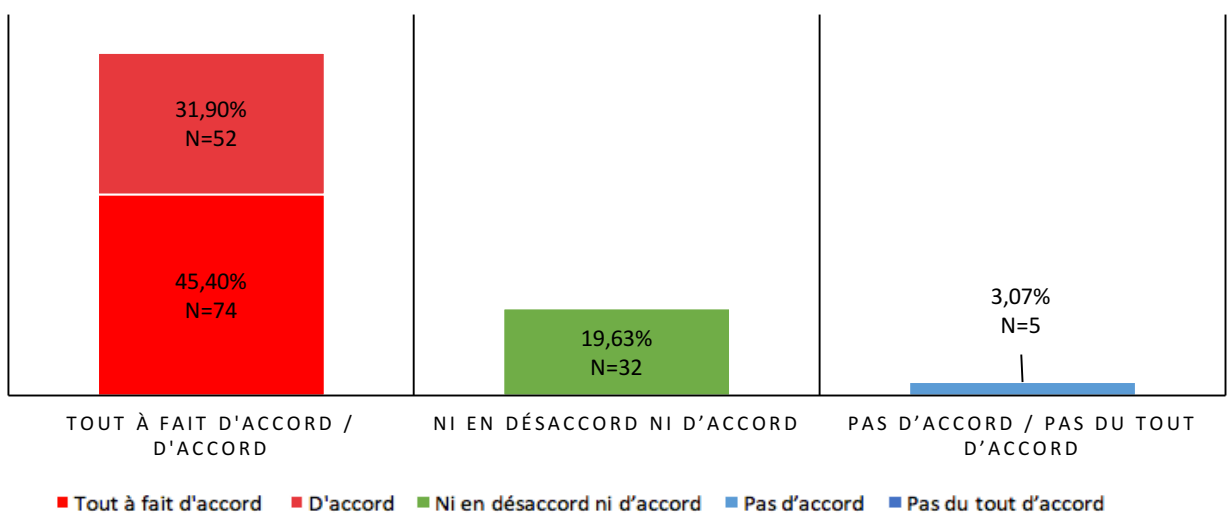


Figure 16 : Je vais être dépendant de la sécurité sociale

9) A la proposition « Je vais être dépendant des mutuelles »

Parmi les 163 répondants, 90,19% étaient en accord avec cette proposition, aucun n'était en désaccord.

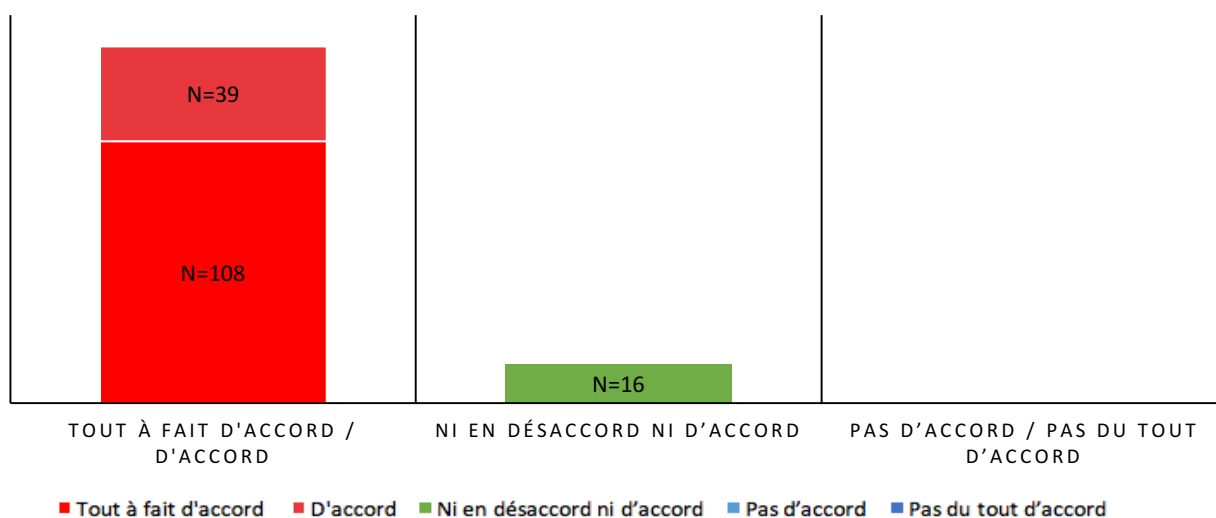


Figure 17 : Je vais être dépendant des mutuelles

10) A la proposition « La généralisation du Tiers Payant intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins »

Parmi les 163 répondants, 12,89% étaient en accord avec cette proposition, contre 63,19% en désaccord.

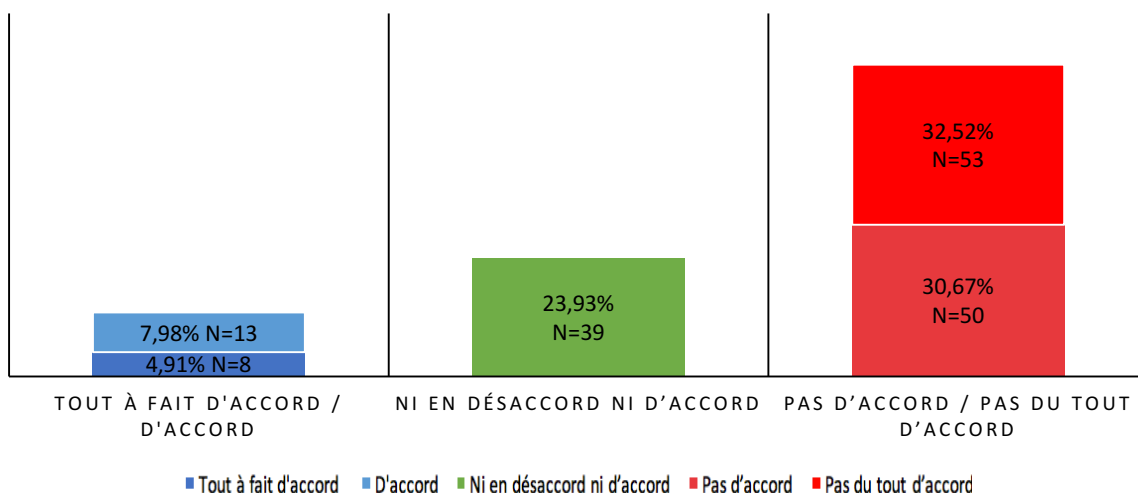


Figure 18 : La généralisation du tiers payant intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins

11) A la proposition « La généralisation du Tiers Payant intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes »

Parmi les 163 répondants, 61,35% étaient en accord avec cette proposition contre 13,50% en désaccord.

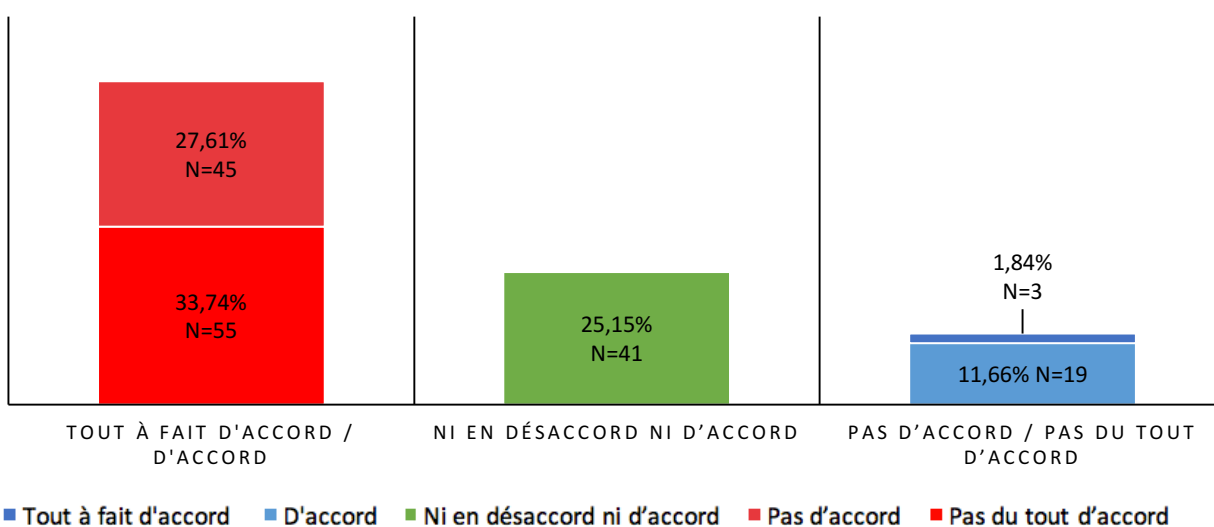


Figure 19 : La généralisation du Tiers Payant intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes

IV) Installation des futurs médecins généralistes du Nord

1) Volonté d'installation avant et après l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral

Avant l'annonce de la généralisation du tiers payant, 105 des répondants souhaitaient s'installer contre 58 non. Après l'annonce de la généralisation du tiers payant, 88 souhaitaient s'installer contre 75 non. Soit une baisse de 10%.

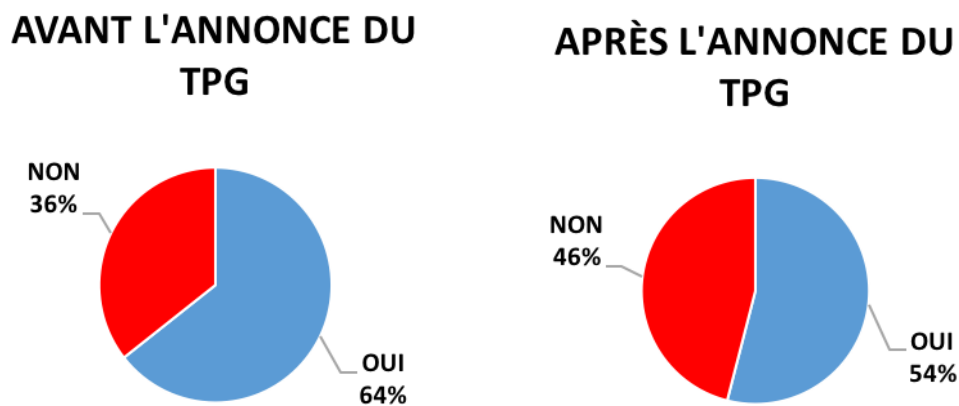


Figure 20 : Volonté d'installation avant et après l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral

On notait une augmentation significative ($p= 0.0002419$ Test de Mc Nemar) du nombre de répondants ne souhaitant plus s'installer après l'annonce du TPG

2) Délai d'installation avant et après l'annonce de la généralisation du tiers payant généralisé

Sur 87 répondants souhaitant s'installer avant et après l'annonce du TPG, 85 avaient renseigné un délai.

Le délai moyen avant l'installation avant l'annonce du TPG était de 2,86 ans et il était de 3,22 ans après l'annonce du TPG

Un test d'égalité des espérances pour échantillons appariés permet de rejeter l'égalité des espérances au risque de 2% ($p=0,017$) et de conclure à un délai d'installation après l'annonce du TPG significativement supérieur au délai avant l'annonce.

Ce résultat a également été confirmé par la réalisation d'un test non paramétrique, un test des Rangs signé de WILCOXON pour échantillon apparié concluant à une augmentation significative du délai d'installation avant et après l'annonce du TPG à un risque de 5% ($p= 0.047$)

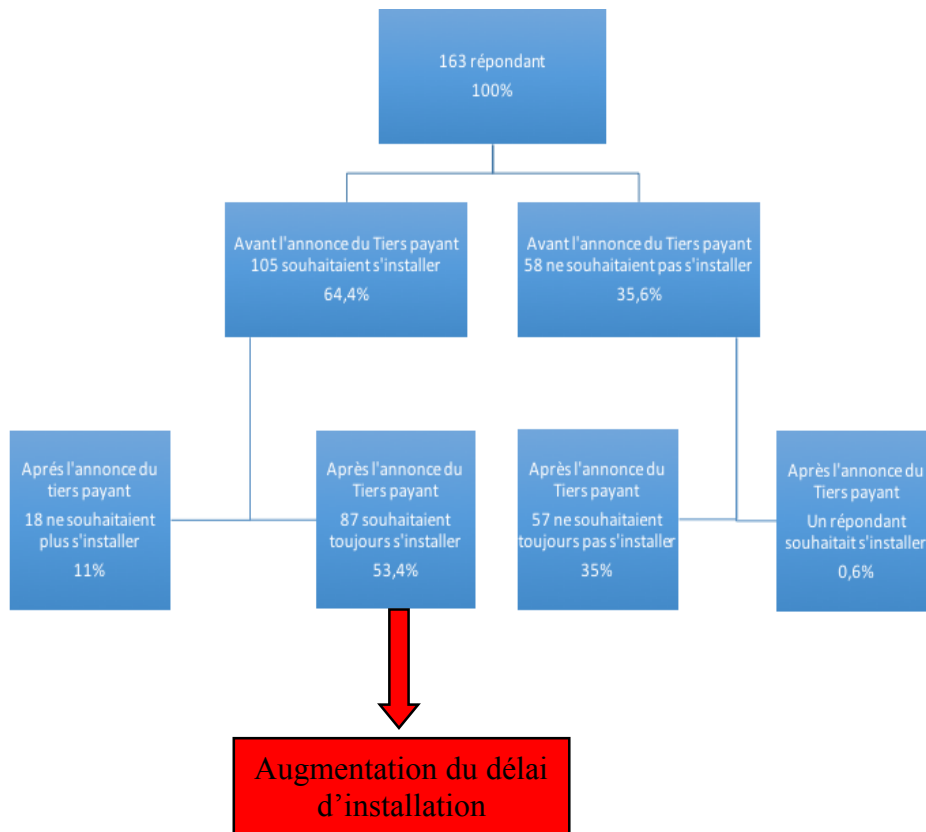


Figure 21 : Arbre décisionnel choix de l'installation avant et après l'annonce du TPG

3) Devenir des médecins n'ayant jamais souhaité s'installer

Sur les 57 répondants n'ayant jamais souhaité s'installer 75% déclaraient vouloir conserver un statut de médecin remplaçant pour une durée indéterminée.

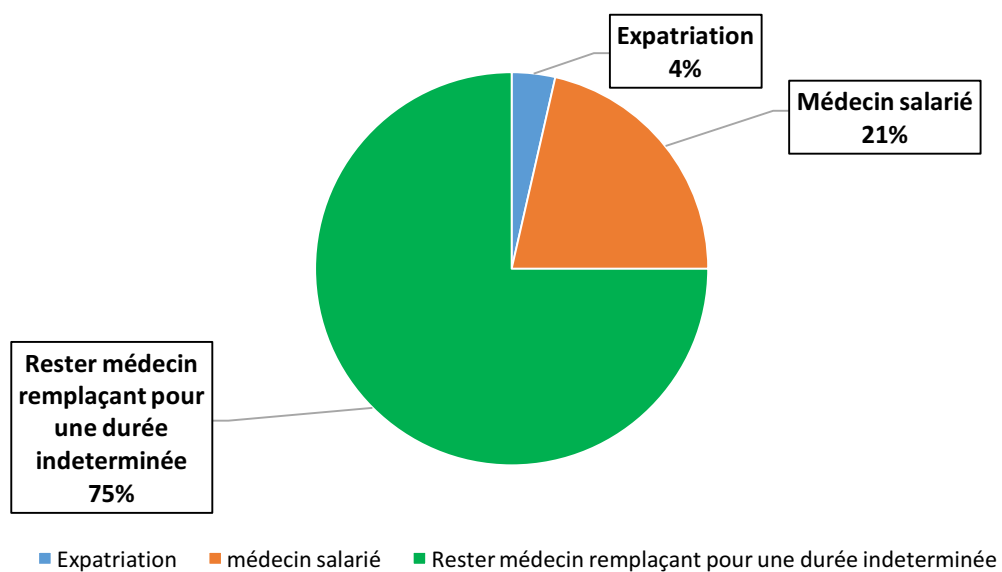


Figure 22 : Devenir des médecins n'ayant jamais souhaité s'installer

4) Devenir des médecins ne souhaitant plus s'installer

Parmi les 18 répondants ne souhaitant plus s'installer suite à l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral la moitié déclarait vouloir poursuivre leur activité de médecin remplaçant. Un des répondants souhaitait s'expatrier, le reste des répondants ne souhaitant plus s'installer déclarait vouloir exercer en tant que médecin salarié.

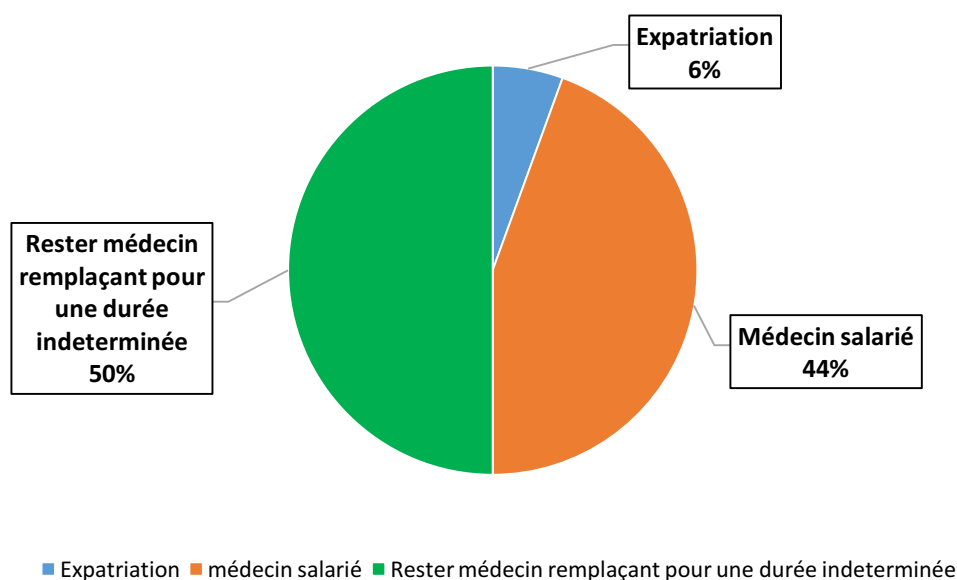


Figure 23 : Devenir des médecins ne souhaitant plus s'installer

V) Analyse de l'influence du tiers payant généralisé sur l'installation

1) Analyse des propositions sur le tiers payant généralisé par rapport à la variable « changement d'avis sur l'installation »

Tableau 1 : Analyse des propositions sur la généralisation du tiers payant intégral par rapport à la variable « changement d'avis sur l'installation ».

Variable	Lien significatif	p-valeur	Test
Mon temps de travail administratif va être augmenté	Oui	$p = 0.0106$	Test exact de Fisher
Ma comptabilité va être plus complexe	Non	$p = 0.5074$	Test exact de Fisher
Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter	Non	$p = 0.0923$	Test exact de Fisher
Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes (« bobologie ») vont augmenter	Oui	$p = 0.0381$	Test exact de Fisher
Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter	Oui	$p = 0.0402$	Test exact de Fisher
Ma relation avec mes patients va être altérée	Oui	$p = 0.0018$	Test exact de Fisher
Je vais être dépendant de la sécurité sociale	Oui	$p = 0.0255$	Test exact de Fisher
Je vais être dépendant des mutuelles	Oui	$p = 0.0347$	Test exact de Fisher
La généralisation du Tiers Payant intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins	Oui	$p = 0.0279$	Test exact de Fisher
La généralisation du Tiers Payant intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes	Oui	$p = 0.0012$	Test exact de Fisher

Sur les 10 propositions sur le tiers payant, on identifiait un lien significatif entre 8 d'entre elles et un changement d'avis sur l'installation après l'annonce du tiers payant généralisé.

2) Analyse des modalités de réponses les plus fréquentes chez les 18 répondants ne souhaitant plus s'installer depuis l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral

Tableau 2 : Analyse des modalités de réponse les plus fréquentes aux 8 propositions sur la généralisation du tiers payant intégral ayant un lien statistique avec le changement d'avis vis à vis de l'installation chez les 18 répondant ne souhaitant plus s'installer depuis l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral.

Variable	Modalité de réponse la plus fréquente	Test unilatéral de comparaison de deux proportions observées sur échantillons indépendants
Mon temps de travail administratif va être augmenté	« Tout à fait d'accord » 94,4% (N=17).	$p = 0,0001$
Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes (« bobologie ») vont augmenter	« Tout à fait d'accord » 55,5% (N=10)	$p = 0,0348$
Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter	« Tout à fait d'accord » 55,5% (N=10)	$p = 0,055$
Ma relation avec mes patients va être altérée	« Tout à fait d'accord » 72,2% (N=13)	$p = 0,0001$
Je vais être dépendant de la sécurité sociale	« Tout à fait d'accord » 55,5% (N=10)	$p = 0,234$
Je vais être dépendant des mutuelles	« Tout à fait d'accord » 83,3% (N=15)	$p = 0,0286$
La généralisation du Tiers Payants intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins	« Pas du tout d'accord » 55,5% (N=10)	$p = 0,0214$
La généralisation du Tiers Payants intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes	« Tout à fait d'accord » 55,5% (N=10)	$p = 0,0128$

Chez les répondants ne souhaitant plus s'installer, on mettait en évidence une proportion significativement plus élevée de réponses orientées très négativement face à la majorité des propositions sur la généralisation du tiers payant intégral pour lesquelles nous avons mis en évidence un lien statistique avec la variable « changement d'avis sur l'installation »

Ainsi la modalité « Tout à fait d'accord » pour la proposition « mon temps de travail administratif va être augmenté » était retrouvée chez 94,4% des répondants ne souhaitant plus s'installer.

La modalité « Tout à fait d'accord » était également en proportion plus élevée chez les répondants ne souhaitant plus s'installer pour 4 des autres propositions.

A noter également que la proportion de répondants n'étant « Pas du tout d'accord » avec la proposition « la généralisation du tiers payant est une bonne mesure pour l'accès équitable aux soins » était plus importante dans le groupe ne souhaitant plus s'installer.

VI) Analyse de l'augmentation du délai d'installation chez les répondants souhaitant toujours s'installer après l'annonce du tiers payant.

1) Analyse de la variable « délai d'installation » par rapport aux propositions sur la généralisation du tiers payant généralisé

Tableau 3 : Analyse des propositions sur la généralisation du tiers payant intégral par rapport à la variable « délai d'installation »

Variable	Lien significatif	p-valeur	Test
Mon temps de travail administratif va être augmenté	Non	$p = 0.8110$	Test exact de Fisher
Ma comptabilité va être plus complexe	Non	$p = 0.4761$	Test exact de Fisher
Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter	Oui	$p = 0.0385$	Test exact de Fisher
Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes vont augmenter	Non	$p = 0.6193$	Test exact de Fisher
Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter	Non	$p = 0.2669$	Test exact de Fisher
Ma relation avec mes patients va être altérée	Non	$p = 0.1539$	Test exact de Fisher
Je vais être dépendant de la sécurité sociale	Non	$p = 0.4661$	Test exact de Fisher
Je vais être dépendant des mutuelles	Non	$p = 0.3142$	Test exact de Fisher
La généralisation du Tiers Payants intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins	Non	$p = 0.3414$	Test exact de Fisher
La généralisation du Tiers Payants intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes	Oui	$p = 0.0005$	Test exact de Fisher

On identifie un lien significatif entre la variable « délai d'installation augmenté oui / non » et deux des propositions sur la généralisation du tiers payant intégral : « Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter » et « La généralisation du Tiers Payants intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes ».

2) Analyse des modalités de réponses les plus fréquentes du groupe « délai d'installation augmenté » aux propositions sur la généralisation du tiers payant intégral

a. Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter

La modalité la plus fréquente dans le groupe « délai d'installation augmenté depuis l'annonce du tiers payant » était « en Accord » à 53% (Tout à fait d'accord N=0 + d'accord= 9). Sa proportion n'était pas significativement plus importante que dans le groupe « délai d'installation non augmenté » (*Test de comparaison de deux proportions observées sur échantillons indépendants $p= 0,2578$*)

b. La généralisation du Tiers Payants intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes

La modalité la plus fréquente dans le groupe « délai d'installation augmenté depuis l'annonce du tiers payant » était « Tout à fait d'accord » à 65% (N=11) et sa proportion était significativement plus élevée que dans le groupe « délai d'installation

non augmenté » (*Test de comparaison de deux proportions observées sur échantillons indépendants $p=0,000027$*)

DISCUSSION

I) Limites de l'étude

1) Taux de participation

Avec 163 réponses incluses sur les 938 questionnaires envoyés le taux de participation était de 17,37% donnant une marge d'erreur des réponses par rapport à la population globale de 7% pour un risque à 5%.

Ce taux de réponse paraît bas compte-tenu de la médiatisation du sujet, il pourrait être cependant expliqué par certaines limites ou biais de l'étude.

2) Durée de l'enquête

Le recueil de données a été d'une durée relativement courte : 28 jours. Lors de la relance au bout d'une période de 17 jours nous avons enregistré 160 réponses. Il a été décidé d'interrompre l'enquête 11 jours plus tard en raison du nombre très faible (4) de nouvelles réponses considérant que la poursuite du recueil de données avec une nouvelle relance n'apporterait sans doute que peu ou pas de réponse supplémentaire.

3) Biais de sélection

- Envoi du questionnaire par courriel : bien que les 938 adresses dont nous disposons via la base de données du CNOM étaient valides, on peut s'interroger sur la consultation par les utilisateurs de leur boîtes mails et donc sur la non-ouverture du courriel de l'enquête. Ce phénomène a pu être

amplifié par la durée relativement courte de l'enquête et par l'absence de relance multiple.

- Population : un questionnaire a été exclu pour la non appartenance à la spécialité de médecine générale du répondant qui avait déclaré être adhérent à l'Association Nationale des internes de médecine du travail. Nous avons été également contacté par courriel par une interne de pédiatrie qui avait reçu notre questionnaire. Il apparaît donc que certaines adresses, dont le nombre n'est pas vérifiable, n'appartenaient pas à des sujets répondant aux critères d'inclusion, en raison d'une absence de mise à jour de leur statut auprès du Conseil Départemental du Nord.

4) Evènement intercurrent

La décision du 21 janvier 2016 n° 2015-727 DC du conseil constitutionnel déclarant non constitutionnelle l'obligation de la généralisation du tiers payant sur la part mutuelle a sans doute eu une influence sur notre enquête. Cet aléa « politique » en reléguant le TPG dans un second plan médiatique a pu diminuer l'intérêt pour le sujet.

II) Force de l'étude

1) Méthode

La méthode utilisée était la plus adaptée à notre question de recherche et nous a permis de répondre à nos objectifs.

Le choix d'une étude quantitative nous permettait d'obtenir une puissance statistique nécessaire pour estimer l'influence de la généralisation du tiers payant sur l'installation des futurs médecins généralistes.

2) Appui institutionnel

L'aide méthodologique du CNOM dans la rédaction du questionnaire nous a permis de produire un questionnaire court, rapide à compléter, favorisant un fort taux de réponses complètes et permettant de répondre à la question de recherche.

L'aide matérielle du CNOM pour l'hébergement du questionnaire en ligne et pour son envoi grâce à leur base de données nous a permis de diffuser notre enquête à plus de 87% de la population cible.

3) Originalité du sujet

Notre étude est la première à recueillir spécifiquement l'opinion des jeunes médecins sur ce sujet et à étudier son influence sur leur installation.

Dans le contexte actuel de crise de la démographie médicale en France et compte tenu de l'agitation politique, syndicale et médiatique qui a régné autour de ce sujet il nous semblait important de prendre de la hauteur et d'étudier scientifiquement l'avis

des futurs médecins généralistes sur la généralisation du tiers payant intégral, afin d'en anticiper les effets.

III) Principaux résultats

1) Baisse des installations

Avant même l'annonce du projet de loi santé et de la généralisation du tiers payant, 36% des répondants ne souhaitaient pas s'installer. Ce chiffre déjà inquiétant monte à 46% après l'annonce du tiers payant généralisé, soit une hausse de 10%.

Ces chiffres sont déclaratifs et donc potentiellement ne correspondront pas nécessairement à la réalité si la généralisation du tiers payant intégral était appliquée. Toutefois ils traduisent la volonté des futurs médecins généralistes de se réorienter (vers le salariat ou la poursuite d'une activité de remplaçant) voire même de « fuir » à l'étranger pour certains, si cette nouvelle contrainte apparaissait.

2) Augmentation du délai d'installation

Estimé à 2,86 ans en moyenne chez les répondants avant l'annonce du tiers payant généralisé, le délai d'installation passe à 3,22 ans après, chez les répondants souhaitant toujours s'installer, soit une élévation d'environ 4 mois et demi en moyenne.

L'élévation du délai d'installation est certes modeste, ce qui peut expliquer le peu de lien statistique retrouvé avec les variables liées au tiers payant, en dehors du tiers payant en tant que frein à part entière. Mais il faut la mettre en perspective avec la hausse très importante, des répondants ne souhaitant plus s'installer dont le délai d'installation pourrait être considéré comme « infini ».

Cette élévation du délai d'installation est la traduction de l'inquiétude des futurs médecins généralistes vis à vis de la généralisation du tiers payant intégral, qui vont préférer différer leurs installations afin d'évaluer ce nouveau système. Elle fait également apparaître le risque de l'augmentation des chiffres de la non installation, si à l'issue de ce délai d'observation, les futurs médecins considèrent ce nouveau système comme trop contraignant.

3) Des jeunes médecins contre la généralisation du tiers payant intégral

L'analyse descriptive des propositions sur le tiers payant généralisé révèle que les répondants se sont majoritairement prononcés de manière défavorable vis à vis du tiers payant. A part à la proposition « Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour des raisons financières vont augmenter » (question 13) ou une majorité relative des répondants (46%) était en accord.

Ils sont 63% des répondants à estimer que la généralisation du tiers payant intégral n'est pas une bonne mesure pour l'accès aux soins. Cette proportion passe à 88,8% chez les répondants ne souhaitant plus s'installer depuis l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral.

4) La généralisation du tiers payant intégral : plus qu'un frein à l'installation

Déjà considérée comme un frein à part entière par 61% des répondants la généralisation du tiers payant influence, en plus, une partie des habituels déterminants de l'installation et ce de manière négative.

Une très nette majorité des répondants sont en accord avec les propositions relatives à une augmentation des tâches administratives, à une gestion financière plus complexe, à une altération de la relation médecin-malade et à une perte d'indépendance professionnelle liée la généralisation du tiers payant intégral.

Or la charge de travail administratif et la gestion financière du cabinet font partie des freins à l'installation les plus régulièrement retrouvés dans la littérature, tout comme l'indépendance professionnelle et la relation privilégiée médecin malade font partie des motivations à l'installation les plus régulièrement citées.

IV) Risques immédiats de la généralisation du tiers payant intégral

1) Un accès aux soins dégradé à moyen terme

A court terme, la généralisation du tiers payant intégral améliorerait l'accès aux soins en permettant aux patients, ayant jusque-là différé des consultations médicales pour des raisons financières, de consulter plus librement.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins fait apparaître dans son dernier rapport annuel sur la démographie médicale une chute du nombre des médecins

généralistes libéraux qui devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et pourrait entraîner la perte d'un médecin généraliste sur quatre sur la période 2007-2025.¹¹

A moyen terme, ce phénomène pourrait être potentiellement amplifié par le TPG intégral via une augmentation du nombre des jeunes médecins ne souhaitant plus installer. Et donc aboutir à une dégradation de l'accès aux soins, qui toucherait l'ensemble des patients, liée à un accès plus difficile à des médecins moins nombreux et surchargés.

2) Elévation des coûts de la santé

a. Effet de rattrapage ou/et surconsommation ?

Le législateur a déjà prévu un effet de rattrapage avec une hausse de la consommation de soins des patients les moins aisés tendant à rejoindre celle des patients plus aisés.

Mais les médecins s'inquiètent d'une « surconsommation » de soins liée au sentiment de gratuité de l'acte médical, avec une augmentation des consultations pour des motifs bénins ou abusifs.

Le risque inflationniste du tiers payant avait été étudié par le Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) dans un rapport de 2000 intitulé « Le tiers payant est-il inflationniste ? »¹².

Il conclut que l'on « *ne peut donc vraiment parler d'un effet inflationniste (qui augmenterait tous les coûts de soins chez tous les assurés), mais plutôt d'un rattrapage par les pauvres du volume de soins que consommaient déjà les ménages non concernés par la contrainte de liquidité* ». Plusieurs autres études ont, par

ailleurs, démontré l'absence de surconsommation de soins au sein des populations bénéficiant du tiers payant, dont par exemple celle de la CPAM du Val de Marne¹³.

Toutefois il est difficile d'extrapoler ces résultats d'études menées sur des populations bénéficiaires de la CMU-C à la population générale. Il convient donc de faire preuve de prudence en ne généralisant pas ces résultats et de ne pas méconnaître ce risque de surconsommation non évalué dans la population générale.

b. Disparition des actes gratuits ?

L'instauration de la généralisation du tiers payant intégral pourrait modifier un certain nombre de pratiques. Il paraît évident que bon nombre des 107256 médecins généralistes ayant une activité libérale en 2016 et qui réalisent quotidiennement des actes gratuits factureront dorénavant ces actes.

En se basant sur un chiffre moyen de 300 jours ouvrables par an et d'un prix de la consultation à 25€, la facturation quotidienne d'un seul acte précédemment réalisé gratuitement par les 107256 médecins généralistes se traduirait par une augmentation du coût de la santé de plus de 800 millions d'euros par an.

3) Dégradations des conditions de travail

La charge de travail administratif, la relation médecin-patient, l'indépendance professionnelle et la gestion financière du cabinet sont, dans la littérature, des freins et des motifs majeurs à l'installation¹⁴.

Les résultats de notre enquête étaient conformes aux données existantes. L'analyse des réponses chez les jeunes médecins ne souhaitant plus s'installer depuis l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral révèle un lien significatif entre la volonté de ne plus s'installer et la crainte d'une augmentation de la charge de travail administratif, d'une perte d'indépendance professionnelle et d'une altération de la relation médecin-patient.

V) Perspectives : le vrai débat

1) Lutter contre les inégalités sociales de santé

Pour Marisol Touraine, ministre de la santé et du droit des Femmes, lors de la présentation de la loi santé le 15 octobre 2014 « *Le projet de loi présente en effet une réforme structurante, qui permet d'attaquer les inégalités de santé à la racine* »

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité* ».

La promotion de la santé passe donc par l'action sur les déterminants de la santé, qui sont « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ».

Pour exemple les 12 déterminants de la santé retenus par l'Agence de Santé Publique du Canada :

« -le niveau de revenu et le statut social

-les réseaux de soutien social ;

-l'éducation et l'alphabétisme ;

-l'emploi et les conditions de travail ;

-les environnements sociaux ;

-les environnements physiques ;

-les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles ;

-le développement de la petite enfance ;

-le patrimoine biologique et génétique ;

-l'offre de santé ;

-le sexe ;

-la culture »¹⁵

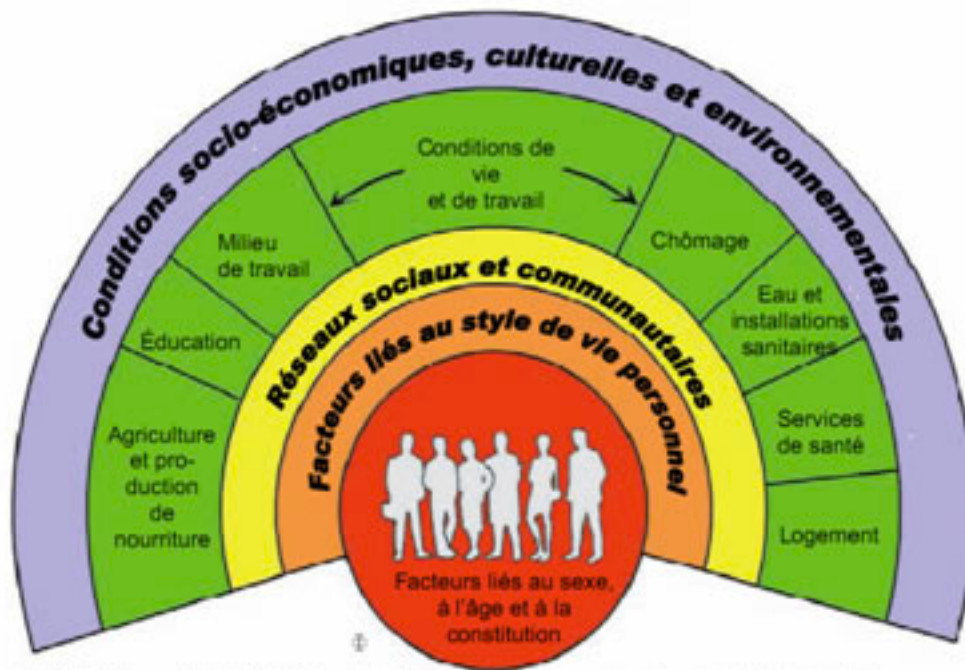
Le modèle de « *Dahlgren et Whitehead* » présente les déterminants de la santé en 4 niveaux. Ces niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, ils interagissent.¹⁶

-Premier niveau « Facteurs liés au style de vie personnel »

-Second niveau « Réseaux sociaux et communautaires »

-Troisième niveau « Facteurs liés aux conditions de vie et de travail »

-Quatrième niveau « Conditions socio-économiques, culturelles et environnementales »



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (translation)

Figure 24 : « The Dahlgren-Whitehead rainbow ». Modèle des déterminants de la santé (1991)

Au-delà de la généralisation du tiers payant intégral, le vrai débat devrait porter sur les déterminants sociaux de la santé : niveau de revenus, niveau d'éducation, catégorie socioprofessionnelle ou tout autre facteur pouvant refléter une situation sociale ou socio-économique. « Ils visent à expliquer comment les inégalités sociales se transforment en inégalités de santé »¹⁷.

Le rapport de l'IGAS de 2011 sur les inégalités sociales de santé¹⁸, nous apprend que « mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé s'ancre dans un double constat.

- Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas, puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent même à s'aggraver pour partie (...).

- Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus »

L'« attaque » des inégalités de santé doit passer par des mesures allant bien au-delà de celle du tiers payant qui ne cherche qu'à traiter une des multiples facettes du problème. Cette mesure loin d'être optimale présente le risque d'un creusement des inégalités sociales d'accès aux soins. Et ce d'autant plus que les médecins, acteurs principaux de sa mise en œuvre y sont majoritairement opposés.

L'approche par une action intersectorielle proposée par Geoff Green¹¹⁹ est sans doute plus intéressante pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et lutter contre les inégalités sociales de santé.

Mais elle nécessite une volonté et une action coordonnée interministérielle s'associant aux acteurs locaux élus et médicaux.

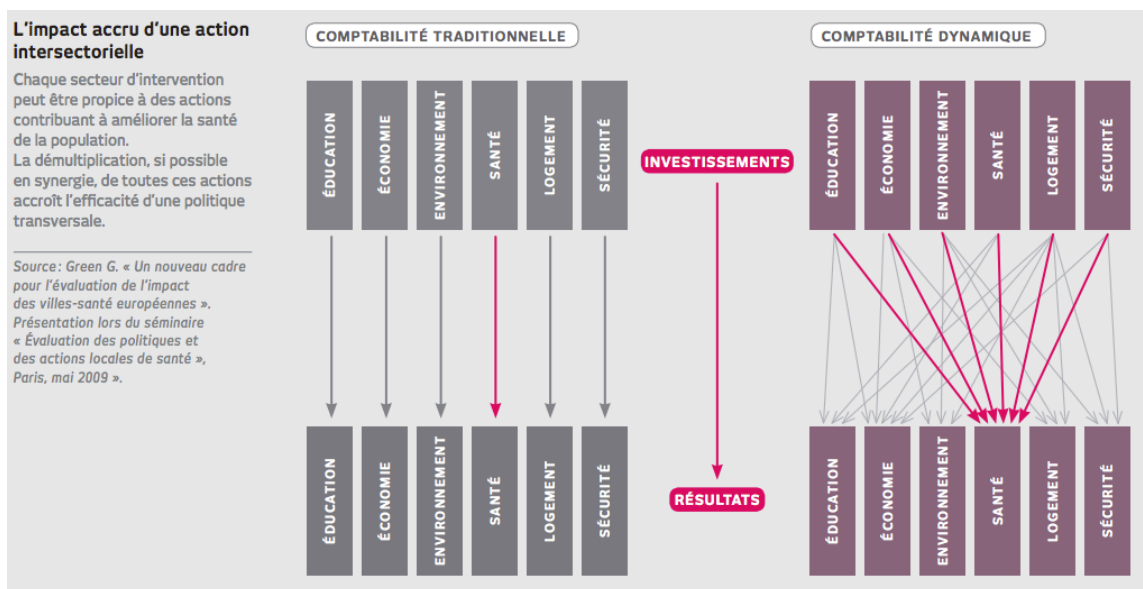


Figure 25 : Modèle de Green G. « L'impact accru d'une action intersectorielle » 2009

C'est dans ce sens qu'a été créé le 18 juin 2014, le comité interministériel pour la santé (CIS), ayant pour missions « de veiller à l'amélioration de l'état de santé de la population et à la réduction des inégalités de santé, de favoriser la prise en compte de l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques et de veiller à ce que la coordination des politiques publiques en faveur de la santé soit assurée au niveau régional. »²⁰

Il devait se réunir au moins une fois par an pour permettre « au ministre de la santé de faire partager, par l'ensemble du gouvernement, les priorités de santé ».²⁰

A ce jour le premier CIS n'a pas encore eu lieu, il était initialement programmé au deuxième trimestre 2016 et devait porter sur la lutte contre l'antibiorésistance.

Bien qu'étant un sujet de santé publique majeur, on n'aurait pu espérer une thématique plus proche de la lutte contre les inégalités sociales de santé pour ce premier CIS.

2) Améliorer l'accès financier aux soins

a. Pour qui ?

Dans son enquête sur la santé et la protection sociale 2012², l'IRDES avance le chiffre de 26 % des personnes déclarant avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. Ce chiffre englobe tous les types de soins : optique, dentaire, consultation médicale et autres.

Ainsi « le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières concerne 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins.² »

La généralisation du tiers payant intégral permettrait donc d'améliorer l'accès financier à une consultation médicale pour 5% des bénéficiaires de l'Assurance maladie âgés d'au moins 18 ans. Pour autant sans diminuer le renoncement aux soins dentaires ou optiques, liés eux à un taux de remboursement trop faible de la part de l'Assurance maladie.

On peut s'interroger sur la pertinence de la solution du tiers payant intégral généralisé tel qu'il a été proposé. Son effet négatif sur l'installation des médecins associé à une crise de la démographie médicale pré-existante risque de desservir, au final, l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance maladie.

Il apparaît qu'il existe d'autres problématiques d'accès financier aux soins plus importantes à régler avant de tenter d'autres solutions comme la généralisation du

tiers payant. D'autant plus que concernant l'accès financier à la consultation médicale, les solutions actuelles sont largement sous-exploitées.

b. Les solutions existantes

- Lutter contre le non-recours à la CMU C ou ACS

Le non-recours désigne « *toute personne qui ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre* »²¹

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) a présenté une typologie explicative comprenant trois principales formes de non-recours :

- La non-connaissance de l'offre,
- La non-demande, lorsque l'offre est connue mais non demandée,
- La non-réception, lorsque l'offre est connue, demandée, mais non obtenue.

Un rapport du fonds CMU révèle que les « *chiffres du non-recours sur ces dispositifs restent élevés. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a estimé que le taux de non-recours à la CMU-C était compris entre 22 et 36% et celui concernant l'ACS entre 57 et 70% en France métropolitaine en 2014* »²²

Au total, on peut ainsi estimer qu'environ 3 millions de personnes ne font pas valoir leurs droits à la CMU-C ou n'ont pas sollicité l'ACS.²³

- **Développement des moyens de paiement type « carte avance santé »**

La « carte avance santé » est une carte de paiement permettant aux adhérents de certaines mutuelles de régler leurs dépenses de santé chez les professionnels qui acceptent le paiement par carte bancaire en France.

Le compte bancaire du patient n'étant débité qu'après le remboursement des soins par la Sécurité Sociale et la complémentaire santé.

Elle présente le double intérêt d'un paiement direct du professionnel de santé par le patient et d'un débit différé sur le compte bancaire du patient.

- **Le tiers payant**

Déjà pratiqué quotidiennement sous sa forme actuelle : non généralisé et non obligatoire, il permet aux médecins de l'utiliser au cas par cas pour aider les patients en présentant le besoin.

- **Les « petits arrangements quotidiens »**

Dans la pratique quotidienne, nombre de généralistes pratiquent de « petits arrangements » avec les rares patients ne rentrant dans aucune case : en encaissant un chèque après un délai convenu, en acceptant que le patient le paie plus tard ou encore en pratiquant un acte gratuit.

3) Un tiers payant idéal ?

a. Les raisons de la colère

Il est difficile de pouvoir prétendre définir le cadre d'application d'un tiers payant intégral généralisé tant il est en opposition avec l'histoire de la médecine libérale en France.

Dès sa naissance dans les années 1880, l'action du syndicalisme médical a visé à promouvoir la généralisation du paiement à l'acte. En 1927, déjà hostile au tiers payant, les médecins ont adopté une charte définissant les « *Principes qui régissent l'exercice de la médecine* ». Les trois principes fondamentaux étaient :

- Le droit à des honoraires pour tout malade soigné
- Le paiement direct de ces honoraires par le malade au médecin
- L'entente directe, principe laissant la liberté au médecin de fixer la valeur de son acte au-delà du tarif syndical minimal.²⁴

On comprend donc que les médecins libéraux et les futurs médecins libéraux d'aujourd'hui soient majoritairement en opposition avec le tiers payant qui leur était imposé. D'autant plus si on y ajoute une crainte d'augmentation de la charge de travail administratif, de perte d'indépendance professionnelle et de dégradation de leur relation avec leurs patients.

Dans ce contexte, la préservation des intérêts personnels des médecins libéraux face à un intérêt collectif plus qu'incertain semble donc bien légitime.

b. Un tiers payant pour la qualité des soins

Une des problématiques liée au paiement à l'acte est la manière dont il intervient sur les prescriptions.

Une étude comparative des pratiques entre la France et les Pays-Bas rapporte que *« les observations de consultations ont permis de se rendre compte que le patient français domine la fin de la consultation en retenant son règlement si ses besoins n'ont pas été satisfaits (...) Les médecins néerlandais, qui ne sont jamais rémunérés pendant la consultation, ne sont pas confrontés à cette contrainte, et estiment que leur posture permet de garder le contrôle sur la consultation. Ils perçoivent la dissociation entre l'acte médical et le règlement financier comme un mécanisme de protection puisque la relation avec leur patient reste « purement médicale » sans ambiguïté commerciale ».*²⁵

Cette « ambiguïté commerciale » peut se traduire par une « logique de réparation instantanée par le biais du médicament » au détriment d'autres options comme la réassurance et les conseils d'hygiène de vie. L'ordonnance matérialisant alors la capacité du médecin à répondre à la demande du patient.

Dans une logique qualitative des soins, le rôle du médecin est d'identifier les besoins réels du patient, qui peuvent être différents de sa demande, sans rentrer dans une relation clientéliste.

Si ce mode de fonctionnement est possible pour les médecins néerlandais, c'est en partie grâce au tiers payant mais surtout à l'organisation des soins, qui lui est associée, totalement différente de l'organisation française.

Aux Pays-Bas, le seuil de consultation est plus élevé, un assistant assurant un « tri » visant à éviter les consultations pour des motifs sans gravité. La délégation de

certaines tâches aux assistants du cabinet (pour les affections courantes ou les suivis chroniques), ainsi qu'à un niveau de rémunération plus élevé, permettent de diminuer le nombre de consultations et de libérer plus de temps aux médecins pour assurer des missions plus complexes.

c. Le tiers payant « idéal »

Le « tiers payant idéal » ne peut exister sans des mesures d'organisation des soins nécessairement associées qui devraient permettre de :

- Améliorer la qualité des soins par la mise en place et l'application de recommandations de bonnes pratiques issues de la recherche en soins primaires et secondaires.
- Diminuer le temps de travail administratif visant à augmenter le temps de travail médical par la délégation de certaines tâches administratives, leur simplification ou leur automatisation.
- Lutter contre les inégalités sociales de santé par une action interministérielle concertée avec les acteurs locaux de la santé dans tous les domaines liés à la santé (éducation, logement, économie, environnement, sécurité).
- Augmentation de la rémunération des médecins liée à une diminution du volume des consultations, l'emploi d'assistants et l'augmentation de la qualité des soins.

Pour ce faire, le tiers payant devrait également présenter un certain nombre de caractéristiques visant à rassurer les médecins quant à son application :

- Un guichet unique

Le tiers payant intégral est, depuis longtemps, utilisé par les médecins dans les situations de droit (CMU-C, AME, Accident du travail / maladie professionnelle). Le point commun de ces situations est un guichet unique pour le paiement de l'acte au praticien.

Avec l'application du tiers payant intégral généralisé, tel qu'il était prévu dans la loi, le remboursement de la part AMO aurait été effectué par la sécurité sociale et la part AMC par une des 426 mutuelles françaises²⁶. La multiplication des flux et de leurs origines présente un risque trop important d'alourdissement de la charge de travail administratif lié à leur contrôle.

- Garantie du paiement

Dans le respect de l'idée de la charte signée par les médecins en 1927 « *Le droit à des honoraires pour tout malade soigné* » doit être affirmé. Le médecin, professionnel de santé, n'a pas pour rôle de contrôler les droits de chacun de ses patients. La crainte des médecins est que ce rôle de contrôleur nuise à leur relation avec leurs patients.

Le législateur doit pouvoir garantir son paiement au médecin, à charge pour l'assureur de pouvoir se retourner contre son assuré en cas de litige sur ses droits.

- Rapidité

La gestion financière du cabinet et de ses charges inhérentes implique une certaine régularité dans les revenus. Des trous de trésorerie liés à des remboursements longs ou tardifs pourraient mettre en difficulté économique certains praticiens.

Un délai très court entre l'acte et son paiement ainsi qu'un versement pluriannuel des différents forfaits semblent donc impératifs.

- Garantie de l'indépendance professionnelle

« *Celui qui paie les violons choisit la musique* ». Ce proverbe résume une des inquiétudes des médecins quant à l'application d'un tiers payant intégral généralisé.

Il semble impératif que les pratiques des médecins soit tirées de l'« Evidence-Based Medicine » (ou médecine factuelle) plutôt que dictées par une logique économique.

Cela implique que le contrôle de l'activité des médecins soit assuré non pas par un organisme mû par une vision économique de la santé, mais par leurs pairs, conscients que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût.

CONCLUSION

La lutte contre les inégalités sociales de santé et une amélioration de l'accès aux soins étaient les objectifs affichés par le législateur au travers de la généralisation du tiers payant intégral.

Devant la forte contestation des médecins et de leurs syndicats face à cette mesure, nous avons cherché à évaluer l'influence que pourrait avoir la généralisation du tiers payant sur l'installation des futurs médecins du département du Nord.

Pour ce faire, nous avons adressé un questionnaire à 938 des 1073 médecins remplaçants du département du Nord visant à recueillir leurs avis sur la généralisation du tiers payant intégral et à évaluer son influence sur les principaux déterminants de l'installation des médecins généralistes.

A la lumière de l'analyse des 163 réponses obtenues, représentant un taux de participation de 17,37%, l'application du tiers payant intégral généralisé, tel qu'il a été proposé par le législateur, serait néfaste tant sur le nombre des installations que sur leurs délais.

Son influence négative sur les déterminants majeurs à l'installation des futurs médecins généralistes accentuerait, à court ou moyen terme, les difficultés d'accès aux soins de l'ensemble de la population en raison d'un manque croissant de médecins installés.

Si favoriser l'accès aux soins et lutter contre les inégalités sociales de santé sont des actions prioritaires à mettre en œuvre, les moyens proposés par la loi de modernisation du système de santé sont très largement insuffisants. Voire délétères avec la mesure phare de la généralisation du tiers payant intégral, qui en l'état est une fausse bonne idée.

Pour autant, l'exemple de pays européens voisins nous permet de penser que la généralisation du tiers payant intégral, pour la médecine de soins primaires, peut être un moyen d'améliorer la qualité des soins et de lutter contre les inégalités sociales de santé, si elle est accompagnée d'une profonde réorganisation du système de santé.

On ne peut que souligner l'intérêt de mener d'autres recherches sur le sujet, en particulier, sur l'adhésion à un tel système de l'ensemble des parties prenantes.

Cette réforme du système de santé représente un défi pour l'avenir et nécessiterait une volonté et une ambition communes des acteurs, politiques, professionnels de santé et usagers. Elle passera nécessairement par une profonde modification des pratiques et des mentalités qui demanderont temps et pédagogie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Projet de loi relatif à la santé. N° 2302 [Internet]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl2302.asp>

2. IRDES. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 [Internet]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf>

3. MG France Tiers-payant: non à l'obligation! [Internet]. Disponible sur : <http://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/570-tiers-payant-non-a-l-obligation>

4. CSMF Communiqué de presse 18.06.2015 [Internet]. Disponible sur: http://www.smmq.fr/150618_cp_tpg_acs.pdf

5. UNOF- Le Syndicat des Spécialistes en Médecine Générale - Tour de France, Tour de force, Non à la loi de santé, La médecine aux médecins [Internet]. Disponible sur : <http://www.unof.org/+Tour-de-France-Tour-de-force-Non-a-la-loi-de-sante-La-medecine-aux-medecins+.html>

6. A. DECORDE Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Thèse d'exercice : Médecine. Médecine générale : Grenoble : 2011

7. ARNAUD C, THIRON P Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Thèse d'exercice : Médecine. Médecine générale : Grenoble : 2013

8. Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généraliste libéraux. 2011

9. Conseil National de l'Ordre des médecins ATLAS NORD-PAS DE CALAIS 2015 Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf

10. AMAR J. TIERS PAYANT : ETAT DES LIEUX SUR SON APPLICATION ET AVIS SUR SA GENERALISATION Thèse d'exercice : Médecine. Médecine générale : Strasbourg : 2014

11. Conseil National de l'Ordre des Médecins ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 [Internet] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
12. Dourgnon P., Grignon M., Le tiers payant est-il inflationniste ? CREDES 2000 [Internet] Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1296.pdf>
13. CPAM Val de Marne, Étude sur le recours aux soins et l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C 2008 ; [Internet] Disponible sur : [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2216-CPAM Etude recours aux soins CMU-C.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2216-CPAM_Etude_recours_aux_soins_CMU-C.pdf)
14. URML Ile de France, Union Régional des Médecins Libéraux. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. Janvier 2008. [Internet] Disponible sur : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf
15. Agence de la santé publique du Canada. Qu'est ce qui détermine la santé ? 2011. [Internet] Disponible sur : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#health_stat
16. Whitehead, M., Dahlgren G. What can we do about inequalities in health. *The lancet*, 1991
17. Guichard, A. et Potvin, L., Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? INPES 2010. [Internet] Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
18. Moleux M., Schatzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé : Déterminant sociaux et modèle d'action. IGAS. Mai 2011. [Internet] Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580.pdf>
19. Touraine M. Présentation des orientations du projet de loi santé. 19 juin 2014. [Internet] Disponible sur : <http://www.marisol-touraine.fr/2014/06/presentation-des-orientations-du-projet-de-loi-de-sante-intervention-de-marisol-touraine/>
20. Green G. « Un nouveau cadre pour l'évaluation de l'impact des villes-santé européennes ». Présentation lors du séminaire « Évaluation des politiques et des actions locales de santé », Paris, mai 2009

21. Université Paris-Dauphine. Rapport pour le Fonds CMU "Le non recours à l'Aide Complémentaire Santé : Les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille. 2013. [Internet] Disponible sur :

https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Synthese_non_recoursACS_etudeCPAM59_UnivDauphine.pdf

22. WARIN P. « Qu'est-ce que le non-recours aux droits sociaux ? » 2010. [Internet] Disponible sur : <http://www.laviedesidees.fr/Qu-est-ce-que-le-non-recours-aux.html>

23. Ecole de dirigeant de la protection social. L'IMPACT DU RENDEZ-VOUS DES DROITS FACE AU PHÉNOMÈNE DE NON-RECOURS ET DE RENONCEMENT AUX SOINS EN3S. 2016. [Internet] Disponible sur : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2016-05-13_EN3S_RDV_DROITS.pdf

24. Géraldine Bloy. Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus. Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Presses de l'EHESP, pp. 75-95, 2010.

25. Rosman S. Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas. Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Presses de l'EHESP, pp.117-132, 2010.

26. Nouveau Code de la Mutualité. 2016. [Internet] Disponible sur <http://www.mutualite.fr/presse/nouveau-code-de-la-mutualite/>

ANNEXES

Influence de la généralisation du tiers-payant sur l'installation des futurs médecins généralistes du Nord

1) Vous êtes :

- Homme
- Femme

2) Vous êtes:

- Médecin remplaçant titulaire d'une licence de remplacement
- Médecin remplaçant thésé(e)

3) Si Médecin remplaçant thésé(e) : Année de première inscription à l'Ordre :

4) Age :

5) Situation familiale :

- Célibataire
- En concubinage
- Pacsé(e)
- Marié(e)

6) Nombre d'enfant:

- Aucun
- 1
- 2
- 3
- 4 et +

7) Vous êtes :

- Locataire
- Propriétaire
- Logé(e) à titre gratuit

8) Avant l'annonce de la généralisation du Tiers Payant Intégral, souhaitez-vous vous installer ?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel délai ? (Années)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

9) Vous vous-êtes informé sur la généralisation du tiers payant ?

- Oui
- Non

Si oui, comment ?

- Médias (TV, radio, site internet d'information)
- Syndicats
- Réseaux sociaux

10) Vous êtes adhérent d'un syndicat et/ou d'une association professionnelle ?

- Oui
- Non

A propos de la généralisation du tiers payant initialement prévu dans la loi, selon vous :

11) Mon temps de travail administratif va être augmenté :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

12) Ma comptabilité va être plus complexe :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

13) Les demandes de consultations jusqu'ici différées pour raison financière vont augmenter :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

14) Les demandes de consultations pour des pathologies bénignes (bobologie) vont augmenter :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

15) Les demandes de consultations pour des motifs abusifs vont augmenter :

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni en accord, ni en désaccord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

16) Ma relation avec mes patients va être altérée (nécessité de contrôle des droits à chaque consultations, perte de valeur de l'acte ...) :

- Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni en accord, ni en désaccord
 D'accord Tout à fait d'accord

17) Je vais être dépendant de la sécurité sociale :

- Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni en accord, ni en désaccord
 D'accord Tout à fait d'accord

18) Je vais être dépendant des mutuelles :

- Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni en accord, ni en désaccord
 D'accord Tout à fait d'accord

19) La généralisation du tiers payant intégral est une bonne mesure pour un accès équitable aux soins :

- Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni en accord, ni en désaccord
 D'accord Tout à fait d'accord

20) La généralisation du tiers payant intégral est un frein à l'installation des futurs médecins généralistes :

- Pas du tout d'accord Pas d'accord Ni en accord, ni en désaccord
 D'accord Tout à fait d'accord

21) Depuis l'annonce de la généralisation du Tiers Payant Intégral, souhaitez-vous vous installer ?

- Oui
 Non

Si Oui dans quels délais ? (Années)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Si non, vous souhaitez :

- Poursuivre votre activité de médecin remplaçant pour une durée indéterminée
 Exercer en tant que médecin salarié
 Vous expatrier pour exercer
 Ne plus exercer la médecine de soin

AUTEUR : Nom : GEGOUT

Prénom : Alexandre

Date de Soutenance : 19 Octobre 2016

Titre de la Thèse : Influence de la généralisation du tiers payant intégral sur l'installation des futurs médecins généralistes du département du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Démographie Médicale ; Médecine Générale ; Tiers payant ; Médecin remplaçant ; Inégalités Santé.

Résumé :

Introduction : La généralisation du tiers payant intégral, mesure phare de la loi de modernisation de notre système de santé lancée en 2014, a reçu un accueil hostile de la part de la majorité des médecins et de leurs syndicats. Les arguments avancés contre la généralisation du tiers payant intégral se calquaient sur les habituels déterminants de l'installation des jeunes médecins. Ce travail s'est attaché à évaluer quel serait l'influence de la généralisation du tiers payant intégral sur l'installation des futurs médecins généralistes du Nord.

Méthode : Enquête quantitative transversale, descriptive et comparative, menée du 25 Mai 2016 au 21 Juin 2016, via un questionnaire adressé par courriel par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à 938 des 1073 médecins généralistes remplaçants du Nord de moins de 45 ans.

Résultat : Le taux de participation était de 17,37% soit 15,2% de la population cible avec 163 questionnaires inclus. La généralisation du tiers payant intégral était considérée comme un frein à l'installation ($p=0,0128$) et diminuait significativement la volonté d'installation des médecins généralistes remplaçants de 10% ($p=0,0002$). Après l'annonce de la généralisation du tiers payant intégral, le délai d'installation augmentait de 4 mois et demi ($p=0,047$). Les facteurs influençant la non installation étaient l'augmentation de la charge de travail administratif ($p=0,0001$), l'augmentation des demandes de consultations pour motifs bénins ($p=0,0348$), l'altération de la relation avec les patients ($p=0,0001$), le risque de dépendance vis-à-vis des mutuelles ($p=0,0286$) et la considération que la généralisation du tiers payant intégral n'était pas une bonne mesure pour un accès équitable aux soins ($p=0,0214$).

Conclusion : La généralisation du tiers payant intégral, telle qu'elle a été proposée, présente le risque d'aggraver la crise actuelle de la démographie médicale. D'une part en diminuant le nombre des installations des médecins généralistes et d'autre part en augmentant le délai avant leur installation. Soit l'exact opposé de son objectif initial : favoriser l'accès aux soins. Mais au-delà de la généralisation du tiers payant intégral, le vrai débat devrait porter sur les déterminants de la santé et la lutte contre les inégalités sociales de santé qui permettraient d'améliorer l'état de santé de la population.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre-Yves HATRON

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ