

ANNEE 2020

N°

**PRATIQUE DU TIERS PAYANT INTEGRAL ET GENERALISE A LA
REUNION : QUELLES SONT LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS
GENERALISTES REUNIONNAIS ?**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 janvier 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BABLON Pauline

Née le 1^{er} juillet 1989

A Lons-le-Saunier (Jura)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2020

N°

**PRATIQUE DU TIERS PAYANT INTEGRAL ET GENERALISE A LA
REUNION : QUELLES SONT LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS
GENERALISTES REUNIONNAIS ?**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 30 janvier 2020

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BABLON Pauline

Née le 1^{er} juillet 1989

A Lons-le-Saunier (Jura)

Année Universitaire 2019-2020
au 1^{er} Novembre 2019

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie

M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Bernard	BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Psychiatrie d'adultes
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020)	Médecine physique et réadaptation
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
-----	-------	------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres : Monsieur le Professeur Pascal CHAVANET

Madame le Docteur Anne COMBERNOUX-WALDNER

Monsieur le Docteur Germain BONNEFOY

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."

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Jean-Noël Beis,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour votre enseignement durant mes années d'internat et pour m'avoir transmis les valeurs de la médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Pascal Chavanet,
Je suis honorée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury. Merci pour votre accueil au sein de votre service et pour votre goût de l'enseignement. A notre affection commune pour Voiteur et la pintade aux morilles. Soyez assuré de ma plus grande estime.

Madame le Docteur Anne Combernoux-Waldner,
Je suis sincèrement touchée que vous ayez accepté de participer à ce jury. Vous me faites l'honneur de juger ce travail en apportant votre expérience ainsi que votre expertise en tant que médecin généraliste. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

A notre directeur de thèse, le Docteur Germain Bonnefoy,
Merci de t'être lancé dans cette aventure avec nous. Tu as su être à notre écoute et trouver du temps lorsque tu n'en avais pas. Tu as été un directeur de thèse hors pair. Nos « skype » ont été des réels moments de plaisir et de partage. Merci sincèrement de nous avoir fait confiance. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

A tous mes maîtres de stages et à toutes les équipes hospitalières avec qui j'ai pu travailler au cours de mon internat. A Didier Chassery, Stéphanie Grassi et Nathalie Bancet, apprendre la médecine générale à vos côtés était une magnifique expérience. Aux médecins que je remplace, merci de me faire confiance et de me confier votre patientèle. Aux médecins ayant participé à mon étude, merci pour votre implication et votre temps.

A François, mon amour,
Merci de t'être embarqué dans cette folle aventure à deux, à la Réunion et dans ce projet de thèse. Réaliser ce travail ensemble a tellement de sens dans notre histoire, tu m'accompagnes et me soutiens depuis mes premiers pas en Médecine. A notre complémentarité légendaire et notre complicité unique. Merci du plus profond de mon cœur de partager mon quotidien et de le rendre si heureux. Tu es le plus beau cadeau que la vie m'ait fait. Je t'aime.

A mes parents,
Merci pour votre soutien sans faille durant mon parcours. Merci Papa de m'avoir transmis ton assiduité dans le travail et ta loyauté, ce sont des valeurs qui me sont chères. Merci Maman d'avoir été là dans tous les moments de ma vie. Merci de m'avoir donné tant d'amour pour me construire. Je vous aime.

A mes sœurs,
A Amandine et tous ces surnoms qu'on ne peut pas dire, merci de m'avoir amené à la Réunion pour y découvrir une vie plus douce. A Anne-so, pour tes tenues confortables et ton surimi-mayo, vous me manquez tellement. A Yann d'être une Dab parmi tant d'autres et pourtant si singulière. A Marco, de venir systématiquement à 3. Merci de m'avoir permis de goûter à ce bonheur intense d'être tante. A mes deux amours, Augustin et Arthur.
A Nimbex, pour être le plus beau petit chat du monde et minette pour ta délicatesse teintée d'ingratitude.
A Ary, pour ta présence quotidienne et ton enthousiasme. A Jonquille.

A ma famille,
A Mamie Colette, pour nous avoir donné une enfance si douce à Voiteur et de m'avoir transmis ton caractère si volontaire. A Mémé de Fresnoy et Pépé Emile pour le bonheur si simple d'avoir été auprès de vous. A Papou, pour cette promesse que je t'ai faite et qui se réalise un 30 janvier... Ce n'est probablement pas un hasard.

A mes oncles et tantes. A mes cousins, je garde des souvenirs lumineux de notre enfance. Aux cabanes à Voiteur, à notre complicité, à nos bêtises !

A Michèle et Jean-Louis, de m'avoir accueillie dans votre famille et d'avoir participé au comité de relecture. A Caroline.

A mes amis,

A Sandra, ma sœur de cœur. A notre amitié si précieuse et unique. A nos discussions jusqu'au bout de la nuit pour rattraper toute la distance qui nous sépare.

A Camille, pour ces répliques de films qui ne font rire que nous, c'est aussi ça être une femme Barbara Gould ! A Elisa, pour rejoindre la team et devenir notre mascotte, j'ai tellement hâte de te connaître mon petit cœur. A Laurent. A Larusso et Diam's. A Mylène, ma Mylou, pour ta fantaisie et ta douceur. Tu vas parcourir le monde, profite de toutes ses richesses. Je vous aime les filles !

A Eva et Anne-So, on a grandi ensemble, on se connaît par cœur. Merci d'avoir été là à chaque instant même s'il faut faire un Doodle pour se voir !

A Stéphanie, pour cette complicité qui fait que l'on se voit à chaque fois comme si c'était hier ! A Juju et à toutes les vacances qui nous attendent : « West Coast Bébé ! »

A Laureen, ma filleule, pour cette confiance depuis le début. Je suis tellement fière de te voir aujourd'hui maman et épanouie. Merci pour tous ses fous rires et de me trouver « spéciale » ! J'ai hâte de rencontrer ta jolie poupée.

A Anne C pour être si fidèle, Pauline pour être le meilleur public de France, Adrien et son tamanoir, Anne D (copine licorne) et ton manque de coordination et les autres pour avoir rendu ce semestre à Auxerre inoubliable et moins pénible. A Anouchka et Pierre, pour ces moments à la Réunion et tous ceux qui nous attendent en métropole.

A Audrey, pour s'être reconnues. A Benoît et Louis. A Kelly ou encore Laure de nous avoir régalié avec tes gougères à la truffe. A Biba, dans un tout autre style pour ton plat signature à base de knacki et pour avoir inventé le « snacking nomade » mais dans le canapé. A Paul, pour ta générosité et pour nous faire rêver tous les ans avec les Cure-Party. A J-B et ses inoubliables « raie-de-plombe-strike ». A Manue, pour pleurer de rire en un instant, je suis heureuse de ton épanouissement dans ta nouvelle vie !

A Bernard qui s'appelle finalement Aulnay !

A Adrien ou Cadennos pour les schémas et pour toutes les rigolades à venir avec Clémence à la Réunion.

Aux copains de la Réunion,

A Elise d'être la prem's, Clément pour être un si fidèle binôme au karaoké et au privilège d'avoir dormi dans le zaf' ! A Claire, Brunelle, Marie, Hélène et Eva pour ces 5 jours hors du temps. A Solène et Alice pour ces ateliers DIY mais si on peut manger et boire c'est quand même mieux ! A David et la burgue, aux Chéreau-Drapeau et bichique, Vincent et Clem, aux Billaud, Jessica et Vincent, Geogeo et Marion... et tous ceux rencontrés qui rendent la Réunion si unique.

Au Professeur Zeller, Pascal B, Pascale C dite Pascapale, Joannick et Agathe B. Bien au-delà du soin, je suis riche de vous. Merci pour votre accompagnement et votre bienveillance si précieuse.

A l'île intense ...

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	7
REMERCIEMENTS.....	8
TABLE DES MATIERES	10
TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	12
ABREVIATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	14
MATERIEL ET METHODE	17
I) TYPE D'ETUDE	17
II) RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	17
1) Bibliographie générale.....	17
2) Elaboration du guide d'entretien.....	17
III) CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON.....	18
1) Critères d'inclusion	18
2) Critères d'exclusion	18
3) Critères de variances	18
IV) METHODE DE RECRUTEMENT.....	19
V) RECUEIL DE L'INFORMATION.....	19
VI) METHODE D'ANALYSE	19
1) La théorisation ancrée	19
2) Le codage des données	20
3) La triangulation des données	20
VII) CRITERES ETHIQUES	20
1) Consentement et anonymisation des participants.....	20
2) Cadre réglementaire.....	20
RESULTATS	21
A) CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	21
B) ANALYSE DES ENTRETIENS	22
I) RESENTI DES MEDECINS CONCERNANT LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT	22
1) Une pratique majoritaire du tiers payant intégral et généralisé.....	22
2) La pratique du TPIG impliquait une logistique spécifique.....	23
3) Un TP AMO qui semblait efficient.....	26
4) Un TP AMC perfectible.....	27
II) INFLUENCE DU TPIG SUR L'ACCES AUX SOINS	31
1) Le TPIG était essentiel pour favoriser l'accès aux soins	31
2) Le TPIG ne réglait pas totalement la problématique de l'accès aux soins	32

III) PERCEPTION PAR LES MEDECINS DU COMPORTEMENT DES PATIENTS EN LIEN AVEC LE TPIG.....	34
1) Une gratuité apparente des soins.....	34
2) Une dérive des comportements.....	35
IV) INFLUENCE DU TPIG SUR LA RELATION MEDECIN-PATIENT.....	39
1) Une abolition du rapport financier.....	39
2) Un gain de temps médical.....	39
3) Un sentiment de dévalorisation de l'acte médical.....	39
V) REPRESENTATIONS DES MEDECINS SUR LEURS PRATIQUES	40
1) Le TPIG présentait de nombreux avantages	40
2) Vision des consultations en métropole	41
3) Le TPIG était responsable de certaines dérives.....	42
VI) AVIS DES MEDECINS GENERALISTES REUNIONNAIS SUR LA GENERALISATION DU TPI	46
1) Etat des connaissances concernant les revendications des médecins métropolitains	46
2) Les intérêts d'une généralisation du TPI	47
3) Les inconvénients à généraliser le TPI.....	48
4) Un système non applicable dans sa forme actuelle	49
VII) SUGGESTIONS DES MEDECINS REUNIONNAIS POUR AMELIORER CE SYSTEME	49
1) Une amélioration du fonctionnement des organismes complémentaires	49
2) Un encadrement du système par la sécurité sociale	50
3) Un accompagnement sur le plan logistique.....	51
4) Une éducation des patients.....	51
5) Des alternatives au TPIG	53
VIII) SCHEMATISATION DES RESULTATS.....	54
DISCUSSION	55
A) DISCUSSION DE LA METHODE.....	55
I) CHOIX DE LA METHODE.....	55
II) LES FORCES DE L'ETUDE.....	55
III) LES BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	56
B) DISCUSSION DES RESULTATS	56
I) LE TPIG NE REGLE QUE PARTIELLEMENT LA PROBLEMATIQUE D'ACCES AUX SOINS	56
II) DES DIFFICULTES TECHNIQUES ET DES SOLUTIONS ATTENDUES EN VUE D'UNE GENERALISATION.....	57
III) LE TPIG EST UN SYSTEME FAVORISANT LA CONSOMMATION DE SOINS	59
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES	66
ANNEXE I : Guide d'entretien n°1	66
ANNEXE II : Guide d'entretien n°2	68
RESUME	70

TABLE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des Tableaux

Tableau I : Caractéristiques des médecins réunionnais interrogés p 21

Liste des Figures

Figure 1 : Schématisation des représentations des médecins généralistes réunionnais concernant la pratique du TPIG à la Réunion p 54

ABREVIATIONS

ACS :	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ADRI :	Acquisition des droits intégrée
ALD :	Affection longue durée
AMC :	Assurance maladie complémentaire
AMO :	Assurance maladie obligatoire
ARS OI :	Agence de santé Océan Indien
CGSS :	Caisse générale de la sécurité sociale
CISMeF :	Catalogue et index des sites médicaux de langue française
CMU-C :	Couverture maladie universelle complémentaire
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP :	Comité de protection des personnes
CREDES :	Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé
CSMF :	Confédération des syndicats médicaux français
DOM :	Départements et régions d'outre-mer
FSE :	Feuille de soins électronique
FSP :	Feuille de soins papier
IDB-CLC :	Interrogation des droits et calcul de la part complémentaire
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
LiSSa :	Littérature scientifique en santé
MeSH :	Medical subject headings
MSA :	Mutualité sociale agricole
OCT :	Organisme concentrateur technique
OMS :	Organisation mondiale de la santé
SML :	Syndicat des médecins libéraux
SUDOC :	Système universitaire de documentation
TP :	Tiers payant
TPI :	Tiers payant intégral
TPIG :	Tiers payant intégral et généralisé
UNOCAM :	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
URPS :	Union régionale des professionnels de santé

INTRODUCTION

CONTEXTE INTERNATIONAL :

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) place les soins primaires en tant que pierre angulaire des systèmes de soins dans le monde. Dans la conférence d'Alma-Ata, les inégalités sanitaires des populations à l'intérieur d'un même pays sont jugées « politiquement, socialement et économiquement inacceptables ». (1) Le paiement des soins par les usagers représente un facteur important dans l'inégalité d'accès aux soins. Ainsi, pour améliorer l'équité en santé, l'OMS préconise un système de couverture universelle basée sur le prépaiement et la répartition des frais de santé plutôt que sur l'avance des frais par l'utilisateur. (2)

CONTEXTE METROPOLITAIN :

Le paiement du médecin par le patient est un des fondements de la médecine libérale française dont les principes sont régis par la charte de 1927. (3)

Dans notre système de soins, deux organismes interviennent dans le paiement ou le remboursement des soins : l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC). L'AMO se compose du régime général, de la mutualité sociale agricole (MSA) et de régimes dits spéciaux. (4) L'AMC se compose des mutuelles, des assurances et des institutions de prévoyances permettant une couverture santé complète à l'assuré. (5) La France reste un des rares pays de l'Europe de l'Ouest à pratiquer majoritairement l'avance de frais sur la totalité de la consultation. (6,7)

Le tiers payant (TP) est une modalité de facturation des actes de santé qui dispense le patient d'avancer les frais. Il peut être pratiqué sur la part AMO, il est alors dit TP partiel. Le tiers payant intégral (TPI) désigne une pratique du TP sur les parts AMO et AMC. (8) En France, il existe des exceptions à l'avance de frais dans certaines situations où le tiers payant est obligatoire. (9) Cependant, selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2018, le taux de tiers payant appliqué par les médecins dans ces situations n'est que de 85%. Hors contexte obligatoire, ce taux représentait 28% des actes médicaux toutes spécialités confondues et 20,4% chez les médecins généralistes. Il existe donc une réticence de la part des professionnels de santé à le pratiquer. (10)

L'état de santé de la population française est bon par rapport aux pays de richesse similaire, mais les inégalités sociales en santé sont encore importantes. Les classes sociales les plus aisées sont en meilleure santé, ont un accès à la prévention et un recours aux soins plus adaptés. (11) Selon l'enquête santé et protection sociale de 2014, 5,2% de la population avait renoncé, pour raisons financières, à une consultation médicale au cours des 12 derniers mois. (12)

Apparaissant comme une mesure de justice sociale dans ce contexte, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, prévoyait l'obligation pour les professionnels de santé de pratiquer le TPI à toute la population pour les soins médicaux. (13) Celui-ci devait s'appliquer progressivement, concernant d'abord les patients disposant de l'aide au paiement d'une

complémentaire santé (ACS) au 1^{er} juillet 2015, puis aux patients pris en charge au titre d'une affection longue durée (ALD) et au titre de l'assurance maternité depuis le 1^{er} janvier 2017.(9)

L'annonce de cette mesure en 2015 a suscité de vives réactions de la part des différents syndicats des professionnels de santé. Les médecins généralistes exprimaient beaucoup de craintes quant à l'applicabilité du tiers payant intégral et généralisé (TPIG). Surcharge administrative, augmentation des actes impayés, dévalorisation du travail du médecin, effet inflationniste sur la consommation de soins et déresponsabilisation des patients ne sont que quelques exemples de motifs des grèves opérées dans le pays.(14–16)

En 2017, l'IGAS a publié un rapport sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant en France métropolitaine. Concernant la part AMO, cette institution considérait que le dispositif était désormais efficient. De ce fait, le tiers payant AMO peut être réalisé pour toute la population depuis le 1^{er} janvier 2017 par les professionnels de santé. Sur la partie complémentaire, de nombreux freins techniques rendaient le tiers payant non réalisable.(8)

Jugé contraire à la Constitution en 2016, la réforme fut abrogée sur le caractère obligatoire de la généralisation du tiers payant le 27 octobre 2017. Son objectif était alors la mise en œuvre d'un TPI généralisable, laissant désormais aux médecins la liberté de l'appliquer.(17,18)

CONTEXTE REUNIONNAIS :

La caisse générale de la sécurité sociale (CGSS) est un organisme unique, gérant l'ensemble des risques de la sécurité sociale (hormis le risque famille) à la Réunion. En 1957, dans un contexte de précarité sociale importante, la mise en place d'une aide médicale départementale dite « bons roses » permettait déjà à 50% des réunionnais de bénéficier du tiers payant. Les consultations étaient en partie réglées aux médecins par la CGSS et le reste à charge était calculé en fonction des revenus des patients. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a remplacé l'aide médicale départementale en 2000 et 55% de la population en bénéficiait.(19)

Lors de l'apparition de la carte vitale, la convention du 23 juillet 2002 signée entre la mutuelle générale de la Réunion et la CGSS permettait une dispense d'avance de frais généralisée à l'ensemble des assurés sociaux. Cette convention ouvrait également la possibilité d'un tiers payant sur la part AMC, sous réserve de la signature d'un accord entre les organismes complémentaires et les professionnels de santé. Le TPIG s'est alors imposé naturellement dans le système de soins réunionnais.(20) En 2012, 97,6% des actes de médecine générale étaient réalisés en tiers payant (hors ALD et ménages modestes).(21) A ce jour, la Réunion est le seul département français à avoir généralisé cette pratique.(22)

ENJEUX :

S'il doit être adopté à l'échelle nationale, le TPIG devra se baser sur un système performant afin qu'il soit acceptable par les différents acteurs que sont la population, les médecins et les organismes payeurs.

Selon le rapport de l'IGAS en 2018, on observe une augmentation progressive de l'utilisation du tiers payant chez les professionnels de santé, notamment dans les situations obligatoires. Le Gouvernement

a réaffirmé sa volonté de déployer le TPI avec un objectif prévisionnel sur 4 ans (2018-2021), en ciblant désormais les publics prioritaires, comme par exemple les jeunes de 18 à 25 ans ou les patients pris en charge à 100% au titre d'une invalidité.(10)

La population semble plutôt favorable à la mise en place d'une dispense d'avance de frais médicaux.(23,24) Les médecins métropolitains ont vivement exprimé leurs inquiétudes quant à l'applicabilité de ce système. Mais que pensent les médecins généralistes réunionnais qui appliquent le TPIG depuis 17 ans ? A notre connaissance, il n'existe pas de travaux sur ce sujet.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes réunionnais sur la pratique du tiers payant intégral et généralisé à la Réunion.

Les objectifs secondaires étaient :

- d'identifier les avis des médecins réunionnais sur le projet de généralisation du TP en métropole.
- de recueillir les propositions d'amélioration du système en place à la Réunion.

Une thèse parallèle sur les représentations des patients réunionnais concernant le tiers payant généralisé à la Réunion est en cours de réalisation par Monsieur François Gaujard.

MATERIEL ET METHODE

I) TYPE D'ETUDE

Les représentations des médecins généralistes réunionnais concernant la pratique du tiers payant intégral et généralisé à la Réunion ont été explorées au cours d'une étude qualitative avec réalisation d'entretiens individuels semi-directifs.

II) RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Bibliographie générale

La recherche bibliographique a été effectuée de janvier à avril 2019. Nous avons effectué une nouvelle analyse de la littérature en novembre 2019 afin de mettre à jour nos données bibliographiques.

Les bases de données et les moteurs de recherche interrogés étaient PubMed, le catalogue et index des sites médicaux de langue française (CISMeF), littérature scientifique en santé (LiSSa), système universitaire de documentation (Sudoc), le Cairn, Google Scholar®. Les mots clés utilisés étaient issus du « medical subject headings » (MeSH).

La littérature scientifique sur les bases de données telles que PubMed, LiSSa et le CISMeF était peu contributive. Cependant, une littérature dite « grise » importante a été dégagée de nos recherches, tels que des documents législatifs, des rapports d'institutions ou d'agences gouvernementales, de presse médicale ainsi que des thèses d'exercice de médecine.

2) Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction de nos recherches bibliographiques. Nous avons abouti à une liste de cinq items :

- les habitudes concernant la pratique du TP
- l'influence de cette pratique sur le comportement des médecins et des patients
- l'influence du TP sur l'accès aux soins
- le projet de généralisation du TPI en métropole
- les suggestions d'amélioration de ce système

Cette liste de thèmes n'avait pas pour but d'être exhaustive mais de créer des occasions pour le médecin de s'exprimer sur le sujet sans omettre de points importants.

Cet outil permettait à l'investigatrice de structurer l'échange tout en autorisant une libre expression du sujet grâce à l'utilisation de questions ouvertes. Des relances permettaient d'aborder des points

importants si le médecin ne les développait pas spontanément. Ce canevas a été testé au cours de deux entretiens pilotes afin de valider la compréhension des questions. (**Annexe I**)

Il a été remanié à partir du sixième entretien. En effet, les premiers médecins interrogés avaient amené spontanément le rôle du médecin généraliste dans l'éducation des patients. D'autres médecins avaient également soulevé la question de l'indépendance de la profession vis-à-vis des caisses d'assurance maladie. Deux autres questions ont alors été intégrées au premier guide avec conservation des autres thèmes initiaux. Le guide d'entretien final est visualisable en **Annexe II**.

III) CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

La population de cette étude était constituée des médecins généralistes installés sur l'île de la Réunion.

1) Critères d'inclusion

- Médecins généralistes installés à la Réunion conventionnés en secteur 1
- Médecins dont la médecine générale est la principale activité
- Médecins pratiquant majoritairement le TPI
- Médecins installés depuis au moins un an

2) Critères d'exclusion

- Médecins généralistes remplaçants
- Médecins généralistes exerçant en secteur 2 ou déconventionnés
- Médecins dont l'activité principale est autre que la médecine générale
- Médecins installés depuis moins d'un an
- Médecins n'appliquant pas le tiers payant intégral en dehors des situations obligatoires
- Médecins refusant de participer à l'étude

3) Critères de variances

- Tranche d'âge
- Sexe
- Secteur d'installation (Nord, Sud, Est ou Ouest) tel que défini par l'Agence de santé Océan Indien (ARS OI).(25)
- Activité seule ou en groupe

Ces critères de variances sont issus de l'étude de la démographie médicale et des caractéristiques des médecins permettant de cibler les variables susceptibles d'influencer les résultats.(25,26)

IV) METHODE DE RECRUTEMENT

L'étude qualitative fait intervenir un processus dynamique entre le recrutement de la population cible, la réalisation des entretiens et l'analyse des données. Ces étapes sont intriquées et le recueil prend fin lorsque la saturation des données est atteinte.

L'étude prévoyait de recruter environ 15 médecins. Dans un premier temps, 8 participants ont été inclus au hasard via le site internet des pages jaunes® : une des 24 communes de la Réunion était tirée au sort, puis un médecin exerçant dans cette commune était contacté par téléphone, au hasard. Cette opération a été répétée 8 fois. Ensuite, il était prévu de poursuivre le recrutement en variation maximale en recherchant les catégories sous-représentées, selon les critères de variance, jusqu'à obtention de la saturation des données.

V) RECUEIL DE L'INFORMATION

Les entretiens ont été réalisés en face à face. Les horaires et lieux des rendez-vous ont été choisis par les enquêtés de manière à favoriser des conditions optimales de recueil.

Lors de chaque entretien, l'investigatrice présentait le projet de thèse avec une introduction standardisée. Il était explicité que l'interview était enregistrée pour pouvoir être retranscrite sans reformulation et que l'entretien serait rendu anonyme pour permettre une expression plus libre de l'opinion du médecin. Son consentement oral était recueilli.

Les entretiens ont été enregistrés à la fois avec un smartphone et un dictaphone numérique (OLYMPUS VN-540PC®).

Il était systématiquement proposé un retour par mail des résultats de cette étude aux personnes interrogées.

Ces entretiens ont été retranscrits intégralement en verbatim. Des informations non verbales ont été introduites pour améliorer le sens de certains propos et rester fidèle au contexte. La retranscription de ces entretiens a été effectuée immédiatement après l'entrevue.

VI) METHODE D'ANALYSE

1) La théorisation ancrée

L'analyse du contenu brut du texte a été réalisée selon la méthode d'analyse qualitative de la théorisation ancrée. Cette méthode repose sur un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies au cours de l'entretien et un processus de théorisation. Elle permet de conceptualiser les données brutes de l'entretien en catégories, puis de faire émerger des thèmes principaux afin de parvenir à une théorisation, c'est-à-dire à une compréhension nouvelle des phénomènes.(27)

2) Le codage des données

Nous avons procédé à l'analyse selon trois niveaux de codage. Le premier niveau est un codage dit « ouvert » : les données sont analysées de manière brute afin de faire apparaître un maximum de catégories conceptuelles. La saturation des données est atteinte une fois qu'aucune nouvelle catégorie n'émerge des entretiens.

Le second niveau est un codage dit « axial » permettant d'établir des relations entre les différentes catégories conceptuelles afin d'en dégager des thèmes.

Le troisième niveau de codage ou codage matriciel est un processus d'intégration qui permet de faire des connexions entre les différents thèmes afin de déterminer une catégorie centrale synthétisant le cœur du phénomène.(27,28)

Ces différents codages ont été réalisés à l'aide du logiciel QSR NVivo 12®.

3) La triangulation des données

Dans le but de limiter les biais liés à la subjectivité de l'investigatrice qui effectuait le codage, cette procédure a été doublée. Un deuxième intervenant, qui réalise parallèlement un travail sur l'avis des patients concernant la pratique du tiers payant à la Réunion, a réalisé son propre codage, sans influence extérieure. Une mise en commun des résultats a été faite par la suite.

VII) CRITERES ETHIQUES

1) Consentement et anonymisation des participants

Un consentement oral a été recueilli avant chaque entretien.

Les données recueillies ont été rendues anonymes. A chaque médecin était attribué un identifiant : il s'agissait de la lettre M (pour médecin) suivie d'un nombre tiré au sort entre 1 et 14.

2) Cadre réglementaire

Ce projet de recherche était en dehors du champ de la loi Jardé, aucun avis auprès du Comité de protection des personnes (CPP) n'était nécessaire. Un engagement de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été formalisé auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

RESULTATS

A) CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

Quatorze médecins généralistes réunionnais ont été interrogés dans le cadre de cette étude du 11 juin au 1^{er} octobre 2019. La saturation des données a été obtenue au 13^{ème} entretien et vérifiée par une ultime entrevue.

Huit médecins ont été recrutés au hasard. Quatre médecins ont été recrutés en variation maximale. Deux médecins ont été recrutés par « effet boule de neige », c'est-à-dire qu'ils nous ont été suggérés par des médecins interrogés : l'un pour sa position ouvertement opposée au tiers payant, l'autre parce qu'il travaillait sans secrétariat.

Deux autres médecins travaillant sans secrétaire nous ont été conseillés, mais ceux-ci ont refusé d'être interrogés par manque de temps, constituant les deux seuls refus de participation à l'étude.

Les médecins ont été recrutés dans tous les secteurs de l'île tels que définis par l'ARS OI afin de diversifier les profils. Les cirques de Cilaos et Salazie étaient rattachés respectivement aux zones Sud et Est de l'île, le cirque de Mafate ne comptait pas de médecin installé. (25)

Les principales caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau suivant :

Entretien	Sexe	Age (années)	Année d'installation	Activité de groupe	Secrétariat physique	Secteur
M01	Homme	54	2002	Non	Oui	Sud
M02	Homme	62	1998	Oui	Oui	Nord
M03	Femme	35	2015	Oui	Oui	Nord
M04	Femme	31	2017	Non	Non	Nord
M05	Homme	39	2017	Oui	Oui	Ouest
M06	Femme	45	2004	Oui	Oui	Sud
M07	Femme	36	2016	Oui	Oui	Est
M08	Homme	57	2005	Oui	Oui	Est
M09	Femme	40	2009	Non	Oui	Ouest
M10	Homme	33	2015	Oui	Non	Sud
M11	Homme	33	2016	Oui	Oui	Ouest
M12	Homme	70	1978	Non	Oui	Sud
M13	Homme	32	2016	Oui	Oui	Sud
M14	Homme	42	2008	Oui	Oui	Sud

Tableau I : Caractéristiques des médecins réunionnais interrogés.

Dix entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin ; deux à leur domicile ; deux entretiens ont été effectués à la pause déjeuner.

La durée des entrevues variait de 15 minutes 46 secondes à 38 minutes 09 secondes ; la durée moyenne était de 27 minutes 31 secondes.

B) ANALYSE DES ENTRETIENS

I) RESENTI DES MEDECINS CONCERNANT LA PRATIQUE DU TIERS PAYANT

1) Une pratique majoritaire du tiers payant intégral et généralisé

a) Une pratique ancrée à la Réunion

Le TPIG se pratiquait déjà à l'époque dite « des bons roses ».

M04 : « *Je pense qu'ici à la Réunion c'est un peu ancestral. Parce que du coup je suis réunionnaise et je me souviens quand j'étais petite, quand on allait chez le médecin il y avait l'histoire des feuilles roses. [...] On remplissait un bon de feuille rose que le médecin envoyait ensuite à la sécu et il se faisait payer. [...] Des feuilles roses on est parti directement à la carte vitale et le tiers payant généralisé, du coup je ne pense pas qu'à la Réunion il y ait des gens qui se souviennent d'avoir payé l'intégralité de la consultation.* »

M02 : « *Ça, c'était pour le médecin (1er volet) et ça c'était pour la pharmacie (2ème volet). Les gens venaient voir le médecin, pour des problèmes médicaux parfois [...] Le médecin il prenait une feuille, il marquait sur sa partie à lui « consultation » et le prix, (sifflement) il mettait de côté, ça faisait un acte. Ça (l'autre feuille) c'était pour la pharmacie.* »

A cette époque, les patients devaient malgré tout payer une partie de la consultation.

M12 : « *Mais de toute manière, il y avait quelque part une obligation de responsabilisation du patient, parce que même avec l'aide sociale intégrale, il y avait soit 5%, soit 10% à payer chez le médecin quoi qu'il arrive. Chez le médecin et chez le pharmacien.* »

b) Les habitudes concernant la pratique du tiers payant

La totalité des médecins pratiquait le TPI lorsque cela était possible pour tous les patients.

M05 : « *C'est ce qui se pratique chez à peu près tout le monde en médecine générale, en tout cas à la Réunion.* »

Deux médecins pensaient qu'il était obligatoire de le pratiquer à tous les patients.

M12 : « *Nous, on est conventionné, donc par conséquent, obligatoirement, nous sommes dans l'obligation d'être dans le tiers payant intégral.* »

Les médecins s'accordaient à dire que si les patients étaient connus du cabinet et n'avaient pas leurs attestations d'assurance à jour, le paiement était différé. Ainsi ils n'avançaient les frais de la consultation que très rarement.

M06 : « *Et si ses papiers ne sont pas à jour, il repasse plus tard ou il les met à jour si la carte vitale n'est pas à jour, il va à la pharmacie en face mettre sa carte vitale à jour. Si la mutuelle n'est pas payée ou s'il y a un souci, en général on met en attente et il repasse.* »

Cependant, aucun médecin ne pratiquait le TPI à 100%. Un tiers payant partiel pouvait être réalisé lorsque le médecin n'était pas conventionné avec la mutuelle du patient ou encore si l'attestation du patient n'était pas à jour. En revanche, le TP sur la part AMO était toujours pratiqué sauf dans de rares cas.

M03 : « *Malheureusement il y en a quelques-unes qui ne marchent pas toujours donc euh... moi je ne fais pas 100% de tiers payant parce qu'il y a quelques caisses qui ne paient pas très bien.* »

M06 : « *Je ne pratique pas le tiers payant si les papiers ne sont pas à jour, si c'est administrativement impossible, sinon je le pratique toujours. Si les gens ne sont pas assurés, je ne le pratique pas intégralement, [...] s'il n'y a pas de convention entre la mutuelle et le médecin.* »

M09 : « *Mais pour la partie sécurité sociale, c'est quasiment tout le temps. Même pour les patients de métropole, surtout s'ils sont en ALD par exemple.* »

Les médecins semblaient satisfaits de cette pratique, c'est pourquoi ils l'utilisaient majoritairement.

M10 : « *Pour moi c'est la norme, mais c'est normal, puisque j'ai toujours pratiqué ça, j'ai toujours vu pratiquer ça. Ce système, il est en place, il est plutôt bien utilisé.* »

M13 : « *Et vu que ça fait 17 ans que c'est en place, que c'est bien rodé et qu'il n'y a pas vraiment de souci au final, on fait le tiers payant intégral.* »

2) La pratique du TPIG impliquait une logistique spécifique

a) Un conventionnement avec les mutuelles

Pratiquer le TPI nécessitait une convention entre le médecin et chaque mutuelle avec laquelle il souhaitait travailler.

M03 : « *Alors en pratique, déjà, il faut arriver à être affilié avec toutes les mutuelles, en fait c'est ça la plus grosse partie, moi je trouve, du boulot.* »

M08 : « *Normalement tu dois signer un contrat, tu dois envoyer une feuille de soins vierge pour qu'ils t'identifient et te mettent dans leur base et à ce moment-là quand tu leur envoies une facture ils te payent. Si tu n'es pas dans leur base, ils ne te payent pas. Donc il y a un problème d'organisation technique aussi.* »

b) Un abonnement à un concentrateur technique

Tous les médecins interrogés avaient recours à des concentrateurs techniques dont la mission était de disperser les factures vers les différents organismes payeurs.

M08 : « *Il faut déjà techniquement avoir pris un fournisseur pour le lecteur de carte vitale et avoir un concentrateur qui s'occupe du traitement des factures et qui fasse correctement son travail.* »

Un médecin avait pointé des dysfonctionnements avec son concentrateur technique :

M05 : « *Nous notre concentrateur est très, très incompetent. On fait nos feuilles de soins, on les envoie à un concentrateur qui les dispatche ensuite pour les différentes caisses. Il y en a qui sont plus ou moins compétents. Nous le nôtre est particulièrement incompetent, [...] et du coup on a absolument aucun retour de ça.* »

c) Une charge administrative conséquente

Les médecins étaient unanimes quant à la charge administrative supplémentaire que générait la pratique du TPIG. Outre le conventionnement avec les organismes complémentaires, il semblait difficile de contrôler les droits des patients, voire même impossible de vérifier les droits complémentaires. Les médecins ayant souligné ces difficultés étaient ceux qui réalisaient eux-mêmes leur facturation.

M04 : « *Via le lecteur de carte vitale et le site AméliPro du coup on peut vérifier si les droits sont ouverts ou pas. Pour la mutuelle, je me fie à ce que le patient me présente, donc souvent il y a la carte mutuelle où il y a les dates du 1^{er} janvier au 31 décembre. Après quand c'est les cartes magnétiques, bah je n'ai pas l'appareil pour lire les cartes donc je fais confiance.* »

M08 : « *Chaque mutuelle a sa petite carte électronique et quasiment chaque carte électronique devrait avoir son lecteur pour qu'on puisse vérifier les droits. Alors ça c'est IN-SUP-POR-TA-BLE !* »

Deux médecins ont parlé d'outils de vérification des droits complémentaires :

M13 : « *Pour vérifier les droits, il y a le site même des mutuelles auquel on a accès, on peut vérifier les droits des patients pour la majorité des mutuelles. Après je crois qu'il y a un truc qui s'appelle TPnova®, ça sert pour plusieurs mutuelles pour vérifier les droits.* »

Concernant la charge administrative que représentait la facturation, les avis étaient mitigés. Les médecins qui la jugeaient parfois complexe et chronophage étaient ceux qui étaient amenés à facturer seuls. D'autres pensaient que faire payer le patient était tout aussi long.

M07 : « *Sauf qu'il y a des petites feintes, il faut mettre les bons chiffres aux bons endroits et oui il y a des codes de mutuelles. Chaque mutuelle a un numéro pour la télétransmission et quelque fois si la secrétaire ne l'avait pas rentré ou si ce n'est pas le bon nom qui est écrit devant le code, eh bien je ne le trouve pas, ça m'est déjà arrivé [...] Je n'ai pas compté le nombre de clics en fait qu'on doit faire pour avoir lu une carte vitale et finaliser la feuille de soins électronique mais il y en a un certain nombre.* »

M03 : « *Enfin, on ne perd pas plus de temps à faire le tiers payant qu'à ne pas le faire.* »

Le traitement des impayés représentait la plus grande part de la surcharge administrative liée au TPIG. Communiquer avec les mutuelles dans le but de se faire régler la consultation relevait pour certains médecins d'une grande complexité.

M01 : « *Le problème c'est contrôler les impayés, c'est surtout ça.* »

M05 : « *Il faut vraiment que toi tu ailles chercher si tu as été payé de tel ou tel acte. Evidemment on n'a ni le temps ni l'envie de faire ça. Qui aurait envie de faire ça ? [...] Si on pouvait essayer d'arrêter de faire reposer sur nous tous les impayés, ça pourrait être sympa.* »

M02 : « *On n'a pas de numéro dédié, on doit attendre derrière monsieur Grondin du Tévelave qui est à la mutuelle et pis voilà et pis il y a 300 personnes qui appellent en même temps que le médecin qui veut se faire payer.* »

Le recouplement bancaire représentait un coût non négligeable, soit humain, soit financier.

M08 : « *C'est les contrôles pour savoir si on a bien été payé. Ça je le fais et ça c'est chiant. C'est chronophage et ça a un coût, un énorme coût, soit en bancaire, parce qu'il faut payer un service bancaire pour le contrôle automatique, c'est encore un truc à payer en plus.* »

Il s'agissait de charges administratives directement imputables au TPIG, qui s'ajoutaient aux charges usuelles du fonctionnement d'un cabinet médical.

d) Un secrétariat indispensable

La quasi-totalité des médecins interrogés avait un secrétariat présent sur place, même lorsque ceux-ci n'exerçaient pas en groupe. Un seul faisait appel à un secrétariat à distance pour la gestion des retours de facturation à raison de quelques heures par mois. En effet, le secrétariat n'avait plus uniquement un rôle d'accueil, de prise de rendez-vous ou de gestion des dossiers, mais possédait un rôle central dans la pratique du TPIG. Il était alors indispensable que le secrétariat soit formé et compétent à la maîtrise de cette tâche.

M02 : « *Ça pose un problème supplémentaire, on ne peut pas avoir une secrétaire qui ne sait pas gérer le tiers payant. Il ne suffit pas d'avoir une secrétaire aimable, polie, qui répond au téléphone etc... Comme l'étaient les secrétaires auparavant. Il faut maintenant qu'elles soient très, très, très au fait de l'informatique et particulièrement du tiers payant.* »

M12 : « *Il nous faut un secrétariat, on a l'obligation d'avoir une personne qui s'occupe de tout ce qui est paperasserie, tout ce qui est poste de travail à travers le numérique.* »

Dans la plupart des cas, la facturation était réalisée par le secrétariat. Seuls deux médecins qui en possédaient un, préféraient facturer eux-mêmes car ils réalisaient beaucoup d'actes techniques avec des cotations spécifiques.

Le rôle du secrétariat comprenait également le contrôle des droits des patients, la télétransmission, le contrôle des retours de facturation, la gestion des impayés par les caisses mais également les impayés des patients en cas de facturations différées. Ce secrétariat effectuait également les relances auprès des organismes payeurs, tenait une double comptabilité et s'occupait du recouplement bancaire.

M13 : « *Oui il faut avoir une secrétaire, oui. Parce que ça représente une tâche administrative importante, conséquente. Parce qu'il faut s'assurer que les gens aient leurs droits ouverts auprès de la*

mutuelle, avec le bon code de la mutuelle pour pouvoir télétransmettre, vérifier après qu'on ait bien été payé. Donc oui ça représente une charge administrative et un travail à temps complet. »

Le secrétariat simplifiait alors la gestion du cabinet médical et permettait surtout une nette diminution de la charge administrative inhérente au TP. Malgré la charge salariale que pouvait représenter l'embauche d'un secrétariat, *a fortiori* si le médecin exerçait seul, celui-ci était jugé comme rentable et engendrait une meilleure qualité de travail.

M03 : « *En fait ça nous soulage beaucoup, beaucoup d'administratif. C'est un confort. Moi j'avoue que j'aurai du mal à retravailler sans secrétaire, réellement. »*

Un seul médecin remettait en doute la rentabilité du secrétariat, cependant il l'avait jugé plus tôt dans l'entretien comme indispensable.

M09 : « *Je travaillais pour un autre médecin et ce médecin avait fait le choix de ne pas prendre de secrétaire parce que ça lui coûtait trop cher et il se disait que ses retours mutuelles, finalement, seraient de toutes façons toujours inférieurs aux frais engendrés pour une secrétaire. Avec le recul, je suis totalement d'accord. »*

e) Des frais logistiques supplémentaires

Cette logistique nécessaire à la pratique du TPIG engendrait de nombreux frais pour les médecins. Pour certains, cette charge financière ne devait pas leur incomber.

M08 : « *Il faut déjà techniquement avoir pris un fournisseur pour le lecteur de carte vitale et avoir un concentrateur [...] Donc en fait j'ai deux factures : une pour la location du matériel, une pour le traitement des factures. [...] Travailler en tiers payant sans appareil, c'est illusoire, ce n'est pas possible. Donc je préfère le louer, je crois que c'est 200 euros tous les 6 mois, avec la maintenance et la facturation, c'est autour de 30 euros par mois. C'est un forfait fixe. Ça fait environ 800 euros par an pour pouvoir télétransmettre, ce qui n'est pas négligeable. [...] J'ai déjà des frais pour passer les cartes bancaires. Après il y a encore un autre service payant, 50 euros par mois, à la louche hein, pour avoir les rapprochements automatiques. »*

M07 : « *Finalement notre secrétaire fait le boulot de la sécu à gérer les paiements, voilà. Pourquoi est-ce que nous on devrait payer une secrétaire à faire le boulot des employés de la sécu ? »*

3) Un TP AMO qui semblait efficient

Réaliser le TP sur la partie AMO semblait être la règle pour tous les médecins. Ils estimaient être payés rapidement et n'avaient que de très rares cas de rejets et d'impayés sur les feuilles de soins électroniques (FSE) ou papiers (FSP). De plus, les situations obligatoires représentaient la majeure partie des facturations et les médecins avaient ainsi l'assurance d'être payés par la sécurité sociale.

M03 : « *Mine de rien on est payé beaucoup plus rapidement parce que c'est la sécu qui nous paie et que si on télétransmet régulièrement, on est payé en 3-4 jours, tout est viré sur notre compte. »*

M14 : « On passe la carte vitale et puis la plupart des gens que l'on a sont soit en ALD, soit en CMU, donc ça c'est 70% de la patientèle que l'on a. Donc déjà on a rarement la question à se poser de savoir « Est-ce que ça va passer ou pas ? » »

Cependant, quelques médecins ont souligné une dépendance vis-à-vis des organismes payeurs avec un sentiment de fonctionnarisation de la profession. Ceci représentait une perte de l'un des fondements de la médecine libérale, ce qui ne semblait pas pour autant les affecter. Les médecins conservaient le principe du paiement à l'acte permettant une rémunération à la hauteur de leur volume d'activité. Etre rémunéré par des organismes payeurs ne semblait pas influencer la liberté de prescription mais certains étaient conscients du contrôle de la sécurité sociale sur leurs prescriptions.

M07 : « Concrètement on est complètement payé par la sécu [...] Moi je suis fille de fonctionnaire et le fait d'être fonctionnaire, ça ne me pose pas de problème [...] Ça n'influe pas sur la façon de prescrire, non ! Je ne dirais pas ça. »

M10 : « Je pense qu'il y a aussi une autre idée, qui n'est peut-être pas aussi répandue en métropole, mais qui pour moi est complètement ancrée, c'est qu'en fait on n'est pas des libéraux, on est des salariés de la CGSS. »

M14 : « Oui c'est pénible parce que des fois voilà, on vous dit qu'il faut arrêter de faire des ordonnances de kiné, parce que sinon on va vous interdire de prescrire de la kiné, il faut arrêter de faire des arrêts de travail, parce que sinon vous allez passer en interdiction de prescription d'arrêt, parce que vous êtes trop au-dessus de la norme, et on est un peu coincé, parce qu'on ne peut pas envoyer la caisse bouler, on est des fonctionnaires payés par la caisse en tiers payant, hein. »

4) Un TP AMC perfectible

Les critiques relatives à la pratique du TPIG se concentraient essentiellement sur les organismes complémentaires.

a) Des difficultés de contrôle des droits

La majorité des médecins éprouvait des difficultés à contrôler les droits complémentaires de leurs patients. La multiplicité des organismes et leur organisation en regroupement rendaient le système opaque. Les attestations papiers n'étaient pas toujours fiables et beaucoup de complémentaires délivraient des cartes magnétiques qui nécessitaient un lecteur propre à chaque organisme. Les médecins, ne pouvant alors pas vérifier les droits des patients, avaient pour habitude de leur faire confiance.

M01 : « Les gens viennent avec un papier de mutuelle et la mutuelle nous écrit en disant : « Ce patient ne fait pas partie de notre mutuelle. » »

M04 : « Pour la mutuelle, je me fie à ce que le patient me présente. [...] Après quand c'est les cartes magnétiques, bah je n'ai pas l'appareil pour lire les cartes donc je fais confiance. »

M08 : « Il y a des cartes où c'est écrit RAM GAMEX®, APRIA® et Prudence Créole® alors Prudence Créole® c'est l'assureur, RAM GAMEX® c'est le sous-traitant et celui qui traite le dossier en

informatique c'est APRIA®. Donc tu as 3 sigles sur une même carte et vas-y, démerde-toi ! Et il y en a qu'un qui est bon, c'est INFERNAL, INFERNAL ! »

b) Des rejets estimés différemment selon les médecins

La fréquence et le nombre de ces rejets étaient jugés différemment selon les médecins : certains les estimaient trop fréquents et d'autres semblaient ne pas en pâtir outre mesure. Mais souvent, les médecins estimaient que les motifs de rejets étaient peu compréhensibles.

M02 : « *Les mutuelles c'est une catastrophe, il y a tout le temps des salades. Tout le temps ! Là j'ai ma secrétaire qui est absente, depuis bientôt un mois, et bah voilà on a une pile de rejets dont elle va s'occuper en rentrant parce que ça n'arrête pas, il y a toujours un problème. Non inscrit à la BDO, le code 99, code 00, n'a pas été machin...* »

M13 : « *Il faudrait que je demande aux secrétaires mais pas tant que ça je pense. A mon avis largement moins que 5%, parce qu'il y a quelques soucis mais vraiment très peu en fait. En tout cas quand on travaille avec les mutuelles avec lesquelles on a l'habitude de travailler, il y a très, très peu de rejets.* »

Quelques médecins avaient pointé les rejets fréquents des régimes spéciaux. La problématique était alors que la totalité de la consultation n'était pas réglée.

M05 : « *Avec les patients qui ne sont pas affiliés à la sécu c'est pareil, c'est des mutuelles hein, c'est la merde, faut les relancer à mort. Et là pour le coup on court après toute la consultation donc c'est pire.* »

c) Des impayés souvent conséquents

Les rejets entraînaient par conséquent de nombreux impayés pour les médecins généralistes. A nouveau, cette perte financière était jugée différemment selon les médecins.

Plusieurs médecins se plaignaient de la perte financière importante que représentaient les impayés.

M02 : « *Les rejets représentent plusieurs milliers d'euros par an.* »

M05 : « *Tu as des pertes qui sont hallucinantes, de plusieurs milliers d'euros par an sur mon chiffre d'affaires. C'est conséquent.* »

M08 : « *J'avais calculé il y a quelque temps, il y avait 5% de perte. Alors quand tu fais sur un jour, tu dis « bof ». Quand tu regardes au bout d'un an le chiffre global en absolu, si t'as un chiffre d'affaires de 100000 euros, ça fait 5000 euros ! Si on te paye tes impayés en fin d'année, ça fait une jolie petite prime ! Finalement c'est énorme. Et encore 5% c'est le minimum.* »

Certains médecins préféraient vivre dans l'ignorance ou négligeaient la perte financière que les impayés pouvaient représenter. Ces médecins estimaient que le temps passé à traiter les rejets et impayés était plus important que la perte en elle-même et privilégiaient leur qualité de vie.

M07 : « *Je préfère perdre un peu d'argent et pas mon temps. Je ne sais pas combien d'argent je perds (rires).* »

M14 : « *Le mauvais côté c'est que oui, des fois on n'est pas payé mais voilà, c'est le jeu, on voit plus de monde. Je n'ai pas le temps de relancer les impayés, mais on pourrait. Mais je ne le fais pas, par*

choix. Ce n'est pas possible, je n'ai pas le temps [...] Je ne sais pas en pourcentage, à l'année... Ça doit être mille et quelques euros par mois, mais parce que j'en vois beaucoup. Donc je ne sais pas, ça doit être du 5%. Je vais faire quoi, me prendre la tête pendant toutes mes soirées pour récupérer 1000 balles dont je vais donner la moitié en impôts après ? Non, ça n'a pas d'intérêt. »

Un médecin estimait que cela représentait peu de perte sur son chiffre d'affaires.

M04 : *« Je n'ai pas de secrétaire et mes retours NOEMIE c'est moi qui les fais moi-même. Sur un recul de 3 mois, j'ai eu dix ou quinze factures où j'ai mal coché la mutuelle, où la personne m'a présenté une carte pas à jour et n'a pas payé donc dix ou quinze sur 400 factures, je trouve que ça reste peu, ce n'est pas avec ça qu'on va s'appauvrir. C'est une perte d'argent mais bon ça ne reste pas énorme. »*

d) Différentes approches pour le traitement des impayés

Pour la plupart, le secrétariat effectuait cette tâche administrative jugée chronophage. Un médecin qui ne possédait pas de secrétaire faisait appel à un secrétariat à distance pour la gestion des impayés.

M08 : *« Les rejets, ça représente du temps. Ma secrétaire, dès qu'elle a un temps libre, elle vérifie les rejets. C'est informatisé donc les rejets apparaissent très rapidement, très facilement. Les repérer, ce n'est pas un souci. C'est les relancer qui pose problème. »*

M10 : *« On a une secrétaire à distance qui nous fait les retours Ameli, mais la facturation c'est nous qui la faisons. C'est quelques heures par mois. »*

Certains abandonnaient les réclamations auprès des organismes complémentaires pour récupérer les impayés par manque de temps et par découragement.

M01 : *« Il n'y a pas de solution, on n'est pas payé, on s'assoit dessus. Le problème c'est contrôler les impayés, c'est surtout ça. Après souvent je laisse tomber. »*

M04 : *« Pour les rejets mutuelles j'abandonne, je me dis tant pis parce que je n'ai pas le temps. J'ai essayé d'appeler mais ils ne me répondent pas, ils me disent : « Il faut rajouter cette pièce ou rajouter ceci... ». Du coup entre rentrer mes dossiers, faire mes facturations, mes papiers de comptabilité, ma vie personnelle, ça me demanderait trop de temps par rapport à ce que j'ai à gagner finalement donc je me dis je laisse tomber. »*

Un seul médecin faisait appel à une société de recouvrement des impayés. Cette prestation représentait un coût financier important pour le cabinet mais le médecin jugeait rentable d'y faire appel.

M05 : *« Et donc au cabinet avec mes collègues on paie une société qui se charge de faire ça depuis un an et qui nous récupère les impayés. Elle n'arrive pas à tout nous récupérer mais elle nous en récupère une partie. [...] Je les paie, ils prennent un forfait, malheureusement c'est rentable. »*

e) Des organismes complémentaires jugés de mauvaise foi

Certains médecins se plaignaient que des mutuelles se déconventionnaient d'elles-mêmes, sans communiquer ou bien en le faisant tardivement. Ceci entraînait des rejets et des impayés pour le

médecin et également une incompréhension des patients qui devaient désormais avancer les frais, alors que de leur point de vue leur situation n'avait pas changé.

M01 : « *La mutuelle signe une convention, il y a le TP, donc les gens ils sont habitués, ils ne payent pas. La mutuelle se déconventionne d'elle-même. Elle dit : « A partir de maintenant nous ne ferons plus le tiers payant ». Donc les patients doivent payer... Et les patients ne comprennent pas. »*

M08 : « *Quand ils (les patients) ont pris l'habitude du tiers payant, ils ne comprennent pas quand on ne le fait plus. Par exemple, il y a la caisse nationale militaire de la sécurité sociale. Pendant des années il n'y avait aucun problème. Et puis subitement ils ont changé, ils ont mutualisé avec ISanté et donc au moment du transfert, il y a eu des problèmes et on n'était plus payé. Et quand tu n'es plus payé, tu arrêtes de faire le tiers payant, il faut payer, vous vous débrouillez avec votre mutuelle. Quand les gens tu leurs dis ça... Alors qu'à leur niveau rien n'a changé, ils sont toujours à la caisse militaire, ils ne le savent même pas qu'ils ont changé de mutuelle ! »*

Quelques médecins pensaient que les organismes complémentaires étaient malhonnêtes. Organismes majoritairement à but lucratif, leur objectif, selon les médecins, était de ne pas les payer.

M05 : « *Le moindre prétexte est bon pour ne pas te payer, te renvoyer des trucs. Souvent même la MGEN ils ne te payent pas, mais ils ne te le disent pas. Donc si tu ne t'en aperçois pas, voilà... Si tu t'en aperçois, ils peuvent éventuellement te donner un justificatif. Enfin bon non, c'est du foutage de gueule, c'est de la pure mauvaise foi ! Pour avoir essayé de les contacter, c'est de la pure mauvaise foi. Le but est de ne pas payer. Le but est de ne pas payer ! »*

M08 : « *Il n'y a pas de raison, il y a un payeur, il doit payer, le mec il a payé, la cotisation a été encaissée donc la mutuelle doit payer ! »*

Suite à de nombreux problèmes, certains médecins finissaient par ne plus travailler avec les organismes complémentaires jugés « mauvais payeurs ».

M03 : « *Mais c'est vrai que pour quelques patients où des fois on ne prend pas le tiers payant surtout parce qu'en fait on est jamais payé. Donc euh... une fois, deux fois et puis une fois que ça revient souvent on arrête de travailler avec cette caisse-là. »*

f) Un système non performant

L'argumentaire ci-dessus menait les médecins à penser que les organismes complémentaires, majoritairement évoqués comme « les mutuelles », étaient responsables en grande partie de la surcharge administrative et des frais supplémentaires engendrés pour réaliser le TPIG. Le système d'AMC était jugé non performant et représentait une limite dans la pratique du TPIG.

M08 : « *La reconnaissance des mutuelles, des fois ça nous rend fou, je ne veux pas minimiser, c'est un GROS, GROS, GROS inconvénient. Une prise de tête. »*

II) INFLUENCE DU TPIG SUR L'ACCES AUX SOINS

1) Le TPIG était essentiel pour favoriser l'accès aux soins

La quasi-totalité des médecins interrogés considérait que la dispense d'avance de frais favorisait grandement l'accès à la consultation médicale. Le patient pouvait consulter sans se soucier de ses moyens financiers, notamment en cas de consultations pour plusieurs membres de la famille (pédiatrie) ou pour des consultations rapprochées. Ainsi certains médecins pensaient que le TPIG favorisait les diagnostics précoces et la prévention de manière générale.

M03 : « *Et je pense que, ouais, ça fait pas un frein, ils ne se disent pas : « Il faut que je paie 6 euros, je n'irai pas chez le médecin ». Au moins, ils ne se posent pas trop la question. »*

M06 : « *Moi je fais beaucoup de pédiatrie, ils viennent souvent pour se rassurer, est-ce qu'ils viendraient ? Est-ce qu'ils paieraient 30 € pour ça ? Je ne suis pas sûre. »*

M11 : « *Ça évite d'avoir des retards diagnostiques dans certaines pathologies qui peuvent être graves. »*

M14 : « *Si, on fait de la prévention, on en profite. Justement c'est pour ça que les gens sont mieux soignés, c'est parce que quand ils viennent pour des conneries comme ça, finalement on peut prendre deux minutes pour regarder le dossier : « Tiens vous n'avez pas fait votre mammographie », ce qui n'a rien à voir avec la demande du patient. Ils viennent tellement souvent qu'ils sont suivis à force. »*

Ainsi, le renoncement aux soins pour raisons financières semblait être très rare à la Réunion.

M05 : « *Et à la Réunion, compte-tenu du niveau socio-économique moyen, je suis persuadé qu'il y a beaucoup de gens qui n'iraient pas voir le médecin s'il fallait avancer les frais. »*

M10 : « *En tout cas, moi je n'ai jamais senti que l'absence de ressources financières était un frein à la consultation à la Réunion. Et je ne suis pas sûr que je pourrais en dire autant si je travaillais en métropole sans pratiquer le tiers payant intégral. »*

Les patients semblaient alors égaux dans l'accès au médecin, ce qui permettait de casser les inégalités sociales.

M12 : « *Maintenant, le tiers payant, ça permet quand même de casser les inégalités entre les classes sociales. »*

La dispense d'avance de frais représentait également une simplification pour les patients : elle leur permettait de ne pas être tributaires d'un moyen de paiement et de se décharger de l'aspect administratif qu'implique une consultation. De plus, pour les patients qui cotisaient à une complémentaire santé, cela leur permettait de ne payer qu'une seule fois et ainsi de limiter les frais liés à la santé. Selon les médecins, cette conception se justifiait du fait d'un coût élevé des cotisations et de la précarité sociale à la Réunion.

M07 : « *Sur les mutuelles, ça fait quand même de la paperasse pour le patient parce qu'il faut qu'il paye, qu'on lui donne sa feuille pour se faire rembourser et il y a toujours une manipulation à faire. [...] Ça fait encore perdre du temps aux patients. »*

M10 : « Pour le patient, il est plus à l'aise à mon avis de ne pas faire d'avance de frais. C'est vrai qu'il cotise pour une mutuelle. Donc devoir avancer l'argent, surveiller les remboursements par sa mutuelle de l'argent qu'il a avancé, ça me paraît contraignant. »

2) Le TPIG ne réglait pas totalement la problématique de l'accès aux soins

a) Une persistance des inégalités

La pratique du TPIG nécessitait d'adhérer à un organisme complémentaire pour le patient. Ainsi, ceux appartenant aux classes moyennes ou ne disposant pas d'aides financières, les étudiants et les retraités représentaient des classes sociales défavorisées dans ce système de dispense d'avance de frais.

M06 : « Un système égalitaire mais pas tant que ça... »

M09 : « L'accès aux soins, le problème en métropole et comme ici, c'est la classe moyenne. [...] Ceux qui ont la CMU ils sont bien protégés, finalement le tiers payant est déjà en place pour ces gens-là. Le problème c'est toujours cette classe moyenne, ces gens qui travaillent, qui n'ont pas l'aide pour la cantine, qui n'ont l'aide pour rien et qui vont chez le médecin, qui ont deux enfants malades et par exemple un foyer monoparental, ça fait des frais encore à supporter. »

Un médecin pensait qu'il pouvait exister un sentiment d'inégalité des patients qui payaient leur mutuelle par rapport aux bénéficiaires de la CMU-C qui disposaient d'une gratuité totale pour les soins.

M06 : « C'est vécu comme une punition et surtout comme une inégalité par rapport aux gens qui ne payent pas, par rapport aux gens qui ont la CMU, les gens qui n'ont pas cette retenue de 50 centimes par boîte à la pharmacie. On a vraiment des gens qui n'ont aucune notion parce qu'ils ne payent rien et ceux qui payent leur mutuelle se trouvent très défavorisés par rapport à ceux qui ont la CMU, parce que les mutuelles coûtent extrêmement cher. »

Les médecins pensaient que la problématique du renoncement aux soins n'était pas uniquement financière. Aussi, la faible démographie médicale dans certaines zones participait à ce phénomène.

M06 : « Ça ne règle pas totalement l'accès aux soins parce qu'après l'accès aux soins c'est beaucoup plus large que ça. [...] Il y a des personnes qui ne peuvent pas consulter à cause de l'éloignement parce qu'ils n'ont pas une offre de soins suffisante sur place donc ça ne règle pas totalement le problème. Mais pour certaines personnes, quand c'est juste un facteur économique, oui ça peut aider. Ça améliore l'accès aux soins, ça ne résout pas le problème mais ça l'améliore. »

M12 : « Sur l'accès aux soins en lui-même, il y aura toujours des problèmes tant que les médecins et en particulier celles et ceux qui sont nouvellement formés, préféreront la ville aux territoires ruraux. [...] Quand je vais par exemple sur la commune de Saint-Paul, à Saint-Gilles en particulier, la densité en médecins n'a rien à voir avec Trois Bassins, le Tévelave, etc... »

b) Des limites dans l'accès aux soins

D'autres facteurs pouvaient également influencer l'accès aux soins.

Les patients aux moyens financiers restreints pouvaient ne pas se soigner correctement à cause du déremboursement de certains médicaments.

M04 : « *Les hémorroïdes : ce n'est pas grave, c'est quand même gênant quand on en a et qu'on ait la CMU ou pas, il n'y a plus rien qui est remboursé pour les hémorroïdes en termes de traitement symptomatique. Donc ben voilà, soit on peut l'acheter, soit on ne peut pas.* »

Les spécialistes qui ne pratiquaient pas le TPI ou qui appliquaient des dépassements d'honoraires pouvaient représenter un frein à la consultation médicale.

M09 : « *Non parce qu'il y a certains spécialistes qui ne veulent pas comme ici, les généralistes le font ici mais les spécialistes qui ont certains refus de mutuelles ne le font plus, les radiologues ne le font plus.* »

Les patients qui ne faisaient pas leurs démarches administratives pour bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS étaient susceptibles de ne plus consulter.

M07 : « *Mais il faut toujours que les patients fassent les démarches pour avoir la CMU, parce qu'il y a des patients qui sont pas du tout dans le système et qui n'ont pas fait les démarches pour avoir des consultations qui sont remboursées.* »

Les délais d'attente pour un rendez-vous chez le médecin pouvaient être une limite dans l'accès aux soins.

M07 : « *Après il y a le problème des délais d'attente qui sont compliqués aussi, qui ne seront pas réglés avec le tiers payant.* »

Les patients pouvaient être simplement réticents à consulter le médecin à cause de freins socio-culturels ou psychologiques.

M07 : « *Il n'y a pas que le problème financier qui empêche de consulter ! Il y a la peur du diagnostic, la peur de la piqûre, la pudeur...* »

M08 : « *Non parce que il y en a qui sont obtus, qui n'aiment pas les médecins, qui ne veulent pas de médicaments, qui sont fermés. J'ai plein de patients, mâles notamment, à la Réunion, peut-être un petit côté « macho créole », mais il y a beaucoup de gens qui ne consultent pas. Souvent ils envoient leur femme à leur place avec leur carte vitale, des choses comme ça. Ce n'est pas le problème de l'argent, c'est un autre problème. C'est le problème d'aller chez le médecin, de se livrer, de se déshabiller, je ne sais pas... Il y a plusieurs facteurs à la fois. En gros, ne pas aimer le médecin.* »

III) PERCEPTION PAR LES MEDECINS DU COMPORTEMENT DES PATIENTS EN LIEN AVEC LE TPIG

1) Une gratuité apparente des soins

La plupart des médecins interrogés ont souligné que l'habitude de ne pas payer était fortement ancrée chez les patients réunionnais du fait de la pratique d'un tiers payant intégral bien avant l'arrivée de la carte vitale (bons roses). Ceci était vu comme un acquis social, voire un dû pour la population.

M01 : « *Parce qu'ils considèrent que c'est normalement gratuit donc tout ce qui est gratuit doit le rester, donc dès que ça devient payant ça pose un problème.* »

M03 : « *Du coup c'est un acquis, c'est normal, euh c'est un service dû et pour la population c'est un service dû et c'est tout.* »

M06 : « *On n'avance pas les frais et ensuite on se fait rembourser, ce n'est pas du tout dans les mentalités ! Je pense que c'est très ancien à la Réunion, ça fait très longtemps qu'on ne paye pas le médecin, c'est ancré. C'est vraiment ancré, on ne doit pas payer le médecin et si on n'a pas les papiers, on repasse pour ramener les papiers et c'est le médecin... enfin la secrétaire qui met en attente, ce n'est pas à eux d'avancer les frais pour une consultation.* »

Cette gratuité apparente entraînait une réticence voire un refus des patients à déboursier pour leurs soins quand cela était nécessaire. Certains médecins disaient qu'il était fréquent à la Réunion que les patients utilisent la carte vitale d'un tiers si leurs propres droits n'étaient pas à jour. Cette réticence à payer pour sa santé pouvait aller jusqu'au renoncement aux soins selon certains médecins.

M01 : « *Ils peuvent très bien acheter leur paquet de cigarettes par jour et ne pas vouloir payer 2 euros pour une boîte de Doliprane®, voilà.* »

M05 : « *Il y a d'autres priorités financières apparemment que d'aller chez le médecin, d'aller faire des examens, etc... Quand les trucs ne sont pas à jour, ils ne les font pas.* »

M06 : « *A la Réunion on vient souvent en consultation avec la carte des parents ou de quelqu'un d'autre... Souvent c'est pour des médicaments.* »

M08 : « *Même s'ils n'ont pas la carte vitale, ils viennent, ils n'ont aucun papier et pas un sou dans la poche et surtout : ne pas avoir la carte bleue sur soi ! Ne pas avoir un euro ! Comme ça on est sûr de ne pas payer !* »

Les patients semblaient ne pas connaître le coût de la santé et même se désintéresser du système. Le tiers payant, selon certains médecins, leur donnait un pouvoir d'achat et la carte vitale pouvait être confondue avec la carte bancaire.

M06 : « *Du coup ils sont dans un système de gratuité où ils n'ont aucune notion du coût de la consultation, des soins, de toutes ces choses.* »

M13 : « *Puisqu'on ne se pose plus trop la question de savoir combien ça coûte, combien ça va coûter, peu importe l'heure et le lieu. Ça je pense que c'est un point négatif du tiers payant généralisé. S'il n'y avait pas le tiers payant, ils auraient probablement un peu plus conscience du coût de la santé.* »

M02 : « *Comme c'est gratuit, la carte bancaire qui est la carte vitale... Il n'y a plus de respect.* »

M05 : « C'est vrai que des fois ils te jettent la carte vitale là, comme s'ils étaient au casino et ça me gonfle un peu. »

2) Une dérive des comportements

La gratuité apparente des soins serait responsable de comportements abusifs et d'une déresponsabilisation de la part de certains patients. La conséquence de ces comportements était une surconsommation de soins sur laquelle tous les médecins s'entendaient.

a) Une déresponsabilisation des patients

Les patients consultaient de manière très fréquente. Le recours au médecin était souvent jugé immédiat pour des pathologies bénignes.

M09 : « Il y a des gens que je peux quand même voir trois fois dans la semaine car au début le nez coulait, ensuite ils se sont mis à tousser puis finalement ben ça va un peu mieux mais ils sont fatigués en post-viral donc ça fait quand même trois consultations ! »

M13 : « Oui, parce qu'ils vont venir peut-être un peu trop, ou pour des motifs qui pourraient attendre... »

Selon deux médecins, certains patients avaient tendance à banaliser l'oubli de la carte vitale.

M08 : « Il faudrait que le patient fasse quand même un minimum, qu'il se balade avec sa carte vitale ou avec son document d'ayant droit. »

M10 : « Des fois effectivement les gens, dans la mesure où ils n'ont pas à avancer de frais, finalement la carte vitale, ça devient aussi dispensable puisqu'ils donnent la carte mais ils ne savent pas trop ce qui se passe après. Il y a beaucoup de gens qui ont facilement tendance à oublier les cartes vitales. »

En cas de droits non à jour, la plupart des médecins mettaient les facturations en attente pour que le patient n'avance pas les frais de la consultation. Cette situation était jugée fréquente.

M05 : « Clairement, parce que les gens n'ont pas du tout l'habitude de payer. Les rares fois où on leur demande de payer parce que la mutuelle n'est pas à jour, la sécu n'est pas à jour, enfin il y a un problème, dans l'immense majorité des cas c'est problématique. D'ailleurs on les fait pas payer, et on leur dit : « Bah... Ce n'est pas grave, quand ça sera à jour, on régularisera. », mais on fait jamais payer les gens, jamais ! »

M06 : « S'ils n'ont pas la mutuelle ou si elle n'est pas à jour ou si un papier n'est pas à jour et qu'ils doivent payer, ils trouvent ça abominable et c'est le grand cri tout de suite. Donc c'est pour ça que souvent on met les paiements en attente parce que c'est plus simple que de sortir de leur poche 8,88 € restant à charge. »

M13 : « On prend l'exemple des gens qui sont à la CMU complémentaire, donc il faut renouveler régulièrement les dossiers. [...] Des dossiers qui ne sont pas à jour, des renouvellements qui ne sont pas faits, auquel cas il faut mettre la facturation en attente. »

Les médecins expliquaient qu'ils consultaient majoritairement sans rendez-vous car les patients n'anticipaient pas leurs besoins en santé.

M04 : « *La majorité des cabinets ici travaillent sans rendez-vous mais là encore c'est de l'éducation parce que les gens ne comprennent pas qu'il faut prendre un rendez-vous parce qu'ils ne décident pas quand ils tombent malade sauf qu'en général chez le généraliste on peut prendre le rendez-vous le matin pour être reçu dans la journée.* »

Les bénéficiaires de la CMU-C semblaient plus concernés par cette déresponsabilisation. Les médecins expliquaient cela par le fait que ces patients ne payaient pas de cotisations et qu'ils n'étaient pas soumis à la participation forfaitaire, ni au respect du parcours de soins.

M09 : « *En gros s'il y a une insatisfaction des patients, ils vont voir ailleurs pour avoir ce qu'ils veulent, oui ! Surtout les CMU parce que sur le médecin traitant, les CMU ne sont pas impactés.* »

M11 : « *Ceux qui ont la CMU ils payent que dalle mais ils viennent à ton cabinet à 22 heures pour rien du tout, pour un bouton qui est là depuis quatre ans.* »

M12 : « *Ça a une influence, bien sûr, vis-à-vis du comportement des patients, surtout ceux qui sont au RSA, donc forcément à la CMU, il y a une consommation d'actes qui peut poser question. Dès le moment où l'on n'a rien à payer, surtout si on est à la CMU, on va plus facilement voir son médecin.* »

b) Des comportements abusifs

La plupart des médecins s'entendaient sur la fréquence des consultations pour des motifs bénins, voire injustifiés. Ils pouvaient être également inadaptés par rapport au lieu et à l'heure de la consultation lorsque les patients avaient recours aux cabinets d'urgences car ceux-ci n'avaient pas la notion du surcoût qu'engendrait ce type de consultation.

M05 : « *Ils ne se posent tellement pas la question, et là c'est plutôt un inconvénient du tiers payant intégral, ils ne se posent tellement pas la question qu'on voit parfois des gens qui viennent pour absolument rien du tout [...] On voit beaucoup de consultations pour rien comme ça, ce qu'on ne voit pas en métropole quand il faut payer, même si t'es remboursé après.* »

M13 : « *Oui, parce qu'ils vont venir peut-être un peu trop, ou pour des motifs qui pourraient attendre, parce que nous nous sommes un cabinet de soins non programmés, ouvert les soirs et les week-ends, et ça pourrait attendre le lendemain avec le médecin traitant, sans avoir à consulter la nuit et les week-ends.* »

Beaucoup de consultations étaient motivées par la prescription de médicaments en libre-service, toujours sous-tendue par cette réticence à déboursier pour sa santé. Selon les médecins, les patients venaient parfois « faire leurs courses ».

M06 : « *Ou ils viennent avec la liste des courses, ils préfèrent faire une heure d'attente avec la liste des courses plutôt que de dépenser des sous à la pharmacie.* »

M12 : « *Ou bien on arrive, un peu comme chez l'épicier du coin, avec son petit papier : « Voilà ce que je veux ! ». Parce que tout simplement on est sûr d'être pris en charge à 100%, pratiquement.* »

M13 : « *Le truc qui moi me dérange, c'est les gens qui vont venir juste parce qu'ils ont besoin de Doliprane® ou de sérum physiologique pour le petit, et bien ils passent chez le médecin parce que ça va être noté sur l'ordonnance et comme ça ils ne vont rien payer, alors que ça coûte deux euros à la pharmacie.* »

Quelques médecins ont souligné que certains patients pouvaient se rendre chez le médecin dans un but occupationnel.

M07 : « *Oui les patients savent effectivement qu'ils ne vont pas payer donc il y en a qui viennent quelques fois pour pas grand-chose, ça arrive, du Doliprane® entre autres (rires) ou alors un sirop pour la toux et surtout pour discuter avec le docteur.* »

La cotisation à une mutuelle inciterait les patients à consulter pour rentabiliser cette dépense selon un des médecins interrogés.

M12 : « *Ceux qui sont dans une mutuelle, bah c'est un peu pareil, puisque dès le moment où l'on cotise à une mutuelle, dans l'imaginaire du patient, on paie donc on a l'obligation de voir son médecin quand on veut, voilà.* »

Mais ces propos ont été pondérés par un médecin qui trouvait que ces pratiques ne pouvaient être majoritaires du fait de l'attente dans les cabinets.

M07 : « *Mais ce n'est pas une grande partie des consultations. Les gens qui viennent nous voir en général il y a au moins une heure d'attente donc ils viennent quand même pour quelque chose !* »

Un seul médecin avait évoqué le fait que de voir les patients trop régulièrement et pour des motifs bénins pouvait altérer leur qualité de prise en charge.

M09 : « *Pour certaines personnes, le tiers payant diminue la qualité des soins, c'est-à-dire qu'à force de les voir on se dit : « Il n'a rien, il n'a rien, oh il vient encore, c'est encore lui ! » [...] Tu te noies dans les consultations, tu ne sais plus ce qui a été fait ou pas. Ça peut mener à une saturation, je vais où, je fais quoi, je t'envoie chez le spécialiste et puis ils n'y vont pas forcément car ils n'ont pas de sous pour le bus ! (rires) on tourne un peu autour du pot... »*

Les médecins considéraient que la dispense d'avance de frais favorisait le nomadisme médical. Si certaines requêtes exagérées n'étaient pas accordées aux patients, ils constataient que ceux-ci n'hésitaient pas à solliciter un confrère pour obtenir ce qu'ils avaient demandé. De plus, si les patients devaient payer la consultation, les médecins craignaient leur départ.

M02 : « *Non seulement ils consomment mais en plus ils exigent des examens complémentaires qui sont absolument ridicules de demander ! C'est le consumérisme à tout point de vue. C'est consumériste pour la consultation à proprement parler, c'est consumériste pour la biologie, pour les examens complémentaires, l'imagerie médicale, c'est du délire absolu. Maintenant, pour un simple mal de tête on finit avec l'IRM, de toute façon parce qu'ils les demandent. Et si on ne les donne pas, si on ne les prescrit pas, ils savent où aller demander pour en avoir.* »

M14 : « *C'est un choix, c'est bête à dire mais si les gens ne payent pas ils reviennent, si les gens payent ils ne reviennent pas. Voilà. C'est clair et net. Ah si on demande de payer, on ne les voit plus, ils vont ailleurs ! Très fréquemment.* »

c) Une surconsommation de soins

La majorité des médecins interrogés constatait une surconsommation de soins de la part des patients, en lien direct avec la pratique du TPIG et entraînant un surcoût pour la CGSS.

M01 : « *Parce que ça augmente automatiquement la consommation. C'est comme si on disait : « Vous pouvez aller au supermarché, vous remplissez le caddie, tout est pris en charge ! » Bah pareil... Il y a beaucoup de consommation.* »

M02 : « *Ils consomment, ça leur donne un pouvoir d'achat le tiers payant généralisé, vraiment et ils consomment sans limite...* »

M06 : « *Je pense que ça représente un surcoût pour la sécurité sociale.* »

M13 : « *Après c'est sûr que ça entraîne une augmentation de la consommation de soins, puisqu'on ne se pose plus trop la question de savoir combien ça coûte, combien ça va coûter, peu importe l'heure et le lieu.* »

Pour pondérer la notion de surconsommation de soins, deux médecins ont évoqué des besoins en santé plus importants des patients réunionnais par rapport aux métropolitains.

M06 : « *C'est vrai que la Réunion est un très bel exemple, il faudrait voir quels sont les coûts. Après on ne peut pas comparer, il y a quand même des pathologies très graves ici alors est-ce qu'on peut transposer sur d'autres régions en France pour voir s'il y a un surcoût ?* »

Deux médecins pensaient que la sécurité sociale aurait un rôle dans le contrôle de la consommation de soins de certains patients et le nomadisme médical. Mais un des médecins pondérait cet argument en soulignant que ces dérives devaient être anecdotiques car sinon la CGSS réagirait.

M12 : « *Ça, c'est analysé régulièrement par les caisses et celles et ceux qui sont en charge de l'accompagnement de la santé. J'imagine que les caisses voient qu'à travers le tiers payant il y a beaucoup plus de consommation médicale que sans le tiers payant, surtout depuis qu'on a mis en place la CMU.* »

M03 : « *La sécu peut aussi avoir un rôle de contrôle sur les gens qui ont tendance un peu à abuser, où ceux qui vont voir 5 médecins différents en 3 jours. Mais ça concerne très peu de population, c'est pour ça que ce n'est jamais contrôlé.* »

IV) INFLUENCE DU TPIG SUR LA RELATION MEDECIN-PATIENT

1) Une abolition du rapport financier

L'absence du rapport financier améliorerait la relation médecin-patient : celle-ci était uniquement médicale, renforçant la relation de confiance du patient, selon certains médecins. Quelques-uns éprouvaient un sentiment de malaise à faire payer les patients.

M04 : « *Je trouve que c'est très agréable en tant que médecin de ne pas avoir à gérer le côté « sous » en fait. Parce qu'on s'occupe des gens qui remettent leur vie entre nos mains, qu'il y a une relation de confiance qui se met en place.* »

M07 : « *Le rapport avec l'argent directement, je ne me sens pas à l'aise de demander aux gens de payer en fait.* »

2) Un gain de temps médical

Plusieurs médecins appréciaient le gain de temps médical au sein d'une consultation lié à l'absence de paiement et à la délégation de la facturation aux secrétaires.

M05 : « *C'est souvent la secrétaire qui s'occupe de faire passer la carte vitale. [...] Et puis c'est elle qui fait payer quand on ne peut pas faire le tiers payant intégral [...] Moi ça m'évite cet échange d'argent avec mon patient à la fin de la consultation, ce qui est plutôt confortable.* »

M06 : « *Je gère tout l'administratif sur les arrêts de travail, sur toutes ces choses mais le paiement simple de la consultation, ce n'est pas du tout un acte médical pour moi donc je le délègue aux secrétaires. C'est un gain de temps.* »

3) Un sentiment de dévalorisation de l'acte médical

Plusieurs médecins considéraient que la gratuité des soins menait à une dévalorisation de l'acte médical.

M02 : « *On est des prestataires de service et c'est tout : « Si ça ne me plaît pas ce qu'il a dit ce médecin, je vais en voir un autre, ce n'est pas grave, j'ai un pouvoir d'achat considérable avec la carte ! » »*

M06 : « *L'acte médical est un acte gratuit, ça n'a aucune valeur, oui !* »

M10 : « *Il n'y a pas de transfert d'argent, donc ils pensent que ce qu'on fait c'est gratuit. Donc ça serait bien qu'il y ait un transfert d'argent, comme ça ils verraient que notre travail a une valeur et on ne serait pas là, à éditer des ordonnances qui n'ont pas de valeurs, etc...* »

Cependant deux médecins ont évoqué que la dispense d'avance de frais n'avait pas d'influence sur le respect du patient envers son médecin.

M04 : « *Après, si, en tant que médecins on a toujours une position, ils ont conscience qu'on leur apporte beaucoup mais ils n'ont pas la notion que derrière tout ça il y a un coût.* »

M05 : « *Je n'ai pas l'impression d'être moins respecté par mes patients à la Réunion avec le tiers payant intégral qu'en métropole où je faisais payer les gens, vraiment je ne crois pas.* »

V) REPRESENTATIONS DES MEDECINS SUR LEURS PRATIQUES

1) Le TPIG présentait de nombreux avantages

a) Une absence de manipulation d'argent

Les interviewés voyaient un côté pratique dans l'absence de manipulation d'argent au sein de la consultation médicale. La comptabilité était simplifiée. Deux femmes médecins ont souligné qu'il était plus sécurisant de ne pas avoir de liquidités au cabinet.

M03 : « *Mine de rien, quand il y a 50 chèques à aller poser toutes les semaines, au bout d'un moment c'est franchement pénible. Donc pour le côté trésorerie c'est plus pratique.* »

M09 : « *C'est assez rapide, il n'y pas d'histoire de chèques, de crayons à chercher, de petites monnaies de petites pièces, il y a moins de risque de vol.* »

b) Une diminution des actes gratuits

La majorité des médecins soulignait la très nette diminution des actes gratuits en consultation en lien avec la dispense de frais. En effet, les médecins n'avaient plus ce sentiment de gêne à demander des honoraires aux patients notamment pour les consultations rapprochées, rapides ou pour plusieurs membres de la famille.

M03 : « *Peut-être que s'il n'y avait pas de tiers payant certains feraient plus d'actes gratuits, parce que justement en revoyant les gens à 48 heures, on ne les ferait peut-être pas payer.* »

M05 : « *Le tiers payant intégral nous permet de facturer des actes qu'on ne facturerait pas s'il n'y avait pas le tiers payant intégral, donc on gagne de l'argent. Donc ça c'est aussi un avantage.* »

M14 : « *Quelqu'un vient pour un renouvellement d'ordonnance, même s'il est vu en une minute, il est venu pour son renouvellement et pourquoi moi, médecin, je vais faire ça gratuitement ?* »

Certains médecins estimaient que la diminution des actes gratuits compensait la perte financière due aux impayés.

M14 : « *Donc là avec le tiers payant, il n'y a pas à se poser la question, la personne vient pour quelque chose, elle demande un service, il y a un paiement. Alors même si on a de la perte, parce qu'effectivement avec le tiers payant, on a un pourcentage de perte et bien tant pis. On n'a tellement plus de facilité, les gens reviennent tellement plus facilement qu'au final on est largement gagnant à le pratiquer (rires).* »

c) Une activité volumineuse

La diminution des actes gratuits couplée au nombre important de consultations rapides et simples, étaient à l'origine d'une activité estimée volumineuse par les médecins interrogés.

M06 : « *On fait beaucoup d'actes ici. On fait beaucoup d'actes qui peuvent durer très peu de temps.* »

M14 : « *Certaines consultations qui n'ont ni queue ni tête et qui sont juste des demandes très basiques, mais d'un autre côté, bah ça fait des consultations simples et rapides.* »

Quelques médecins pensaient que malgré cette activité volumineuse, leur qualité de vie au travail était conservée. Un médecin soulignait que beaucoup de leurs confrères se permettaient de travailler à temps partiel. Cette activité volumineuse permettait aux médecins, même ceux exerçant seuls, de pouvoir employer un secrétariat à plein temps pour la gestion du tiers payant.

M06 : « *Ça (le TPIG) crée énormément de sur-consultations parce qu'ils n'ont pas la notion du paiement de la consultation, donc ils viennent pour tout et rien. Donc ça remplit les salles d'attente, c'est très bien pour nous. [...] On voit beaucoup de patients, on n'a pas les pires horaires de France, je pense qu'il y a des médecins qui travaillent beaucoup plus que nous. [...] Il y a beaucoup de médecins à temps partiel et qui peuvent se permettre d'être à temps partiel et qui peuvent se permettre de payer des secrétaires. [...] Sur la qualité de vie des médecins, c'est très bien, ça permet aussi d'avoir des secrétaires.* »

La densité médicale était considérée comme importante à la Réunion par les médecins, en relation avec la pratique du TPIG.

M06 : « *Ici il y a énormément de médecins, à cause de ... ou grâce à... je ne sais pas, mais avec ce tiers payant il y a beaucoup de médecins.* »

d) Des revenus jugés supérieurs aux médecins métropolitains

Les médecins ont déclaré avoir des revenus supérieurs à leurs confrères métropolitains en partie grâce à la pratique du TPIG. Ceux-ci étaient corrélés à l'activité volumineuse des médecins réunionnais. La patientèle était jugée souvent importante et consommatrice de soins. De plus, la disparition des actes gratuits favorisait l'augmentation des revenus.

M02 : « *Les gens consomment, consomment, consomment et les médecins gagnent énormément d'argent grâce à ce système.* »

M14 : « *Ça fait des consultations simples et rapides et je pense que les médecins à la Réunion gagnent beaucoup mieux leur vie qu'en métropole, entre autres à cause de ça.* »

Cependant, certains modéraient ce propos en soulignant que, dans les départements et régions d'outre-mer (DOM), les actes médicaux étaient valorisés et qu'il existait des avantages financiers particuliers tels que des exonérations de charges patronales.

M03 : « *Le fait qu'on soit dans les DOM TOM, nous on a quand même des exonérations de charges que n'ont pas la métropole. [...] Sachant qu'en plus on a un C (prix de la consultation de base) plus important que la métropole, donc c'est vrai que nous on est quand même plutôt gagnant.* »

2) Vision des consultations en métropole

Certains médecins comparaient leurs consultations à celle de métropole. Ils estimaient que les médecins métropolitains réalisaient globalement moins d'actes qu'eux mais avec des consultations plus

complexes (les motifs de consultations étaient souvent nombreux et plus chronophages) et avec des amplitudes horaires plus conséquentes.

M06 : « *La consultation n'est pas la même en France, les patients viennent quand ils sont vraiment malades, quand ce sont des pathologies compliquées. Ils viennent souvent avec plein de motifs de consultation, c'est très difficile.* »

Certains pensaient que les patients métropolitains étaient plus exigeants sur la durée de la consultation et la qualité de la prestation car ils avançaient les frais. Les médecins métropolitains, selon leurs confrères réunionnais, semblaient réaliser beaucoup d'actes gratuits notamment parce qu'ils n'osaient probablement pas faire payer les patients pour des actes rapides.

M14 : « *Je voyais que les médecins travaillaient beaucoup dans le vide, à faire des renouvellements, à faire des ordonnances, à faire des bons de ceci, des bons de cela, des certificats et tout... Pour la gloire. Parce que comme on n'a pas de tiers payant, on n'ose pas dire aux gens : « Ça fait 25 euros », pour faire un acte que les gens estiment ne pas être un acte. [...] Une personne qui vient et qui a l'impression de payer, pourtant elle ne fait qu'avancer les frais qui lui sont remboursés, aura toujours dans sa tête l'impression qu'elle peut exiger je-ne-sais-pas quelle durée de consultation et de prestation.* »

Un médecin ne comprenait pas pourquoi les médecins métropolitains préféraient avoir des patients non bénéficiaires de la CMU-C car à la Réunion, les médecins étaient garantis d'être payés avec les patientèles prises en charge à 100% par la sécurité sociale.

M14 : « *Donc les médecins en métropole ne veulent pas de CMU, ils préfèrent les gens qui ont des mutuelles, je ne sais pas pourquoi, parce que c'est des gens d'un niveau au-dessus, peut-être moins embêtants, j'en sais rien, plus cortiqués, je ne sais pas quel est le motif... Si, le motif c'est qu'en CMU ils sont obligés de faire le tiers payant en métropole c'est ça ? Bah c'est ça la différence et ils ont peur de ça, ce qui est complètement idiot, parce que les gens qui ont la CMU, on est très bien payé par les caisses.* »

3) Le TPIG était responsable de certaines dérives

a) Le clientélisme

La plupart des médecins avaient conscience de l'obligation de pratiquer le TPI s'ils désiraient avoir une patientèle.

M02 : « *Je pratique le tiers payant intégral par clientélisme, uniquement.* »

M05 : « *Donc pourquoi je pratique le tiers payant intégral ? Pour avoir des patients (sourire), déjà. [...] Très probablement si tu ne pratiques pas le tiers payant intégral à la Réunion, je crois que tu n'as personne dans le cabinet.* »

M08 : « *Ici je n'ai pas eu à me poser la question, il était déjà là quand je suis arrivé donc ne pas le pratiquer c'est un peu me tirer une balle dans le pied.* »

L'habitude des patients de ne pas avancer les frais et leur réticence à payer menaient les médecins à différer la facturation si le patient n'était pas à jour de ses attestations ou s'il n'avait pas sa carte vitale, plutôt que de lui demander des honoraires. Un médecin a même déclaré qu'il ne faisait parfois pas payer la part mutuelle, uniquement pour garder ses patients, les pertes financières lui paraissant insignifiantes par rapport à son volume d'activité.

M08 : « *Ici, à la Réunion, si tu demandes de faire une avance de consultation, le mec change de médecin quasiment.* »

M14 : « *On est censé ne pas le pratiquer quand on n'arrive pas à prendre la mutuelle, mais en général, on ne fait même pas payer les gens quoi... On ne prend que la partie sécu et puis on perd la partie mutuelle et tant pis. [...] C'est un choix de perdre de l'argent pour fidéliser, voilà ça ce n'est plus de la médecine, c'est du commerce, il faut bien vivre. Voilà (rires).* »

Un médecin soulignait une mise en concurrence insidieuse entre les médecins avec ce système.

M02 : « *Ce problème de clientélisme forcé et de gratuité du soin qui mettent les médecins dans une concurrence qui n'est pas saine. C'est complètement malsain !* »

b) Les comportements mercantiles

Quelques médecins admettaient que même s'ils observaient une surconsommation des patients et une diminution de l'intérêt médical de certaines consultations, ce système leur était favorable et ils ne souhaitaient pas, par conséquent, réguler la consommation des patients.

M04 : « *Parce qu'après les médecins qui sont en fin de carrière et qui ont toujours connu ça, est-ce qu'ils ont notion de ce vice ? Je pense que c'est un peu arrangeant au niveau du chiffre d'affaires ça arrange tout le monde !* »

M14 : « *Si en plus il fallait être responsable de savoir pourquoi les gens viennent et ne viennent pas, alors là on ne s'en sort plus, ça devient compliqué, parce que c'est votre gagne-pain en même temps donc c'est comme si c'est à vous de vous réguler et de refuser un salaire plus conséquent parce qu'il faut dire aux gens : « Non ». Comme si vous demandez à un commerçant de ne pas vendre des articles sous prétexte que... Bah il ne faut pas...* »

c) Les comportements jugés abusifs

La quasi-totalité des médecins a dénoncé des pratiques abusives constatées sur l'île directement liées au TPIG.

Lors d'un entretien, la question sur l'influence du TPIG sur les médecins avait créé une gêne chez un interviewé.

M01 : « *Est-ce que ça influence le comportement des médecins ? Des médecins... Je ne sais pas... En général ? C'est une question délicate.* »

Beaucoup d'entre eux ont évoqué les facturations abusives constatées chez certains de leurs confrères.

M05 : « *Il y a des cabinets médicaux, tu te pointes le matin, avant que le médecin arrive hein, la secrétaire est là, le médecin n'est pas là. Tu te pointes, tu laisses ta carte vitale, tu dis c'est pour un renouvellement d'ordonnance et puis tu reviens en fin de matinée, ton ordonnance elle est prête, tu récupères ta carte vitale, au revoir. T'as pas vu le médecin. Par contre lui il a fait une feuille de soins évidemment. C'est une pratique courante.* »

Un seul médecin a déclaré qu'il facturait tout acte médical réalisé, même si le patient n'avait pas été vu en consultation.

M14 : « *Les gens viennent, demandent par téléphone, envoient quelqu'un pour chercher l'ordonnance. Ça peut paraître pour du grand n'importe quoi, effectivement, et nous on se fait rémunérer pour ça, parce qu'il n'y a pas de raison, sinon vous passez votre journée entre deux malades, l'un qui veut ci, l'autre qui veut ça...* »

Les médecins avaient connaissance de nombreuses fraudes de leurs confrères comme par exemple le stockage de cartes vitales au cabinet médical utilisées pour coter des actes fictifs ; la pratique de tarifs majorés « de nuit » ou « de consultations régulées » ou encore « jours fériés » en cabinet de médecine générale d'urgence lorsque ces tarifs n'étaient pas justifiés.

M05 : « *Alors ça change sans doute quelques petites choses dans les habitudes de consultation de certains confrères de l'île, qui passent allègrement pour certains plus de 100 cartes vitales dans la journée, sans forcément voir les patients. Alors ça évidemment c'est plus compliqué à faire quand les gens te paient leur consultation. Donc ça c'est un biais majeur du tiers payant intégral.* »

M09 : « *L'utilisation de la carte vitale excessive et non contrôlée, genre je pars en vacances et je passe la carte à fond (rires).* »

M11 : « *Il y en a qui, au lieu de faire le tarif de nuit à partir de 20 heures, ils le font à partir de 18 heures parce qu'il y a plein de monde entre 18 et 20 heures et que les autres cabinets sont fermés. [...] Tu payes un tarif de nuit pendant deux heures de plus et tout en réglé ! C'est ça qui est incroyable !* »

Un médecin dénonçait des pratiques abusives ou frauduleuses déjà présentes à l'époque des bons roses.

M02 : « *Les gens venaient voir le médecin, pour des problèmes médicaux parfois, pour d'autres problèmes souvent : « Euh... Je peux téléphoner ? » ... « Tiens docteur, prends une feuille ». Le médecin il prenait une feuille, il marquait sur sa partie à lui « consultation » et le prix, (sifflement) il mettait de côté, ça faisait un acte. Ça (l'autre feuille) c'était pour la pharmacie. Il n'y avait pas besoin de médicament pour celui-là. Il mettait ça de côté. Ça partait à la sécu (le feuillet médecin), le copain il téléphonait, il repartait. A l'époque le téléphone c'était payant hein, OK. Ou bien envoyer un fax à Mamoudzou, ou etc... Une multiplicité de cas où le médecin prenait du fric sans faire une consultation. Je l'ai vu quelque part. J'ai remplacé à la Réunion et j'ai vu des trucs... [...] Le feuillet Pharmacie, [...] les secrétaires gardaient les feuilles pour les pharmacies et j'ai vu des cabinets médicaux, [...] où une fois par mois, la secrétaire marquait tout ce dont elle avait besoin pour le cabinet. Elle allait à la*

pharmacie à coté et elle revenait de la pharmacie avec 5 sacs remplis de médicaments, de compresses, etc... Sur le dos de la sécu ! »

Un médecin se défendait malgré tout en introduisant la notion que le comportement abusif des patients était à l'origine des dérives des professionnels de santé.

M14 : *« C'est plus le comportement du malade qui fait que nous on se comporte différemment. »*

Les comportements abusifs allaient bien au-delà de la seule pratique des médecins généralistes. Tous les professionnels de santé libéraux pratiquant le TPIG semblaient concernés par ces pratiques frauduleuses.

M09 : *« Sinon le gros problème à la Réunion c'est que beaucoup de médecins, infirmiers, kinés et orthophonistes, je pense se servent sur les cartes. Je le sais c'est comme ça, j'ai des échos. »*

M12 : *« Il y a même des médecins, la presse d'ailleurs en a parlé à un moment, concernant quelques médecins, ou même des paramédicaux qui gardent chez eux la carte vitale du patient, ça s'est vu. »*

Deux interviewés pensaient qu'il fallait responsabiliser les médecins concernant les pratiques frauduleuses.

M04 : *« Je pense qu'il faut vraiment qu'on garde, et pour les professionnels de santé qui veulent frauder et pour les patients, cette notion que la santé ça a un coût et qui n'est pas négligeable et du coup il ne faut pas faire n'importe quoi, il ne faut pas tomber dans la consultation abusive. »*

M06 : *« Il faudrait éduquer les médecins à éduquer leurs patients. »*

Deux autres médecins se disaient respectueux du système et revendiquaient leur intégrité.

M09 : *« Moi j'essaie de rester droit dans ma pratique parce que si tu veux pour moi c'est impensable, même quand j'ai créé mon cabinet et que je voyais deux personnes, à aucun moment je me suis vue passer la carte de mes enfants comme certains le font pour une prescription de Doliprane®. Je pourrais le faire, ils n'ont pas le même nom que moi ! »*

M11 : *« Nous on est trop contents d'avoir fait le tarif de nuit à partir de 20 heures, de ne pas compter le samedi en férié, parce que dans les textes tu n'as pas le droit de faire ça ! »*

Quelques médecins pointaient le manque de contrôle de l'activité des médecins et des professionnels de santé par la CGSS.

M11 : *« Il y a des médecins qui craquent trop, il y en a qui font n'importe quoi et c'est répandu. Et personne ne leur dit rien. Je pense que la sécu le sait, je pense. »*

Laxisme volontaire, impunité pour certains médecins fraudeurs, ou manque de moyens étaient les arguments avancés par les interviewés pour expliquer le manque de contrôle de la sécurité sociale.

M04 : *« Et le pire, parce que j'ai fait un stage à la sécu, ce n'est pas comme s'ils n'étaient pas au courant de ça, la sécurité sociale et le Gouvernement parce qu'en fait quand on compare les chiffres entre les départements qui pratiquent ou non le tiers payant, c'est prouvé que chez le professionnel de santé il y*

a plus de fraudes. [...] Ça l'Etat en est conscient parce qu'il y a des chiffres qui prouvent ça et pourtant ils veulent déployer le tiers payant ... »

M09 : « Ici il y en a qui se sont fait prendre, mais d'autres sont protégés... »

M11 : « Je pense que c'est bien fait mais qu'il faudrait plus de contrôles. Je sais qu'à la Réunion ils sont 5 personnes à la sécu pour contrôler tout le médical, le paramédical que ce soit les médecins, les infirmiers, les kinés, les ambulanciers, tout. Ils sont 5 donc le temps qu'ils réagissent sur le fait qu'il y en a qui font n'importe quoi, que des médecins passent 300 cartes vitales par jour... Ils ne s'en rendent même pas compte ! »

VI) AVIS DES MEDECINS GENERALISTES REUNIONNAIS SUR LA GENERALISATION DU TPI

1) Etat des connaissances concernant les revendications des médecins métropolitains

La moitié des médecins avait connaissance des réticences de leurs confrères métropolitains. Ils comprenaient leurs arguments, notamment concernant la surcharge administrative que pouvait engendrer la pratique du TPIG, la problématique des organismes complémentaires et celle des impayés.

M03 : « Je pense que si on allégeait la charge administrative, les gens ne seraient pas contre le tiers payant. »

M05 : « Je ne comprenais pas très bien au départ la réticence des médecins généralistes en métropole vis-à-vis du tiers payant intégral. Maintenant que je suis installé, je la comprends très, très bien, parce que nous à la Réunion, on travaille avec une quinzaine de mutuelles en gros, peut-être un peu plus. En France il y en a 550. Va récupérer tes impayés, bon courage ! Nous avec 15 on galère comme des fous. En France, laisse tomber... »

Quelques médecins évoquaient la réticence des confrères métropolitains à subir des consultations non justifiées.

M11 : « Je comprends que les médecins en métropole soient contre, parce que ça te rajoute des consultations qui n'ont pas trop lieu d'être parfois je pense. »

Un médecin, qui avait exercé en métropole, n'approuvait pas l'argument des médecins métropolitains sur la dévalorisation des actes et du respect envers le médecin en cas de dispense d'avance de frais.

M05 : « Les histoires de valorisation de l'acte parce que tu le paies, de respect du médecin parce que tu paies ses honoraires à la fin de la consultation, franchement je ne crois pas, je ne suis absolument pas convaincu par ses arguments. J'ai pas du tout eu l'impression, moi, quand je faisais payer mes patients, que mes patients me respectaient plus parce qu'ils payaient par rapport à maintenant où mes patients ne me paient pas. »

Un médecin pensait que le TPIG était déjà pratiqué en métropole.

M12 : « *Je crois que la généralisation du tiers payant est faite, pour moi elle est faite.* »

2) Les intérêts d'une généralisation du TPI

a) Pour les patients

Plusieurs médecins considéraient que le TPIG représentait un progrès social permettant d'améliorer l'accès aux soins pour les patients et de leur faire bénéficier d'une simplification administrative.

M05 : « *Dans le cadre d'un meilleur accès aux soins des patients, je serais foncièrement pour.* »

M07 : « *Mais effectivement pour les patients c'est bien et ça simplifie les choses.* »

M10 : « *Mais à mon avis c'est quand même ça le progrès, c'est quand même ça qu'il faut faire.* »

b) Pour les médecins

Les médecins réunionnais pensaient que la généralisation du TPI serait favorable aux médecins métropolitains. La diminution des actes gratuits leur permettrait d'augmenter leurs revenus et ainsi de pouvoir engager des secrétaires pour pouvoir gérer les charges administratives relatives au TPIG. Il apparaissait indispensable que les médecins bénéficient d'un secrétariat.

M06 : « *Je pense que les médecins en métropole n'ont pas à se faire de souci parce qu'ils vont gagner de l'argent et pourront engager une secrétaire pour gérer le tiers payant. Ils vont générer de l'emploi.* »

Un médecin jugeait que les craintes des médecins métropolitains relatives à la perte financière étaient injustifiées.

M14 : « *Ils (médecins métropolitains) ne sont pas d'accord et tout... Mais ils sont complètement idiots, parce que les gens vont venir pour tout et n'importe quoi ! Et tous les actes qu'ils passaient gratuitement, ce que je ne trouve pas normal, eh bien ils pourront les coter. [...] Ils devraient tous courir et le faire !* »

c) Pour la relation médecin-patient

Un médecin spécifiait que le TPI éliminait tout rapport à l'argent en consultation et qu'ainsi le médecin était seul juge de ce qu'il pouvait facturer.

M14 : « *Parce qu'on est beaucoup plus à l'aise avec le malade aussi après. Il n'y a plus ce rapport à l'argent, finalement. Ça élimine le rapport à l'argent et ça permet au médecin en plus de coter ce qui est normal qu'il cote, tout acte. Ce n'est pas normal qu'on doive se justifier, batailler avec les gens pour dire qu'il faut payer pour un conseil.* »

3) Les inconvénients à généraliser le TPI

a) Pour les médecins

Selon les médecins réunionnais, leurs confrères métropolitains seraient confrontés aux mêmes freins techniques quotidiens qu'eux. Cependant, la multiplicité des organismes complémentaires en métropole rendrait la charge administrative encore plus fastidieuse qu'à la Réunion.

M10 : « *Je pense que ça va être complexe à mettre en œuvre, plus par rapport aux histoires de diversité de mutuelles, même de diversité des caisses, ici on en a moins. Je pense que ça va être complexe de passer des conventions avec tout le monde. Et surveiller aussi les remboursements de tout le monde, je pense que ça va être un sacré défi.* »

La problématique des déserts médicaux en métropole faisait craindre un encombrement ingérable des cabinets et une augmentation du temps de travail pour les médecins métropolitains.

M06 : « *Et les médecins dans les zones qui sont sous-médicalisées ça va être assez compliqué. [...] Quand le médecin fait déjà 12 heures par jour toute la semaine et qu'il doit couvrir une énorme zone, si sa salle d'attente est encombrée par des consultations qui n'en nécessitent pas, je ne sais pas comment ils vont gérer ça...* »

b) Pour la sécurité sociale

Selon les médecins interrogés, il fallait s'attendre à une explosion des dépenses de santé en cas de généralisation du TPI, du fait d'une augmentation d'actes médicaux consommés par les patients et facturés par les médecins.

M01 : « *Ça va être compliqué, ça va coûter très, très cher. Il y aura une explosion des dépenses, une explosion de la consommation médicale.* »

M14 : « *En métropole ils sont complètement à côté de leurs pompes, je ne comprends pas. Ils veulent faire des économies, ils veulent obliger le tiers payant, en pensant faire des économies. Ils ne se rendent pas compte que s'ils mettent le tiers payant, ça va être un truc monstrueux (rires). Il va y avoir un nombre d'actes bien supérieur à ce qui se fait.* »

Certains médecins jugeaient ce système non viable. D'autres craignaient un désengagement progressif de la sécurité sociale au profit des organismes complémentaires ayant pour conséquence une augmentation des cotisations pour les assurés.

M02 : « *Je serais farouchement opposé à la généralisation du tiers payant en métropole ! A mon avis c'est la mort de la sécu qui est déjà bien malade. [...] C'est la mort de la sécu, vu la vitesse avec laquelle l'accès gratuit est donné, il y a de moins en moins de gens qui bossent, il y a de plus en plus de problèmes, il y a un vieillissement de la population, il y a de moins en moins d'argent qui rentre dans les caisses de la sécu. A mon avis, ils veulent petit à petit inverser les situations : on est à 70% sécu, 30% mutuelle et ils veulent passer à l'inverse, c'est-à-dire 70% mutuelle et 30% sécu.* »

M03 : « *Et moi ce qui me fait un peu peur, c'est que au vu de l'évolution des choses, c'est que petit à petit la sécurité sociale se désengage du remboursement, en le laissant aux mutuelles et que finalement les gens s'en apercevront le jour où leurs cotisations auront énormément augmenté. Si ça reste comme ça c'est bien. Si c'est une espèce de poudre aux yeux pour que la sécu se désengage petit à petit sans que les gens s'en aperçoivent, je pense que ça va plutôt favoriser une médecine à deux vitesses plutôt que l'accès aux soins. C'est un peu, voilà, le côté un peu caché qu'il pourrait y avoir là dessous.* »

Il y avait une incompréhension de quelques médecins dans la volonté de l'Etat à vouloir déployer le TPIG.

M04 : « *Parce que forcément ça ne va pas tenir ! Ça ne va pas tenir sur du long terme, parce que le budget ne pas augmenter éternellement, et que voilà... On ne va pas pouvoir se servir dans les caisses de l'Etat indéfiniment !* »

4) Un système non applicable dans sa forme actuelle

Pour les médecins qui étaient favorables à la généralisation du TPI, le système malgré tout ne semblait pas être optimal. De plus, les dérives qui concernaient tant les patients que les médecins fragilisaient ce système.

M05 : « *Je pense que c'est vraiment une bonne chose d'appliquer ça aussi en métropole, mais évidemment pas dans les conditions actuelles, ce n'est juste pas possible.* »

M11 : « *Je pense que c'est ça qui va faire que le tiers payant, le système de santé va se casser la figure. Moi je le vois comme ça, on abuse de tout.* »

Pour pallier ce risque, un médecin proposait de pratiquer au moins le TP AMO car celui-ci était efficient pour les médecins, diminuait la charge financière des patients et favorisait ainsi l'accès aux soins.

M09 : « *Le tiers payant est peut-être plus compliqué en métropole parce qu'ils ont beaucoup plus de mutuelles que nous [...] Mais après peut-être faire le tiers payant que sur la part AMO parce que ça ne fait qu'une petite part AMC à sortir pour les patients, ça pourrait aider les gens.* »

VII) SUGGESTIONS DES MEDECINS REUNIONNAIS POUR AMELIORER CE SYSTEME

1) Une amélioration du fonctionnement des organismes complémentaires

Selon les médecins réunionnais, les organismes complémentaires représentaient un frein dans la pratique du TPIG. Ils souhaitaient :

- un regroupement de ces organismes, de surcroît pour la généralisation en métropole.

M03 : « *Après, est-ce qu'il faut autant de mutuelles différentes ? C'est la grande question. [...] Ça serait bien que ça soit plus centralisé, enfin un peu moins tout éparpillé.* »

- une meilleure transparence sur les rejets.

M01 : « *Pour améliorer les choses : avoir plus de transparence sur les rejets de paiement.* »

- une institution de tutelle pour les organismes complémentaires qui contrôlerait les paiements et leurs délais, avec des pénalités en cas de non-respect.

M08 : « Une bonne manière de libérer du temps administratif, ça serait que les mutuelles soient sommées de payer dans la semaine et qu'on n'ait plus besoin de contrôler, voilà. [...] Ils doivent payer ! Ou alors soit le médecin ne fera plus le tiers payant, soit une institution de tutelle dit : « Vous ne respectez pas le cahier des charges, vous êtes virés ! ». Sinon on ne s'en sort pas. »

M13 : « Par exemple en métropole, toute cette charge administrative, s'il y avait quelqu'un ou un organisme prévu pour gérer ça, les rejets, les relances des mutuelles, les trucs comme ça, je pense que ça pourrait rassurer les médecins éventuellement. »

2) Un encadrement du système par la sécurité sociale

Le TP AMO était un système qui fonctionnait correctement. Deux médecins ont évoqué la nécessité que la sécurité sociale soit le payeur unique des médecins. Une des personnes interrogées avait justement souligné que cette proposition avait été réfutée lors des négociations sur la loi santé.

M01 : « Ce qui serait bien ça serait que la sécurité sociale paye l'intégralité de la consultation au médecin et qu'après elle se retourne vers la mutuelle pour se faire rembourser, voilà. Voilà un payeur unique, un guichet unique, voilà. »

M05 : « Tu vois on aurait un seul payeur, au lieu de je ne sais pas combien. Eux ils nous paient, ils sont globalement plutôt réglos à la sécu. [...] Et eux ils ont la réserve financière, les avocats, les services juridiques, tout ce que tu veux pour aller récupérer le pognon avec les mutuelles, beaucoup plus facilement que nous. Alors bizarrement quand on a proposé ça, ça a été refusé. Pas bizarrement en fait, on sait bien pourquoi ça a été refusé. Parce qu'ils savent très bien la galère que c'est d'aller récupérer.... Ils laissent ce poids reposer sur les médecins libéraux. Parce que ça leur fera perdre de l'argent, ça leur fera du boulot, voilà... donc ils n'ont pas envie de le faire je les comprends. [...] Le fait que la sécu te paie et ensuite aille récupérer l'argent avec les mutuelles. Le truc il est en place, ça s'appelle l'ACS. L'ACS, c'est la sécu qui paie et ensuite récupère l'argent avec les mutuelles, donc le truc il existe. Tu étends ça à tout le monde et bien tu fais passer ton tiers payant intégral sans aucune difficulté. »

Un médecin proposait de réduire les délais de renouvellement des bénéficiaires de la CMU-C afin de favoriser l'accès aux soins des patients n'ayant pas fait leurs démarches administratives.

M13 : « Il faut à peu près deux mois je crois pour que le dossier soit traité, donc ils se retrouvent très souvent pendant deux mois sans couverture. Il faudrait réduire les délais de renouvellement de CMU complémentaire pour améliorer encore l'accès aux soins. »

Il leur semblait nécessaire que la sécurité sociale augmente les contrôles concernant l'activité des médecins et la consommation de soins des patients.

M09 : « Pour améliorer le système il faudrait peut-être que la sécurité sociale ait un regard. Un médecin qui voit 150 patients par jour, ce n'est pas possible. [...] Il faudrait vraiment qu'il y ait un contrôle. »

M03 : « *Je pense que ça serait plus le rôle de la sécurité sociale de faire des contrôles là-dessus, parce qu'ils savent exactement qui consomme et comment.* »

L'exemple réunionnais concernant le TPIG devrait être plus pris en considération, selon les médecins interrogés, afin de mettre en place des solutions aux dérives connues.

M04 : « *Il faut bien cadrer et je pense que si on cadre bien, c'est une bonne idée. Mais il ne faut pas faire comme ici ! (rires). Je pense que c'est bête de ne pas utiliser ce qu'on sait ici !* »

3) Un accompagnement sur le plan logistique

Pratiquer le TPI engendrait un coût supplémentaire aux frais habituels de gestion pour le médecin. Deux d'entre eux proposaient une aide financière à l'embauche d'un secrétariat pour les confrères métropolitains.

M07 : « *Donc ça veut dire qu'il faut qu'on ait les moyens de se payer une secrétaire donc éventuellement que ça soit aidé financièrement parce que finalement notre secrétaire fait le boulot de la sécu à gérer les paiements, voilà !* »

Deux médecins proposaient l'enrichissement de la carte vitale afin de faciliter le contrôle des droits et la facturation. Ils souhaitaient que les informations concernant la complémentaire santé du patient et ses ayants droit y soient ajoutées, que les enfants figurent sur la carte vitale des deux parents. Cette carte serait unique et la facturation serait alors simple et rapide.

M08 : « *Une seule carte, que tout soit dedans et que nous, on ait juste à valider l'acte. On choisit le patient dans la carte, parmi les ayants droit. Quand il y a des enfants, mettre les enfants sur les cartes des deux parents, le père ET la mère, pas l'un ou l'autre. Un coup sur deux, ils n'ont pas la carte. [...] Si le père et le fils n'ont pas la même mutuelle, que ce ne soit pas un problème, on fait l'acte, on valide. Point ! Deux pressions sur le bouton, le nom et l'acte, c'est tout ! Tout le reste on s'en fout, c'est le problème des caisses, ça ne doit pas être notre problème. Ce n'est pas notre boulot. On n'est pas des contrôleurs du fisc, on n'est pas là pour contrôler si les gens ont payé leurs cotisations, notre travail c'est de les soigner « gratuitement », c'est-à-dire sans les faire payer.* »

4) Une éducation des patients

a) Responsabiliser par le paiement

Des médecins pensaient que si les patients devaient avancer les frais, il y aurait une nette diminution de la fréquentation des cabinets pour motifs injustifiés.

M04 : « *Je pense qu'ici il peut y avoir des cabinets bondés qu'on ne retrouve pas en métropole pour ces mêmes raisons en fait, parce que s'il fallait payer la consultation comme en métropole, je vous assure que JAMAIS il n'y aurait une file d'attente, des gens qui arrivent depuis 6 heures du matin dans certains cabinets à attendre, ce n'est pas possible !* »

La moitié des médecins était favorable à la responsabilisation des patients concernant les coûts de la santé. Certains voyaient le paiement comme responsabilisant, celui-ci pouvait prendre plusieurs formes :

- le paiement de la part AMC en consultation.

M01 : « *Le fait ne serait-ce que de payer 8,88 € et après de faire les démarches pour se faire rembourser, ça peut être une bonne chose.* »

- le paiement d'un euro symbolique dans les cabinets d'urgences ou les transports sanitaires.

M04 : « *Ça serait bien de mettre en place pour les situations d'urgence ou ce cadre de SOS médecin, de faire payer un euro symbolique pour dire que ça coûte plus cher qu'une consultation en heure normale chez son médecin traitant.* »

M11 : « *J'ai toujours pensé qu'il faudrait faire payer, même si je pense que le tiers payant est bien, il faudrait faire payer un minimum aux gens, même un euro, les gens ne se déplaceraient pas pour rien. Même un euro symbolique pour les ambulances, par exemple.* »

- prévoir un budget santé notamment pour les médicaments non remboursés.

M04 : « *Je pense que même habituer les gens à avoir un budget santé, pas comme aux Etats-Unis, ce n'est pas le but, mais je pense que c'est éducatif et on se rend compte du coût que ça a quoi. [...] Dorénavant il faudra se prévoir une petite enveloppe pour au cas où j'ai quelque chose qui n'est pas remboursé, je puisse quand même me soigner.* »

b) Informer sur les coûts de la santé

Selon certains médecins, il était nécessaire de réaliser des campagnes d'information sur le tarif des actes médicaux. Un médecin proposait de délivrer une quittance au patient.

M04 : « *Comme ils (la sécurité sociale) font des campagnes sur la vaccination ou autre, il faudrait que deux ou trois fois dans l'année il y ait des campagnes sur le fait que la santé ça a un coût.* »

M11 : « *J'ai pensé à sortir les quittances avec le prix, combien ça coûte réellement, parce que ça on le donne seulement aux patients qui avancent pour qu'ils soient remboursés par leur mutuelle, mais tous les gens qui viennent et qui ne savent absolument pas combien coûtent les soins.* »

Deux médecins pensaient qu'il était utile d'informer le patient lors de la réalisation d'un acte gratuit.

M02 : « *Il faudrait que le patient le sache que le soin a été offert.* »

M09 : « *Pour certains patients, sur les ordonnances j'écris « acte gratuit » donc un jour j'en ai un qui m'a dit : « Je vais à la pharmacie, je vais le payer ! » et je lui dis « Non, tu ne le paieras pas, puisque à la pharmacie tu as le tiers payant et que surtout tu n'as pas payé avec moi ! »*

c) Responsabiliser sur les motifs de consultation

Certains médecins étaient sceptiques sur la responsabilisation par le paiement. Ils pensaient que les patients, habitués à ne pas payer, ne pouvaient pas comprendre ces arguments. Ils préféraient alors éduquer sur les pathologies.

M06 : « *Plutôt une éducation sur la pathologie parce que sur l'aspect « la consultation à un coût » ce n'est pas quelque chose qu'ils peuvent entendre... La consultation n'a aucun coût, elle est gratuite la consultation ! [...] Plus de l'éducation sur la pathologie, sur quand venir dans un cas précis. »*

d) Responsabiliser sur l'ouverture des droits

Pour un médecin, il était nécessaire de responsabiliser les patients sur l'ouverture de leurs droits et leurs mises à jour afin de minimiser les rejets ou les facturations différées.

M10 : « *Peut-être que les gens soient plus assidus sur les cartes vitales et leurs ouvertures de droits. »*

5) Des alternatives au TPIG

Des médecins pourtant favorables au TPIG proposaient, après réflexion sur les dérives de ce système, plusieurs alternatives :

- un TPI uniquement pour les enfants.

M09 : « *Ça facilite largement l'accès aux soins mais finalement comme il y a l'autre penchant, est-ce que finalement, si on ne faisait l'accès aux soins que pour les enfants, est-ce que ça ne serait pas suffisant ? »*

- un TP selon les revenus des patients car selon eux, certaines personnes ne souffraient pas de freins financiers à la consultation.

M04 : « *Je serais pour une pratique selon les revenus par exemple. »*

M07 : « *Au niveau accès aux soins, je pense qu'il y a beaucoup de personnes qui n'ont pas absolument besoin du tiers payant pour pouvoir venir consulter le médecin. »*

- un TPI uniquement pour les situations d'urgences.

M04 : « *Quand il y a une urgence, par exemple « douleur thoracique » et bien se dire : « Non, c'est un motif d'urgence, je ne fais pas payer ! » C'est normal. »*

Un médecin qui était opposé à cette pratique proposait la remise en place de dispensaires pour les plus nécessiteux, permettant ainsi aux médecins de ne plus utiliser le TPIG par clientélisme.

M02 : « *Il faut mettre des dispensaires ! Les gens qui ont la CMU et qui méritent tout à fait normalement d'être soignés correctement. Pourquoi ils ne vont pas dans les dispensaires ? Mais il faut rouvrir les dispensaires, comme ça il n'y aura plus ce problème de clientélisme forcé et de gratuité du soin qui met les médecins dans une concurrence qui n'est pas saine. »*

Enfin, ce même médecin proposait de supprimer ce système.

M02 : « Le tiers payant intégral est une erreur majeure, majeure. [...] Pour améliorer ce système il faudrait le supprimer ! »

VIII) SCHEMATISATION DES RESULTATS

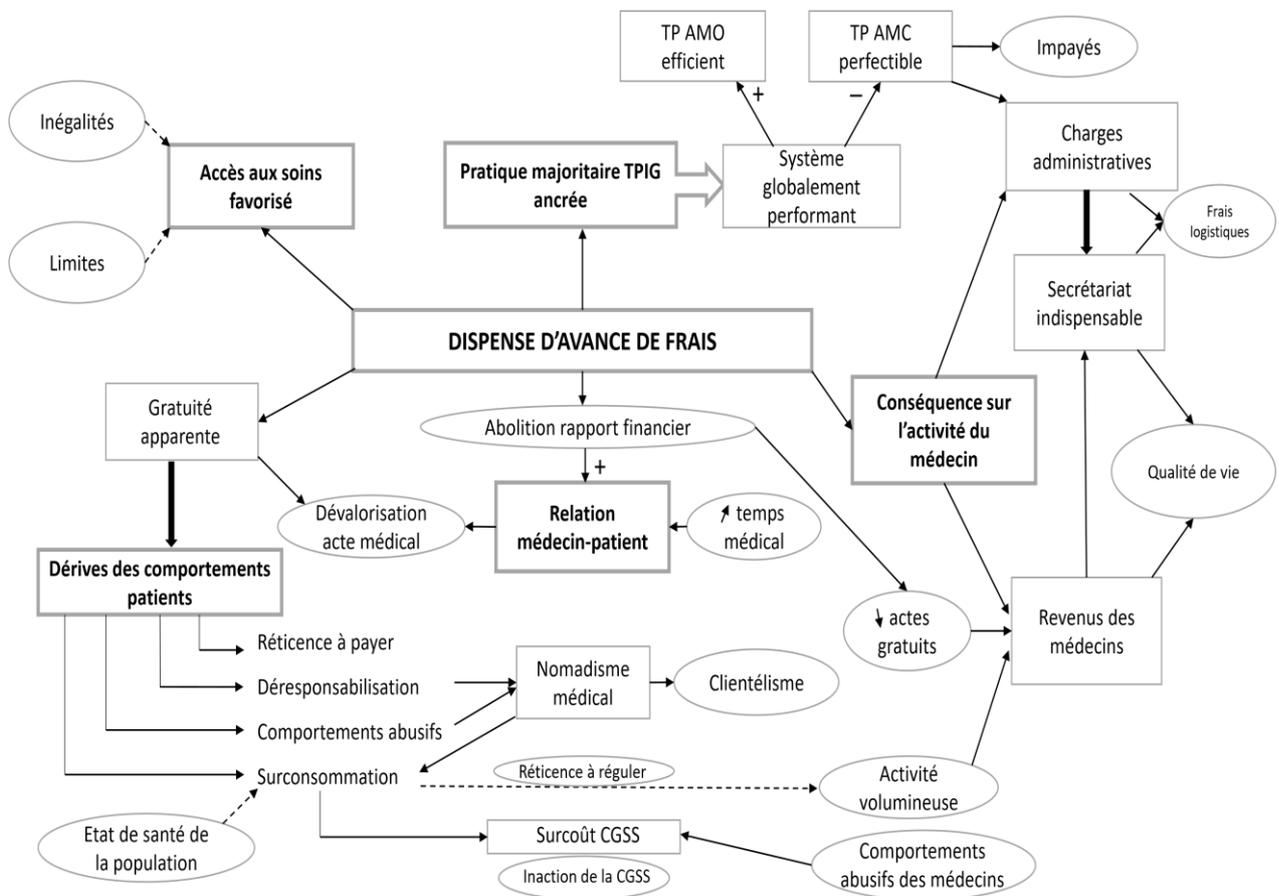


Figure 1 : Schématisation des représentations des médecins généralistes réunionnais concernant la pratique du TPIG à la Réunion.

DISCUSSION

A) DISCUSSION DE LA METHODE

I) CHOIX DE LA METHODE

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative avec une méthode d'analyse par théorisation ancrée afin d'étudier les représentations des médecins généralistes réunionnais sur la pratique du TPIG. Cette méthode issue des sciences humaines et sociales a pour spécificité d'explorer les phénomènes sociaux en étudiant les représentations et les comportements des acteurs de soins dans la recherche en santé. Cette démarche inductive semblait donc la plus adaptée à notre question de recherche.(29)

Ce travail a été conduit par le biais d'entretiens individuels semi-directifs. Le choix du caractère individuel permettait au médecin d'exprimer ses opinions et de décrire ses pratiques personnelles sans frein. L'entretien semi-directif a été réalisé à l'aide d'un guide d'entretien. Cet outil permettait à l'investigatrice de structurer l'échange tout en autorisant une libre expression du sujet grâce à l'utilisation de questions ouvertes.

II) LES FORCES DE L'ETUDE

➤ Une étude originale

A notre connaissance, il s'agit de la première étude concernant les représentations des médecins généralistes sur le TPIG à la Réunion.

➤ Un échantillon diversifié

En recherche qualitative, le recrutement de la population ne recherche pas sa représentativité mais permet d'obtenir une diversité des opinions. L'échantillonnage en variation maximale semblait particulièrement adapté à cette situation.

➤ La validité interne et externe

La standardisation des guides d'entretiens permettait une stabilité et une reproductibilité dans le recueil de données. La triangulation des données recherchait la convergence des résultats en croisant les analyses des chercheurs. Ces deux éléments tendaient à renforcer la validité interne de nos résultats. La validité externe de l'étude a été optimisée par la saturation des données. Celle-ci a été obtenue après le 13ème entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour s'assurer de l'absence de nouvelle donnée.

III) LES BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude comportait différents biais dont certains sont inhérents à la recherche qualitative du fait de sa subjectivité et de son courant interprétatif. L'investigatrice a cherché à s'en affranchir au maximum.

➤ Le biais de recrutement

Les médecins ont été recrutés au hasard puis en variation maximale afin de diversifier l'échantillonnage dans la population cible. Deux médecins ont été recrutés par « effet boule de neige » sur les conseils d'autres participants. Les médecins ayant donné leur accord pour participer à notre étude étaient les plus susceptibles d'être intéressés par un sujet politique d'actualité.

➤ Le biais externe

C'est un biais inhérent à l'environnement du chercheur et des participants. L'heure et le lieu de l'entretien ont été décidés à la convenance du médecin, favorisant ainsi une meilleure disponibilité du praticien. Cependant, deux entretiens ont eu lieu lors de la pause déjeuner et le temps imparti a pu influencer la qualité des propos. Aussi, l'enregistrement de l'interview a pu engendrer une gêne chez certains médecins et peut-être ainsi limiter leur libre expression. La garantie d'une anonymisation stricte des entretiens visait à limiter ce biais.

➤ Le biais d'investigation

Lors du recueil de données, la manière d'interroger de l'enquêteur (l'attitude générale, la réaction aux réponses données...) peut influencer le discours des médecins. Ce biais d'investigation a été réduit par l'utilisation d'un canevas d'entretien et par la volonté d'être le plus neutre possible.

➤ Le biais d'interprétation

L'investigatrice de l'étude était elle-même médecin généraliste et pouvait de ce fait être influencée par ses propres représentations sur la pratique du tiers payant. Il n'est pas possible de s'affranchir de la subjectivité en recherche qualitative, mais le double codage et la triangulation des données peuvent la limiter. Cependant, la personne réalisant le codage parallèle pouvait être également influencée par ses propres représentations sur le TPIG et par les résultats de son étude, en cours de réalisation au moment de l'analyse.

B) DISCUSSION DES RESULTATS

I) LE TPIG NE REGLE QUE PARTIELLEMENT LA PROBLEMATIQUE DE L'ACCES AUX SOINS

Améliorer l'accès aux soins était un des principaux objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé.(13) Nos résultats suggéraient qu'en soins primaires, le renoncement aux soins pour raisons financières était très faible grâce au TPIG. Cependant, le renoncement à une consultation chez le médecin pour cette même raison, au cours des 12 derniers mois, était de 7% à la Réunion selon le

baromètre santé des DOM de 2014.(30) En France métropolitaine ce taux variait de 5,2% à 7,4% selon les sources.(12,30)

Ces données laissent penser que ce phénomène n'est finalement pas moins important à la Réunion malgré une pratique majoritaire du TPIG. Mais le renoncement aux soins pour raisons financières serait probablement beaucoup plus important à la Réunion si ce système n'était pas en place du fait d'une précarité socio-économique et sanitaire bien présente sur l'île.(11)

En France métropolitaine, les ménages les plus modestes bénéficient déjà d'une dispense d'avance de frais grâce à la complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C et ACS) et les ménages les plus aisés disposent de ressources suffisantes pour compléter leur couverture santé.(31) L'accès à un organisme complémentaire est le principal frein expliquant le renoncement aux soins pour raisons financières.(12) Or, le tiers payant ne peut-être intégral que si le patient adhère à ce type d'organisme. Malgré des décisions récentes de l'Etat pour améliorer la couverture santé des français, il persiste un risque de creuser les inégalités sociales en santé.(32)

Le TPIG est un outil pour faciliter l'accès aux soins mais ne peut représenter l'unique solution pour remédier au renoncement aux soins.

D'après nos résultats certains médecins ont suggéré que la dispense d'avance de frais améliorerait la prévention en raison de consultations plus fréquentes de la part des patients.

La prévention est un domaine extrêmement vaste en médecine générale et difficilement mesurable. Cependant, trois grands dépistages de pathologies cancéreuses ont des données accessibles grâce à des recueils départementaux. Sur les années 2017 et 2018, les taux de participation aux programmes nationaux de dépistages organisés du cancer colorectal et du cancer du sein étaient moins bons à la Réunion qu'en France métropolitaine.(33,34) Le dépistage du cancer du col de l'utérus ne faisait pas non plus exception malgré une incidence de ce cancer bien supérieure à la Réunion qu'en métropole.(35,36) Bien que les patients aient tendance à consulter régulièrement leur médecin, le dépistage des grandes pathologies cancéreuses n'est pas amélioré à la Réunion. De multiples freins socio-culturels peuvent expliquer cette réticence de la population à se faire dépister. Cependant, il semble intéressant que le TPIG puisse être utilisé par les médecins comme un levier pour que la population puisse accéder à des consultations dédiées au dépistage en soins primaires.

II) DES DIFFICULTES TECHNIQUES ET DES SOLUTIONS ATTENDUES EN VUE D'UNE GENERALISATION

La surcharge administrative engendrée par le TPIG était un des principaux motifs de l'opposition des médecins généralistes métropolitains.(37,38) Leurs confrères réunionnais étaient unanimement confrontés à cette réalité. Les dysfonctionnements et la complexité organisationnelle des organismes complémentaires en étaient les principales raisons tandis que le système de l'AMO était jugé performant.

Le taux de rejet en part AMO avoisine 1% et la poursuite du déploiement du service d'acquisition des droits intégrée (ADRI) pour la vérification en ligne des droits patients permettrait de diminuer encore ce

taux de rejets.(10) Cela souligne la volonté de la sécurité sociale de proposer un système efficient et de respecter ses engagements envers les professionnels de santé.(39)

L'identification des droits complémentaires était une problématique majeure selon notre étude, responsable d'un taux important de rejets et d'impayés. Selon certains syndicats, le taux d'impayés à la Réunion atteignait 10%.(40)

L'association inter-AMC regroupe l'ensemble des organismes complémentaires. Dans un but de proposer une solution simplifiée de tiers payant, celle-ci s'est engagée à payer dans les 7 jours les professionnels de santé et également des proposer la mise en place d'un télé-service d'interrogation des droits et calcul de la part complémentaire (IDB-CLC) pour donner la possibilité aux professionnels de santé de contrôler les droits complémentaires des patients. Cependant ces engagements ne sont pour l'instant pas garantis car les délais de paiement sont actuellement estimés entre 2 et 10 jours et les télé-services ne seront opérationnels qu'à partir de 2020. De plus, le taux de rejet des FSE en part complémentaire est estimé à cinq fois celui de l'AMO.(8,10) Aussi, réaliser le TPI nécessite un conventionnement individuel des médecins avec les organismes complémentaires, source de travail administratif supplémentaire et qualifié de « dérive administrative » par certains syndicats.(41)

Devant un système inter-AMC toujours insatisfaisant, les professionnels de santé proposent des alternatives à la réalisation du TPI. La carte avance santé est mise en exergue par le syndicat des médecins libéraux (SML) depuis 2015. Elle permet au médecin de percevoir directement des honoraires en consultation et au patient d'être débité sur son compte bancaire une fois les remboursements perçus de la part des différents organismes payeurs. Ce système existe depuis plusieurs années mais n'a remporté qu'un faible succès auprès des médecins. Par ailleurs, cette solution avait été refusée par la Ministre de la santé en 2015 comme alternative au TPIG.(10,42)

Certains professionnels ont décidé de mettre en place leur propre plateforme indépendante nommée Paymed®. Il s'agit d'un organisme concentrateur technique (OCT) associé à un organisme bancaire, garantissant une simplification administrative à la réalisation du TPI ainsi qu'un délai de paiement rapide pour les professionnels de santé. De plus, les syndicats veulent négocier un conventionnement national collectif avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) afin de permettre une indépendance des professionnels vis-à-vis des organismes payeurs. Cependant, cette plateforme en cours de déploiement serait actuellement freinée dans sa diffusion par l'inter-AMC, selon la confédération des syndicats médicaux français (CSMF).(43)

Pour pallier cette charge administrative inhérente à la pratique du TPIG, les médecins réunionnais étaient unanimes sur la nécessité de disposer d'un secrétariat formé et compétent dans la gestion de cette tâche spécifique.

Une étude menée en 2014 par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux de Rhône-Alpes, montrait que seulement 37% des médecins généralistes avaient un secrétariat au sein du cabinet et 29% n'employaient ni secrétariat physique, ni télé-secrétariat.(44) Pourtant, si le déploiement du TPIG au niveau national devait avoir lieu, il est possible que les médecins soient contraints d'embaucher du personnel administratif.

Figurant dans la convention médicale 2016-2021, le forfait structure est une aide financière visant à accompagner les médecins libéraux dans la pratique du tiers payant (informatisation, utilisation de logiciels agréés...). Cette aide conventionnelle peut représenter une réponse partielle au coût engendré par le TPI.(45)

En 2019, un nouvel avenant à cette convention prévoyait la possibilité d'embaucher des assistants médicaux au sein des cabinets afin de favoriser l'accès aux soins et d'améliorer les conditions de travail des médecins en leur libérant du temps médical. Les missions de ses assistants, définies par un référentiel métier propre, sont d'ordres administratives, techniques avec la préparation et le déroulement de la consultation, ou organisationnelles en articulant le parcours patient.

On aurait pu croire que cette aide financière était proposée aux médecins pour supporter le poids administratif engendré par le TPI mais les missions des assistants sont à distinguer de celles relevant d'autres catégories de métiers (notamment du secrétariat). Il ne s'agit en aucun cas d'une aide à l'embauche d'un secrétariat et le médecin devra le financer seul s'il souhaite bénéficier d'un soutien administratif. D'autre part, en contrepartie de cette aide, le médecin s'engage à assurer la prise en charge d'un plus grand nombre de patients.(46) Il est légitime de penser qu'un des buts de ce nouvel avenant est d'optimiser le temps de consultation et donc de se baser sur des objectifs de rentabilité de la consultation et du médecin. Cette façon d'aborder les soins primaires est bien loin de ses principes fondamentaux, d'autant plus dans un contexte alarmant de souffrances professionnelles chez les médecins généralistes.

III) LE TPIG EST UN SYSTEME FAVORISANT LA CONSOMMATION DE SOINS

A la Réunion, la pratique du TPIG est presque exclusive en soins primaires malgré l'absence de son caractère obligatoire. Un médecin interrogé expliquait que ce système s'est mis en place sous l'initiative de quelques confrères en 2002, dans un contexte de précarité sociale importante et dans la continuité de l'aide médicale départementale. Il est probable que la dispense d'avance de frais totale chez les premiers médecins généralistes conventionnés se soit étendue progressivement par un effet de mise en concurrence des médecins entre eux.

En France métropolitaine, la loi santé prévoyait en 2016 une obligation pour les médecins de pratiquer le TPIG. En 2017, après le soulèvement des professionnels de santé contre cette réforme, le caractère obligatoire a été supprimé, introduisant la notion de « TP généralisable » et laissant au praticien la liberté de le pratiquer ou non. Mais cette abolition faisait craindre une démobilité des professionnels de santé à le pratiquer.(8,18) Il semble malgré tout probable qu'à l'instar de la Réunion, cette pratique s'étende progressivement en métropole du fait d'une demande croissante des patients à en bénéficier.

Selon les médecins interrogés, la dispense d'avance de frais est assimilée à une gratuité apparente des soins pour la population. Celle-ci semble être au cœur d'un processus de déresponsabilisation et de comportements abusifs des patients entraînant une surconsommation de soins. De plus, la plus grande liberté des médecins réunionnais à facturer leurs actes participe également à l'augmentation des dépenses de santé. Aussi, la pratique du TPIG semblait favoriser la cotation d'actes fictifs pour certains confrères de l'île. Cette crainte était partagée par les directeurs des caisses primaires d'assurance

maladie métropolitaines, qui constataient une plus grande difficulté dans le contrôle des pratiques des professionnels de santé avec ce système.(21)

Nos résultats confirment ainsi les craintes des médecins métropolitains concernant le risque de surconsommation de soins liée au TPIG.(47) Certains chiffres semblent appuyer ces résultats. En effet, on observait en 2018 à la Réunion une consommation moyenne d'actes de médecine générale 42% supérieure à la consommation moyenne nationale par la population. Les médecins généralistes réunionnais réalisaient 40% d'actes en plus que la moyenne nationale en 2018, pour une densité médicale légèrement supérieure à la Réunion.(26) Cette augmentation d'actes peut être cependant pondérée par un état de santé de la population réunionnaise moins bon.(11)

En 2000, une étude économétrique réalisée par le Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES) avait été menée afin d'évaluer l'effet inflationniste du tiers payant pharmaceutique. Ces travaux concluaient que cette pratique ne semblait pas augmenter la consommation des ménages les plus aisés mais que l'on observait un effet de rattrapage chez les populations plus défavorisées pour les amener au niveau de la consommation de soins moyenne.(48) En 2013, l'IGAS s'est basée sur cette unique étude pour établir que ces conclusions seraient valables en vue de la généralisation du TPI et que par ailleurs l'effet de rattrapage sus-cité s'était déjà produit lors de la création de la CMU-C et de l'ACS.(21) Il est surprenant qu'il n'y ait jamais eu d'étude en économie de la santé pour évaluer la consommation de soins à la Réunion. En effet, même si les populations et les besoins en santé ne sont pas tout à fait comparables entre l'île et la métropole, il aurait été intéressant d'avoir un aperçu de l'impact du TPIG sur la consommation de soins dans un contexte d'utilisation majoritaire en soins de villes (97,6% en médecine générale et 80,9% chez les spécialistes) et devant une dénonciation d'une surconsommation de soins par plusieurs syndicats de médecins.(21,41)

Cette surconsommation d'actes par les patients est intimement liée à la multiplication de consultations avec des motifs injustifiés. La dévalorisation de l'acte était une des craintes exprimées par les médecins métropolitains. Cependant, à la Réunion, elle ne semble pas dégrader la relation médecin-patient selon les praticiens interrogés. Il est probable que ce mode de consultation soit ancré et qu'avec le temps ces consultations injustifiées soient admises comme la norme, faisant désormais partie intégrante de l'activité des médecins.

Les médecins généralistes réunionnais semblaient tous favorables à la généralisation du tiers payant en métropole mais s'accordaient sur l'augmentation majeure des dépenses de santé qu'il engendrerait à son instauration. Il est légitime de s'attendre à un effet de rattrapage lors de la mise en place de ce dispositif comme celui observé lors de l'instauration de la CMU-C, voire d'un effet d'aubaine pour les populations plus aisées. Ainsi, les médecins réunionnais pensaient que le TPIG n'était pas applicable dans sa forme actuelle. Cet avis était largement partagé par le président de la CSMF, Jean-Paul Ortiz, qui dressait en 2015, lors d'une visite à la Réunion, un « constat alarmant de la situation dans ce laboratoire grandeur nature de la dispense d'avance des frais. »(40)

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mademoiselle BABLON Pauline

CONCLUSIONS

En France, il persiste des inégalités sociales dans l'accès aux soins. Pour y pallier, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoyait l'instauration du tiers payant intégral et généralisé (TPIG). L'annonce de cette mesure a suscité une forte opposition des médecins généralistes métropolitains, obligeant le gouvernement à renoncer au caractère obligatoire de ce dispositif. A la Réunion, dans un contexte socio-économique précaire, les médecins généralistes réunionnais se sont mobilisés afin de garantir une dispense d'avance de frais totale à la population depuis 2002.

Notre étude qualitative explorait les représentations des médecins généralistes réunionnais sur le TPIG pratiqué à la Réunion. Ce travail original a permis également de recueillir leur avis sur sa généralisation en métropole ainsi que leurs propositions d'amélioration de ce système.

A la Réunion, le TPIG était un dispositif globalement performant et les médecins l'utilisaient majoritairement. Si la pratique du tiers payant sur la part obligatoire était efficiente, celle sur la part complémentaire était responsable de nombreux impayés. La surcharge administrative induite par le TPIG était conséquente pour les praticiens et le secrétariat tenait une place centrale dans sa gestion. Les frais engendrés par la logistique particulière que nécessitait cette pratique incombaient intégralement aux médecins. Actuellement, l'Etat ne propose pas d'aides financières ou techniques adaptées et certains médecins métropolitains semblent décidés à promouvoir des alternatives pour rendre celui-ci accessible à tous les professionnels de santé.

Selon les médecins interrogés, la dispense d'avance de frais améliorerait la relation médecin-patient et libérerait du temps médical en consultation. L'absence de rapport financier permettait aussi de réduire le nombre d'actes gratuits. Même si le TPIG diminuait le renoncement aux soins pour raisons financières, il ne réglait pas totalement la problématique de l'accès aux soins et laissait persister des inégalités.

Nous avons pu remarquer une augmentation de la consommation d'actes médicaux à la Réunion, de la part des patients et des médecins, en partie expliquée par la pratique du TPIG. Force était de constater que ce système permettait une dérive des comportements et une déresponsabilisation globale des acteurs du système de santé.

Notre étude nous a permis de mettre en perspective les craintes des médecins généralistes métropolitains qui s'avèrent être, pour la plupart, justifiées. Les médecins réunionnais proposaient diverses solutions pour encadrer la pratique du tiers payant. Ils étaient en faveur de sa généralisation afin de permettre un libre accès aux soins pour les patients mais estimaient que le dispositif actuel ne pourrait être déployé sans amélioration préalable, au risque de compromettre la pérennité du système de santé.

Il semble ainsi important de poursuivre les efforts actuels afin de proposer un système performant et fiable pour les différents acteurs. Aussi, une étude quantitative sur l'effet du TPIG sur la consommation de soins paraît nécessaire afin de préserver notre système de santé.

Le Président du jury,
des Sciences de Santé
Directeur du Département
de Médecine Générale

Pr. Professeur Jean-Noël BEIS

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 20 DÉCEMBRE 2019
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. [Internet]. 1978 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. [Internet]. 2008 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2008/fr/>
3. Hassenteufel P. Les syndicats de médecins entre défense et dépassement de la médecine libérale. Trib Sante [Internet]. 23 août 2019 [cité 18 oct 2019];N° 59(1):21-33. Disponible sur: <https://www-cairn-info.proxy-scd.u-bourgogne.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante-2019-1-page-21.htm>
4. L'Assurance Maladie. Notre environnement : la Sécurité sociale. [Internet]. 2019 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/fonctionnement/securite-sociale/securite-sociale>
5. Service-Public.fr. Couverture maladie complémentaire (mutuelle) [Internet]. 2019 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20314>
6. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. [Internet]. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2015 [cité 16 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/building-primary-care-in-a-changing-europe>
7. Thibaut Raginel, Yannick Ruelle, Olivier Saint-Lary, Thomas Cartier. Perspectives sur le tiers payant en médecine générale. Exerc Rev Francoph Médecine Générale [Internet]. 2015;(120):166. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/120/page/166/pdf/>
8. Fauchier-Magnan E, Mejane J, Roger J, Viossat L-C. Évaluation de la généralisation du tiers payant. [Internet]. Inspection générale des affaires sociales. 2017 oct. Report No: N°2017-111R. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article628>
9. Assurance Maladie. Tiers payant : modalités et règles de facturation [Internet]. 2019 [cité 12 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tiers-payant-modalites-regles-facturation/tiers-payant-modalites-regles-facturation>
10. Debeaupuis J, Marty-Chastan C. Contribution au rapport au Parlement sur la mise en oeuvre du tiers-payant généralisable [Internet]. Inspection générale des affaires sociales. 2018 mars [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tiers_payant_avril_18.pdf
11. Ministère des Solidarités et de la Santé. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 [Internet]. 2017 mai. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

12. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 [Internet]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. 2017 oct p. 282. Report No: 566. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/2017/rapport-566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.html>
13. France. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016 texte n° 1.
14. Syndicat des médecins libéraux. La généralisation du tiers payant n'est pas la bonne solution. [Internet]. 2013 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=173-la-generalisation-du-tiers-payant-nest-pas-la-bonne-solution>
15. MGFrance. Tiers payant : ni obligatoire, ni généralisé - MG France. [Internet]. 2015 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/229-horscategorie/900-tiers-payant-ni-obligatoire-ni-generalise>
16. Confédération des Syndicats Médicaux Français. Contestation de fin d'année : la CSMF appelle à la mobilisation générale des médecins libéraux. [Internet]. [cité 8 déc 2019]. Disponible sur: http://adherents.csmf.org/index.php?option=com_content&task=view&id=1661&Itemid=572#.Vs8Vm3ncupoemid=572#.Vs8Vm3ncupo
17. France. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016. JORF n°0022 du 27 janvier 2016 texte n° 2.
18. France. Assemblée nationale. PLFSS POUR 2018 (n° 269) - Amendement N° 1223 (Rect). oct 26, 2017.
19. Ramiamanana M, Ricquebourg M, Roddier M, Yovanovitch JD. La Couverture Maladie Universelle à la Réunion. Rapport d'étude. 2002;65. Disponible sur: https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/ORS_CMU_2003.pdf
20. France. Assemblée nationale. Question n°833. Question publiée au JO le 29/08/2017. Réponse publiée au JO le 12/12/2017 page : 6379.
21. Marie E, Roger J. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. [Internet]. Inspection générale des affaires sociales. 2013 juill [cité 13 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article360>
22. Besson L, Caliez F. Accès aux soins à La Réunion - 84 000 Réunionnais à plus de 30 minutes des urgences. [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2016 nov [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2422206>
23. Institut français d'opinion publique. Les Français et la généralisation du tiers payant. [Internet]. 2014 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/2706-1-study_file.pdf
24. Deparis N. Le patient et la généralisation du tiers-payant en médecine générale : analyse qualitative de commentaires sur internet. 72 f. Thèse d'exercice : Médecine. [Internet]. Université de Picardie Jules Verne; 2016 [cité 1 avr 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01376207/document>

25. Agence de Santé Océan Indien. Les médecins généralistes à La Réunion. [Internet]. 2019 [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.arsoi-notresante.fr/determinants-de-sante-densite-des-professionnels/les-medecins-generalistes-la-reunion>
26. Agence régionale de santé. CartoSanté. [Internet]. 2019. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
27. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Rech Qual [Internet]. 2013;(Hors série n°15):435-52. Disponible sur: http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Meliani.pdf
28. Cadwallader J-S. Recherches qualitatives en santé : approches, postures, recueil et analyse des données. [Internet]. Département universitaire de médecine générale de Tours. 2014 [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.pearltrees.com/t/formations-optionelles/f010-recherche-qualitative/id3466952>
29. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème édition. Saint-Cloud: Global Média Santé, CNGE; 2018. 224 p.
30. Richard J-B, Balicchi J, Mariotti E, Pradines N, Beck F. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - La Réunion. [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1676.pdf>
31. Service-Public.fr. Complémentaire santé solidaire (CSS). [Internet]. 2019 [cité 14 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10027>
32. Service-Public-Pro.fr. Mutuelle santé d'entreprise : les obligations de l'employeur. [Internet]. 2019 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F33754>
33. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2017-2018. [Internet]. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2017-20182>
34. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2017-2018 [Internet]. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-2018>
35. Santé publique France. Evaluation du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. [Internet]. 2019 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: </maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>
36. Boulevard P. Recours aux soins à la Réunion. [Internet]. Plateforme d'Information des Etudes en Santé; 2016 juin p. 24. Disponible sur: https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ARS_InExtenso_Soins_n5_16sept_BD.PDF
37. Liquière A. Pratique du tiers-payant par les médecins généralistes en Midi-Pyrénées : une enquête auprès de 181 médecins généralistes. 57 f. Thèse d'exercice : Médecine. [Internet] Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1294/>

38. Chen A. Pratique du tiers payant et ressenti concernant le projet de généralisation : étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès des jeunes médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. 76 f. Thèse d'exercice : Médecine. Université de Lille 2; 2016.
39. Assurance Maladie. Tiers-payant : les engagements des régimes obligatoires d'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation. [Internet]. 2019 [cité 8 déc 2019]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4772/document/engagements-tiers-payant-medecin_assurance-maladie.pdf
40. Dupuis C. Tiers payant à la Réunion : la CSMF dresse un bilan accablant. Le Quotidien du médecin. [Internet]. 11 mai 2015 [cité 15 nov 2019]; Disponible sur:
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/tiers-payant-la-reunion-la-csmf-dresse-un-bilan-accablant>
41. TRANTHIMY L. Tiers payant : des syndicats de libéraux défendent un conventionnement collectif avec les complémentaires. [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2019 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/assurance-maladie/tiers-payant-des-syndicats-de-liberaux-defendent-un-conventionnement-collectif-avec-les>
42. Syndicat des médecins libéraux. Le paiement par carte bancaire à débit différé c'est possible !!! Le SML débusque les incohérences des pouvoirs publics sur ce sujet. [Internet]. 2018 [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/169-les-articles-du-sml.php?actu=4882-le-paiement-par-carte-bancaire-a-debit-differe-cest-possible-le-sml-debusque-les-incoherences-des-pouvoirs-publics-sur-ce-sujet>
43. Jort M. Tiers payant : ces médecins libéraux ont trouvé l'alternative. Les Généralistes-CSMF. [Internet]. oct 2019 [cité 15 nov 2019]; Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2019/10/16/tiers-payant-ces-medecins-liberaux-ont-trouve-lalternative/>
44. Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. Synthèse de l'enquête : vos pratiques et besoins en matière de secrétariat médical. [Internet]. 2014 [cité 5 déc 2019]. Disponible sur: http://www.urps-med-aura.fr/publications/secretariat-medical-et-tele-secretariat-medical_50
45. Assurance Maladie. Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure. [Internet]. 2019 [cité 18 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
46. France. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF n°0192 du 20 août 2019 texte n° 13. 2019.
47. Guedira S. Opinions sur la pratique du tiers payant des médecins généralistes du département des Alpes Maritimes. 101 f. Thèse d'exercice : Médecine. [Internet] .Faculté de médecine de Nice; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01400774/document>
48. Dourgnon P, Grignon M. Le tiers payant est-il inflationniste? [Internet]. Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé; 2000 p. 4. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1296.pdf>

ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretien n°1

Présentation du projet :

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude concernant la pratique du tiers payant intégral et généralisé à la Réunion. J'aimerais aujourd'hui recueillir votre point de vue sur ce sujet. Je vais vous poser des questions afin de guider la discussion, mais n'hésitez pas à ajouter ce qui vous semble important.

L'entretien est enregistré pour pouvoir être retranscrit. Toutes les données seront rendues anonymes. Je souhaite avoir votre propre point de vue. Vous pouvez vous exprimer librement, il n'y aura pas de jugement porté sur vos propos.

Etes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

Canevas d'entretien :

PRATIQUE DU TIERS PAYANT :

1) Le tiers payant intégral n'est pas obligatoire en France, en dehors de situations particulières. Pour quelles raisons le pratiquez-vous majoritairement ?

Relance : *Dans quelles situations ne le pratiquez-vous pas ?*

2) Concrètement, comment cela se passe-t-il en pratique ?

Relance: *Comment la pratique du TP influence l'organisation du cabinet ?*

REPRESENTATIONS SUR LE TPIG :

3) Que pensez-vous personnellement de la pratique du tiers payant intégral en médecine générale ?

Relances :

- *Quels sont les avantages à pratiquer le TPI pour la plupart des patients ?*
- *Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette pratique ?*

4) Selon vous, cette pratique a-t-elle une influence :

- sur le comportement des patients ?
- sur le comportement des médecins ?

5) Favoriser l'accès aux soins est le principal objectif du projet de loi sur la généralisation du tiers payant. Quel est votre avis à ce sujet ?

Relance : *Pensez-vous que cela règle totalement la question de l'accès aux soins ?*

6) Plus généralement, quel est votre avis sur la généralisation du tiers payant en métropole ?

7) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ce système ?

8) Avez-vous autre chose à ajouter ?

L'entretien est terminé. Merci de votre collaboration. Si vous le souhaitez, je vous transmettrai les résultats de mon étude.

Exemples de relances à utiliser pendant l'entretien :

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ? Je ne comprends pas ...

Pourriez-vous me le décrire ? Qu'entendez-vous par... ?

Reformuler avec d'autres mots en demandant confirmation.

Laisser parler ; laisser des blancs ; encourager à développer ; donner des exemples concrets.

ANNEXE II : Guide d'entretien n°2

Présentation du projet :

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude concernant la pratique du tiers payant intégral et généralisé à la Réunion. J'aimerais aujourd'hui recueillir votre point de vue sur ce sujet. Je vais vous poser des questions afin de guider la discussion, mais n'hésitez pas à ajouter ce qui vous semble important.

L'entretien est enregistré pour pouvoir être retranscrit. Toutes les données seront rendues anonymes. Je souhaite avoir votre propre point de vue. Vous pouvez vous exprimer librement, il n'y aura pas de jugement porté sur vos propos.

Etes-vous d'accord pour participer à cette étude ?

Canevas d'entretien :

Thème 1 : Les habitudes des médecins concernant la pratique du tiers payant :

1) Le tiers payant intégral n'est pas obligatoire en France, en dehors de situations particulières. Pour quelles raisons le pratiquez-vous ?

Relance : *Dans quelles situations ne le pratiquez-vous pas ?*

2) Concrètement, comment cela se passe-t-il en pratique ?

Relance: *Comment la pratique du TP influence l'organisation du cabinet ?*

3) Que pensez-vous personnellement de la pratique du tiers payant intégral en médecine générale ?

Relances :

- *Quels sont les avantages à pratiquer le TPI pour la plupart des patients ?*

- *Quelles difficultés rencontrez-vous dans le cadre de cette pratique ?*

4) Selon vous, l'utilisation du TPIG a-t-elle une influence sur votre indépendance vis-à-vis des organismes payeurs ?

Thème 2 : L'influence de cette pratique sur le comportement des médecins et des patients :

5) Selon vous, cette pratique a-t-elle une influence sur le comportement des patients ?

Si le médecin a évoqué une augmentation de la consommation de soins :

Pensez-vous que le médecin ait un rôle dans l'éducation du patient vis-à-vis de sa consommation de soins ?

6) Selon vous, la pratique du TPIG a-t-elle une influence sur le comportement des médecins ?

Thème 3 : L'influence du TPIG sur l'accès aux soins :

7) Favoriser l'accès aux soins est le principal objectif du projet de loi sur la généralisation du tiers payant. Quel est votre avis à ce sujet ?

Relance : *Pensez-vous que cela règle totalement la question de l'accès aux soins ?*

Thème 4 : Le projet de généralisation du TPI en métropole :

8) Plus généralement, quel est votre avis sur la généralisation du tiers payant intégral en métropole ?

Thème 5 : Les suggestions d'amélioration du système :

9) Quelles seraient vos suggestions pour améliorer ce système?

10) Avez-vous autre chose à ajouter ?

Exemples de relances à utiliser pendant l'entretien :

Avez-vous quelque chose à ajouter ? Pouvez-vous m'expliquer un peu plus ? Je ne comprends pas ...

Pourriez-vous me le décrire ? Qu'entendez-vous par... ?

Reformuler avec d'autres mots en demandant confirmation.

Laisser parler ; laisser des blancs ; encourager à développer ; donner des exemples concrets.

Titre de la thèse :

**PRATIQUE DU TIERS PAYANT INTEGRAL ET GENERALISE A LA REUNION :
QUELLES SONT LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES
REUNIONNAIS ?**

Auteur : BABLON Pauline

Résumé :

Introduction : Le projet de généralisation du tiers du payant intégral a suscité une forte opposition des médecins généralistes métropolitains. Or, ce système est en place sur l'île de la Réunion depuis 2002. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes réunionnais sur la pratique du tiers payant intégral et généralisé.

Méthode : Etude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes réunionnais avec analyse par théorisation ancrée.

Résultats : Quatorze entretiens ont été réalisés. Le tiers payant intégral et généralisé était pratiqué majoritairement par les médecins. Le tiers payant sur la part obligatoire était efficient mais les dysfonctionnements des organismes complémentaires étaient responsables de nombreux impayés. Ce dispositif générait une surcharge administrative conséquente et des frais logistiques importants pour les praticiens. Le secrétariat tenait une place centrale dans la gestion de ce système. Si le tiers payant favorisait l'accès aux soins pour la population, il permettait une dérive des comportements et une déresponsabilisation globale des acteurs du système de santé, induisant une augmentation des actes médicaux. Les médecins étaient en faveur d'une généralisation nationale du tiers payant intégral mais estimaient que ce dispositif ne pourrait être déployé sans amélioration préalable du système actuel, au risque de compromettre sa pérennité.

Conclusion : Ces résultats ont permis de mettre en perspective les craintes des médecins généralistes métropolitains et de proposer des pistes de réflexion sur l'amélioration de ce dispositif afin d'en garantir l'efficacité.

Mots-clés : Tiers payant ; Médecine générale ; Accès aux soins ; Loi santé ; Avis des médecins ; Ile de la Réunion.