

Fall 2005

Les Dernières Réformes de la Sécurité Sociale et l'Accès aux Soins en France

Carly Sorenson
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

Recommended Citation

Sorenson, Carly, "Les Dernières Réformes de la Sécurité Sociale et l'Accès aux Soins en France" (2005). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 430.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/430

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

Les dernières réformes de la Sécurité sociale et l'accès aux soins en France

Carly Sorenson

Projet Indépendant

Le 7 décembre 2005

School for International Training (SIT)

SOMMAIRE

I.	Introduction	3
	A. Problématique	4
	B. Motivations	4
II.	Démarche	6
	A. Recherche exploratoire	6
	B. Historique	8
	C. Méthodologie	12
III.	Résultats de l'enquête	13
	A. Hypothèse 1	14
	B. Hypothèse 2	21
IV.	Analyse	23
V.	Commentaires personnel	28
VI.	Annexe	31
	A. Questionnaire	31
	B. Tableaux	34
	C. Bibliographie	38

I. Introduction

Pour les citoyens français, l'accès aux soins est un droit fondamental : sous les premiers articles du Code de la santé, chaque personne a le droit à la protection de la santé.¹⁸ Pendant des années, le système d'assurance maladie continue à s'élargir afin de couvrir progressivement l'ensemble de la population et de garantir l'égal accès aux soins à tous.

Depuis les années quatre-vingts, la Sécurité sociale en France a dû faire face à une crise financière. A cause de l'évolution du monde médical et d'une population vieillissante, les dépenses sociales progressent sur le long terme plus vite que la richesse nationale. Pendant des années, différentes réformes ont été mises en place pour ralentir l'augmentation des dépenses et réduire le déficit de la Sécurité sociale. Quelques réformes anciennes, par exemple : limiter le nombre des professionnels de santé pour diminuer les dépenses, et étendre les cotisations à la totalité du salaire pour augmenter le revenu qui finance le système de protection de la santé. D'autres réformes ont augmenté le rôle de l'Etat, par exemple en 1996, la réforme sous le plan Juppé qui introduit dans la Constitution française le rôle du Parlement dans la définition des objectifs financiers de la Sécurité sociale. En 2000, une autre loi donne la responsabilité du financement de secteur hospitalier public et privé, et du secteur des médicaments à l'Etat.

La réforme la plus récente, mise en place en août 2004 et effective depuis le 1 juillet 2005, est fondée sur le but de diminuer le nombre de patients qui consultent plusieurs praticiens et d'éviter des consultations, des examens, et des prescriptions qui

sont superflus et chers. Selon une source officielle du gouvernement²⁷, les objectifs de la réforme étaient principalement de :

- redonner tout son sens à la relation patient/médecin et améliorer la qualité des soins ,
- faire en sorte que cette relation s’inscrive dans la durée, pour favoriser la continuité et la qualité des soins et permettre notamment de faire de la prévention ;
- faire du médecin traitant le pivot des soins : le médecin traitant doit faire en sorte que l’histoire médicale du patient soit mieux connue et doit être l’interlocuteur médical de référence des autres professionnels de santé pour ce qui concerne le patient,
- éviter les actes inutiles et redondants, en orientant mieux les patients et en évitant les actes superflus par une information médicale mieux organisée et plus accessible ;
- revaloriser le rôle de la médecine générale comme médecine globale de première intention.

Les applications de la réforme ont pour objectif de changer le comportement des patients et des médecins pour être plus efficace en terme de dépenses. Pour cela, à partir des patients de 16 ans, chaque personne doit nommer un « médecin traitant ». Pour la plupart des patients, le « médecin traitant » est un médecin généraliste qui assure la coordination des soins et le suivi médical. Tous les actes médicaux pratiqués ou recommandés par le « médecin traitant » sont remboursables à 70% ou à 100%, selon les cas. Si le patient ne déclare pas un « médecin traitant » ou va directement chez certains spécialistes, le ticket modérateur peut-être augmenté. De plus, les spécialistes qui sont consultés sans la recommandation d’un « médecin traitant » sont autorisés à appliquer des « dépassements d’honoraires sur le tarif des actes et des consultations ». Enfin, si le

patient consulte son « médecin traitant » ou un médecin spécialiste sur prescription du « médecin traitant », rien ne change et aucun dépassement ne sera demandé au patient.

Bien que ces réformes soient créées avec des objectifs économiques et politiques, je me demandais si les réformes avaient amené des conséquences au système de soins. Ma problématique est centrée sur « le monde médical » et « le monde de patients ». Ce que je voulais savoir, c'est si les dernières réformes, notamment la réforme de 2004, ont modifié profondément à la fois les pratiques des médecins et le comportement des patients vis-à-vis de leur santé. Pour y répondre, je suis arrivée à ma question de départ : « est-ce que les dernières réformes ont modifié l'accès aux soins ? » Cette question de départ m'a amené à poser deux hypothèses principales qui s'adressent à l'accès aux soins :

- la 1^{ère} hypothèse est que les dernières réformes limitent l'accès aux soins
- la 2^{ème} hypothèse est que les dernières réformes sélectionnent les catégories sociales.

Ce sujet m'a intéressé car aux Etats-Unis mon objectif professionnel est de devenir médecin. Je suis dans ma dernière année de biologie à l'Université de Redlands, et quand j'aurai fini mes études, je m'inscrirai à une université de médecine. Aussi, ma recherche pour mon thèse à la fin de l'année portera sur la comparaison de « l'accès aux soins dans les systèmes de soins en France et aux Etats-Unis ». Donc, c'est pour cela que pour mon projet indépendant pendant mon séjour de trois mois en France, j'ai choisi de faire une étude de terrain qui était liée au système de soins en France et qui montrait un aspect de l'accès des patients aux soins en France.

II. Démarche

A. Recherche exploratoire

Au début, j'ai lu quelques textes en anglais pour m'établir une base d'information. J'ai lu Health care systems in transition : France, c'est une analyse compréhensive détaillée sur le système de soins en France. Cette information est publiée chaque année par la World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. L'analyse présente bien l'histoire, l'organisation et l'administration du système, le financement et les allocations du système, et la chronologie des réformes. Puis, j'ai lu The French Healthcare System, c'est un texte qui vient de l'Ambassade de France aux Etats-Unis et qui présente un résumé de l'organisation et de la structure du système. Comme le système de soins aux Etats-Unis est complètement différent, ces sources étaient importantes pour que je comprenne l'histoire, les lois, la structure, les éléments différents, et les réformes passées et nouvelles du système de soins français.

Après avoir établi une base d'information et une compréhension du système, j'ai commencé à chercher de l'information et des sources en français. J'ai commencé avec des sites d'internet, deux sites en particulier : www.sante.gouv.fr et www.premier-ministre.gouv.fr m'ont donné beaucoup d'information générale sur les citoyens par rapport à la fonction du système de protection sociale et aux implications des dernières réformes. Un autre site utile a été aussi le site de l'Assurance maladie : www.ameli.fr. Surtout l'intérêt de ces sites m'a été de me familiariser avec des termes français, les acteurs et les organisations, et les réformes importantes. Pour mieux comprendre les dernières réformes et le système de soins français, j'ai cherché ensuite des livres et des

journaux à la Médiathèque et à une bibliothèque de quartier Côte Pavée. J'ai emprunté des livres au sujet des droits du patient, du système des hôpitaux, de la Sécurité Sociale, un dictionnaire des termes, etc. J'ai lu quelques articles et revues dans des journaux spécialisés comme *Sciences Humaines*, *Alternative Economiques*, et *Le Monde : Dossiers et Documents* qui expliquaient le problème des dépenses et présentaient des chiffres et des statistiques économiques. J'ai cherché d'autres chiffres sur les sites du Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES – www.credes.fr) et de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE – www.insee.fr). Pour obtenir une idée des enjeux courants, j'ai lu des articles dans les journaux quotidiens comme *Le Monde*, *La Dépêche*, *Liberation*, et *Le Métro* : les sujets étaient variables - médicaments, projet de budget de la « Sécu », des accords signés entre le gouvernement et les syndicats de médecins, dépenses, santé des français, etc.

Parmi ma recherche exploratoire, j'ai visité quelques institutions à Toulouse comme la Sécurité Sociale (boulevard du professeur Léopold Escande), la Caisse Régionale de l'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées (CRAM) (rue Croix Baragnon), et la Pharmacie Mal Clabel (chemin Mal Clabel) pour obtenir des informations et établir des contacts pour mes entretiens. Dans le cadre de mon sujet j'ai choisi de réaliser des entretiens exploratoires avec des acteurs différents. Par exemple, j'ai pris un rendez-vous avec un médecin généraliste de quartier qui a bien voulu répondre à un questionnaire non-directif. Il m'a expliqué le déroulement du suivi d'un nouveau patient et le rapport entre les cabinets et les hôpitaux. Nous avons discuté des points forts et des points faibles de la « Sécu », et de l'idée de la discrimination et de l'adaptation aux soins des

différentes classes sociales de patients. Aussi, nous avons parlé de sa réaction et de la réaction de ses patients par rapport aux dernières réformes.

J'ai pris un autre entretien exploratoire avec un professeur d'économie. Nous avons parlé librement à la crise de la Sécu d'un point de vue économique et politique. Il m'a expliqué le financement du système de protection sociale et la position du gouvernement par rapport aux réformes pour diminuer le déficit. Nous avons discuté des éléments qui contribuent à la crise – comme le problème du chômage, la consommation des médicaments, et la population vieillissante. Le troisième entretien exploratoire a été avec le directeur à la Sécurité Sociale en Ariège. Nous avons parlé librement des différences entre les caractéristiques du département et celles des autres départements par rapport à la santé : le nombre des médecins et des hôpitaux, la population, la consommation de médicaments, le chômage, etc.

A partir de la recherche exploratoire, j'ai décidé de préciser mon sujet et de reformuler ma question de départ. Alors, j'ai abandonné ma première question de départ qui était « est-ce que les réformes de la Sécu limitent l'accès aux soins pour certaines classes sociales » ? et je suis arrivée à la question « est-ce que les dernières réformes ont modifié l'accès aux soins » ? qui me semblait plus précise et sans a priori.

B. Historique

Pendant le dix-neuvième siècle, la Révolution Industrielle a eu un impact profond sur le développement de la société française. A mesure qu'une classe de travailleurs émergeait, les réseaux de soutien communautaire disparaissaient. Cette population était très vulnérable aux risques professionnels liés à l'industrialisation de l'époque, et aux

risques associés : vieillissement, chômage, et maladies. A cause de la croissance des risques, le nombre des sociétés de secours mutuels a augmenté.

Au début du vingtième siècle, un système d'assistance sociale a été établi, mais les sociétés de secours mutuels ont continué à se développer parce que le système d'assistance était faible et ne bénéficiait que d'une partie de la population. En 1900, les sociétés de secours mutuels avaient 2,5 millions de membres, et en 1940 elles avaient presque 10 millions de membres.²⁵

Après la première guerre mondiale, grâce à l'influence du système de Sécurité sociale allemand dans la région d'Alsace-Lorraine, la France a adopté un loi en 1930 qui a introduit une Assurance sociale. La loi a créé un système de protection pour les travailleurs de l'industrie et du commerce pour : la maladie, la maternité, le handicap, la vieillesse et le décès. En 1939, deux tiers de la population française était protégé par rapport à la maladie.²⁵

Après la deuxième guerre mondiale, un nouveau régime a été installé en France et il instaurait un système universel. En 1945, le régime général a été mis en place, fondé sur la solidarité : les cotisations des salariés et des employeurs financent le système, et l'Etat pourvoie des allocations pour les chômeurs. Depuis sa création, le régime général s'est étendu afin de couvrir d'autres catégories de la population comme les salariés du secteur privé, les familles, les étudiants, les handicapés, les veuves de guerre, les agriculteurs, etc. Aujourd'hui, le régime général couvre environ 80% de la population française.¹

Depuis d'autres régimes ont été créé aussi, notamment la Mutualité sociale agricole (MSA) en 1961, et la Caisse nationale d'assurance maladie des professions

indépendantes (CANAM) en 1966.²⁵ La MSA protègent les travailleurs du secteur agricole, les industriels et les artisans ; la CANAM protègent les professions libérales et les avocats. Ces régimes couvrent respectivement environ 7% et 5% de la population française.²⁵

En continuant avec le but d'atteindre la protection de la santé pour l'ensemble de la population l'Etat introduit la Couverture maladie universelle (CMU) en 2000 sous le régime général. Cette couverture permet à toutes les personnes résidant légalement en France, et qui ne sont pas déjà couvertes par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie.¹ Les bénéficiaires de la CMU ne paient pas le ticket modérateur (1€) et sont exemptés de faire l'avance des frais des soins : les frais de santé sont pris en charge par la sécurité sociale. En 2003, 1,5 million de personnes étaient affiliées à la CMU de base (sur le critère de résidence), et 4,4 million de personnes aux revenus modestes bénéficiaient d'une prise en charge à 100% au titre de la CMU complémentaire (CMUC).¹ La CMU a dirigé l'équilibre du système de protection sociale loin d'un système organisé autour du travail, vers un système universel. Le plan Juppé sur la Sécurité sociale en 1996, déjà contribuait à ce changement d'équilibre avec l'extension des cotisations à la totalité du salaire (comme un impôt) au lieu du revenu du travail.

Les trois régimes principaux, le régime général, la MSA, et la CANAM, sont des formes de protection sociale obligatoire. La protection sociale volontaire vient de la couverture complémentaire qui est proposée par les mutuelles, les assurances privés, et les institutions de prévoyance. Environ 91% des personnes qui habitent en France ont une assurance maladie complémentaire.¹

Le système de protection sociale est financé par des ressources d'origines publiques. Les cotisations des salariés et des employeurs financent la plupart des prestations de la protection sociale : l'année dernière, ces cotisations représentaient 75% du revenu du système. La Protection sociale a versé 417 milliards € des prestations au total, dont 34,8% de dépenses de santé (145,4 milliards €).¹⁵ Certains impôts financent les prestations aussi. Par exemple, la Contribution sociale généralisée (CSG) représente la part la plus importante des impôts qui financent les régimes de la Sécurité sociale. Installée depuis 1990, la CSG est prélevée sur les salaires, les retraites, et les revenus financiers. L'année dernière, la CSG représentait 63,9 milliards € sur 74,7 milliards € d'impôts et de taxes qui aident à financer les régimes de la « Sécu ».

Quant aux dépenses de santé, en 2003, la France a dépensé 168 milliards €, soit 2732 € par habitant.²⁷ La France est classée au quatrième rang mondial par rapport aux dépenses de santé en termes du PBI : en 2003 les dépenses de santé ont représenté 10,14% du PBI, après les Etat-Unis (14,6%), la Suisse (11,2%), et l'Allemagne (10,9%).²⁷ En France des déficits des deux dernières années pour l'assurance maladie étaient de : 11,5 milliards € en 2003 et 12,9 milliards € en 2004.^{15, 28} Malgré le fait que le système soit cher à financier, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît le modèle d'assurance maladie comme l'un des plus efficaces : dans un rapport publié en 2000, la France était classée au premier rang en terme de la qualité de soins fournis. De plus, selon l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), deux tiers de la population sont satisfaits du système en comparaison aux autres pays européens qui offrent une couverture large.²⁷ Avec ces chiffres, on peut voir pourquoi les

dépenses de santé et la qualité des soins portent toujours de l'intérêt au gouvernement française.

C. Méthodologie

A la fin du travail de recherche exploratoire, j'ai défini mes variables. J'ai choisi de travailler sur les médecins généralistes pour obtenir un point de vue du monde médicale en rapport des réformes. J'ai pensé qu'il sera intéressant d'observer les discours différents de médecins généralistes dans des différents quartiers de Toulouse. J'ai sélectionné trois zones urbaines : au centre ville toutes classes sociales, en banlieue classe populaire, et dans un quartier classe moyenne. Mon objectif était de réaliser 9 entretiens au total : trois médecins généralistes pour chacun des trois quartiers.

Pour organiser mes entretiens, je suis allée dans la Pharmacie des Carmes où j'ai obtenu *L'annuaire Santé 2005*, un catalogue qui classe les noms, les adresses, et les numéros de téléphone de tous les médecins de Toulouse. J'ai contacté des médecins généralistes dans les codes postaux chaque zone urbaine : 31000, 31100, et 31500 à partir d'un a priori que les différentes populations seraient représentatives de catégories sociales spécifiques. Pendant deux jours, j'ai passé cinq heures au téléphone pour prendre rendez-vous avec les médecins. Au total, j'ai contacté 24 médecins et j'ai fixé 12 entretiens pour la semaine du 21 novembre au 28 novembre (conférez *Tableau 1.1*). J'ai pris 5 entretiens au centre ville, 4 entretiens parmi les banlieues de la Røynerie, Bagatelle, et de Bellefontaine, et 3 entretiens aux deux quartiers Côte Pavée et La Terrasse.

Pour les entretiens, j'ai utilisé un questionnaire unique et non-directif, mais le questionnaire a été construit en deux fois. Le premier questionnaire que j'ai préparé

définissait les grands thèmes et la plupart des questions étaient fermées. A partir de mes premiers entretiens exploratoires, je me suis aperçue que certains thèmes étaient mal définis : je n'avais pas prévu toutes les réponses et certaines questions étaient trop générales. Donc, j'ai retravaillé le questionnaire afin qu'il soit plus précis. J'ai ajouté quelques petites questions sous les grandes questions pour obtenir des réponses plus précises et empêcher l'entretien de diverger. Aussi, j'ai ajouté quelques questions ouvertes.

Tableau 1.1 – Plan de temps des rendez-vous par zones urbaines

Quartier	Date	Heure
Réynerie/Bagatelle/Bellefontaine		
	22/11/05	17 h 00
	23/11/05	09 h 30
	23/11/05	10 h 30
	24/11/05	11 h 00
Côte Pavée/La Terrasse		
	21/11/05	11 h 00
	25/11/05	09 h 30
	28/11/05	09 h 30
Centre Ville		
	22/11/05	11 h 00
	22/11/05	19 h 30
	23/11/05	14 h 00
	23/11/05	16 h 20
	28/11/05	19 h 00

III. Résultats de l'enquête

A. Hypothèse 1 : « les dernières réformes limitent l'accès aux soins ».

L'information suivante est présentée en terme de l'ensemble de la clientèle du point de vue des douze médecins généralistes, sauf si c'est autrement indiqué. Pour répondre à la première hypothèse, j'ai recueilli l'information sur l'ensemble des patients des trois zones pour analyser les aspects différents de la clientèle. Le premier aspect est la composition et le deuxième aspect est le comportement.

Concernant le premier aspect la composition, je me suis intéressée à définir la clientèle en termes de sexe, d'âge, et de catégorie sociale. Par rapport au sexe de la clientèle, neuf sur douze médecins ont constaté que leur clientèle était « plutôt des femmes » tandis qu'un médecin a constaté que sa clientèle était « plutôt des hommes ». Effectivement, il semble qu'il n'y ait pas un grand déséquilibre entre les sexes : même si en moyenne les femmes représentent 60% de l'ensemble de la clientèle, donc sont plus nombreuses.

Par rapport aux âges des patients, je les ai classifiés en trois tranches d'âges : 1/ les enfants, 2/ les actifs, 3/ les personnes âgées. 1/ « Les enfants » définissent les personnes qui ont moins de 16 ans. Il y a quelques cas extrêmes où les médecins ont moins de 5% d'enfants, mais pour la plupart, les enfants constituent à peu près de 17% de l'ensemble de la clientèle. 2/ « Les actifs » définissent les personnes à partir de 16 ans et jusqu'à 60 ans. Ils constituent la majorité de la clientèle pour chaque médecin. Parmi l'ensemble de la clientèle, les actifs représentent en moyenne 54%. 3/ « Les personnes

âgés » définissent les plus de 60 ans. Ils représentent 24% de l'ensemble de la clientèle qui consulte les médecins. Mais d'autre part, il y a quelques cas extrêmes, où les médecins ne consultent guère des personnes âgés.

Afin d'éliminer mes préjugés sur les populations de ces zones, j'ai demandé à chaque médecin de me décrire leur clientèle. Les réponses ont été variables : « BCBG », « classe moyenne », « aisée », « classe supérieure », « chômeurs », « moyenne et ouvriers », « classe le plus bas », « classe un peu élevée », etc. A partir des descriptions des médecins, il semblerait que la clientèle puisse être divisée en trois catégories sociales principales : 1/ la classe supérieure, 2/ la classe moyenne, 3/ la classe populaire.

A partir de toute l'information qui concerne la composition de l'ensemble de la clientèle, il semblerait que les personnes de tous les sexes, les âges, et les catégories sociales soient compris. Donc pour répondre à l'hypothèse, les dernières réformes ne semblent pas limiter l'accès aux soins.

Concernant le deuxième aspect de la clientèle, je me suis intéressée à percevoir le comportement des patients sur trois domaines : 1/ la régularité des consultations, 2/ les besoins qui justifie des consultations, et 3/ le comportement des patients vis-a-vis du médecin.

1/ Pour le premier domaine, j'ai défini la régularité des consultations par rapport au nombre de consultations prises par les patients avec leur médecin généraliste. J'ai constaté des différences de régularité parmi les trois tranches d'âges. Pour les enfants, ils vont chez le médecin en moyenne deux fois par an, sauf les jeunes enfants : la plupart des jeunes enfants sont soignés une fois par mois. Les actifs ont tendance de consulter le

médecin trois fois par an. Et en moyenne, les personnes âgées vont chez le médecin une fois par mois.

A travers tous mes entretiens, il semble qu'il y ait une différence de la régularité des consultations parmi les catégories sociales. L'information ne me permet pas de distinguer des différences entre la classe supérieure et la classe moyenne, donc je les ai groupés ensemble, opposant par contre, pour la classe populaire les patients qui relèvent de la CMU (conférez *Tableau 4.1* à l'annexe). Tous les médecins de toutes les zones ont des patients qui dépendent de la CMU : pour l'ensemble de la clientèle ces patients représentent en moyenne 16%. Sept sur douze médecins ont répondu que leurs patients de la CMU venaient plus régulièrement que les autres patients. Dans deux cas, les médecins ont précisé qu'ils venaient « plus facilement ». Pour les cinq autres médecins, ils ont répondu que les patients de la CMU ne venaient pas plus régulièrement que les autres. Justement, il semblerait que l'augmentation du nombre des consultations pour les patients qui relèvent de la CMU n'indique pas une limite de l'accès aux soins. De plus, onze sur douze médecins ont répondu que depuis la réforme leurs patients qui relèvent de la CMU n'avaient pas changé leur comportement.

Pour répondre à l'hypothèse, a priori il semblerait que la réforme n'ait rien changé en terme de régularité pour les patients d'âges ou de catégories sociales différentes parce que les médecins n'ont pas constaté de différence. Donc, je peux constater que les dernières réformes ne semblent pas limiter l'accès aux soins.

Pour vérifier ce que les médecins m'ont dit par rapport à la régularité du comportement des leurs patients, je me suis intéressée à l'activité professionnelle des

médecins. J'ai demandé aux médecins à la fois : combien de patients ils avaient au total, combien de patients ils voyaient par semaine, les jours où ils travaillaient par semaine, et leur salaire annuel. Les réponses devaient me permettre d'apercevoir s'ils avaient conscience de leur travail et de confirmer ce qu'ils m'avaient dit avant.

En moyenne, les médecins travaillent 9 heures par jour et 5 jours par semaine. La plupart font de visites domicile et de consultations sur et sans rendez-vous. Pour l'ensemble des médecins, ils voient en moyenne 108 patients par semaine. Le Tableau 2.2 en annexe présente un sommaire de l'activité des médecins par zones urbaines.

La moyenne des salaires annuelle entre les médecins du centre ville est de 86 600 €. Ils travaillent en moyenne 5,4 jours par semaine et voient en moyenne 91 patients par semaine. Ils n'ont pas remarquer de changement par rapport à l'année dernière malgré le fait que la plupart avait répondu qu'ils avaient un « renouvellement constant » de leur clientèle. Ils m'ont expliqué que le renouvellement est lié au fait qu'il y avait beaucoup d'étudiants qui habitaient dans leur quartier.

Dans les quartiers Côte Pavée et La Terrasse, la moyenne des salaires annuelle des médecins est de 97 300 €. Ils travaillent en moyenne 4,8 jours par semaine et voient en moyenne 107 patients par semaine. Un médecin a remarqué une augmentation dans le nombre de patients qu'il voyait par semaine en comparaison avec l'année dernière. Il voit deux patients de plus par jour cette année : cependant, ce changement n'est pas lié à la réforme, mais plutôt à un changement dans son quartier.

Parmi les médecins des banlieus Rèynerie/Bagatelle/Bellefontaine, la moyenne des salaires annuelle est de 60 000 €. Ils travaillent en moyenne 4,7 jours par semaine et

voient en moyenne 126 patients par semaine. Les médecins n'ont pas constaté une différence en comparaison avec l'année dernière avant la réforme.

A partir de l'information sur le travail des médecins, je peux constater que la réforme n'a rien changé pour leur activité professionnelle. De plus, malgré le fait qu'il y ait des différences entre la proportion des jours travaillés et des patients vus par semaine parmi les trois zones, il n'y a pas une corrélation avec la réforme qui présente une limite à l'accès aux soins. En effet, dans la zone où les médecins travaillent le moins de jour par semaine, ils voient le plus de patients par semaine. Il semble que l'information confirme ce que les médecins ont dit par rapport à la régularité du comportement de leurs patients et que les dernières réformes ne limitent pas l'accès aux soins.

2/ Pour le deuxième domaine du comportement de la clientèle, je voulais savoir pour quels besoins est-ce que les patients venaient chez le médecin généraliste. En effet, en parlant de l'ensemble de la clientèle, il paraît qu'il y ait deux besoins : a/ besoin d'être soigné par le médecin généraliste, et/ou b/ besoin d'être soigné par un médecin spécialiste.

a/ Parmi celles qui ont besoin d'être soigné par un médecin généraliste, on peut préciser les raisons les plus communes par les tranches d'âges. Pour les enfants, les jeunes enfants sont soignés pour les maladies infantiles et les vaccins associés avec l'enfance. Les autres enfants plus grands semblent venir pour plusieurs maladies, et notamment pas avant mais quand ils sont malades. Pour les actifs, il semble qu'ils viennent chez le médecin uniquement quand ils sont malades. Quant aux personnes

âgés, ils semblent qu'ils viennent au moment des maladies, plutôt les maladies chroniques et dégénératives.

En général, on peut dire que les patients ont besoin d'un médecin généraliste parce qu'ils sont malades. Il y a cependant deux cas particuliers où les médecins généralistes sont homéopathes. Dans ces cas, la plupart de leur clientèle les consultent pour des traitements préventifs, c'est à dire avant de tomber malade. Pourtant, pour répondre au hypothèse, a priori l'accès aux soins n'est pas limité pour les personnes qui ont besoin d'être soigné par un médecin généraliste.

Les patients qui prennent des consultations avec le médecin généraliste pour obtenir une recommandation pour voir un spécialiste existent dans les trois zones urbaines et parmi toutes les catégories sociales. Il semblerait que le comportement n'ait pas changé pour une majorité de patients qui avaient l'habitude de consulter un généraliste avant un spécialiste. Néanmoins, il y a une différence quant aux patients qui, malgré la réforme, continuant d'aller directement chez un spécialiste selon les patients qui soient « les fidèles » ou « les nouveaux ».

J'ai défini les patients qui ont connu leur médecin traitant depuis plus de 5 ans comme « les fidèles ». « Les nouveaux » sont les patients qui ont connu leur médecin traitant depuis la dernière réforme. Dix sur douze médecins ont répondu qu'ils avaient plutôt « beaucoup » de gens qui depuis la réforme leur avaient demandé à être « médecin traitant ». Parmi les dix, huit médecins ont répondu que ces personnes étaient plutôt « les fidèles ». Donc, on peut dire que la plupart de la clientèle qui a nommé le médecin généraliste comme « médecin traitant » est la clientèle qui a connu le médecin généraliste depuis longtemps, « les fidèles ».

b/ La plupart des médecins m'ont spécifié que la « clientèle fidèle » est habituée à passer par leur médecin traitant avant de consulter un spécialiste. Mais c'est intéressant parce que parmi eux, dix sur douze médecins ont des patients qui vont directement chez des spécialistes, d'une moitié ont répondu qu'ils y allaient « beaucoup ». A partir de ces constatations, il semblerait que la « clientèle fidèle » soit plutôt les patients qui vont directement chez un spécialiste et non la « clientèle nouvelle ». Mais, il m'est impossible de constater une tendance entre les habitudes de la « clientèle fidèle » et celles de la « clientèle nouvelle » par manque d'information de la « clientèle nouvelle ». En tous cas, l'accès aux soins ne semble pas limité ni pour les personnes qui sont habitués à passer par le médecin traitant avant de consulter un spécialiste ni pour les personnes qui vont directement chez un spécialiste.

3/ Pour le troisième domaine du comportement des patients, il semblerait que la dernière réforme ait eu un effet sur le comportement des patients vis-à-vis de leur « médecin traitant ». Ce changement est lié au fait que les patients soient obligés de nommer un « médecin traitant ». Dans un cas, un médecin a répondu que sa « clientèle fidèle » est « un peu embêté par la réforme » parce qu'elle ne comprend pas pourquoi elle a besoin de remplir une feuille pour justifier de sa confiance et du choix du médecin. Aussi, il y a quelques cas où les médecins ont remarqué que leurs « nouveaux » patients sont « moins ouvertes » pendant les consultations. Un des médecins m'a expliqué qu'elle pensait que c'était parce que les patients se sentaient obligés de connaître le médecin après l'avoir déclaré comme « médecin traitant ».

Dans les autres cas, la plupart des médecins m'ont indiqué que leur clientèle n'avait pas compris la réforme. Un médecin m'a répondu que ses patients « pensaient

qu'ils n'avaient pas le droit de revenir», et un autre médecin m'a dit qu'il avait l'impression que sa clientèle était « plus soucieuse parce qu'elle avait moins de choix ». Cependant, ces hésitations ne semblent pas les empêcher d'aller chez le médecin généraliste car les médecins n'ont pas constaté des diminutions du nombre de consultations. Il semble que les changements de mentalité des patients soient un résultat de la prise de conscience de leur santé, et donc, pour répondre à la première hypothèse, l'accès aux soins n'est pas limité pour les patients depuis la dernière réforme..

B. Hypothèse 2 : « les dernières réformes indirectement sélectionnent les catégories sociales ».

Afin de répondre à la deuxième hypothèse, j'ai travaillé sur l'ensemble de la clientèle des trois zones pour percevoir si les dernières réformes touchaient également les catégories sociales. Les trois zones urbaines ont été choisies a priori parce que chaque clientèle devait représenter une catégorie sociale particulière ; pourtant, à partir de mes entretiens, j'ai trouvé que les médecins n'avaient pas des clientèles représentatives de ces zones urbaines. En tout cas, parmi de l'ensemble de la clientèle, il apparaît trois catégories sociales particulières : « la classe supérieure », « la classe moyenne », et la « classe populaire ».

Comme j'ai déjà expliqué, les différences de régularité des consultations parmi les catégories sociales ne montrent pas de limitation d'accès aux soins. Donc en réponse à la

deuxième hypothèse, les dernières réformes ne semblent pas sélectionner pas les catégories sociales en terme de régularité du comportement des patients.

Concernant les patients qui consultent des spécialistes, il y a des différences parmi les catégories sociales. Ces résultats sont résumés dans le Tableau 3.1 en annexe. Il semble que les patients des classes moyenne et supérieure aillent directement chez certains spécialistes. Six sur huit médecins qui décrivent leur clientèle comme appartenant aux classe moyenne ou classe supérieure, m'ont répondu que leurs patients allaient directement le plus souvent chez le dermatologue. Les autres spécialistes qui semblent être consulter le plus souvent directement sont le rhumatologue et le cardiologue ; les deux sont consultés pour la plupart par des patients avec des maladies chroniques et qui sont suivis par des spécialistes depuis longtemps. Dans un cas extrême, un médecin qui m'a décrit sa clientèle comme « classe supérieure », m'a répondu que sa clientèle allait directement chez des spécialistes dans 80% de cas.

Au contraire, les médecins qui m'ont décrit leur clientèle comme « classe populaire », m'ont répondu que leur clientèle n'allait pas directement chez des spécialistes, ou qu'il n'y allaient « pas beaucoup ». Donc, à partir de l'ensemble des information, je peux préciser que par rapport aux catégories sociales, les patients des « classes moyenne et supérieure » ont une tendance à aller directement chez un spécialiste plus que les patients de la « classe populaire ». Justement, le fait qu la « classe populaire » n'ait pas la tendance d'aller directement chez un spécialiste pourrait être liée à leur moyen financier. Un médecin qui a une clientèle dont 62% relèvent de la CMU m'a expliqué que ses patients n'allait pas directement chez un spécialiste « parce qu'ils ne pouvaient pas payer pour un visite chez un spécialiste sans référence ». En tous cas,

tout le monde peut avoir accès aux spécialistes avec une prise en charge par une prescription du « médecin traitant ». Donc pour répondre à la deuxième hypothèse, les dernières réformes ne semblent pas sélectionner pas les catégories sociales (classe supérieure, classe moyenne, classe populaire).

IV. L'Analyse

Après avoir répondu aux deux hypothèses, je vais pouvoir répondre ma question de départ : « est-ce que les dernières réformes ont modifié l'accès aux soins ? » Oui, les dernières réformes ont modifié l'accès aux soins. La réforme de 2004 a changé l'accès aux soins pour les patients en instaurant l'institution du « médecin traitant » et en diminuant les frais de consultation remboursables.

Quant au premier changement, dans un système où les patients sont garantis de pouvoir choisir librement leur praticien, on peut voir comment la déclaration d'un seul « médecin traitant » a évoqué la peur d'une limitation de choix. Alors qu'en nommant un « médecin traitant », la liberté de choisir et d'avoir accès à n'importe quel praticien existe encore. Le patient choisit celui qu'il veut comme « médecin traitant ». Le patient nomme un généraliste ou un spécialiste, un médecin libéral ou un médecin hospitalier par exemple. Et même si le « médecin traitant » décide qu'il a besoin d'envoyer son patient chez un spécialiste, c'est le patient qui choisit son spécialiste. Selon la description des objectifs originaux de la réforme, le « médecin traitant » est simplement « l'interlocuteur médical de référence des autres professionnels de santé pour ce qui concerne le patient »²⁶ et mes informations l'ont confirmé.

D'après mes lectures, pour une grande partie des français, l'installation du « médecin traitant » ne semblent avoir rien changé, et elle les conforte dans leurs habitudes : plus de 90% des français ont déjà un médecin de famille qu'ils consultent fréquemment avant d'aller voir un spécialiste. De plus, une partie des spécialistes reste en « accès direct » : les patients peuvent consulter des gynécologues, des ophtalmologues, des psychiatres, et des pédiatres, ils sont pris en charge. Néanmoins, afin de consulter des autres spécialistes pris en charge, le patient doit avoir une prescription du « médecin traitant ». L'étape supplémentaire de passer par le « médecin traitant » avant de voir un spécialiste ne modifie pas l'accès aux soins mais la manière d'accéder aux soins.

Cette modification ne désavantage pas les patients des différentes catégories sociales ou les patients des différents niveaux de revenus. Pour les patients qui ont les moyens financiers, ils peuvent continuer d'aller directement chez des spécialistes malgré la réforme parce qu'ils peuvent payer les dépassements. Le dépassement à la charge du patient qui consulte un spécialiste sans prescription du « médecin traitant » peut aller jusqu'à 7 € pour une consultation, et les médecins pourront également appliquer des dépassements sur des actes techniques.²⁶ A priori 7 € pour une consultation chez un spécialiste ne semble « pas cher », mais peut-être assez pour décourager les patients qui abusent du système.

Quant aux patients qui n'aient pas moins de moyens et relèvent de la CMU, ils peuvent continuer à consulter les « médecins traitants » librement. Ils n'ont pas de responsabilité financière en rapport du système parce que leurs frais de santé sont pris en charge par la Sécurité sociale. A priori les personnes qui relèvent de la CMU ont

tendance à avoir besoin d'être soigné plus souvent à cause des conditions de vie plus difficiles : ces patients viennent souvent de la « classe populaire », et ils sont souvent des ouvriers, des chômeurs, et des familles sans ressources. Beaucoup de personnes qui relèvent de la CMU bénéficient aussi du Revenu minimum d'insertion (RMI). Le RMI donne une allocation de subsistance et garantit un revenu minimum aux personnes sans ressources. Selon une étude publiée en 2004, la moitié des bénéficiaires du RMI disaient qu'ils ne recherchent pas d'emploi à cause de « problèmes de santé ».¹⁶ Avec une population aussi « sensible », on penserait qu'en offrant un système de soins gratuit, ils abuseraient ; alors que avec mes entretiens, cela ne semble pas le cas. D'après les médecins, les patients qui dépendent de la CMU ne viennent pas forcément plus souvent que les autres ; de plus, selon le directeur de la Sécurité sociale en Ariège, les personnes qui dépendent de la CMU consomment moins que les autres patients.

Plus d'un an après sa création, il semble que les patients comprennent mieux que la réforme n'a pas limité l'accès aux soins, mais plutôt modifié la manière. Effectivement, le degré de changement est variable selon les habitudes anciennes des patients concernant leur santé. Pour la plupart des personnes, le changement est pratiquement inaperçu parce qu'ils sont habitués à consulter leur médecin généraliste en premier quand ils ont un problème de santé quel qu'il soit. Pour les patients qui avaient l'habitude de consulter plusieurs médecins pour toutes les maladies, le changement ne semble pas perceptible. A priori il semblerait que cela les personnes qui avaient abusé du système avant la réforme. Ce qui distingue ces personnes des autres c'est peut-être une différence culturelle liée à la manière de penser le rapport à sa santé.

Il est difficile de constater l'origine de cette différence parce qu'il y a bien sûr plusieurs éléments qui influencent une culture. En tous cas, le mode de vie peut influencer la façon dont les personnes pensent de leur santé. Par exemple, selon le directeur de la Sécurité sociale en Ariège, le département de l'Ariège consomme moins que les autres départements. Il a expliqué qu'en plus du fait que la démographie des médecins est limitée dans la région, et qu'il n'y a pas beaucoup de spécialistes, les personnes ne vont pas chez le médecin parce qu'ils sont « dans les montagnes », ils ont un comportement rural. Il a précisé que le mode de vie est plus rural et dur, et que les fermiers et les agriculteurs qui composent la plupart de la population sont habitués à se soigner tout seul.

Par contre, a priori, le mode de vie plus aisé semble rendre quelqu'un plus soucieux de sa santé. Par exemple, pour les gens qui habitent au centre ville, la santé est toujours présente : les pharmacies sont partout à chaque carrefour et les journaux circulent des articles au sujet de tout ce qui concerne la santé (l'alimentation, la « Sécu », les chiffres, les médicaments, etc). Peut-être cette forte présence rend les personnes plus soucieuses de leur santé et avance l'idée de prévention des maladies. En conséquence, on peut voir comment ces comportements montrent que les personnes pensent qu'ils ont besoin de toujours être soignés et d'avoir un comportement réfléchi. Justement, leur comportement de consulter plusieurs médecins pour toutes les maladies leur semble justifié et normal.

Pour revenir sur ce point, les différences de modes de vie affectent la manière dont les personnes pensent de la santé. Puisque la différence des mentalités des personnes est liée aux différences culturelles, on peut voir pourquoi les patients ont mal

compris la dernière réforme : les changements ne touchent pas que le comportement des personnes mais leur culture aussi. En imposant une modification sur la modalité d'accès aux soins, on peut dire que la réforme a imposé une modification de leur culture. L'adaptation au changement ne semble pas facile, surtout lorsqu'elle est liée pour une grande partie à l'identité culturelle.

En tous cas, il est trop tôt pour voir les effets de la réforme de 2004. L'application de la réforme ne fait que commencer. Il reste encore 8 mois pour tous les acteurs pour s'adapter aux changements. De plus, le cadre de mon étude ne me permet pas d'évaluer tous les effets de la réforme. Mon étude ne présente qu'un aspect des effets par rapport à l'accès aux soins. Avec le temps et les ressources disponibles, j'ai essayé de faire une étude précise et approfondie. Pourtant, il aurait été intéressant de faire une étude similaire mais plus quantitative ou d'inclure les médecins d'autres régions. Il aurait été aussi intéressant d'approfondir la consommation des patients par rapport aux médicaments. Et enfin, après avoir parlé avec les médecins, il aurait été intéressant d'interviewer les patients pour obtenir leurs perspectives par rapport à la dernière réforme. On pourrait percevoir si les discours des patients sont les mêmes que ceux des médecins : peut-être les différences ajouteraient une autre dimension à la question de l'accès aux soins.

V. Commentaires personnels

Je n'ai jamais fait une étude de ce type ou de cette manière, donc chaque partie était nouvelle pour moi. De plus avec mon sujet, il était nécessaire de laisser toute ma connaissance du système de soins aux Etats-Unis parce que le système en France n'est pas de tout pareil. Il était difficile de ne pas faire de comparaisons et d'éliminer mes préjugés.

Concernant la méthodologie, elle a exigé pour moi un travail soigneux et organisé. Il m'a été relativement facile de trouver les médecins de « bonne volonté » voulant répondre à mes entretiens : tous les médecins avec qui j'ai parlé ont accepté les entretiens, sauf deux qui n'ont pas eu le temps. Par contre, ça été difficile de gagner le premier contact avec les médecins parce qu'ils travaillaient des jours et à des heures différents, et aussi de trouver des médecins qui étaient dans la même proximité géographique de chaque code postal, correspondant de chaque zone urbaine (centre ville, quartier, banlieue).

Les entretiens ont été très exigeants. Je n'avais jamais fait d'entretiens, même en anglais aux Etats-Unis. Bien que j'aie bien fait mon questionnaire, il m'a été difficile de rédiger l'entretien et d'élaborer les sujets qui n'étaient pas prévus à cause de mon niveau de français. Par exemple, une fois, un médecin a refusé de répondre aux questions concernant son identité : il a commencé à me poser des questions rapidement, et à la fin, il m'a accusé de travailler pour un journal ou une entreprise ! Ça m'a choqué parce que j'ai un accent américain, et je me suis trouvée dans une situation délicate. Néanmoins, c'est un cas extrême, et les entretiens sont devenus de plus en plus faciles à chaque fois.

Concernant les résultats des entretiens, je me suis étonnée que la question la plus difficile à répondre concernait la « fourchette de salaire annuel ». Ça m'a choqué parce que tous les médecins pratiquaient depuis plus de 16 ans, mais plus d'une moitié avait besoin de calculer ou de chercher les chiffres. Peut-être c'est une différence culturelle, mais pour moi, c'est très étonnant que la plupart n'ait pas une idée tout de suite alors que c'est leur métier depuis longtemps.

L'autre réponse qui m'a étonné était par rapport aux changements du comportement des patients qui relèvent de la CMU. Surtout, c'est la façon qu'ils ont eu de répondre à la question. Parfois, les médecins riaient avant de répondre. De plus, il me semble qu'ils étaient un peu ennuyés par les patients. Après avoir répondu « non, rien a changé » pour les patients de la CMU, un médecin a continué à m'expliquer qu'ils « demandaient toujours les rendez-vous », et un autre médecin m'a dit qu'ils « ne respectaient pas les rendez-vous et qu'ils ne s'excusaient pas ». Je ne pense pas que les médecins aient une discrimination contre les personnes qui relèvent de la CMU, mais peut-être la négativité des réponses exprime simplement une frustration du travail pour les médecins.

A partir de mon étude, l'aspect qui vraiment m'a impressionné est la solidarité du système de soins en France. Avant ce projet, je n'ai jamais imaginé qu'un autre système de soins existait autre que celui de Etats-Unis. Effectivement, cette expérience m'a permis d'étudier et d'apprendre un autre système. Au début, j'étais très soupçonneuse quant à savoir comment le système en France pouvait permettre à tout le monde d'être soigné pour toutes les maladies. Il y a trois ans que ma mère a été diagnostiquée avec un cancer, et bien que nous ayons l'assurance maladie, ses traitements étaient très chers.

Donc, a priori, il me semblait impossible que les frais pour toutes les maladies graves pouvaient être pris en charge par la Sécurité sociale. Grâce au cadre de mon étude, je pouvais étudier l'assurance maladie et l'accès aux soins pour tous les types de patients. J'ai été impressionnée par le degré de couverture du système de la Protection sociale, notamment avec la CMU et les minima sociaux, comme le RMI. Je pense que les deux montrent bien la solidarité nationale et l'objectif du gouvernement de cohésion sociale. Tout le monde contribue au système par les cotisations et les impôts pour que tout le monde puisse être protégé. Cela n'existe pas aux Etats-Unis, et je pense que la solidarité qui fonde le système de soins en France, lui rend sa force. Je trouve que le système de soins en France est efficace, mais il est vrai que « le trou de la Sécurité sociale » est le problème de la différence entre l'argent qui entre et l'argent qui sort. Les dépenses et le déficit doivent ralentir afin que les patients puissent bénéficier du système du même manière longtemps.

Avec toutes les réformes depuis les années quatre-vingt dix, je pense qu'il est nécessaire de laisser un temps suffisant aux personnes pour s'adapter aux changements. Bien que les objectifs économiques et politiques soient derrière les réformes, ce sont les applications qui touchent les personnes au niveau de leur quotidien et de leur culture. Il sera intéressant d'étudier l'accès aux soins aux Etats-Unis pour mon thèse à mon université et d'essayer de faire une comparaison avec ce que j'ai trouvé en France. Il me semble quels résultats seraient très différents aux Etats-Unis parce que l'assurance maladie est privatisée ; donc, il y aurait pour mon étude un acteur en plus dans le système qui pourrait aussi influencer l'accès aux soins.

- c. Est-ce que la dernière réforme a changé leur comportement ? (... le fait que vous soyez leur « medecin traitant »)
 - plutôt plus ou moins souvent ?
- d. Avez-vous des clients que vous ne les avez jamais vu avant la réforme ?
 - plutôt beaucoup ou plutôt un peu ?

Non

- a. Pourquoi ? / D'après vous, pourquoi est-ce que ça changé ?
 - Est-ce que c'est liée à des changements dans le quartier, la conjoncture économique (le chômage), le métro ?
 - Comment est-ce que vous decrivez le quartier ?
 - Est-ce que c'est liée à la dernière réforme ? (où ils doivent nommer un « médecin traitant »)
- b. Est-ce qu'ils viennent plutôt pour la même maladie ou plutôt pour plusieurs maladies ?

→ *Je vais avoir bientôt terminée ...*

→ *Je voudrais préciser quelque points sur votre clientèle ...*

- 3. Parmi votre clientèle, est-ce que vous avez des personnes qui relèvent de la CMU ?
 - a. Combien ? (en pourcentage)
- 4. Par rapport à la dernière réforme, est-ce qu'ils ont changé leur comportement ? (*Comment ? / Pourquoi ?*)

Oui/Non

- a. Depuis combien de temps viennent-ils ?
 - plutôt 'moins de 6 mois,' 'entre 6 mois/12 mois,' 'plus de 12 mois' ?
- b. Est-ce qu'ils viennent régulièrement ? ... Combien de fois ?
 - plutôt par semaine ? par mois ? par années ?
 - plutôt pour la même maladie ou plutôt pour plusieurs maladies ?
 - *plutôt plus ou moins souvent que vos autres patients ?*

→ *Excusez-moi, c'est presque terminé ...*

- 5. Combien de jours vous exercez dans votre cabinet ?
 - a. Lesquels ? Quand ?
- 6. En termes de densité, est-ce qu'il y a des jours où vous avez plus de monde ?
 - lesquels ?
 - a. Combien de patient voyez-vous par semaine (en moyenne) ?
 - c'était toujours comme ça par rapport à l'année dernière ?
 - b. Combien de patient avez-vous au total ?

7. Est-ce que depuis la réforme vous avez des personnes qui vous ont demandé comme « médecin traitant » ?
 - plutôt beaucoup ou plutôt un peu ?
 - a. Qui sont ces personnes (*par rapport à celles que vous me décrivez*) ?
 - b. Pourquoi est-ce qu'il vous demandent comme « médecin traitant » ?
 - plutôt proximité géographique ? plutôt la confiance/la connaissance ?

8. Est-ce que le fait qu'ils soient obligés de nommer un « médecin traitant » a changé leur comportement vis-à-vis de vous ?

9. Avez-vous des patients qui préfèrent, malgré la réforme, aller directement chez un spécialiste ?
 - plutôt beaucoup ou plutôt un peu ?
 - chez certains spécialistes ? lesquels ?

→ *Enfin, pour terminer, je vais vous poser quelques questions plus personnelles. Et encore, l'anonymat est garanti.*

Nom/prénom :

Sexe :

Age :

Profession :

Statut matrimonial :

Lieu résidentiel :

La date d'obtention de votre diplôme de médecin :

Depuis combien d'années pratiquez-vous ?

Depuis combien de temps est-ce que vous vous êtes installé dans votre cabinet médical ?

Travaillez-vous seul ?

Quel est votre « fourchette » de salaire annuel ?

Tableau 2.1 – L'activité professionnelle de médecins généralistes par zones urbaines : banlieu, quartier, centre ville

Zones urbaines	Médecin	Jours travaillés par semaine	Patients par semaine	Salaire annuelle (€)
Réynerie/Bagatelle/Bellefontaine				
	C	6.5	180	60,000
	E	4.5	150	60,000
	F	3	65	--
	I	5	110	60,000
Côte Pavée/La Terrasse				
	A	5	--	120,000
	J	5	105	72,000
	K	4.5	110	100,000
Centre Ville				
	B	5.5	75	60,000
	D	6.5	90	--
	G	5	90	100,000
	H	5	100	100,000
	L	5	100	--

Tableau 2.2 – Sommaire (en moyenne) de l'activité professionnelle des médecins généralistes

Zones urbaines	Jours travaillés par semaine	Patients par semaine	Salaire annuel (€)
Réynerie/Bagatelle/Bellefontaine	4.7	126	60,000
Côte Pavée/La Terrasse	4.8	107	97,300
Centre Ville	5.4	91	86,600

Tableau 3.1

Catégorie Sociale		Médecin			Question				
		Est-ce que depuis la réforme vous avez beaucoup de personnes qui vous ont demandé comme médecin traitant ?			Est-ce que les personnes qui vous ont demandé comme médecin traitant sont plutôt des fidèles?		Avez-vous des patients qui malgré la réforme préfèrent aller directement chez un spécialiste ?		
		Oui		Non	Oui	Non	Oui		Non
		Beaucoup	Pas beaucoup				Beaucoup	Pas beaucoup	
Classe populaire									
	1			X		X			X
	2	X			X			X	
	3	X				X		X	
Classe moyenne/supérieure									
	4		X		X			X	
	5	X				X	X		
	6	X			X		X		
	7	X			X			X	
	8	X			X				X
Classe supérieure									
	9	X			X		X		
	10	X			X		X		
	11	X			X		X		
*Sans classification									
	12	X				X		X	

Tableau 4.1 – Habitudes des patients qui relèvent de la CMU

Médecin	Patients qui relèvent de la CMU (% de la clientèle)	Est-ce que les personnes qui relèvent de la CMU viennent plus souvent que les autres patients ?	
		Oui	Non
A	5	X	
B	16	X	
C	62		X
D	--	X	
E	25	X	
F	30	X	
G	6		X
H	5		X
I	10	X	
J	3.5		X
K	5		X
L	10	X	

Tableau 5.1 – Indicateurs des médecins généralistes par zones urbaines

Zones urbaines	Sexe	Age	Années pratiquées	Années installées
Centre Ville				
	M	55	28	28
	M	50	26	20
	F	58	26	26
	M	56	26	10
	F	45	16	16
Côte Pavée/La Terrasse				
	M	49	20	20
	F	55	25	14
	M	63	35	33
	M	49	20	20
Réynerie/Bagatelle/Bellefontaine				
	M	46	17	17
	M	45	23	23
	M	50	20	16
	M	55	27	27

BIBLIOGRAPHIE

1. ADECRI (Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales). *La Protection Sociale en France*. 2005.
2. *L'annuaire Santé*. Edition Sarl, 2005.
3. « L'Assemblée adopte le budget de la sécu, » *Le Metro*. Jeudi 3 novembre 2005.
4. « Assurance-maladie : les patients de nouveau mis à contribution, » *Le Monde*. Mercredi 26 octobre 2005.
5. CREDES (Centre de Recherche d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé). <http://www.credes.fr>
6. « Déficit de la Sécurité sociale : les assurés vont payer, » *Le Monde*. Mercredi 26 octobre 2005.
7. <http://www.diplomatie.gouv.fr>
8. Evin, Claude. *Petit dictionnaire des droits des malades*. Seuil, Paris, 2003.
9. « The French Healthcare System, » *Embassy of France in the United States*. <http://www.ambafrance-us.org/atoz/health.asp>, September 7, 2005.
10. « L'hôpital perd ses moyens, » *La Dépêche du Midi*. Jeudi 20 octobre 2005.
11. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) <http://www.insee.fr>, 9 september 05.
12. « Maladie : le Haut Conseil recense les inégalités entre hospitalisés, » *Le Monde*. Vendredi 28 octobre 2005.
13. « Les mauvaises surprises du financement de la 'Sécu', » *Le Monde*. Dimanche 2 – lundi 3 octobre 2005.
14. « Médicaments toujours plus chers, pas plus efficaces, » *Liberation*. Vendredi 9 septembre 2005.
15. *Le Monde : Dossiers & Documents*. N° 332. Juin 2004.
16. « La pauvreté persiste, » *Alternative Economiques*. Hors-série n° 62, 4^e trimestre 2004.

17. Pignarre, Philippe. Comment sauver (vraiment) la Secu : Et si les usagers s'en mêlaient ? Des médicaments à l'assurance maladie. La Découverte, Paris, 2004.
18. Politique sociale et de l'emploi européen : une politique pour les citoyens. Communautés européennes, 2000.
19. Ponchon, François. Collection Droit, Mode d'emploi : Les droits du patient. MB Formation, Paris, 2002.
20. <http://www.premier-ministre.gouv.fr>
21. « Protection sociale : la révolution silencieuse, » *Sciences Humaines*, hors-série n° 46, 48-52. Septembre-octobre-novembre, 2005.
22. *Le Quotidien du Medecin*. N° 7843, Mercredi 16 novembre 2005.
23. *Le Quotidien du Medecin*. N° 7846, Lundi 21 novembre 2005.
24. « Réformer la Santé, » *Alternative Economiques*. Hors-série n° 62, 4^e trimestre 2004.
25. Sandier, S, Paris, V, Polton D. *Health care systems in transition : France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
26. « La Sante en France, » *Sciences Humaines*, hors-série n° 48, 38-39. Mars-avril-mai, 2005.
27. <http://www.sante.gouv.fr/>, 13 septembre 05.
28. « 2005 : L'An 1 de La Reforme, » *60 Millions de Consommateurs*. Hors- série expert n° 89. Juillet-aout-septembre 2005.
29. « 60 ans de sécurité sociale, » *Espace social européen*, numéro hors-série, octobre 2005.