



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**J'AI CHOISI D'EXERCER EN SECTEUR III,  
POURQUOI ?**

**Enquête qualitative auprès des médecins généralistes  
non conventionnés du Nord-Pas-de-Calais**

Présentée et soutenue publiquement  
le 8 décembre 2016 à 16 heures  
au Pôle Formation  
**Par Robin COCQ**

---

**JURY**

**Président :**  
**Monsieur le Professeur Régis BEUSCART**

**Assesseurs :**  
**Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE**  
**Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX**  
**Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

**Directeur de Thèse :**  
**Monsieur le Docteur François-René KNOCKAERT**

---

# **Avertissement**

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

# Serment d'Hippocrate

*« Au moment d'être admis(e) 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 leurs consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.*

*Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.»*

# Liste des abréviations

**OCDE = Organisation de Coopération et de Développement Économique**

**CAPI = Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles**

**P4P = Pay for Performance**

**ROSP = Rémunération sur Objectifs de Santé Publique**

**HAS = Haute Autorité de Santé**

**ARS = Agence Régionale de Santé**

**CMU = Couverture Maladie Universelle**

**CSG = Contribution Sociale Généralisée**

**CRDS = Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale**

**RCP = Responsabilité Civile et Professionnelle**

**CARMF = Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France**

**ASV = Allocation Supplémentaire de Vieillesse**

**ADR = Allocation de Remplacement de Revenu**

**RSI = Régime Social des Indépendants**

**MEP = Mode d'exercice Particulier**

**MG = Médecin Généraliste**

**CCAM = Classification Commune des Actes Médicaux**

**WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians**

# Tables des matières

<b>Résumé.....</b>	<b>8</b>
<b>1. Introduction.....</b>	<b>9</b>
1.1 Démographie en Médecine générale.....	9
1.2 Installation des jeunes médecins.....	11
1.2.1 Modes d'exercice choisis en fin de cursus universitaire.....	11
1.2.2 Les freins à l'installation.....	11
1.2.3 Le remplacement.....	12
1.2.4 Parallèle avec les cessations d'activité.....	13
1.3 Modes de rémunération des généralistes.....	13
1.3.1 Le Salariat.....	14
1.3.2 L'exercice libéral.....	14
1.4 Le secteur III.....	17
1.5 Objectifs de l'étude.....	18
<b>2. Matériels et méthodes.....</b>	<b>19</b>
2.1 Choix de la méthode.....	19
2.2 Population étudiée.....	19
2.3 Guide d'entretien.....	19
2.4 Réalisation des entretiens.....	20
2.5 Analyse des données.....	20
<b>3. Résultats.....</b>	<b>21</b>
3.1 Partipants.....	21
3.2 Le Choix du Secteur III.....	22
3.2.1 Facteurs motivant l'exercice hors convention.....	22
3.2.2 Satisfaction de l'exercice en secteur III.....	24
3.3 Représentation des praticiens quant aux aspects particuliers du secteur III.....	25
3.3.1 Indépendance.....	25
3.3.2 Liberté tarifaire.....	27
3.3.3 Modes de rémunération.....	29
3.3.4 Régulation de la charge de travail.....	32
3.3.5 Permanence des soins.....	34
3.3.6 Charge Administrative.....	37
3.4 Critique du secteur III.....	39
3.5 A propos de la Patientèle.....	40
3.5.1 Réactions des patients vis à vis des honoraires libres et du non remboursement.....	40
3.5.2 La recherche d'un service différent.....	42
3.5.3 Un patient différent ?.....	43
3.6 L'exercice de la médecine générale et le secteur III.....	44
3.6.1 L'installation des jeunes généralistes.....	44
3.6.2 Le Secteur III, solution pour revaloriser la médecine générale ?.....	47

<b>4. Discussion.....</b>	<b>52</b>
4.1 Forces et Faiblesses de l'étude.....	52
4.1.1 La population.....	52
4.1.2 La méthode.....	52
4.1.3 Les biais rencontrés.....	53
4.2.4 Les limites de l'étude.....	55
4.2 Synthèse et Discussion des résultats principaux.....	56
4.2.1 La liberté tarifaire, élément central dans le choix du secteur III.....	56
4.2.2 L'indépendance vis-à-vis de la sécurité sociale.....	56
4.2.3 Le paiement à l'acte, gage d'indépendance, de performance et de la relation médecin-malade.....	57
4.2.4 La permanence des soins.....	58
4.2.5 L'exercice hors convention, séduisant mais non adapté au modèle français.....	58
4.3 Perspectives.....	60
<b>5. Références Bibliographiques.....</b>	<b>61</b>
<b>6. Annexes.....</b>	<b>65</b>
6.1 Guide d'entretien.....	65
6.2 Arbre des compétences de la WONCA.....	66

---

# Résumé

**Contexte :**

Le nombre de médecins généralistes en soins primaires décroît actuellement de 1,5% par an. Les jeunes médecins plébiscitent le salariat et le remplacement, délaissant l'exercice libéral usuel. Un exercice méconnu, hors convention, progresse depuis 10 ans. Les praticiens fixent leurs honoraires librement mais leurs patients sont très mal remboursés par l'assurance maladie. L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs influençant le choix de l'exercice hors convention et de savoir s'il pourrait répondre aux problématiques d'installation des jeunes.

**Méthode :**

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels à été réalisée jusqu'à saturation des données auprès de 13 médecins généralistes non conventionnés du Nord-Pas-De-Calais. L'échantillon a été conduit en recherche de variation maximale. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée à l'aide du logiciel QSR Nvivo11.

**Résultats :**

Les médecins interrogés sont satisfaits par l'exercice en secteur III. Ils considèrent le paiement à l'acte et la liberté tarifaire comme les seuls moyens d'exercer leur art comme ils l'entendent. Ils partagent les travers actuels de la médecine générale décrits par les jeunes médecins à savoir une évolution démographique inquiétante aggravant la surcharge de travail préexistante, une lourdeur des tâches administratives et une absence de revalorisation de la rémunération, de plus en plus déconnectée des responsabilités engagées. Ils se considèrent plus indépendants que leurs confrères vis-à-vis de la sécurité sociale. Ils pratiquent des modes d'exercices particuliers et se déclarent donc moins soucieux de la permanence des soins. Ils reconnaissent peu s'investir dans la mission de médecin traitant.

**Conclusion :**

Bien que le secteur III réponde à de nombreuses problématiques pour leur exercice propre, les médecins interrogés le considèrent incompatible avec les missions du généraliste, et ne pensent pas qu'il soit une alternative valable pour les jeunes. Pour revaloriser la médecine générale, ils estiment qu'une évolution des modes de rémunération et de la nomenclature s'impose.

# 1 – Introduction

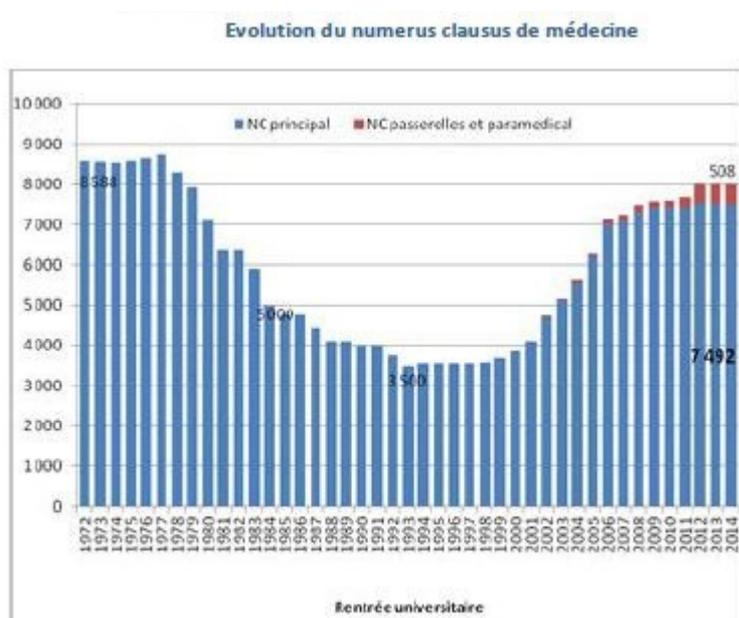
## *1.1 - Démographie en médecine générale.*

Le rôle de médecin généraliste s'avère déterminant dans la gestion d'un système de santé, par ses fonctions de premiers recours, de permanence des soins, de "gate-keeper".

Il n'y a jamais eu autant de médecins en France, les effectifs ont augmenté de 130% depuis 1980.<sup>1</sup>

Pourtant nombreux sont les patients qui s'interrogent sur leur capacité à accéder à un médecin généraliste dans les prochaines années et décennies.

L'augmentation du numerus clausus décidée en 1995 (cf Graphique 1) ne s'est pas traduite pour le moment par une amélioration de l'accès aux soins en médecine générale.

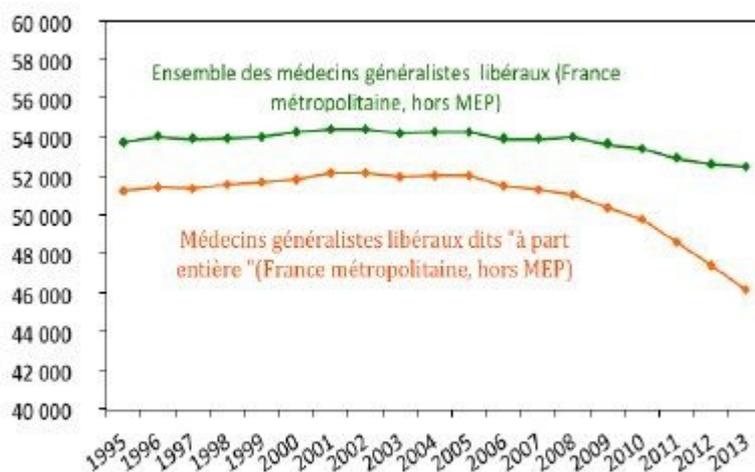


Source ONDPS

### Graphique 1

Le nombre de généralistes a diminué de 8,4% depuis 2007, et la population de généralistes, « au sens strict », prenant part entièrement à leur mission de soins primaires en cabinet décroît d'environ 1.5% par an depuis 10 ans (cf Graphique 2).<sup>2</sup>

Évolution de l'ensemble des médecins généralistes libéraux et des médecins généralistes libéraux dits "à part entière", 1995 - 2013



Source : CNAMTS

## Graphique 2

De nombreuses interprétations émergent, notamment le développement du salariat, avec actuellement un tiers des jeunes médecins exerçant en salariat exclusif.<sup>1</sup>

La féminisation de la profession est aussi évoquée, seul un quart des femmes souhaite exercer en libéral et elles travaillent en moyenne 10% de moins que leurs confrères masculins.<sup>3,4</sup>

Les jeunes délaissent également l'exercice libéral. Parmi les nouveaux inscrits à l'ordre des médecins par exemple, seul un sur cinq décide de pratiquer en libéral exclusif.<sup>5</sup>

Le remplacement de longue durée devient plus commun, avec un recul de la moyenne d'âge à l'installation.<sup>6</sup>

Depuis une dizaine d'années, la population des généralistes français vieillit plus vite que celle des pays européens, l'âge moyen du généraliste français est estimé à 52 ans en 2016 contre 49 ans en 2008.<sup>2</sup>

## ***1.2- Installation des jeunes médecins***

### ***1.2.1 - Modes d'exercice choisis en fin de cursus universitaire***

A la fin de leur internat, 65% des internes choisissent un exercice salarié, 25% pratiquent en libéral en tant que remplaçant et seulement 10% s'installent.<sup>7</sup>

La moyenne d'âge à l'installation est passée de 31 ans en 1979 à 35 ans en 1997 et désormais à 39 ans en 2011.<sup>6,7</sup> Parmi les jeunes installés et leurs collègues internes, l'exercice en groupe est très largement plébiscité, aux environs de 80%.<sup>8,9</sup> Les jeunes médecins aimeraient voir une diversification de leurs modes de rémunération.<sup>10</sup>

### ***1.2.2 - Freins à l'installation***

Les jeunes généralistes hésitent à s'installer pour de multiples raisons.

Un premier axe concerne l'activité de généraliste en elle-même. Les jeunes redoutent une charge de travail trop importante. Ils ne souhaitent pas travailler 60 heures par semaine comme leurs aînés.<sup>7,11</sup> L'évolution de la démographie semble imposer un rythme de travail qui ne leur convient pas. La lourdeur des tâches administratives médicales et non médicales et leur manque de formation dans ces domaines sont dénoncés.<sup>12,13,14,15</sup>

Ils évoquent également une appréhension vis-à-vis de la permanence des soins.

L'isolement professionnel leur fait peur.<sup>16,17</sup>

Enfin l'investissement croissant de la sécurité sociale dans la pratique médicale les gêne.<sup>15</sup>

Un second axe concerne la démarche d'installation à proprement parler. Les jeunes généralistes redoutent les démarches administratives lors du démarrage de leur activité, la gestion du cabinet médical et parfois évoquent investissement de départ trop important.<sup>12,14,15</sup>

Un troisième axe concerne l'évolution du modèle familial. La priorité est donnée à la vie de famille. Le modèle traditionnel du médecin de famille exerçant seul dans un cabinet médical isolé, avec son épouse assurant le secrétariat n'est plus applicable et les offres de succession de patientèle proposées correspondent majoritairement à ce modèle.<sup>14</sup>

Enfin certains évoquent un statut dégradé du médecin généraliste avec une protection sociale précaire et une rémunération qui ne leur semble pas à la hauteur des responsabilités engagées.<sup>12,15,16</sup>

### ***1.2.3 – Le Remplacement***

Le nombre de remplaçants ne cesse de croître. En 30 ans, on estime que les effectifs de remplaçants ont augmenté de 600%.<sup>1</sup> Le remplacement est devenu progressivement un exercice à part entière. Il confère un statut particulièrement attrayant et flexible pour concilier la vie professionnelle et personnelle, avec l'assurance de revenus satisfaisants.

Le remplacement est également choisi pour l'absence de contraintes administratives. Il apparaît que 9 remplaçants sur 10 sont satisfaits de leur mode d'exercice et de leur qualité de vie.

Le remplacement reste bien sûr pour beaucoup une solution d'attente, permettant de prendre de l'expérience, de se confronter progressivement à l'exercice libéral qu'ils ont peu l'occasion de rencontrer durant leur cursus universitaire.<sup>9,18,19,20</sup>

### ***1.2.4 – Parallèle avec les cessations d'activité***

A la revue des travaux étudiant les cessations précoces d'activité, on retrouve un bon nombre des freins à l'installation décrits précédemment.

Les médecins interrogés déclarent avoir subi une charge de travail trop importante, qui dégradait leur qualité d'exercice et de service rendu. Ils jugent la part administrative trop lourde et auraient aimé pouvoir la déléguer, tout en expliquant que les charges financières nécessaires auraient alors elles-mêmes exigé une augmentation du temps de travail. La permanence des soins est décrite comme difficile à soutenir, avec notamment des difficultés à prendre ses congés et à être remplacé. Enfin ils évoquent la dégradation progressive de leurs relations avec les institutions, en particulier avec les caisses de sécurité sociale.<sup>21,22,23</sup>

Nombreux conseillent un exercice de groupe et auraient souhaité une diversification des modes de rémunération pour leur permettre un meilleur équilibre.

## ***1.3 - Modes de Rémunération des généralistes***

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des systèmes de rémunération mixtes. L'Italie et le Canada fonctionnent sur un mode libéral majoritaire avec rémunération à l'acte ainsi qu'à la performance. Au Danemark, en Hollande et en Allemagne on retrouve un système à l'acte et à la capitation. En Espagne, au Portugal et en Suède, le système est majoritairement public avec un peu de capitation et rémunération complémentaires.<sup>24,25</sup>

### **1.3.1 – Le Salariat**

L'exercice salarité s'est beaucoup développé au cours des dernières décennies. Il représente actuellement à l'échelle nationale 36% des généralistes, avec 6 à 7% de généralistes à rémunération à la fois salariée et libérale.<sup>2</sup>

Le salariat présente des avantages pour les médecins, en terme de droit du travail et d'avantages sociaux, d'organisation du temps de travail et des congés ainsi qu'une réduction de la charge administrative. Cet exercice encourage à l'augmentation de la durée de consultations et peut améliorer la qualité des soins. Il n'incite pas à la productivité avec un risque de diminution du nombre de consultations et la création de listes d'attentes gênant l'accessibilité aux soins. Il risque enfin de sélectionner des patients à moindre risque.<sup>26</sup>

### **1.3.2 - L'Exercice libéral**

En France, la rémunération a été remaniée régulièrement en médecine libérale depuis la création de la sécurité sociale. Le rôle du médecin généraliste a peu à peu évolué avec l'apparition de missions d'éducation et d'une médecine préventive.<sup>27,28</sup>

La rémunération à l'acte quasi-exclusive a ainsi évolué vers un complément par capitation dans un premier temps, puis à l'introduction du paiement à la performance (P4P) via le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) puis la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

### 1.3.2.1 Rémunération à l'acte

Le paiement à l'acte a montré favoriser l'accès aux soins, augmenter la productivité du médecin et améliorer la qualité des soins.

Il entraîne en revanche un raccourcissement de la durée de consultation engendrant une surproduction de soins. Parce qu'il est aussi soumis au phénomène de demande induite, il engendre une augmentation des dépenses de santé. Enfin, il incite également à la sélection de patients moins chronophages.<sup>29,30</sup> Ce système n'encourage pas le médecin dans ses activités de prévention et peut être inflationniste, surtout dans le cas d'un tarif insuffisant.<sup>31</sup> S'il est exclusif, il est considéré unanimement insuffisant par les praticiens pour répondre à l'évolution de la pratique de la médecine générale.<sup>32</sup>

Les généralistes restent cependant attachés au paiement à l'acte qui est perçu comme garant de leur liberté d'exercice, et du contrat tacite entre le médecin et son patient.<sup>33</sup>

### 1.3.2.2 Rémunération à la capitation

La capitation est communément appelée rémunération "au forfait". Le médecin reçoit une rémunération en fonction du nombre de patients suivis dans sa patientèle. En France elle apparaît en 2002 avec une rémunération forfaitaire pour la permanence des soins, puis en 2005, un forfait pour les affections de longue durée et la fonction de médecin traitant.

La capitation permet une amélioration de l'éducation et de la médecine préventive, une prévention et une diminution des dépenses de santé et incite les médecins à augmenter leur patientèle. Elle n'encourage pas à la productivité, le volume de consultations et leur durée est enclin à diminuer, les praticiens ont tendance à adresser leurs patients plus rapidement vers les spécialistes et la qualité des soins peut en pâtir. Enfin, elle a tendance à développer une concurrence entre les médecins, les poussant parfois à satisfaire les demandes injustifiées de ses patients.<sup>26,34</sup>

---

Un travail récent met également en évidence une baisse de l'autonomie du patient, et souligne une perte du choix de son médecin pour le patient.<sup>35</sup>

Ce mode de rémunération est assez peu apprécié par les généralistes français. Les jeunes généralistes y sont favorables à 35%.<sup>36</sup> Les médecins installés y sont plutôt défavorables.<sup>37</sup>

### 1.3.2.3 Paiement à la performance

Le paiement à la performance est apparu en France en 2009 avec le CAPI, puis étendu en 2011 avec la ROSP, portant sur l'organisation du cabinet médical, le suivi des maladies chroniques, la prévention et l'efficience.

Le paiement à la performance présente certains avantages selon la littérature. Il réduit les dépenses de santé, favorise les missions spécifiques de la médecine générale, en particulier le suivi des maladies chroniques et la prévention. Il améliore la qualité des soins et permet à la fois une mise à jour des connaissances et un système de rappel des bonnes pratiques.<sup>32,38,39,40</sup>

Ce mode de rémunération soulève cependant de nombreuses critiques et peut être parfois mal accueilli par les praticiens. Sur le plan éthique, il va à l'encontre des motivations du médecin, qui n'a pas normalement besoin d'être "incité" à la performance. Certains travaux dénoncent une transformation du contrat moral de moyens en résultats.<sup>41,42,43</sup> La rémunération à la performance crée également une sélection des patients compliants, ou présentant de bons résultats au niveau des différents indicateurs retenus.<sup>44</sup> Les indicateurs sélectionnés sont parfois jugés peu valides scientifiquement, basés sur des critères purement économiques ou sous-tendant des conflits d'intérêt industriels. Son effet sur l'amélioration des pratiques est parfois considéré comme minime.<sup>46,47</sup> Il induit chez certains une méfiance vis à vis de l'assurance maladie en diminuant la liberté d'exercice et en introduisant un système de récompense "infantilisant".<sup>16,48</sup>

---

### ***1.4 - Le secteur III***

En France, la prise en charge des soins est à la fois de type Bismarckien (de type assurantiel) et Beveridgien (soins universels et gratuits). La majorité des médecins généralistes français exerce en secteur conventionné avec l'assurance maladie, avec près de 90% de médecins en secteur I à honoraires fixes et 9% en secteur II, avec complément d'honoraire autorisé.

Un exercice déconventionné aussi appelé secteur III, est possible. Marginal, le secteur III croît cependant de manière importante (+ 42%) au cours des dix dernières années avec 1137 praticiens toutes spécialités confondus en 2002 et 1611 en 2012 dont 65% de médecins généralistes.<sup>49</sup>

Hors convention, le médecin n'a pas de relation avec la caisse d'assurance maladie. Il n'est pas tenu à la télétransmission et utilise des feuilles de soins papiers. Sa rémunération est exclusivement à l'acte. Ses honoraires sont fixés de manière libre, avec tact et mesure et leur affichage en salle d'attente est obligatoire.

Il demeure soumis aux codes de la sécurité sociale, de santé publique, de déontologie médicale et du code général des impôts. Il est inscrit normalement à l'ordre des médecins et s'engage au respect des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Le patient étant libre de choisir son médecin sans considération pour son statut conventionnel, un médecin de secteur III peut donc être médecin traitant, rédiger les cerfas habituels, et en fonction des décisions de l'Agence régionale de santé (ARS) il peut participer à la permanence des soins.

Les soins seront remboursés selon un tarif d'autorité, de 0,61€ pour les généralistes à 1,22€ pour les spécialistes. Les patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) doivent régler la consultation sans prise en charge particulière. Toutes les prescriptions seront prises en charge de la même manière que celles des médecins conventionnés.

Concernant les cotisations obligatoires (URSSAF, allocations familiales, Contribution Sociale Généralisée (CSG), Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) et la contribution à la formation professionnelle) et pour l'assurance de responsabilité civile et professionnelle (RCP) il n'y a pas de modification par rapport aux praticiens conventionnés. Pour sa retraite, il cotise normalement à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), en étant exonéré de l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse (ASV) et de l'Allocation de Remplacement de Revenu (ADR).

Pour sa couverture maladie, un praticien déconventionné est automatiquement affilié au Régime Social des Indépendants (RSI).<sup>50,51</sup>

Le bénéfice annuel d'un praticien du secteur III est estimé en 2015 à 46.626 € comparé au 82.457 € annuels des médecins de secteur I et II.

## ***1.5 - Objectifs de l'étude***

### **1.5.1 – Objectif principal**

L'objectif principal de ce travail est de déterminer les facteurs influençant le choix d'exercice hors convention des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais et d'établir leurs représentations quant aux aspects particuliers de leur exercice.

### **1.5.2 – Objectif secondaire**

L'objectif secondaire de cette thèse sera de connaître l'avis de ces praticiens concernant la faible installation des jeunes médecins, et de savoir si leur exercice déconventionné apporterait, selon eux, des solutions à ce problème.

## **2 - Matériels et méthode**

### **2.1– Choix de la méthode**

Afin de permettre la libre expression des médecins répondants et d'assurer une meilleure compréhension de nombreux facteurs subjectifs et non quantifiables, la méthode utilisée dans cette étude est la recherche qualitative. Pour des raisons d'emploi du temps des sujets interrogés, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face à face au cabinet de chaque médecin.

### **2.2– Population étudiée**

Le recrutement des informateurs s'est effectué par téléphone, à l'aide de la base de données du site ameli.fr, permettant l'établissement d'une population totale de 33 médecins généralistes exerçant hors convention dans le nord-pas-de-calais. L'échantillonnage a été raisonné, à variation maximale.

### **2.3– Guide d'entretien**

Les thèmes de l'entretien ont été choisis à l'aide d'une étude bibliographique concernant les différentes particularités de l'exercice en secteur III.

Les entretiens comportaient deux phases, avec un questionnaire initial recueillant des données objectives relatives à l'exercice médical des informateurs, puis une deuxième phase basée sur les hypothèses de recherche et les objectifs de l'étude.

Les entretiens ont été analysés en parallèle, afin de permettre l'émergence de nouveaux axes de réflexion. Le guide d'entretien a été progressivement remanié au fur et à mesure du recueil de données.

Les questions ouvertes ont été majoritaires, certaines reformulations et questions fermées ont parfois été utilisées afin de compléter certains thèmes insuffisamment développés.

## **2.4 – Réalisation des entretiens**

L'accord des participants recueilli et leur anonymat garanti, les entretiens ont été enregistrés par deux enregistreurs numériques Samsung (téléphones portables **GALAXY Note II**).

Les entretiens ont été retranscrits mot-à-mot en fichier texte. Certains entretiens ont été perturbés par des communications téléphoniques entre les informateurs et leur patientèle.

Le recueil s'est effectué du 12 mars 2016 au 27 juin 2016 jusqu'à saturation des données, obtenue lors du 11ème entretien et confirmée par les 12ème et 13ème.

## **2.5 – Analyse des données**

Les données textuelles ont été analysées à l'aide du logiciel QSR Nvivo 11.

Les thèmes saillants des verbatims ont été repérés à travers un premier codage ouvert. Puis un codage axial a permis d'organiser les convergences et la complémentarité des diverses opinions.

Une triangulation de l'analyse des données a été réalisée pour optimiser l'interprétation des données.

### **3 – Résultats**

#### ***3.1 - Participants***

Treize médecins généralistes (MG) ont participé à cette étude, huit femmes et cinq hommes, âgés de 36 à 66 ans. Parmi eux, onze exerçaient uniquement leur activité en secteur III, et deux possédaient une autre activité médicale salariée. Dix médecins ont exercé dans un autre secteur auparavant, seuls trois médecins ont démarré d'emblée leur activité en secteur III. Huit médecins avaient pratiqué précédemment en médecine générale allopathique. Chacun avait un mode d'exercice particulier (MEP) : Homéopathie, acupuncture, ostéopathie, nutrition, médecine esthétique, hypnose, médecine du sport. Aucun praticien n'exerçait exclusivement en allopathie.

Trois praticiens se trouvaient en milieu rural, dix en milieu urbain, avec six praticiens travaillant seuls, et sept en cabinet de groupe. Leur temps de travail hebdomadaire a été évalué à 44 heures par semaine en moyenne. La durée moyenne d'entretien a été de 40 minutes, avec un entretien le plus court de 24 minutes et le plus long de 67 minutes.

Les caractéristiques de la population sont reportées dans le tableau 1.

MG	Genre	Age	Exercice	Cabinet	Autre activité	Pratique	Année d'installation	Installation en Secteur III d'emblée	Expérience en médecine générale allopathique	Temps de travail hebdomadaire (h)
1	H	66	Urbain	Groupe	Non	Osteopathie	1995	Non	Oui	25
2	F	36	Urbain	Groupe	Non	Hypnose	2013	Non	Non	35
3	H	65	Rural	Individuel	Non	Homeopathie Acupuncture Médecine du sport	1993	Non	Non	45
4	H	53	Urbain	Individuel	Non	Homeopathie	1990	Non	Non	50
5	F	56	Rural	Groupe	Non	Acupuncture	1990	Non	Oui	45
6	H	56	Urbain	Groupe	Non	Nutrition	1995	Non	Oui	45
7	F	55	Rural	Individuel	Oui	Osteopathie	2002	Non	Oui	55
8	F	38	Urbain	Individuel	Oui	Homeopathie Hypnose Nutrition	2013	Non	Oui	40
9	H	58	Urbain	Groupe	Non	Osteopathie Acupuncture	1990	Non	Oui	50
10	F	63	Urbain	Groupe	Non	Esthétique	2005	Oui	Non	40
11	F	51	Urbain	Individuel	Non	Homeopathie Acupuncture	2014	Non	Non	50
12	F	38	Urbain	Individuel	Non	Esthétique	2015	Oui	Oui	45
13	F	58	Urbain	Groupe	Non	Osteopathie Acupuncture Nutrition	1997	Oui	Oui	50

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

## 3.2 – Choix du secteur III

### 3.2.1 – Facteurs motivant l'exercice hors convention

Les praticiens non conventionnés déclaraient en majorité que seul le secteur III pouvait leur permettre d'améliorer leur service rendu et la qualité de leur exercice.

*« Le secteur III m'a permis de faire mon métier différemment. Je suis capable d'améliorer mon service rendu c'est indiscutable. » (MG 6)*

*« J'ai failli ne pas retravailler du tout, même en secteur I à cause de ça. Je me disais, mais qu'est ce que c'est un médecin ?...[...] C'est une démarche de réflexion qui a abouti. La plus grande réflexion c'était comment faire pour exercer la médecine qui me convient et celle qui convient au patient dans ce que je propose. » (MG 8)*

De manière quasi-unanime, le facteur déterminant dans leur choix du secteur III était la liberté tarifaire, permettant de gérer les contraintes de temps inhérentes à leur pratique.

*« J'ai une activité qui est incompatible avec le secteur I dans la gestion du temps de consultation. J'ai besoin de pouvoir adapter le tarif à la durée et la difficulté de la consultation. » (MG 2)*

*« Habituellement mes consultations durent une heure...Je ne peux pas vivre à 23 euros de l'heure...quelque soit le nombre d'heures que je peux encaisser dans une journée, c'est impossible il faut régler le cabinet, les charges etc...alors bien sûr la liberté tarifaire est primordiale pour que je puisse faire mon métier. » (MG 8)*

Certains praticiens mettaient en avant leur attachement à la liberté de prescription et leur indépendance vis-à-vis de la sécurité sociale.

*« J'estime que le système médical n'est pas correct dans le sens où aujourd'hui c'est la sécu, le système d'assurance qui nous dictent ce qu'on doit faire. J'estime qu'il y a un contrat entre le*

*patient et le médecin [...] Le patient lui, a son contrat avec son système d'assurance mais nous, nous ne devrions pas avoir de contrat médecin / système d'assurance. On devrait être libre de faire ce que l'on veut. Malheureusement on s'aperçoit aujourd'hui que c'est pas le cas et que c'est de plus en plus difficile. » (MG 9)*

*« L'indépendance dans ma pratique vis-à-vis de la sécu c'est très important. Je ne veux pas qu'on guide mes prescriptions. » (MG 13)*

Plusieurs praticiens ont aussi signalé que leur passage en secteur III s'était effectué dans un contexte de fermeture du secteur II en 1990.

*« Au départ j'étais en Secteur II. Dans le temps le secteur II était ouvert aux généralistes, il suffisait de le demander avec un cursus hospitalier adapté. Il me semble qu'en 1985 ou 90 les politiques ont changé et ont réservé le secteur II aux chefs de clinique. La sécu en 1993 m'a dit " mais non vous n'avez pas renvoyé les papiers nécessaires en 1985, vous revenez en Secteur I." A mon refus on m'a proposé de passer en Secteur III. » (MG 3)*

Pour d'autres, la décision du secteur III était liée au besoin de réguler la charge de travail plus aisément.

*« A un moment donné j'ai eu beaucoup trop de travail ça n'allait pas du tout, j'ai voulu freiner pour retrouver le plaisir du temps de la consultation. » (MG 5)*

*« Je me suis installée en 1992 comme médecin généraliste normal secteur I [...] à l'époque on ne pouvait pas refuser un seul appel, il y avait beaucoup plus de visites dans le cabinet de groupe où j'exerçais, les secteurs de garde s'agrandissaient de plus en plus [...] j'ai décidé de faire le point, j'étais à 88h de pratique par semaine avec visites le dimanche [...] je me suis finalement décidée à faire une formation d'ostéopathie pour changer de voie. » (MG 7)*

Quelques médecins interrogés avouaient qu'ils avaient été déçus des résultats de leur exercice de la médecine générale "classique" allopathique, et étaient sortis de la convention pour se consacrer pleinement à leur mode d'exercice particulier (MEP).

*« J'ai réalisé aussi que dans 50% des cas la médecine a fait des progrès, mais un médecin pour moi dans 50% des cas, sur des pathologies débutantes et qui parfois se régleraient toutes seules, le médecin n'a aucune réponse à apporter à son patient [...] J'ai été assez déçu de mon exercice initial [...] C'est pour ça que je suis parti ailleurs. » (MG 1)*

*« Dans la prise en charge de médecine générale il me manquait le pourquoi les gens tombent malades ? Je n'arrivais pas à me satisfaire de mon approche en allopathie et je me suis formée. J'avais pas mal de difficultés à me projeter à faire cela pendant 30 ou 40 ans. » (MG 8)*

L'absence de nomenclature adaptée a été déterminante pour les deux praticiens en médecine esthétique.

*« Cette spécialisation n'est pas reconnue par l'ordre en France. La nomenclature n'est pas adaptée [...] Si vous voulez en vivre, il faut être en secteur III. » (MG 12)*

Enfin, un médecin déclarait qu'il avait eu besoin du secteur III afin de pouvoir se consacrer à la publication de plusieurs livres.

*« En fait j'ai publié en tout 4 livres et le secteur III m'a permis d'en faire la promotion. En secteur I il est interdit par la déontologie médicale de faire de la publicité en tant que docteur. » (MG 6)*

### **3.2.2 – Satisfaction de l'exercice en secteur III**

La très grande majorité des médecins interrogés étaient particulièrement satisfaits d'avoir choisi d'exercer hors convention.

« Je fais mon métier comme je l'entends [...] je gère ma charge de travail comme je veux. [...] je vis très bien ce choix, je n'aurais pas fait autrement, c'est impossible pour moi d'exercer mon art sans être en secteur III en France. » (MG 13)

« Très contente oui clairement. [...] c'est tellement plus agréable de faire son métier comme on l'entend. » (MG 5)

Seulement quelques uns restaient plus partagés, avec pour l'un l'évocation d'une baisse de revenu par rapport à un praticien conventionné.

« La liberté tarifaire qu'offre le secteur III permet aux gens de mieux faire correctement leur métier [...] pour moi ce n'est pas mon activité principale, je suis en négatif tous les ans ça c'est sûr. » (MG 7)

L'autre suggérait que le secteur III s'était plutôt imposé à lui.

« Oui mais en quelque sorte je n'avais pas vraiment le choix. Il n'y avait pas d'autre solution, c'était ça ou rien. C'était un peu par défaut. » (MG 2)

### **3.3 – Représentation des praticiens quant aux aspects particuliers du secteur III**

#### **3.3.1 – Indépendance**

Interrogés sur leur indépendance de pratique, les médecins étaient satisfaits de ne pas voir leur liberté de prescription entravée.

« Oui l'indépendance dans ma pratique vis-à-vis de la sécu c'est très important. Je ne veux pas qu'on guide mes prescriptions. » (MG 13)

« Alors clairement, moi je ne veux pas qu'on change ma prescription, qu'on la guide. » (MG 5)

Certains faisaient remarquer une certaine ingérence de la sécurité sociale, qui s'imisce de plus en plus dans un colloque singulier en le médecin et son patient, au lieu de remplir simplement son rôle d'assureur.

*« Il y a un coté pervers dans ce surinvestissement de la sécurité sociale. C'est censé être un assureur, organiser les dépenses de santé, rembourser, collectiviser les ressources, pas s'immiscer dans la pratique médicale et imposer des pratiques aux médecins. » (MG 3)*

*« Je pense que ce qui est central c'est le colloque singulier c'est le coeur de la relation entre le patient et son médecin. Avant le patient était tributaire du médecin, aujourd'hui qu'est-ce qu'il se passe ? [...] il sort le traitement de référence (les RMO) et le traitement de référence de l'époque. [...] S'ils ne le font pas ils risquent d'être sanctionnés. » (MG 1)*

La sécurité sociale remettrait en cause selon eux, leur éthique de travail.

*« C'est sur que si on venait m'embêter avec ce que je prescris pour me guider, je n'acceillerais pas bien tout ça. Encore une fois j'ai prêté un serment d'hippocrate, je suis là pour aider mes patients, je le fais au mieux, ça ne devrait pas être remis en cause je trouve. » (MG 3)*

*« Je ne vois pas pourquoi la sécurité sociale s'immisce dans notre pratique, comme si nous étions là pour uniquement faire de l'argent, et prétendre nous réapprendre la médecine. » (MG 8)*

D'autres déclaraient échapper à une dépendance vis-à-vis des financeurs, source de conflits d'intérêts multiples.

*« Ca fait partie de ma liberté je ne suis pas acheté. La sécu n'est pas là pour faire des économies ils sont là pour appliquer les règles de ceux qui gouvernent et de la haute finance. » (MG 1)*

*« Les médecins là-dedans ils sont achetés en quelque sorte. On ne revalorise jamais leurs honoraires mais on leur met des primes pour qu'ils prescrivent ce que veulent les labos...moi ça me choque ! » (MG 11)*

« En plus vis-à-vis du patient, il peut se demander pourquoi on me prescrit ça ? Parce que la sécu l'a décidé pour diminuer les coûts, ou pour favoriser l'industrie pharmaceutique etc...ça introduit le doute. Je me sens plus libre dans mes prescriptions. » (MG 13)

Enfin, ils suggèraient que la sécurité sociale et les mutuelles n'étaient pas légitimes pour guider leur pratique.

« Ceux qui décident n'ont pas mon expérience, ne connaissent pas mon patient, n'ont pas fait 10 ans d'étude. » (MG 5)

« Pourquoi faudrait il que j'obéisse à la sécu qui n'y connaît rien ?... » (MG 3)

« Enfin je veux dire on a interdit aux labos de donner des échantillons, d'organiser des repas avec les médecins parce que ça pourrait les influencer et la sécu, elle, elle aurait le droit. Non il y a un problème là ce n'est pas clair. » (MG 13)

Pour certains en revanche, cette indépendance n'était pas un élément central de leur exercice parce qu'ils estimaient prescrire peu.

« Pas vraiment parce que je ne prescris que très peu. » (MG 2)

« Sur une activité de nutrition, je prescris assez peu je ne suis pas bien placé pour savoir les pressions qui s'exercent sur les prescriptions médicales, je n'en ressens pas de mon point de vue. » (MG 6)

### **3.3.2 – Liberté tarifaire**

Les médecins interrogés considéraient la question de la liberté tarifaire comme centrale dans leur pratique hors convention.

« Du temps déjà, c'est tout bête mais leur accorder du temps. Rien que ça, ça nécessite un secteur III. C'est ridicule un problème aussi bête que le temps, mais c'est comme ça. » (MG 11)

« Alors effectivement, l'exercice comme je le fais, avec les contraintes de temps que j'ai, m'oblige à augmenter mes tarifs. » (MG 3)

Pour beaucoup en effet, il était impératif de pouvoir moduler leurs honoraires en fonction de la difficulté et du temps consacré à chaque consultation.

« On s'adapte au patient, à la difficulté de la consultation, c'est très agréable d'être payé pour ce qu'on offre. » (MG 8)

« J'augmente également mon tarif si je dois passer 1h30 2H, et ça arrive, sur un problème complexe. De temps en temps la personne fait un vrai travail et je ne peux pas me permettre d'interrompre la séances parce que c'est l'heure, sinon je perds l'occasion de régler un problème. Je n'aurai peut-être pas une meilleure occasion [...] on imagine bien qu'une activité en secteur I ne conviendrait absolument pas. » (MG 2)

Plusieurs praticiens mettaient d'ailleurs en avant leur possibilité de baisser leurs tarifs dans certaines situations.

« Mais vous voyez, ça m'arrive aussi très souvent d'adapter mes honoraires en m'adaptant à la personne que j'ai en face de moi, parfois les 50 euros que je demande sont trop élevés, et je m'adapte. Des patients m'ont déjà réglé 20 euros. C'est aussi ça...il y a un principe de "tact et mesure" que vous pourrez retrouver dans les textes [...] c'est important de pouvoir me le permettre. » (MG 2)

« Ca m'arrive parfois d'ailleurs de ne pas faire payer si jamais nous sommes en cours de traitement, que l'on fait une hypothèse sans forcément de résultat immédiat et qu'il faut une consultation complémentaire. J'estime que parfois il faut savoir faire des actes gratuits, la liberté tarifaire c'est ça aussi dans le secteur III. » (MG 8)

D'autres appréciaient la possibilité de fixer eux mêmes leurs honoraires et de les revaloriser par rapport aux tarifs conventionnels, sans forcément y apporter d'adaptation.

« Les honoraires sont établis de 20 à 78 euros, au final c'est tout le temps 40 ...quasiment. » (MG 1)

Pour certains d'entre eux, la liberté tarifaire était appréciée parce qu'elle les poussait à la performance.

« On peut pas dormir sur nos lauriers, sinon on n'évolue plus [...] vous êtes jugé tout le temps, par le patient, pas par la caisse. C'est difficile mais c'est agréable cette stimulation. » (MG 9)

« En secteur III vous vous devez d'être efficace il faut être bon. Ce qui n'est pas une mauvaise chose...[...] on ne peut pas payer pour rien. » (MG 11)

Parfois les médecins considéraient les honoraires libres comme la solution la plus cohérente pour exercer une médecine dite "libérale".

« Les médecins qui se disent libéraux sont en fait un peu salariés de la sécu...Un salarié, qu'il travaille bien ou mal il est payé à la fin du mois...c'est pareil avec les médecins, de toute façon les patients sont remboursés à 100% avec leurs mutuelles...ce ne sont pas des vrais libéraux, ils ne prennent pas de risque. » (MG 1)

« L'idée que je me fais du libéral, c'est que l'on décide de notre pratique, de nos horaires, si on veut travailler beaucoup on le fait, si on veut plus de temps libre on peut le faire... » (MG 13)

### 3.3.3 – Modes de rémunération

#### 3.3.3.1 Le paiement à l'acte

Bon nombre de médecins considéraient être attachés au paiement à l'acte.

« La rémunération à l'acte, en secteur III, on a que ça et ça me va très bien c'est normal. » (MG 13)

Il était perçu comme plus simple, et également garant de la liberté du médecin.

« C'est plus sain...Plus simple. » (MG 5)

« Ca fait partie de ma liberté je ne suis pas acheté. » (MG 1)

Le paiement à l'acte matérialiserait également selon eux le contrat tacite entre médecin et patient.

*« Pour moi c'est important qu'il y ait une relation contractuelle individuelle avec le patient. » (MG 4)*

*« Parfois il faut faire payer sinon l'acte n'a pas de sens. Je ne fais pas de commerce. » (MG 3)*

Il apparaissait en opposition avec la gratuité des soins, dont l'effet pervers selon eux serait de dévaloriser l'acte médical, d'encourager le sentiment de "droit au soin", plaçant ainsi le patient dans une position de victime et de consommateur de soin.

*« Le non paiement, la gratuité, c'est vraiment dangereux. Quelque chose qui est gratuit n'a pas de valeur. Ça va dégrader encore l'investissement des gens dans leur pathologie. Beaucoup de gens pensent "on a droit à tout". Mais en celà ils se placent plus en victime et en consommateur de soin. Ce n'est pas une attitude adulte [...] Je ne suis pas contre la gratuité, pour les problèmes sociaux sévères, c'est sûr il faut que les gens puissent se soigner, mais la gratuité généralisée et pour tous a trop d'effets pervers. » (MG 8)*

Le paiement à l'acte apparaissait cependant mal adapté pour la prise en charge de pathologies chroniques.

*« Pour le coup je trouve qu'une rémunération à l'acte exclusivement c'est inadapté. Il faudrait qu'il n'y ait pas que de la rémunération à l'acte [...] pour les pathologies chroniques par exemple, pour des prises en charge qui nécessitent des consultations multiples avec des objectifs bien définis. » (MG 7)*

### 3.3.3.2 Les autres modes de rémunération

Les praticiens déconventionnés interrogés semblaient ne pas bien connaître la rémunération au forfait, mais quelques uns accueillait ce principe d'un bon oeil, pour la prise en charge de pathologies chroniques.

*« C'est pas que je remets en cause vraiment le paiement forfaitaire, effectivement ça peut se concevoir dans une prise en charge globale d'un patient avec une pathologie (chronique). » (MG 4)*

*« Il devrait y avoir aussi un peu de rémunération au forfait pour les pathologies chroniques par exemple. » (MG 7)*

La rémunération à la performance, sur objectifs de santé publique recevait des avis divergeants.

Quelques médecins y voyaient une manière d'améliorer la qualité des soins de certains généralistes.

*« Si c'est bien fait pourquoi pas...ça permet à certaines personnes de se mettre à jour. » (MG 10)*

*« L'autre manière de le voir c'est qu'il y a des abus, ou des grosses lacunes dans les pratiques.*

*Alors ils sont obligés de faire ça pour maîtriser les dépenses, et assurer un minimum de mise à jour des pratiques...mais si on en est là moi je désespère pour la médecine française. » (MG 8)*

Mais une importante majorité considérait qu'elle n'était pas souhaitable, pour plusieurs raisons. La rémunération à la performance était interprétée comme une remise en cause de l'éthique professionnelle.

*« Quand vous avez une éthique de travail, je ne comprends pas la démarche intellectuelle de ce lien entre prescription et cadeau de la sécu. A la base on est médecin, ça remet vraiment en question ma déontologie de voir ça. On a passé 10 ans à prendre soin des gens, en études [...]enfin ce n'est pas anodin comme études, pourquoi tout d'un coup on viendrait questionner notre "bonne foi", notre identité de médecin. » (MG 8)*

*« Ça questionnerait mon éthique de travail d'avoir une prime parce que j'ai bien fait mon travail, parce que c'est un peu ce qui se passe maintenant avec les paiements à la performance. Je le fais déjà au mieux de mes possibilités, cette histoire de prime, de rémunération à la performance ça me gênerait. Pourquoi je fais bien mon travail, pour avoir des primes ou pour rendre service au patient ? » (MG 13)*

Beaucoup la considéraient comme malsaine, perturbant la pratique par une question financière.

*« Je refuse catégoriquement au moment de ma consultation de me poser la question si ma décision thérapeutique va être bien perçue et rémunérée ou non. Enfin si jamais on commence à résonner comme ça il faut changer de métier. » (MG 5)*

Ils faisaient remarquer qu'elle mettait en place un contrôle de l'exercice médical, contrôle jugé discutable quant aux buts recherchés.

*« Ils ont beau développer la rémunération au forfait et tout ça, ça ne représente rien et ça donne de l'administratif en plus, du contrôle en plus... » (MG 12)*

*« La sécu n'est pas là pour faire des économies ils sont là pour appliquer les règles de ceux qui gouvernent et de la haute finance. » (MG 1)*

*« Les médecins là-dedans ils sont achetés en quelque sorte. On ne revalorise jamais leurs honoraires mais on leur met des primes pour qu'ils prescrivent ce que veulent les labos...moi ça me choque! » (MG 11)*

D'autres enfin jugeaient que les indicateurs de performance n'étaient pas pertinents, avec suggestion d'influences néfastes quant à la sélection de ces indicateurs.

*« Et on se demande toujours d'où viennent les évaluations de cette performance. Les indicateurs semblent changer assez souvent. » (MG 7)*

*« Je n'en veux pas de leurs primes c'est malsain. Les primes à la "performance" et je dis entre guillemets "performance" parce que les indicateurs changent souvent [...] Télétransmettre et être informatisé à part pour piquer les données du secret médical je ne vois pas pourquoi ça serait de la performance. » (MG 11)*

### 3.3.4 – Régulation de la charge de travail

Les médecins déclaraient pour la plupart que leur exercice hors convention leur assurait une régulation de leur charge de travail. Plusieurs mécanismes étaient évoqués :

Beaucoup d'entre eux énonçaient d'une part une réduction de leur patientèle. Chacun pratiquant une activité annexe bien spécifique, le recrutement de patient s'en trouvait diminué.

*« Ah bah oui bien sûr. Déjà vous avez une activité spéciale, qui est demandée, mais qui reste marginale. Les gens viennent vous voir pour cette compétence particulière, alors de fait vous aurez peut être moins de patients qu'un généraliste. » (MG 13)*

*« C'est sûr que ça régule de faire de l'ostéopathie, de l'acupuncture ce n'est pas le même "public" en quelque sorte. » (MG 9)*

*« Les secteurs III doivent avoir moins de demandes qu'un médecin généraliste classique en secteur I qui doit gérer le tout venant, les certificats, les bébés, les chroniques. » (MG 12)*

Parfois une notion implicite du coût des soins apparaissait dans le discours.

*« Surtout moi en esthétique, je ne vois pas tout le monde c'est évident. » (MG 11)*

Il était souvent évoqué également la relative indépendance vis-à-vis de la démographie médicale par rapport à un médecin conventionné.

*« On a moins si vous voulez la nécessité de fournir un "service" qu'en secteur I, en médecine générale plus "classique". » (MG 2)*

Enfin, les praticiens recevaient selon eux moins de consultations pour des motifs discutables.

*« On reçoit (en médecine générale classique) beaucoup de patients qui perçoivent leur pathologie comme une urgence alors que ça n'en est pas du tout, mais il faut qu'ils viennent pour pouvoir être soignés tout de suite, arrêt de travail tout de suite pour ne pas perdre leurs jours. Il n'y a pas cette culture collective que des pathologies ne se soignent pas en 3 jours et que le corps fait 90% du*

*travail. » (MG 8)*

Quelques praticiens émettaient des avis différents. Dans leur croyance, ce n'est pas en soi le fait d'être déconventionné qui diminuerait leur charge de travail, cela tiendrait également à une certaine organisation du cabinet, par un fonctionnement sur rendez-vous ou par l'exercice en groupe.

*« Ce n'est pas forcément le secteur 3 c'est surtout le fait de travailler sur rendez vous... je pense qu'en secteur 2 on peut aussi avoir la possibilité de réguler son temps de travail, même en secteur 1 ...c'est juste la prise de rendez vous je pense [...] C'est peut être aussi plus facile en cabinet de groupe. » (MG 4)*

*« En secteur III typiquement vous allez être sur rendez-vous parce que vous n'avez pas du tout venant, et les gens sont demandeurs d'avoir une certaine durée de consultation. » (MG 12)*

Un praticien évoquait quant à lui une autorégulation de sa charge de travail liée à son activité d'ostéopathie et à sa possibilité de performance.

*« Ma charge de travail elle se régule d'elle-même. Si je suis performant les gens n'ont pas besoin de revenir. Je ne refixe jamais de rendez-vous. Ils savent qu'ils peuvent revenir bien entendu, mais pas de consultation systématique. » (MG 1)*

### **3.3.5 – Permanence des soins**

Les médecins déclaraient majoritairement ne pas se sentir débordés par la permanence des soins. Parfois parce qu'ils considéraient que leur exercice n'avait pas vocation à remplir cette permanence.

*« Je gère les urgences parfois par téléphone et en fixant un rendez-vous rapide. De vraies urgences comme en médecine générale j'avoue que j'en ai pas vraiment. La permanence des soins c'est plus*

*un engagement vis-à-vis de la patientèle. Si les gens ont vraiment un problème aigu ils vont voir d'autres médecins, il y a des médecins de garde etc. » (MG 3)*

*« Tout peut être déprogrammé, reprogrammé. » (MG 12)*

Parfois parce que selon eux, leur patientèle recevait sans problème leur nécessité d'accorder vie personnelle et vie professionnelle.

*« Les gens en secteur III sont plus cools avec ça, ils savent que je fais le maximum, que je donne mon temps, ils savent que je suis humain, parfois on perd l'idée que le médecin est aussi humain, surtout le généraliste, on pense qu'il peut tout faire, tout le temps, être disponible tout le temps ce n'est pas vrai. On est pas bon quand on est fatigué. Quand je suis fatigué je me repose...ça se passe très bien, je ne culpabilise pas quand je ferme mon cabinet. » (MG 9)*

*« Non ce n'est pas un souci. Je prends mes congés. Les gens savent que je ne suis pas surhumaine. Ils voient l'énergie qui est transmise en consultation. » (MG 11)*

Un praticien estimait que son activité partielle lui rendait la permanence des soins impossible, et que les patients l'avaient intégré.

*« J'ai déjà une activité partielle des deux côtés donc être présent tout le temps au cabinet la question ne se pose pas. » (MG 7)*

Un autre mettait en avant l'exercice en groupe.

*« Alors le côté permanence des soins je n'ai pas vraiment à m'en soucier parce qu'on travaille à plusieurs ici. » (MG 5)*

Concernant la permanence des soins lorsqu'ils étaient en congés, de manière quasi-unanime ils déclaraient fermer leur cabinet, sans avoir recours à un remplaçant.

*« Pas vraiment [...] je vois beaucoup de personnes avec des problèmes chroniques, en thérapies brèves ça m'arrive oui d'avoir des urgences et de me rendre plus disponible que d'habitude. Mais non je ne ressens pas de pression quant à la permanence des soins. Concernant mes congés, je les prends, je prévois bien sûr, j'arrive en fait à ne pas organiser de rendez-vous pendant une semaine*

*ce n'est pas un souci. Mon activité particulière ne réclame pas vraiment de remplaçant pour être franche. » (MG 2)*

Certains d'entre eux exprimaient aussi un certain renoncement vis-à-vis de la permanence des soins, expliquant qu'il leur était difficile de trouver un remplaçant adapté.

*« Les gens veulent me voir moi, pas un remplaçant. Et puis vous voyez pas la difficulté à trouver un remplaçant qui soit fiable, il faudrait que je l'évalue etc. » (MG 10)*

*« C'était gênant pour moi parce que je ne peux pas vraiment garantir la qualité de service qu'auront mes patients quand je ne suis pas là. » (MG 13)*

*« Les gens viennent me voir pour une certaine réputation, des résultats. Je ne me vois pas vraiment prendre un remplaçant. » (MG 6)*

*« Ca serait difficile de trouver quelqu'un qui a le même exercice que moi et qui remplace. » (MG 8)*

Ils soulignaient également le fait qu'il leur était exceptionnel de jouer le rôle de médecin traitant.

*« En tant que secteur III je peux être médecin traitant, je n'y tiens pas trop, ça m'arrive bien sûr, mais ce n'est pas la généralité. » (MG 3)*

*« Je suis quelques personnes en tant que médecin traitant, mais très peu. Forcément la permanence des soins c'est moins une problématique pour moi. » (MG 11)*

Enfin, ils expliquaient qu'ils exerçaient la médecine au sein de leur cabinet de manière exclusive ou quasi exclusive, sans effectuer de visites à domicile.

*« Non jamais. » (MG 1)*

*« Je ne fais pas de domicile dans mon cadre d'activité. » (MG 6)*

*« Non non. Alors c'est déjà arrivé pour des fins de vie...mais non c'est vraiment anecdotique. Ou parfois pour dépanner, mais c'est très rare. » (MG 11)*

*« Non c'est très exceptionnel, parfois pour des personnes en fin de vie, ou des personnes âgées qui ne peuvent plus venir. Mais non ça doit arriver deux ou trois fois par an. » (MG 4)*

### 3.3.6 – Charge administrative

La charge administrative était globalement perçue par les médecins interviewés comme diminuée, et ce pour plusieurs raisons :

D'une part du point de vue de la tenue du dossier médical, Beaucoup de praticiens estimaient qu'ils avaient moins de travail que les autres généralistes conventionnés, particulièrement dans le domaine de l'ostéopathie, de l'hypnose et de l'esthétique.

*« Je n'ai pas besoin d'examen complémentaire ou exceptionnellement [...] la tenue du dossier médical, ma pratique m'en libère complètement. » (MG 1)*

*« Ma tenue de dossier médical est simple, je n'ai pas d'examens de biologie à lire [...] non sur le côté administratif c'est très relax par rapport à ce que je faisais en médecine générale et aux urgences aussi d'ailleurs. » (MG 12)*

Mais d'autres praticiens faisaient remarquer eux, que leur pratique n'était pas possible sans la tenue rigoureuse de leurs dossiers médicaux et que la charge médicale administrative n'était pas particulièrement réduite par l'exercice hors convention.

*« J'ai des dossiers médicaux à tenir oui c'est de toute façon nécessaire pour être performant. » (MG 6)*

*« Aucune différence...ça ne change rien, j'ai la même tenue de dossier [...] tout est classé, scanné...toutes les biologies sont enregistrées. » (MG 5)*

Cependant, la majeure partie des médecins admettait n'avoir que peu de certificats et "formulaires en tout genre" à remplir, comme c'est le cas pour leurs collègues conventionnés.

*« Peut-être moins de certificats, moins d'arrêts, accidents de travail, peu de dossiers sociaux. » (MG 7)*

*« Les gens ne se poussent pas à votre porte pour avoir leur arrêt de travail de complaisance, leurs*

*certificats de sport, les papiers administratifs pour les invalidités etc...Vous êtes libre. » (MG 11)*

*« On a pas de papiers, certificats en tout genre, arrêts de travail. » (MG 13)*

Un praticien établissait un lien entre son exercice hors convention et la possibilité de diminuer sa charge administrative par le biais d'un secrétariat.

*« Par contre je peux en déléguer une partie de cette charge médicale, c'est une facilité car j'ai les moyens d'avoir une secrétaire, moyens que je n'aurais pas si j'avais des consultations à 23 €, ou alors je devrais travailler comme un malade, ce qui gênerait ma qualité de soin. » (MG 5)*

Concernant la charge administrative non médicale et la gestion du cabinet médical, la plupart des médecins estimaient que le secteur III ne présentait pas de singularité.

*« La comptabilité, la gestion du cabinet est équivalente. » (MG 1)*

*« Concernant la gestion du cabinet non je pense que c'est très similaire la même compta, gestion de secrétariat etc...» (MG 13)*

Certains notaient tout de même un allègement conséquent de leur comptabilité par le fait de ne pas réaliser de tiers payant.

*« Je n'ai pas le souci de devoir comme certains généralistes, d'envoyer les tiers payant, les CMU...est-ce que je suis payé ? est-ce qu'on va me payer ? » (MG 9)*

*« Et puis je ne fais pas le tiers payant ça m'enlève beaucoup d'administratif. » (MG 4)*

### 3.4 – Critique du secteur III

Lors des entretiens quelques praticiens témoignaient de quelques déceptions au sujet de l'exercice hors convention.

La plupart d'entre elles se portaient sur la fiscalité relative à ce secteur.

*« Avec le secteur III je dois payer une TVA et les charges ne sont pas les mêmes, pour la retraite non plus ça il faut le savoir. » (MG 12)*

*« Il y a beaucoup de freins financiers au secteur III, la caisse de retraite coûte plus cher, c'est plus cher au RSI, plus cher pour l'URSSAF...[...] Il faut quand même se rendre compte que financièrement le secteur III est extrêmement taxé, financièrement c'est vraiment très désavantageux. » (MG 6)*

Parfois les médecins interviewés évoquaient des difficultés lors de leur installation.

*« Quand j'ai demandé le secteur III on m'a dit que ça n'existait pas ils ont été très surpris. » (MG 12)*

*« A la CPAM ils me regardaient avec des grands yeux comme ça...Ils ne savaient pas répondre à mes questions. Ils m'ont dit : il n'y en a pas dans le nord, ce qui était bien sûr faux. Ca, ça a été compliqué. Partout, on ne sait pas que ça existe. L'URSSAF m'a mis en conventionné...La démarche est particulière et on se heurte à l'ignorance. On m'a dit que rien ne pourra être prescrit, que rien ne pourra être remboursé...ce qui s'est avéré faux également. Une désinformation incroyable. » (MG 2)*

Quelques-uns regrettaient une activité trop réduite.

*« C'est sur que l'activité en secteur III présente des risques. Je suis avec l'incertitude de la semaine suivante, mon agenda se remplissait et débordait. Depuis quelques années, les patients espacent de plus en plus leurs délais de rendez vous. » (MG 6)*

« Je ne me suis pas enrichi comme mes confrères à faire mon métier, en secteur III je ne pense pas que ça soit facile de bien gagner sa vie...il faut être performant. » (MG 3)

Le non remboursement des soins prodigués était souvent source d'interrogation.

« En théorie avec l'Europe on a plus le droit de ne pas rembourser un secteur 3. En France, le système assurantiel fait que la sécu a plus ou moins le monopôle et décide de tout [...] ces soucis légaux doivent tomber sinon le secteur III restera très pénalisé. » (MG 4)

« Le système français n'est pas adapté pour celà, vous risquez de n'avoir personne...Le remboursement en centimes c'est assez scandaleux. » (MG 6)

Un médecin critiquait également le système l'obligeant à exercer en secteur III, qu'il assimilait au développement d'une médecine à deux vitesses.

« Mais pour moi le secteur III actuel, c'est un peu une médecine de riche, et c'est dommage. Les honoraires complètement libres ce n'est pas bon non plus [...] ça donne une très mauvaise image de la médecine. » (MG 7)

### **3.5 – A propos de la Patientèle**

#### **3.5.1 – Réaction des patients vis-à-vis des honoraires libres et du non-remboursement**

Pour beaucoup de médecins, les patients réagissaient bien aux particularités tarifaires du secteur III. Ils semblaient que leur patients s'attendaient à l'adaptabilité des honoraires et à leur faible remboursement, de par la spécificité de la pratique,

« Ils sont souvent au courant que ce n'est pas bien remboursé, voire pas du tout [...] Ils savent que la pratique est particulière et s'attendent à ce que ça ne soit pas remboursé. » (MG 2)

« Il n'y a rien de remboursé c'est de l'esthétique, c'est du luxe, c'est pas des maladies [...] De toute façon ils le savent. » (MG 10)

Mais aussi parce que le recrutement de leurs patients s'effectuerait de manière importante par le "bouche-à-oreille".

« C'est aussi un recrutement par le bouche-à-oreille donc ils arrivent avertis si tu veux. » (MG 3)

« Il y en a qui sont au courant car une grande partie des patients viennent de la part d'autres patients. Donc ils sont au courant et c'est un choix personnel en connaissance de cause. » (MG 4)

La participation débutante des mutuelles dans la prise en charge de quelques consultations par an semblait également faciliter l'accueil de ces honoraires.

« Ils ne me font que rarement des remarques concernant leur remboursement. Il y a quelques mutuelles qui prennent un minimum par an en secteur III à priori. » (MG 1)

« Il y a des mutuelles qui prennent un peu en charge maintenant en plus. Les mutuelles vont suivre si le secteur III se développe. » (MG 9)

Il arrivait parfois qu'il y ait une discordance entre le projet de soins envisagé par le médecin et par le patient.

« Après ceux qui ne savent pas, il y en a certains qui m'en parlent et pour qui c'est un frein, pas seulement financier mais parfois moral en se disant " je cotise à la sécu je vois pas pourquoi je ne serais pas remboursé", ça c'est indépendant du revenu... » (MG 4)

« Le problème c'est que les patients ne sont pas remboursés, enfin si 37 centimes, ce qui est une spécificité française. Ceci est déjà un problème, il y a également un problème de mentalité en France. Les français estiment que ce n'est pas normal de régler une consultation et de ne pas être remboursé. » (MG 6)

« Peu de patients ont suivi à ce moment là c'est certain j'ai perdu une partie de patientèle. » (MG 7)

Quelques praticiens avouaient qu'ils devaient négocier régulièrement leurs honoraires avec leurs patients, notamment en esthétique, et lors de prises en charges répétées.

« Vous savez en médecine esthétique c'est un peu comme un commerce, les gens demandent des réductions. C'est pas comme de la médecine, ils nous considèrent plus comme des instituts de beauté donc ça ne les gêne pas de demander des réductions. » (MG 10)

« Vis à vis du non remboursement, oui ils négocient un peu parfois les actes. Maintenant ils sont bien sûr au courant et les tarifs c'est affiché en salle d'attente de toute façon. On établit un devis aussi, donc il y a une consultation préalable avant les soins. » (MG 12)

### 3.5.2 – La recherche d'un service différent

Cette bonne acceptation des conditions tarifaires du secteur III étaient liées selon les médecins à la recherche d'un service différent.

« Ils comprennent régler pour un service particulier, sans souci. » (MG 13)

« C'est un service qu'ils recherchent, ils ne me font que rarement des remarques concernant leur remboursement. » (MG 1)

« Ils sont demandeurs d'un service différent. Ca leur paraît normal finalement. » (MG 2)

Parfois une recherche de performance était rapportée.

« Dans le secteur III, les gens viennent la chercher cette performance. » (MG 8)

« De notre côté, on a un peu une obligation de résultat mais le patient est demandeur. » (MG 7)

« Ils cherchent un service différent, de la performance. » (MG 10)

A d'autres occasions une qualité d'écoute, une durée de consultation étaient mises en avant.

« Ca intrigue ce statut de secteur III vous savez, les gens sont demandeurs de choses différentes, d'une écoute, de temps. » (MG 11)

### 3.5.3 – Un patient différent ?

Les médecins interrogés avaient une représentation selon laquelle le patient était influencé par le caractère particulier du secteur III. Au sujet de la compliance des patients, certains estimaient qu'ils s'impliquaient activement dans la consultation, avec une meilleure observance, une meilleure adhésion à la prise en charge.

*« Je leur dis, mais c'est vous qui allez faire quelque chose pour vous, ça dépend de vous. Ils se responsabilisent bien plus je trouve. On a pas ce souci d'infantilisation, de "je suis le savoir et vous appliquez" [...]L'observance est bien meilleure, le patient est plus adulte en face de moi, le fait de faire la démarche, de ne pas considérer la consultation, les soins comme un droit. » (MG 13)*

*« Oui je pense que ça augmente l'observance, il y a une responsabilisation plus importante du patient. Comme c'est une démarche personnelle particulière c'est un choix vraiment responsable. » (MG 4)*

D'autres praticiens amenaient une nuance concernant ce même aspect, suggérant que le secteur III permettait une prise en charge différente, qui elle, amenait un changement chez le patient.

*« Je crois que c'est aussi une affaire de pédagogie. Quand on prend plus de temps pour s'intéresser aux gens ils sont plus à l'écoute eux-mêmes et on forme une équipe. Je ne suis pas le prescripteur et le patient l'enfant. Je suis l'expert qui pose les bonnes questions et le patient évolue. » (MG 3)*

*« En 15 ou 20 minutes les gens n'ont pas le temps de vraiment comprendre le message on va trop vite. Et ils sont moins investis dans leur traitement. (ici) La démarche et l'attention de soin est différente. Le patient est acteur de son soin. » (MG 8)*

*« Moi, je peux me permettre de prendre le temps de tout réexpliquer, d'évaluer l'observance etc... » (MG 2)*

Parfois ils évoquaient une diminution de la tendance au consumérisme médical.

« *On est pas dans le consumérisme ils sont plus impliqués.* » (MG 3)

« *Ils paient ils ne viennent pas pour rien.* » (MG 5)

Ils signalaient fréquemment que le patient était plus exigeant, mais accueillait cet aspect assez favorablement.

« *Certains patients peuvent être extrêmement exigeants [...] c'est quelque chose qui arrive.* » (MG 12)

« *Alors c'est plus difficile en consultation, les questions posées sont plus difficiles, mais c'est plus intéressant.* » (MG 11)

### ***3.6 – L'exercice de la médecine générale et le secteur III***

#### **3.6.1 - L'installation des jeunes généralistes**

##### 3.6.1.1 Surcharge de travail

Les praticiens interrogés s'associaient dans un même constat général. Les jeunes médecins généralistes ne souhaitent pas s'installer en raison d'une trop importante charge de travail.

Ils considéraient que l'inadéquation entre l'offre et la demande suscitait d'emblée une inquiétude chez les jeunes médecins quant à leur charge de travail.

« *Les jeunes ne s'installent pas à cause de la charge de travail. L'inadéquation entre l'offre et la demande.* » (MG 13)

« *Un cabinet d'un médecin qui part à la retraite [...] Ce n'est pas forcément très dur sur le plan des démarches mais là du coup on démarre tout de suite avec beaucoup trop de patients. On rentre*

*directement dans la surcharge de travail. » (MG 12)*

Pour beaucoup de médecins interrogés, la démographie était en cause, estimant donc que la charge de travail d'un médecin généraliste dépendait de son bassin de population.

*« Un généraliste doit prendre le tout venant. Parce que la démographie médicale est difficile vis à vis des médecins généralistes. Déontologiquement c'est dur de refuser de prendre en charge les malades [...] On est un petit peu otage en un sens. » (MG 13)*

*« C'est la démographie je crois, plus que la non revalorisation de l'acte qui crée cette charge de travail énorme en médecine générale. » (MG 12)*

Les praticiens déconventionnés mentionnaient également une évolution vers le consumérisme médical.

*« Il y a un consommériste massif, les mentalités des patients ont aussi changé [...] Maintenant il faut absolument tout soigner, il faut consulter pour le moindre symptôme. » (MG 1)*

*« On reçoit beaucoup de patients qui perçoivent leur pathologie comme une urgence alors que ça n'en est pas du tout, mais il faut qu'ils viennent pour pouvoir être soignés tout de suite. » (MG 8)*

*« C'est dur quand la demande augmente (parfois pour des pathologies qui ne nécessitent pas de traitement et qui guérissent toutes seules. » (MG 12)*

La non revalorisation de l'acte médical apparaissait dans le discours de nombreux médecins interrogés, associée à un cercle vicieux inflationniste. Le praticien n'ayant que peu de temps à consacrer à son patient, tend à diminuer malgré lui la qualité de sa prise en charge, à multiplier les examens complémentaires pour ne pas méconnaître de diagnostic, et à devoir revoir son patient, surchargeant alors encore plus son emploi du temps.

*« Des actes sont un peu baclés, j'ai moi-même à une période été obligée d'accélérer mon rythme de consultation pour pouvoir m'en sortir. Il faut pouvoir être rapide, multiplier les actes. Ça pousse à mon sens à se protéger, puisqu'on ne peut pas faire une médecine de grande qualité, on fait plus d'examens complémentaires pour être sûr que les pathologies n'apparaissent pas. » (MG 7)*

*« Ils doivent aller trop vite, faire des consultations au rabais, ils n'arrivent pas à prendre le temps nécessaire, ou alors ils se surchargent énormément. La consultation n'est pas revalorisée enfin je veux dire le prix de la consultation actuellement il est ridicule. Comment voulez-vous que les médecins ne multiplient pas les actes ? Ils sont pressés par le temps, n'ont pas le temps de bien parler aux gens, de leur expliquer les stratégies thérapeutiques alors évidemment leurs résultats en souffrent, et les gens reviennent... » (MG 11)*

La gestion du temps des médecins généralistes leur semblait parfois inappropriée, évoquant la surcharge administrative et la résolution de problèmes sociaux, ou socioprofessionnels.

*« Le médecin généraliste est en premier recours pour tout, même des choses qui nécessiteraient plus un psychologue ou un prêtre... Pour trouver un sens à la vie, gérer des relations conflictuelles. Le monde du travail aussi devient très difficile et vous avez des gens qui ne supportent pas. » (MG 12)*

*« En secteur I on leur en demande beaucoup, on leur demande beaucoup trop d'administratif qui n'est pas vraiment de l'ordre du médical et qui est beaucoup de l'ordre du social. » (MG 3)*

Un dernier argument suggérait que la féminisation de la profession entraînait une perturbation de la démographie médicale.

*« Il y a de moins en moins de généralistes, la féminisation de la profession fait beaucoup pour diminuer l'offre [...] les femmes je pense, trouvent plus d'attrait à être salariées pour plein de raisons. » (MG 8)*

### 3.6.1.2 Méconnaissance du libéral et des démarches

Ils estimaient parfois que les jeunes n'étaient pas formés correctement sur le plan de la comptabilité, des démarches, de la gestion de cabinet libéral pour démarrer une activité.

*« S'installer, se retrouver tout seul à gérer tout tout seul. Ce n'est pas ça qu'on apprend à la fac, ça demande beaucoup de démarches. Il faut un capital de départ pour le matériel, pour le local ça*

*demande d'avoir les épaules pour encaisser ça, les premières années peuvent être très dures. » (MG 12)*

### 3.6.1.3 Le statut de remplaçant

Enfin, nombreux sont ceux qui évoquaient un statut de remplaçant un peu trop favorable, retardant l'âge d'installation, et encourageant certains médecins à remplacer toute leur vie.

*« Est-ce que c'est logique qu'on puisse rester remplaçant ad vitam aeternam, sans prendre de risque, sans s'engager auprès de la population...[...] j'ai beaucoup d'amis qui ne voient aucun intérêt à s'installer, c'est bien plus facile pour eux, de travailler 2-3 semaines par mois et être au calme le reste du temps, pas de comptabilité, pas de suivi au long cours [...] ça a les avantages du libéral dans la rémunération sans les inconvénients. » (MG 8)*

*« Aujourd'hui c'est l'inverse, ils préfèrent remplacer. Mon fils lui, il remplace 2/3 semaines par mois, il a une semaine de vacances et touche son chèque à la fin du mois, il sait qu'il doit mettre 30 à 40% de côté et puis voilà...il a pas de soucis pas d'emmerdes. Le statut de remplaçant c'est du pain béni. Pourquoi ils s'embêteraient à s'installer actuellement ? Il y a un réel problème avec le statut de remplaçant [...] Si plus personne ne s'installe les médecins installés sont de plus en plus débordés, ils doivent s'arrêter de plus en plus souvent donc ils ont besoin de remplaçants, le nombre de remplaçants augmente etc...cette logique là va dans le mur. » (MG 9)*

### **3.6.2 - Le Secteur III, solution pour revaloriser la médecine générale ?**

Les médecins interrogés considéraient majoritairement que le secteur III répondait à de nombreux écueils de la pratique conventionnée, cependant ils ne pensaient pas que cette solution puisse voir le jour en pratique.

« Oui c'est sûr que le secteur III sur les aspects de choix de sa pratique, gestion du temps, l'indépendance vis-à-vis de la sécu c'est intéressant. Mais c'est en théorie. » (MG 7)

« Sur beaucoup de principes, l'adaptation de la rémunération en fonction de la durée, de la difficulté de consultation, c'est très tentant [...] oui le secteur III répondrait à ces problématiques [...] ça reste très théorique. » (MG 6)

Les objections sur cette solution étaient diverses.

La nécessité d'exercer une activité particulière, différente, apparaissait déterminante pour la plupart.

« Il faut juste trouver quelque chose en plus qui va faire que les gens viendront chez vous [...] s'il a une activité annexe qui le passionne, oui le secteur III est une option c'est clair. » (MG 11)

« Je ne crois pas que le secteur III soit une solution pour un médecin généraliste. Il faut une activité spéciale qui attire du monde et qui justifie les honoraires libres. » (MG 12)

« Je pense que les gens qui vont voir un médecin de secteur 3 vont le voir parce qu'il est différent dans sa pratique. Il faut que la pratique soit différente, que le médecin soit particulier. Il faut que ce soit en bonne intelligence. On est en secteur III car on propose une médecine différente et que l'on s'adapte. » (MG 4)

« Actuellement de mon point de vue les seuls généralistes qui sont en secteur III ce sont les homéopathes, les acupuncteurs, des nutritionnistes, ostéopathes et s'ils ne sont pas excellents ils ne peuvent pas fonctionner. En pratique, ça reste réservé à des activités de médecines très spécifiques et éloignées de la médecine générale telle qu'on la connaît ou qu'on l'apprend à l'université. » (MG 6)

Certains faisaient remarquer qu'une médecine générale classique, avec suivi de maladies chroniques était peu compatible avec le secteur III.

« Sur le papier c'est vrai qu'il peut résoudre les quelques tracas. Non je ne crois pas, c'est trop particulier, encore une fois 95% les médecins ont une activité classique, ça ne les concerne pas de mon point de vue. On ne peut pas faire de suivi de maladies chroniques en secteur III [...] Il y aura

*toujours des marginaux en secteur III, mais je ne pense pas que ça puisse s'ouvrir pour la médecine classique. » (MG 1)*

*« Dans l'état actuel des choses je pense que pour une médecine générale plus classique c'est compliqué...[...] Financièrement et même au niveau éthique, on a envie d'être utile au plus grand nombre quand même... » (MG 2)*

*« Le vrai souci pour une médecine générale habituelle, c'est que les gens n'auront pas les moyens de se soigner régulièrement sur un secteur III. C'est tentant mais ça n'est possible réellement à mon sens dans une activité spéciale pour laquelle la consultation n'est pas forcément régulière. » (MG 7)*

D'autres soulignaient l'inadaptation des honoraires libres et du non remboursement.

*« Moi je ne vois pas forcément le secteur III se développer pour la médecine générale classique. Pourquoi les gens viendraient consulter en secteur non remboursé alors qu'ils ont la possibilité de l'être, pour une pratique similaire ? » (MG 12)*

*« S'il se met en secteur III ça me paraît difficile qu'il augmente ses tarifs surtout initialement parce que parmi ses patients habituels, certains ne vont plus venir. De mon point de vue, mon secteur III seul ne tiendrait pas. Sur le papier c'est très tentant le secteur III. Je ne sais pas comment c'est faisable en médecine générale classique. » (MG 8)*

*« Etre isolé en secteur III c'est compliqué, les personnes vont aller voir les praticiens en secteur I. » (MG 2)*

Un bon nombre d'entre eux estimait que sans un déconventionnement massif, la solution n'était pas envisageable.

*« A partir du moment où les deux secteurs cohabitent, ça ne peut pas marcher à grande échelle, il y aura forcément un fossé entre les deux. Si le secteur III se développait, oui, oui ça pourrait être valable mais le système n'y est pas prêt. Si beaucoup de praticiens se déconventionnaient, le système devrait s'adapter ainsi que les mutuelles. » (MG 2)*

« Si c'est pour faire de la médecine générale pure, s'installer en secteur III...alors oui si tout le monde se déconventionne...Si tous les médecins disent "y en a marre"...là d'accord c'est formidable, ça mettrait un coup de pied dans cette politique intrusive... » (MG 9)

« L'idée d'un déconventionnement massif, si ça se fait avec pleins de médecins généralistes en même temps, ça, ça serait reprendre le contrôle de notre profession. » (MG 13)

Parfois ils jugeaient recevable un passage en secteur III pour un généraliste qui voudrait exercer différemment.

« Je pense que oui. On se rend bien compte que la médecine générale aujourd'hui ne peut plus continuer comme ça. Si elle ne s'en donne pas les moyens, la qualité des soins va plonger. » (MG 5)

« Ca serait complètement valable pour une médecine, même plus classique, avec du suivi de chronique. Ce n'est pas obligatoire de faire une médecine spéciale pour moi. Ca serait super de pouvoir prendre son temps, de pouvoir faire plus de prévention l'exercice serait bien plus agréable. » (MG 13)

Mais dans ce cas encore, ils étaient très nombreux à émettre des réserves sur la possibilité pour un jeune de démarrer sa pratique hors convention, pensant que seul un généraliste avec une patientèle déjà bien établie pourrait se le permettre.

« Ca paraît difficile pour un jeune de démarrer directement en secteur III, moi j'ai du mal à y croire. Alors ça n'est pas incompatible, pas du tout, c'est intéressant d'envisager une pratique de médecine générale plus classique, avec plus d'interrogatoire, plus de développement personnel du patient, élaguer peut-être un peu les ordonnances c'est un beau projet. Mais sans une patientèle importante c'est compliqué. » (MG 3)

« Peut-être pour un vieux médecin avec une patientèle très importante qui voudrait faire son métier autrement. Il perdrait sûrement la moitié de ses patients en faisant, ça il faut y être prêt et savoir l'encaisser. » (MG 12)

« Pour un jeune ça me paraît plus risqué. » (MG 2)

« Pour un jeune cela parait compliqué en installation secteur 3 sans patientèle. » (MG 4)

L'évocation d'un exercice en groupe ou en maison médicale semblait être plus plébiscité.

« Je crois que les maisons médicales, les associations de médecins c'est plus facile, ça permet un secrétariat, ça permet de s'approcher du salariat, avec plus de facilités de se faire remplacer. Pour la permanence des soins c'est plus facile de diminuer sa charge de travail. Ça résoud pour moi pas mal de problèmes déjà, les heures seront aussi plus strictes. » (MG 12)

« Un médecin généraliste peut arriver à bien organiser son temps. C'est peut être aussi plus facile en cabinet de groupe. » (MG 4)

De manière quasi-unanime ils évoquaient la nécessité d'une adaptation de la convention et de sa nomenclature pour réellement revaloriser la médecine générale, la rendre plus attractive et améliorer la qualité de vie et d'exercice des praticiens.

« La seule solution ça serait que la nomenclature change et s'adapte avec de nouveaux actes, des majorations en terme de durée, rémunérer vraiment bien la coordination, les actes administratifs, parce que là les généralistes que je connais ils n'en peuvent plus. Franchement moi si j'avais la possibilité de côter un tarif de première consultation, de consultation longue je reviendrais rapidement en secteur I. » (MG 4)

« La bonne solution pour moi n'est pas le secteur III. C'est un secteur II avec un dépassement maximum, en fonction de l'acte, avec un changement de nomenclature permettant d'adapter à la difficulté de la consultation et sa durée. » (MG 7)

« La classification des actes devrait être remaniée un minimum. Si on continue comme ça on va dans le mur. La tarification de l'acte par rapport aux autres pays européens devient ridicule. Ce n'est pas en lançant deux trois sous tous les 5 ans, en réclamant encore plus d'administratif en échange que la médecine générale va tenir. » (MG 5)

---

## **4 – Discussion**

### ***4.1 – Forces et faiblesses de l'étude***

#### ***4.1.1 - La population***

Lors d'une recherche qualitative, l'échantillonnage de la population n'est pas tenu à une représentativité statistique. Et parce qu'il n'existe que peu de données concernant le secteur III en médecine générale, nous avons choisi de privilégier la diversité des profils des médecins interrogés afin de réaliser un échantillon à variabilité maximale.

Ainsi, à partir de la base de données existantes, les activités spécifiques des médecins ont été prises en compte. Au risque de ne pas pouvoir extrapoler les résultats à la population générale, nous avons décidé d'interroger des généralistes dans chacun des courants suivants : homéopathie, acupuncture, ostéopathie, nutrition, médecine esthétique, hypnose, médecine du sport. Les médecins qui n'ont pas été interrogés (ceux qui auraient refusé l'entretien et les autres médecins non contactés) pratiquaient dans ces mêmes secteurs d'activité.

#### ***4.1.2 - La méthode***

Afin de permettre la libre expression des médecins et ne pas méconnaître de thème important, la méthode qualitative est apparue comme la plus adaptée pour cette étude. Il nous est apparu que devant un sujet encore méconnu, elle permettait de recueillir le ressenti des médecins sans les enfermer dans un questionnaire trop strict.

Afin de ne pas influencer les informateurs, les questions ouvertes ont été majoritaires.

---

L'ordre des questions s'est révélé important, et tout particulièrement la question portant sur la satisfaction des praticiens sur leur choix du secteur III, qui a été placée très tôt dans l'entretien. Nous avons en effet la crainte que l'exploration des nombreux thèmes spécifiques du secteur hors convention rendrait les praticiens indécis et confus vis-à-vis de cette question fermée.

Le guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature qui s'est concentrée sur la situation globale de la médecine générale et des particularités du Secteur III. Certains thèmes ont pu être méconnus lors de cette recherche bibliographique et c'est pourquoi nous nous sommes permis de remanier le questionnaire au fur et à mesure de nos entretiens semi-dirigés.

Il est enfin possible que l'exhaustivité du guide d'entretien ait pu occulter certains thèmes qui seraient apparus spontanément dans le discours des médecins interrogés.

#### ***4.1.3 - Les biais rencontrés***

Les biais de ce travail sont majoritairement des biais de subjectivité, inhérents à la recherche qualitative.

##### **Biais d'investigation**

Le manque d'expérience de l'enquêteur en recherche, tout particulièrement qualitative, constitue un biais d'investigation prévisible.

##### **Biais d'induction**

Les médecins interrogés ont pu être influencés par l'enquêteur, cherchant à donner la réponse souhaitée par l'enquêteur. Il a pu en effet s'établir un lien entre enquêteur et enquêté, ne serait-ce que par le biais de la prise de contact téléphonique avec explication du travail de thèse. Nous avons

---

limité ce biais en rencontrant des personnes inconnues, en n'utilisant pas la technique de recrutement par le bouche-à-oreille, et en décrivant au minimum l'objet de la thèse et les objectifs recherchés.

Les interventions lors des entretiens ont été réduites au minimum au fur et à mesure de l'acquisition d'expérience chez l'enquêteur.

### Biais d'intervention

Les entretiens semi-directifs n'ont pas permis d'abolir ce biais. Nous avons limité le nombre d'interventions dans le déroulé de l'entretien pour ne pas interrompre le discours des médecins interrogés. Cependant, le nombre de thèmes abordés dans ce premier travail sur le secteur III nécessitait parfois d'affiner certaines réponses, de recentrer le discours, notamment en fin de thèse étant donné l'enrichissement du guide d'entretien.

### Biais d'interruption

Etant donné le profil de l'enquêteur, jeune médecin confronté à un futur choix professionnel, durant les entretiens il est arrivé fréquemment que les praticiens interrogés questionnent mon projet professionnel propre.

Compte tenu de la réalisation des entretiens en face-à-face et l'importance du relationnel et du langage non verbal il a parfois été difficile d'éviter ce biais. Ce phénomène s'est peu à peu amélioré au fil des entretiens.

### Biais d'interprétation

Lié au statut de l'enquêteur qui possède bien sûr sa vision propre, de l'avenir, de l'organisation des soins et de la place du secteur III en soins primaires, le biais d'interprétation a du être réduit. Une triangulation des données a été réalisée, partiellement, pour la retranscription de

---

certains entretiens et pour l'analyse des données. La phase de recueil, elle, n'a été réalisée que par l'enquêteur.

#### **4.1.4 - Limites de l'étude**

A l'exception du secteur II qui nécessite de répondre à certains critères se rapportant au parcours universitaire, le choix du secteur conventionnel est libre en France. Un praticien en secteur III peut repasser en secteur I et vice-versa.

Cette étude a tenté d'analyser le ressenti des praticiens hors convention sur leur pratique médicale. Cependant, nous avons recruté uniquement des praticiens en activité. Il est dans ce cas assez naturel que cette enquête retrouve un plébiscite global de l'exercice déconventionné. Il pourrait être intéressant d'interroger une population, probablement à l'échelle nationale, qui aurait fait le choix du secteur III antérieurement, et aurait changé d'avis en réintégrant la convention médicale par la suite.

Les entretiens semi-dirigés, pour des raisons logistiques, n'ont été réalisés qu'à l'échelle régionale. La saturation des données donne à ce travail une validité interne. Cependant, la répartition géographique des médecins déconventionnés retrouve une densité importante en Île-de-France et en région PACA par exemple, et on peut se demander si les résultats seraient différents si ce travail était étendu à la France entière.

Enfin, chaque généraliste interrogé avait un mode d'exercice particulier (MEP), et peu d'entre eux déclaraient pratiquer l'allopathie. Il semble donc difficile d'extrapoler ces résultats à une médecine générale "classique" afin d'en tirer des perspectives pour le système de santé français. Dans ce but, il faudrait également envisager une thèse nationale, afin de recruter plus d'allopathes.

---

## ***4.2 – Synthèse et Discussion des résultats principaux***

### ***4.2.1 - La liberté tarifaire, élément central dans le choix du secteur III***

L'argument principal dans le choix du secteur III se révèle être la liberté tarifaire. Les médecins l'évoquent d'emblée comme l'élément déterminant pour le choix d'exercice hors convention. Plusieurs praticiens ont d'ailleurs évolué vers le secteur III, lorsque le secteur II qui leur permettait auparavant une liberté tarifaire encadrée n'a plus été disponible. Elle est considérée comme la seule possibilité pour ces médecins d'exercer la médecine comme ils l'entendent, en gérant les contraintes de temps inhérentes à leur pratique, en améliorant leur service rendu et en leur assurant une charge de travail convenable.

On aurait pu penser que cette liberté tarifaire serait un moyen pour ces médecins d'augmenter leurs revenus. Il n'en est rien. Le fait que les revenus globaux des médecins hors convention soient en moyenne plus faible que ceux des médecins conventionnés et qu'ils en soient parfaitement conscients donne une raisonnable particulière à ce plébiscite de la liberté tarifaire.

### ***4.2.2 - L'indépendance vis-à-vis de la sécurité sociale***

Les médecins en secteur III mentionnent leur besoin d'échapper à ce qu'ils considèrent comme une ingérence de la part de la sécurité sociale.

Ils estiment qu'elle remet en cause de manière illégitime leur éthique de travail et leurs compétences. Ils n'envisagent pas que la liberté de prescription puisse être remise en cause. Il ne s'agit pas d'un résultat inédit.

Les travaux étudiant la rémunération sur objectifs de santé publique et les cessations

---

d'activité rapportent des arguments similaires.<sup>42,45,52</sup>

Néanmoins, il faut remarquer que les praticiens interrogés font clairement état d'une prescription de spécialités allopathiques réduite. Leur ressenti concernant la restriction de la liberté de prescription en France pourrait être biaisée ou exacerbée, sans forcément trouver son origine dans des situations qu'ils auraient vécues personnellement.

Dans le même ordre d'idée que cet investissement supposé croissant de la sécurité sociale dans les pratiques médicales, on perçoit une méfiance concernant les données acquises de la science, ou evidence-based medicine. Ceci s'explique probablement par les exercices particuliers de chacun, divergeants de la médecine allopathique telle qu'on peut l'apprendre en faculté.

#### ***4.2.3 - Le paiement à l'acte, gage d'indépendance, de performance et de la relation médecin-malade***

Les médecins non conventionnés jugent le paiement à l'acte supérieur aux autres formes de rémunération, assurant une liberté de pratique, une incitation à la performance et un aspect fondamental de la relation médecin-malade. On peut s'apercevoir par contre, que dans les travaux concernant les internes et les médecins installés, un paiement à l'acte exclusif ne paraît pas souhaitable et qu'une diversification de la rémunération serait accueillie favorablement.<sup>32,36</sup>

Un aspect dérangeant du paiement à l'acte, la demande induite, c'est-à-dire l'incitation à accorder au patient la prise en charge qu'il réclame ou semble réclamer, sous peine de voir le patient consulter un confrère, n'a pas été évoquée. Il est possible que le profil des patients consultant en secteur III et le caractère particulier des pratiques médicales proposées en secteur III la réduisent. On pourrait également arguer que la demande induite aurait tendance à être niée par les médecins.

#### **4.2.4 - La permanence des soins**

Cet aspect soulève un dilemme particulier concernant la médecine générale hors convention. Ce travail suggère que la permanence des soins n'occupe pas une place centrale pour les généralistes du secteur III. La plupart ne considèrent pas que leur exercice nécessite une continuité et une permanence des soins, ils ne remplissent pas la fonction de médecin traitant et n'ont pas recours à un remplaçant lors de leurs congés. Les visites à domicile ne représentent qu'une partie infinitésimale de leur activité. Ils déclarent également que leur pratique en secteur III apparaît inadaptée pour le suivi de pathologies chroniques. Leur tenue du dossier médical et l'importance des charges administratives médicales s'en trouvent clairement allégés.

Ces résultats entrent en conflit avec les missions supposées du médecin généraliste au cœur du système de santé français tel que définies par la WONCA.<sup>54</sup> (Cf ANNEXE 2)

Il pourrait être utile d'étendre ce travail dans la France entière, afin d'établir s'il existe des médecins allopathes non conventionnés exerçant communément les fonctions de médecin traitant, assurant le suivi de pathologies chroniques, les missions de prévention, la coordination des soins avec les spécialistes d'organes, le pont entre médecine ambulatoire et hospitalière etc etc..

#### **4.2.5 - L'exercice hors convention, séduisant mais non adapté au modèle français**

La majorité des études évaluant les projets professionnels des médecins se fait auprès des internes et des jeunes médecins remplaçants. Dans ce travail, la population est nettement plus âgée, et donc un peu éloignée des considérations d'installation et choix de parcours professionnel. On pouvait s'attendre à une certaine difficulté à cerner la problématique de l'installation des jeunes. Cela n'a pas été le cas, un diagnostic commun a été établi quant à la situation actuelle. Les éléments

---

perçus comme des freins dans les travaux sur l'installation des jeunes apparaissent comme des critiques du système pour les praticiens non conventionnés. Sont dénoncés la charge de travail, aggravée par l'évolution de la démographie médicale, le poids des tâches administratives, l'inadaptation des modes de rémunération, la difficulté à dégager du temps de consultation, d'équilibrer vie professionnelle et personnelle. On remarque tout de même que l'évolution du modèle social et familial n'a pas été évoquée. Il aurait pu être intéressant de connaître la situation familiale des médecins interrogés et l'éventuelle part de responsabilité de cette situation dans le choix du secteur III. On peut se demander en effet si la présence de ce thème dans l'entretien n'aurait pas fait émerger un consensus total avec les problématiques d'installation des jeunes.

Les praticiens interrogés envisagent le secteur III comme une échappatoire et sa liberté tarifaire apparaît plutôt comme un moyen et non une fin. Même s'ils considèrent échapper aux contraintes multiples pour leur permettre une pratique échappant aux contraintes de la convention, ils estiment que cette solution n'est que marginale, et qu'elle ne peut pas être étendue au modèle français en l'état. Pour eux, elle n'est pas non plus une alternative pour les jeunes généralistes. La problématique du coût des soins rendrait le système incompatible avec les missions du médecin généraliste. C'est alors qu'un nouvel aspect apparaît. On peut se questionner sur leur perception de l'identité de médecin généraliste, plus précisément est-ce qu'ils se perçoivent réellement comme des médecins généralistes à part entière s'inscrivant dans la démarche et les missions pronées par la WONCA.<sup>54</sup>

---

### 4.3 - Perspectives

Les pouvoirs publics s'inquiètent du recul de l'installation des jeunes en médecine générale libérale. Plusieurs incitations à l'installation ont été mises en place au cours de la dernière décennie, sans réellement inverser le manque d'engouement pour cet exercice.

Certains praticiens interrogés suggèrent de réformer le statut de remplaçant considéré comme trop avantageux, en limitant par exemple le nombre d'années ouvertes au remplacement. Il semble que les mesures coercitives soient mal perçues, et en contradiction totale avec les principes de la médecine libérale, et on peut constater actuellement des tensions concernant l'éventuel encadrement de la liberté d'installation.

Une réelle revalorisation de la médecine générale s'impose. Les médecins souhaitent une diversification de leurs modes de rémunération, mais aussi une juste rémunération du temps médical, tenant compte de la complexité des situations cliniques et des actes intellectuels administratifs qui sont pour l'instant ignorés. L'adaptation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) avec évolution vers une CCAM clinique se présente comme une solution intéressante.<sup>55</sup>

## **5 – Références Bibliographiques**

1. Bouet P., Rault JF., Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1er janvier 2014). Conseil national de l'ordre des médecins.
2. Bouet P., Rault JF., Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1er janvier 2016). Conseil national de l'ordre des médecins.
3. Rapport 2006-2007 de l'ONDPS. Tome 1: la médecine générale. Observatoire National de la Démographie des Professions de santé. 2008.
4. Jakoubovitch S., Bournot MC., Cercier E., Tuffreau F., DREES, Observatoire régional de la santé (ORS), Union Régionale des professionnels de Santé Pays de la Loire (URPSML). Les emplois du temps de médecins généralistes. Etudes et résultats. Mars 2012. N°797.
5. Le breton-Lerouvillois G, Chapdelain P, Bissonier C Atlas de la démographie médicale en france. Situation au 1er janvier 2013. Conseil national de l'ordre des médecins.
6. Données sur les médecins au 1er janvier issues de l'exploitation statistique du RPPS : SOURCES ET DÉFINITIONS. DREES; Avril 2014.
7. Le Breton-Lerouvillois G, Romestaing P, Legmann M. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011.
8. Perrotin S. Modes et niveaux de remuneration souhaités par les internes de medecine générale rhone alpins, enquête auprès de 428 étudiants. [Thèse d'exercice]. Lyon; 2014.
9. Befve M. Facteurs déterminant le mode d'exercice de la médecine générale, enquête auprès des jeunes médecins généralistes issus des facultés de médecine de lille. [Thèse d'exercice]. Lille; 2014.
10. Baude N., Fischer A, Bosson J-L,; Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 2008 mars; Volume 4 (Numéro 3):135-40.
11. Frédéric Zuber, Jeunes installés et remplaçants en médecine générale : regards croisés sur deux types d'exercice : les déterminants du projet professionnel. [Thèse d'exercice]. Dijon; 2012.
12. Recherche médecin désespérément ! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France, Janvier 2008.
13. Marchand O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse et méthodologie. [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2006.
14. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2012.

15. Camus O. L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie : freins et réticences : étude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2014. [Thèse d'exercice]. Amiens; 2015.
16. Leicher C. La privatisation de la santé : le médecin libéral en 2010. Les Tribunes de la santé. 2010; (n°28).
17. Martin F. Représentations de la médecine générale auprès des jeunes internes de médecine générale : enquête auprès de 65 internes de médecine générale du Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2010.
18. Morrison JM, Murray TS. Career preferences of medical students : influence of a new four-week attachment in general practice. Br J Gen Pract 1996;46:721-25.
19. Guesdes-Marchand C. Le remplaçant, cet intermittent de la médecine générale, sa place dans le système de soins. [Thèse d'exercice]. Paris 7; 2008.
20. Coppolani E. Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésès de haute garonne. [Thèse d'exercice]. Toulouse; 2014.
21. Blandin O, Cabé M-H. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux tome 2. DREES; 2008 mars. Report No.: N°77.
22. Les conditions de travail des médecins généralistes. DREES; Editions 2016. Portrait des professionnels de santé.
23. Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 1. Série études n°73 – décembre 2007. DREES.
24. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Les tribunes de la santé. 2013;3(40):45-52.
25. OCDE. Rémunération des médecins (généralistes et spécialistes). Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE. Editions OCDE; 2011.
26. Gosden T, Pedersen L, Torgenson D. How should we pay doctors ? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. QJM. 1 janv 1999;92(1):47-55.
27. Bourdillon F. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique.2008;20(5):489-500.
28. Compagnon L, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer. 2013(108):148-55.
29. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 200;(3):CD002215.

- 
30. Samson A. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *La Découverte*. 2009. 144-158p.
  31. Delattre E, Dormon B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Etude micro-économétrique sur données de panel. *Économie & prévision*, n°142, 2000-1. pp. 137-161.
  32. Girard Wasilewski B. La remuneration sur objectifs de santé publique representations des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Lille; 2015.
  33. Dubourdieu C. Une Etude qualitative sur la connaissance et la perception par les patients des différents modes de rémunération des médecins généralistes. [Thèse d'exercice]. Paris V; 2014.
  34. Albouy V., Deprez M. Mode de rémunération des médecins. *Economie et Prevision*, Février 2009. n°188.
  35. Grenier M. Paiment à l'acte ou au forfait : analyse qualitative des facteurs détermininants du choix des medcins généralistes belges entre ces deux systemes en 2014. [Thèse d'exercice]. Lille; 2014.
  36. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine généralte. ISNAR-IMG; 2011.
  37. Rancon C. Les médecins sont-ils satisfaits de leurs revenus ? Etude quantitative auprès de 244 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. [Thèse d'exercice]. Lyon; 2013.
  38. Rosenthal MB., Landon BE., Normand SL. Franck RG., Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *N Engl J Med*. 2006; 355(18):1895-902.
  39. Bernstein D. Le paiement à la performance des médecins généralistes anglais a-t-il atteint ses objectifs ? Un premier bilan. *ADSP*. 2008; 65:45-52.
  40. Gaucher Denoual A. Bilan, à un an de la signature par les médecins généralistes Bretons, du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). [Thèse d'exercice]. Rennes; 2011.
  41. Woolhandler S. Ariely D. Himmelstein DU. Why pay for performance may be incompatible with quality improvement. *BMJ*. Aout 2012.14; 345:e5015-e5015.
  42. Acchiardi E. "CAPI" : le NON du CNOM : Tels qu'ils sont, ils contreviennent à la déontologie. *Ordre National des Médecins*. 2009.
  43. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Rev MAUSS*. 2013;(1):93-93.
  44. Mannion R., Davies HTO. Payment for performance in health care. *BMJ*. Fev 2008; 336(7639):306-8.

- 
45. Prescrire rédaction. Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) : un tournant de l'exercice médical libéral en France ? La revue Prescrire. Nov 2010; 30(n°325):855-65
46. Andriantsehoanarinala L. Les médecins ayant refusé la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)-paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus. [Thèse d'exercice]. Montpellier; 2014.
47. Laurent F. Le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), quels impacts perçus par les médecins généralistes sur leurs pratiques. [Thèse d'exercice]. Versailles; 2013.
48. Nifenecker R. La rémunération des médecins généralistes : une approche des raisons du refus d'adhérer au contrat d'amélioration des pratiques individuelles (C.A.P.I.) par les médecins généralistes bretons deux ans après son apparition. [Thèse d'exercice]. Rennes; 2011.
49. Médecin secteur III, solution alternative mais nombreuses inconnues pour les médecins souhaitant sauter le pas. Fiche N°2. Les fiches juridiques de l'URPS Médecins Libéraux, PACA, 2012.
50. République Française. Code de santé publique.  
Article R.4127-53  
Article R1111-22  
Article L6314-1  
Article L4111-1
51. République Française. Code de sécurité sociale.  
Article L.162-2  
Article L162-5-10  
Article L111-2-2
52. Blanchard T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2012.
53. Enquête nationale de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des IMG. ISNAR-IMG. 2011.
54. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. WONCA EUROPE. 2002.
55. CCAM clinique. Un chantier vital. Le Médecin de France. 2012;(1181):4-6.

## **6 - Annexes**

### ***6.1 – Guide d'entretien***

Questionnaire : Age / Année d'installation / Installation directement en secteur III ou non / Exercice seul ou en groupe / Exercice rural ou urbain / Temps de travail par semaine

Pourriez vous décrire brièvement votre activité ? Aviez-vous une activité classique de médecine générale allopathique initialement ?

Comment avez-vous pris la décision d'exercer en secteur 3?  
Etes vous satisfait de ce choix ?

Quel est votre point de vue concernant la liberté tarifaire? Que vous apporte-t-elle ?

Comment estimez-vous la liberté de prescription ? Est-ce important dans votre activité ?

Comment percevez-vous les différentes formes de rémunération (Acte-Capitation-P4P) ?

Est-ce que le secteur III entraîne un changement en terme de charge administrative selon vous ?  
Médicale et non médicale

Quel est votre ressenti sur votre charge de travail ? Le secteur III vous apporte-t-il quelque chose sur ce thème ?

Que pensez-vous de la permanence des soins ? Êtes-vous médecin traitant de vos patients ? Faites-vous du domicile ? Avez-vous recours à un remplaçant ?

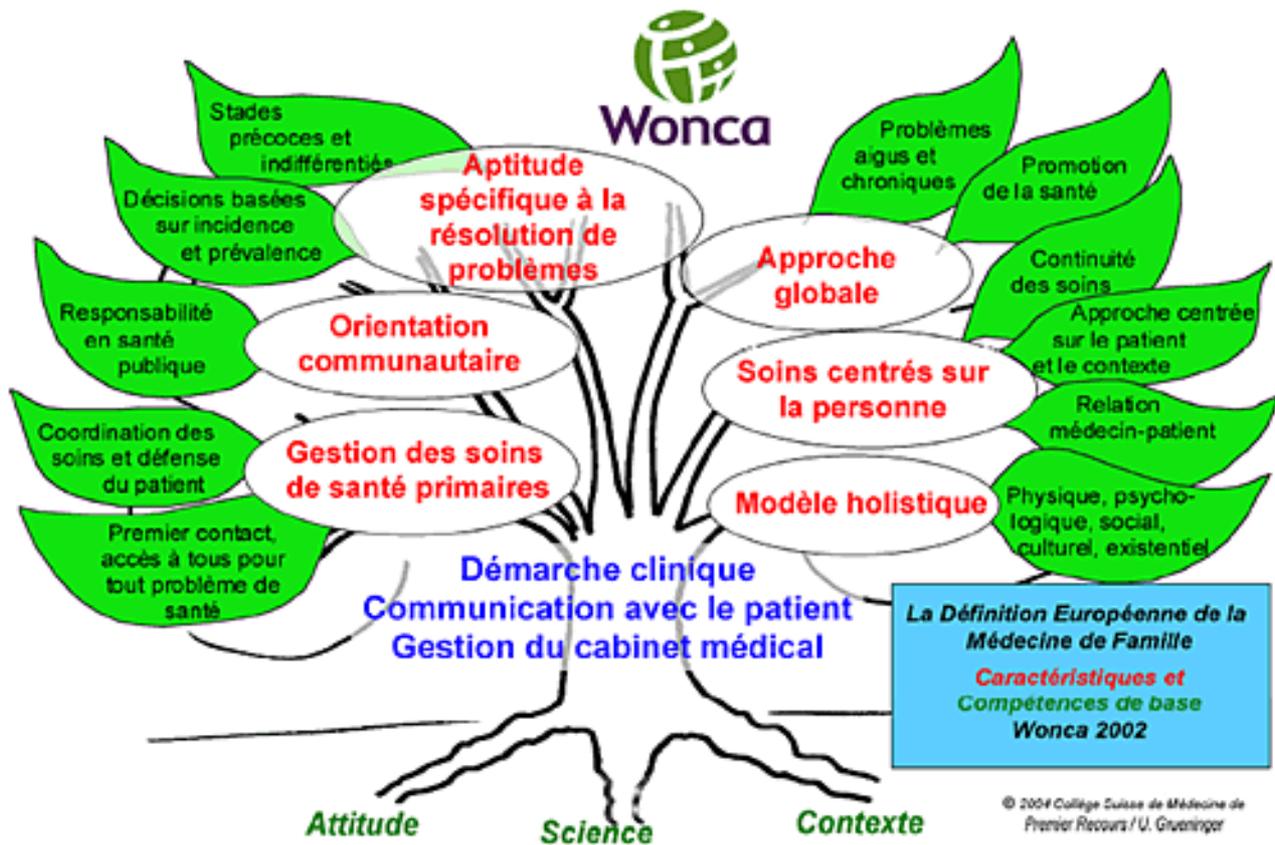
Comment votre patientèle évolue selon-vous grâce au secteur 3 ? Est-elle différente d'une autre patientèle ?

Comment réagissent les patients vis à vis du secteur III ? Vis-à-vis du non remboursement ? Leur attitude change-t-elle et dans quelle mesure ?

Quels sont les écueils du secteur 3 selon vous?

Pensez vous que le secteur 3 soit adapté à une médecine généralie allopathique, plus "classique" ?  
Pourrait-il apporter des solutions au problème de non installation des jeunes ?

### 6.2 – Arbre des compétences de la WONCA



**AUTEUR : Nom : Cocq**

**Prénom : Robin**

**Date de Soutenance : Le 8 décembre 2016**

**Titre de la Thèse : J'AI CHOISI D'EXERCER EN SECTEUR III, POURQUOI ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine Générale**

**Mots-clés : Médecine générale, libérale, hors convention, secteur III, installation des jeunes médecins généralistes, liberté tarifaire**

**Contexte :** Le nombre de médecins généralistes en soins primaires décroît actuellement de 1,5% par an. Les jeunes médecins plébiscitent le salariat et le remplacement, délaissant l'exercice libéral usuel. Un exercice méconnu, hors convention, progresse depuis 10 ans. Les praticiens fixent leurs honoraires librement mais leurs patients sont très mal remboursés par l'assurance maladie.

L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs influençant le choix de l'exercice hors convention et de savoir s'il pourrait répondre aux problématiques d'installation des jeunes.

**Méthode :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels a été réalisée jusqu'à saturation des données auprès de 13 médecins généralistes non conventionnés du Nord-Pas-De-Calais. L'échantillon a été conduit en recherche de variation maximale. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique triangulée à l'aide du logiciel QSR Nvivo11.

**Résultats :** Les médecins interrogés sont satisfaits par l'exercice en secteur III. Ils considèrent le paiement à l'acte et la liberté tarifaire comme les seuls moyens d'exercer leur art comme ils l'entendent. Ils partagent les travers actuels de la médecine générale décrits par les jeunes médecins à savoir une évolution démographique inquiétante aggravant la surcharge de travail préexistante, une lourdeur des tâches administratives et une absence de revalorisation de la rémunération, de plus en plus déconnectée des responsabilités engagées. Ils se considèrent plus indépendants que leurs confrères vis-à-vis de la sécurité sociale. Ils pratiquent des modes d'exercices particuliers et se déclarent donc moins soucieux de la permanence des soins. Ils reconnaissent peu s'investir dans la mission de médecin traitant.

**Conclusion :** Bien que le secteur III réponde à de nombreuses problématiques pour leur exercice propre, les médecins interrogés le considèrent incompatible avec les missions du généraliste, et ne pensent pas qu'il soit une alternative valable pour les jeunes. Pour revaloriser la médecine générale, ils estiment qu'une évolution des modes de rémunération et de la nomenclature s'impose.

**Composition du Jury :**

**Président : Pr Régis BEUSCART**

**Assesseurs : Pr Denis DELEPLANQUE, Dr Benoit DERVAUX, Dr Matthieu CALAFIORE, Dr François-René KNOCKAERT (Directeur de thèse)**