

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

Savine BLAINVILLE

Née le 1^{er} novembre 1982 à Dreux

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2016

**Médecins généralistes non conventionnés :
motivations et degré de satisfaction**

Enquête auprès des médecins de la Seine-Maritime et de l'Eure

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directrice de thèse : Madame le Docteur Elisabeth MAUVIARD

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jacques BENICHOU

Madame le Professeur Véronique MERLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation

Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSION	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Hermil,

Merci de me faire l'honneur de bien vouloir présider ce jury.

À Monsieur le Professeur Benichou,

À Madame le Professeur Merle,

Merci de me faire l'honneur d'accepter de prendre part à ce jury.

À Madame le Docteur Mauviard,

Merci d'avoir dirigé mon mémoire et cette thèse.

À tous les médecins qui m'ont accueillie en stage et transmis leurs connaissances.

À ma famille.

À mes amis.

Table des matières

Liste des abréviations.....	14
Introduction	15
I. Historique des conventions médicales	15
II. Objectif de l'étude	17
Méthode	18
I. Guide d'entretien.....	18
II. Recueil de données	18
III. Analyse des données.....	19
Résultats	20
I. Caractéristiques démographiques.....	20
II. Résultats qualitatifs	21
1. Motifs de déconventionnement	21
2. Critères de choix et contraintes.....	24
3. Satisfaction vis-à-vis de l'exercice.....	28
4. Aspect financier	33
5. Satisfaction vis-à-vis des patients	37
6. Organisation des soins et relations extérieures.....	41
7. Perspectives	47
Discussion.....	50
I. À propos de la méthode	50
1. Choix du type d'étude	50
2. Limites de l'étude	51
3. Pertinence de l'étude	52
II. À propos des résultats	52
1. Étude de la littérature.....	52
2. Degré de satisfaction	53
Conclusion	55
Annexes	56
Bibliographie	58

Liste des abréviations

ALD : Affection longue durée

ASV : Allocation supplémentaire de vieillesse

CARMF : Caisse autonome de retraite des médecins de France

CMU : Couverture maladie universelle

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie

DU : Diplôme universitaire

FMC : Formation médicale continue

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

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

RSI : Régime social des indépendants

SML : Syndicat des médecins libéraux

SNIR : Système national inter-régimes

TSAP : Tableaux statistiques d'activité des praticiens

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales

Introduction

La convention médicale est le document législatif qui régit les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. Elle résulte de négociations entre les syndicats représentatifs des médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie réunies en une structure fédérale, l'UNCAM, et sous le contrôle de l'État.¹ Elle définit les devoirs du médecin face à l'Assurance Maladie² pour que ses patients puissent bénéficier de la couverture maladie.¹

I. Historique des conventions médicales

Dès 1930 des conventions étaient signées entre les assurances sociales et les syndicats médicaux. Elles permettaient le remboursement des actes médicaux sur la base de tarifs d'autorité, indépendamment des tarifs appliqués par les médecins. Les tarifs restaient libres, encadrés uniquement par un « tarif syndical » indicatif proposé par les syndicats. L'indépendance entre médecins et caisses d'assurance maladie était conservée.¹

À partir de 1945 avec l'instauration de la Sécurité sociale, les conventions étaient négociées au niveau départemental. Elles encadraient toujours uniquement les tarifs médicaux³ mais mettaient fin à la liberté tarifaire. L'adhésion à ces conventions n'était pas obligatoire. Elle relevait d'une démarche personnelle.¹

En 1960 un régime d'assurance maladie propre aux praticiens a été créé, avec participation financière des caisses.³

La première convention nationale a été signée en 1971. Elle s'imposait à tous les médecins, à l'exception de ceux qui manifestaient individuellement leur refus.² Elle insistait sur la préservation des principes fondamentaux de la médecine libérale que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription, la liberté d'installation, le secret professionnel et le paiement direct des honoraires par le patient.⁴ Toutefois la notion de maîtrise des dépenses y est apparue, avec l'introduction d'un outil statistique, les tableaux statistiques d'activité des praticiens

(TSAP), et de commissions médico-sociales paritaires départementales et nationales, qui permettaient de contrôler la pratique des médecins, et de corriger les pratiques inhabituelles.¹ En contrepartie les caisses finançaient une partie des cotisations sociales des médecins conventionnés.³

Au fil des conventions suivantes le contenu a continué de se complexifier. La notion de maîtrise des dépenses s'est élargie à la qualité de la pratique médicale, avec l'instauration en 1993 des références nationales médicales opposables, qui définissaient les soins et prescriptions inutiles.³

La convention nationale de 2011 a instauré la rémunération à la performance avec les ROSP.⁵ Des objectifs sont définis, ils portent sur l'organisation du cabinet (équipement informatique, tenue des dossiers, télétransmission), le suivi de pathologies chroniques, la prévention (vaccination, dépistage) et la prescription (génériques, anxiolytiques).¹ Un système de points permet de calculer la prime versée aux médecins conventionnés en fonction de leur degré d'atteinte des objectifs.

Les médecins non conventionnés ne sont pas soumis aux règles de la convention. Ils déterminent librement le montant de leurs honoraires. Leurs consultations sont remboursées uniquement sur la base du tarif d'autorité datant des premières conventions, d'une valeur de 0,34€.⁶ Ils sont soumis uniquement aux règles déontologiques de tact et mesure, et au contrôle du Conseil de l'Ordre.⁷ Ils ne bénéficient pas de la prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance Maladie pour l'assurance maladie, maternité, décès, les allocations familiales et l'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV).

En 2014 en France, 1,2% des médecins généralistes libéraux exerçaient en secteur non conventionné.⁸ Il n'existe pas de données dans la littérature mettant en évidence les motivations et le degré de satisfaction des médecins généralistes non conventionnés. En revanche le degré de satisfaction des médecins généralistes, tous secteurs confondus, vis-à-vis de leurs revenus est bien documenté, et montre un bon niveau de satisfaction chez plus de 2/3 des médecins interrogés.^{9,10,11} Toutefois ce taux chute à 1/3 si le revenu est considéré en regard du temps de travail. Un article

relatait les motifs cités par des médecins généralistes comme causes d'épuisement professionnel.¹² Les motifs principaux étaient les exigences des patients, la surcharge administrative, la charge de travail excessive, les conflits avec la CPAM et le manque de reconnaissance de la profession. Un autre article abordant le ressenti de médecins généralistes retrouvaient les mêmes causes principales d'insatisfaction, exigences des patients et charge administrative excessive.¹³

II. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était de mettre en évidence les motivations et le degré de satisfaction des médecins généralistes non conventionnés vis-à-vis de leur statut.

Les résultats attendus étaient un bon taux de satisfaction global, lié à la liberté d'honoraires et aux moindres contraintes administratives vis-à-vis de l'Assurance Maladie, une meilleure rémunération, la sélection d'une patientèle avec un niveau de vie plus élevé, plus intéressée par sa santé, et le choix d'être libéré des contraintes de la convention médicale.

Nous pouvions aussi nous attendre à voir des déconventionnements choisis, secondaires à une sanction de l'Assurance Maladie, ou encore par réaction à l'annonce de la mise en place du tiers payant généralisé, déconventionnements décidés à l'aide de conseils de l'entourage ou après consultation attentive de la convention médicale. Enfin nous nous attendions à des médecins relativement isolés vis-à-vis des confrères, et ayant des relations plutôt compliquées avec l'Assurance Maladie et le Conseil de l'Ordre.

Les résultats attendus ont été définis à partir de l'étude bibliographique et à partir de l'idée que l'on pouvait se faire de la situation de ces médecins.

Méthode

Une étude qualitative a été réalisée auprès des médecins généralistes non conventionnés de la Seine-Maritime et de l'Eure. Le moteur de recherche du site ameli.fr¹⁴ a permis de sélectionner les médecins généralistes par localisation et par secteur de convention.

Les médecins ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur consentement et de les informer des modalités de l'étude, qui consistaient en un entretien individuel enregistré à leur cabinet.

I. Guide d'entretien

Un guide d'entretien semi-directif a été élaboré pour orienter la discussion vers les thèmes désirés (annexe 1). Il débutait par une introduction rappelant les objectifs de l'étude, les modalités de l'entretien enregistré et l'anonymisation des données.

Il comprenait une première partie qualitative, abordant les motifs de la pratique en secteur non conventionné, le degré de satisfaction vis-à-vis de cette pratique, et les perspectives pour l'avenir.

Une deuxième partie, quantitative, recueillait les données démographiques pour la caractérisation de l'échantillon : sexe, âge, lieu d'installation, orientation éventuelle de l'exercice, année d'installation, situation familiale.

II. Recueil de données

Le recueil de données a été effectué lors d'un entretien individuel réalisé sur le lieu de travail de chaque médecin, sur un créneau horaire qu'il a choisi lors de l'entretien téléphonique. L'entretien était enregistré par deux appareils distincts pour pallier l'éventuel dysfonctionnement de l'un d'eux, avec l'accord du médecin.

Le guide d'entretien permettait d'aborder les différents thèmes prévus. Des questions ouvertes étaient utilisées pour encourager l'expression de ressentis et d'avis personnels.

III. Analyse des données

Les entretiens ont été entièrement retranscrits à l'écrit sur le logiciel Microsoft Word[®]. L'encodage et l'analyse des données ont été réalisés avec le logiciel Microsoft Excel[®]. Les fragments de texte ont été identifiés et associés à un ou plusieurs mots-clés correspondant aux thèmes qu'ils abordaient. Ils ont ensuite été classés par catégories et sous-catégories. Ce travail a été réalisé au terme de chaque entretien pour évaluer l'obtention de la saturation des données.

Résultats

La recherche sur le site ameli.fr a permis d'identifier 13 médecins généralistes non conventionnés sur la Seine-Maritime et l'Eure. Les 13 médecins ont été contactés. 4 médecins ont refusé de participer à l'étude. Parmi ces 4 médecins, un a déclaré exercer en secteur 1 contrairement à ce qu'indiquait le site, un a déclaré manquer de temps, un a refusé sans exprimer de motif et un n'a pas rappelé malgré plusieurs relances téléphoniques.

Au total 9 entretiens ont été réalisés, sur une période de 5 mois, entre le 27 novembre 2015 et le 25 avril 2016. La durée des entretiens a varié entre 10 min 08 sec et 22 min 52 sec.

L'analyse des résultats a montré que la saturation des données n'était pas obtenue au terme de ces 9 entretiens.

I. Caractéristiques démographiques

9 médecins ont été interrogés, dont 2 hommes et 7 femmes.

L'âge moyen était de 53 ans, les valeurs s'étendant entre 31 et 66 ans.

7 médecins exerçaient en zone urbaine, 2 en zone rurale périurbaine.

Tous les médecins interrogés pratiquaient un exercice particulier, dont 3 l'homéopathie et 2 l'acupuncture.

La durée moyenne d'installation était de 19 ans, les valeurs s'étendant entre moins d'un an et 36 ans.

5 médecins se sont installés en secteur non conventionné, 4 se sont déconventionnés secondairement.

II. Résultats qualitatifs

Les items obtenus lors de l'analyse des verbatims ont pu être classés en 7 catégories.

1. Motifs de déconventionnement

Le motif principal évoqué de l'exercice non conventionné était l'existence d'un exercice particulier, qui impliquait des consultations longues non compatibles avec les tarifs imposés par la convention médicale.

« En fait je n'avais pas trop le choix, parce que si je m'installais comme généraliste en secteur 1, c'était forcément conventionné à 23€. Une consultation d'une heure à 23€, voilà. En fait, c'est de ce fait-là que je n'ai pas vraiment eu le choix de faire autrement que de me déconventionner. » (M2)

Cette situation représentait pour certains médecins un motif d'insatisfaction, voire une véritable injustice.

« Si j'avais pu choisir un autre statut, je pense que je l'aurais choisi, donc je ne suis pas hyper satisfait de ce statut en fait. » (M4)

« J'ai trouvé ça effectivement pas du tout tolérable que je doive me déconventionner par obligation, et pas par choix ». (M2)

Certains ont effectué des démarches auprès de l'Assurance Maladie dans l'espoir de trouver un accord permettant un conventionnement.

« J'avais vu plusieurs fois la Sécurité sociale justement pour discuter avec eux, parce que au départ j'aurais bien aimé avoir au moins pour la première

consultation une convention. Ils n'ont jamais voulu, parce que je ne rentrais dans aucune case. Après je suis allé expliquer mon cas au médecin conseil qui m'a expliqué que mon installation était très intéressante [...] mais que pour mon statut particulier pour l'instant c'était non. » (M2)

« Je me suis effectivement déplacé auprès du directeur de la CPAM qui à l'époque a été compréhensif à sa manière. Son raisonnement a été simple, c'est : "[L'exercice particulier], je ne connais pas. La faculté me dit que ça n'existe pas, donc démerdez-vous". Ce n'était pas son problème. D'autres collègues dans d'autres départements ont eu des directeurs de CPAM plus compréhensifs, puisqu'ils ont expliqué leur cas, et qu'ils ont passé quelque part un accord qui leur permettait de pratiquer en étant conventionné mais avec des dépassements systématiques, comme ça existe maintenant pour nos collègues ostéopathes qui font le DU d'ostéopathie, qui ont droit à des dépassements systématiques. » (M1)

Des médecins ont évoqué comme motif de déconventionnement secondaire le désir de se libérer des contraintes imposées par l'Assurance Maladie.

« La liberté. Parce qu'en fait moi j'ai fait médecine par vocation. Mais quand la Sécu me dit : "Faut pas ci, faut pas ça, faut pas ci, faut pas ça", excusez-moi mais je suis là pour soigner, je suis pas là pour rembourser. C'est leur problème, c'est pas le mien. » (M8)

« Et aussi pour éviter effectivement les problèmes avec la Sécurité sociale, du fait que je n'avais aucun acte purement de médecine générale classique, donc c'était plus honnête. » (M5)

Certains ont souhaité ne plus effectuer de gardes.

« Parce que comme je ne faisais plus de médecine générale, en étant non conventionné je ne risquais plus de me retrouver sur le tableau de gardes ou

d'être appelé pour faire de la médecine générale à un moment ou à un autre ». (M5)

Les conseils et l'expérience de l'entourage ont parfois influencé ou conforté le choix.

« Le choix, ça a été surtout avec les profs pendant la formation, qui eux étaient non conventionnés et qui me disaient que ça fonctionnait, qu'il y avait du boulot. » (M3)

« Des visiteurs médicaux, des gens que je connaissais, qui eux, ils avaient de la bouteille, m'ont dit : "Mais [...] fais-le, fais-le, de toute façon, t'as les reins pour le faire, fais-le". » (M8)

« J'en ai parlé à des confrères qui ne sont pas de la région mais qui étaient à l'époque en secteur 3, qui m'ont dit que je n'avais rien à faire en secteur 1. Et le secteur 2 était fermé. » (M6)

Parfois au contraire les avis de l'entourage sur le déconventionnement étaient négatifs.

« J'ai vu énormément de médecins pour me présenter [...] Et tous étaient très très désolés, en fait, que je doive me déconventionner. Notamment que ce n'est absolument pas normal, qu'au moins la première consultation ne soit pas prise en charge au moins en partie. Et certains m'ont même conseillé de me mettre en secteur 1 et d'essayer de... Mais je pars du principe que, enfin je trouvais important d'être dans l'honnêteté ». (M2)

« J'étais déjà en secteur 2, c'est-à-dire qu'il y avait déjà ce petit problème de remboursement, et tous mes collègues m'ont dit : "Mais pourquoi tu te mets en secteur 3 ?" » (M7)

Le choix d'un des médecins interrogés a été influencé par un remplacement.

« Je remplaçais [...] et lui était déjà hors convention, et comme ça marchait très bien [...] j'ai dit "autant continuer comme ça". » (M9)

Peu de médecins se sont renseignés sur la convention médicale pour orienter leur choix.

« Tout ce qui est convention médicale, je ne m'y suis jamais intéressé, je ne l'ai jamais lu, je ne sais même pas ce qu'il y a dedans, je ne sais même pas ce que tu y gagnes en étant médecin traitant, en prescrivant tel machin, tel truc. J'en sais rien et puis je m'en fiche. » (M3)

« La convention médicale ? Ah bah oui ! Puisque j'ai été conventionné, j'ai même fait les pétitions en 2005, pour pas voter cette nouvelle convention. » (M8)

2. Critères de choix et contraintes

Pour la plupart des médecins interrogés, la pratique d'un exercice particulier était nécessaire pour envisager un déconventionnement.

« Ça dépendrait surtout de si il a quand même une spécificité, parce que s'il s'installe en médecine générale traditionnelle, ça peut être très compliqué d'être déconventionné [...] Mais s'il a une spécialité, faut pas qu'il hésite, une spécialité de médecine générale, c'est-à-dire homéopathie, acupuncture, toutes ces choses-là. » (M5)

« J'ai eu l'exemple sur un message internet d'une nana qui voulait faire je crois de la pédiatrie hors conventionnée, je me dis que là ça peut être casse-

gueule. Les gens vont se dire, le pédiatre, bon d'une qu'est-ce qu'il va faire en plus, c'est péjoratif ce que je dis, qu'est-ce qu'il va faire en plus que mon généraliste peut faire ? En plus il me demande plus de sous, puis en plus il n'est pas remboursé, c'est des secteurs qui sont difficiles. » (M3)

Un médecin a cité la relation au temps comme critère de choix.

« Je pense que ça dépend de la façon dont il veut gérer son temps par rapport à ses patients [...] quand on a une consultation à 23€, on ne peut pas garder les gens une heure. » (M4)

La nécessité d'une véritable implication dans le travail et la notion de qualité ont été mentionnées plusieurs fois.

« J'estime que je donne une qualité dans ce que je fais ». (M9)

« Il faut rester médecin. Le problème c'est que ça ne se fait plus. Il faut vraiment que les jeunes prennent conscience de ça, il faut pas vouloir s'installer pour faire 9h-16h, quoi. Ce n'est pas possible [...] Donc ce qu'il faut c'est vouloir être médecin, vouloir soigner, faire des gestes, rester technicien et pas rester dans la prescription ». (M8)

« Il faut qu'il [...] soit excellent dans son domaine ». (M6)

« Il y a l'interrogatoire, on prend le temps de discuter avec les gens. Si à l'interrogatoire les gens me disent un truc, je dis : "Vous ne me l'aviez pas dit", "Vous êtes toujours branché ?" Bah je dis : "Oui", et en fait c'est l'interrogatoire qui va nous faire nous orienter sur telle ou telle pathologie. C'est vraiment de la sémiologie. Le problème c'est qu'on n'écoute plus. » (M8)

Des médecins ont précisé leur rejet de l'informatique qui leur semblait nuire à la relation médecin-patient.

« Moi je suis pas sur l'ordinateur, comme ça. On me dit : "Pourquoi tu fais pas tes courriers sur ordinateur ?" Je dis : "Non" [...] c'est quand même plus sympa quand quelqu'un te regarde que quelqu'un qui se fout de ta gueule, quoi. Ça c'est important, le rapport humain. On déshumanise la médecine. »
(M8)

« L'ordinateur je ne sais pas ce que c'est. J'en ai eu un, et j'ai été vacciné complètement quand un patient, c'est bien un c'est même pas une, m'a dit : "J'ai été voir un de vos confrères, que je ne citerai pas, il m'a pas regardé, il a traité l'ordinateur, il m'a pas traité moi, je n'irai plus jamais le voir." Il est venu me voir, j'ai dit : "Plus jamais on me dira ça à moi en tout cas." J'ai viré l'ordinateur, je l'ai chez moi, et je ne l'utilise pas, et je m'en porte très bien. »
(M9)

L'importance d'être flexible dans les horaires a été évoquée.

« Je pense que le fait d'être non conventionné d'emblée, en tout cas pour ma part, m'a demandé encore plus de flexibilité et d'être le plus disponible possible. Ce qui a pu occasionner des difficultés pour moi, [...] donc en termes de gestion de planning, d'accepter un rendez-vous à 9 heures, un rendez-vous à 19h, et je pense que le fait d'être non conventionné, m'a mis aussi cette pression de me dire que dès qu'il y a un patient qui accepte de venir me voir, il faut que je le prenne. Bon je suis un peu moins comme ça maintenant mais ça peut être aussi une pression supplémentaire. » (M2)

« Je travaille Samedi, je fais beaucoup de formations, donc je compense, je peux venir un Dimanche si quelqu'un a besoin de moi. » (M8)

Des médecins ont fait part de la nécessité d'expliquer aux patients les conditions de remboursement.

« Un côté insatisfaisant, parce que je dois à chaque coup de téléphone [...] expliquer aux gens [...] C'est pas du tout entré dans les mœurs qu'un médecin ne soit pas conventionné. » (M2)

« Au téléphone [...], je dis : "Ben écoutez, je vous dis quand même", [...] "je suis un médecin en secteur 3, la consultation est de 50€, remboursée 40 centimes par la Sécu, si vous ne voulez pas, c'est votre choix, mais je préfère que ce soit clair". Il faut être honnête et puis c'est tout. » (M8)

Le conseil souvent donné était de réfléchir attentivement avant de faire ce choix.

« Moi je dirais qu'il se renseigne auprès des autres qui sont conventionnés, qui font un peu le même boulot que moi, pour savoir les différences vu que moi je ne les sais pas ». (M9)

« Je lui dirais : "Mets-toi non conventionné si tu ne peux vraiment pas faire autrement." [...] Je lui dirais : "Réfléchis bien avant". Honnêtement, quand je me suis installé, je n'avais pas du tout regardé les papiers, et ce que je n'avais pas vu c'est à quel point, en cotisant à la CARMF j'avais pensé que j'aurais une retraite à peu près comme les autres, mais je n'avais pas imaginé que je paie beaucoup à la CARMF, et je n'aurai quasiment rien. » (M1)

« Je pense que ça doit être intéressant de se conventionner au départ pour se faire sa patientèle, et puis dans un deuxième temps de se déconventionner ». (M2)

Des médecins ont évoqué des facteurs qui ont facilité leur passage en secteur non conventionné.

« J'ai été longtemps, et je suis toujours en partie salarié parce que je me suis gardé une activité de médecin du travail, les choses sont beaucoup plus simples ». (M2)

« Pendant 2-3 ans, au moins 2 ans, j'avais pas de revenus. Heureusement qu'à ce moment-là j'étais marié ». (M4)

L'importance du choix du lieu d'installation a été citée.

« La sélection, la localisation fait qu'ici c'est pas un coin défavorisé non plus, donc ça se passe assez facilement. [...] c'est pas un secteur difficile. Il y a un petit peu de sous, donc ça passe bien. » (M3)

« Ça dépend où, si tu es sur un secteur surpeuplé où il y a déjà beaucoup de médecins, ça peut ramer un peu. » (M3)

« Après ça dépend de où on s'installe, quelle spécialité. Tout le monde en cherche et les gens sont prêts à payer pour être bien soignés. » (M5)

3. Satisfaction vis-à-vis de l'exercice

a. Pratique

Les médecins interrogés ont exprimé unanimement leur satisfaction vis-à-vis de leur pratique, liée à l'orientation de l'exercice.

« Ma satisfaction ne vient pas du cadre non conventionné, elle vient du fait que je pratique, j'utilise un outil thérapeutique [...] qui me passionne, donc je vis ma passion et je suis donc évidemment totalement heureux de ça. » (M1)

« J'aime ce que je fais, je m'amuse tous les jours. » (M8)

« Je suis à 100% satisfait, et s'il y avait à recommencer, je recommencerais de la même façon. Je me suis installé en secteur 3 et quand je vois les autres qui n'ont qu'une envie, c'est de se barrer 5-10 ans avant la retraite, partir aux Galápagos et changer de métier, moi je continuerais plutôt ». (M9)

La variété de l'exercice a été citée comme motif de satisfaction.

« J'ai de tout, ça va de la visite du nourrisson 15 jours après la naissance, pour avoir des conseils sur comment gérer les vaccinations, l'alimentation, jusqu'à la personne de, je sais plus combien j'ai eu de plus, 101 ans je crois, pour essayer de garder une mémoire et un cœur qui soient à peu près corrects, ou en termes de douleur. C'est hyper varié ». (M9)

« Sinon là je fais de la phytothérapie, de l'acupuncture, de la mésothérapie, des oligo-éléments, de la micronutrition, de la nutrition tout court... Donc c'est hyper varié. Et tous les jours j'ai une satisfaction énorme à faire mon travail. » (M9)

Un médecin a évoqué la satisfaction liée à la liberté de prescription.

« Je changerais pas, pour rien au monde. En plus j'ai une liberté de prescription, je ne suis pas obligé d'obéir aux consensus qui sont pour moi des délires pharmaceutiques et qui dépendent, comme tout le monde dit, de Big Pharma, donc en fait d'une médecine liée à la corruption. » (M9)

Le statut non conventionné permettait une plus grande disponibilité, des consultations plus longues et des échanges avec les patients plus nombreux entre deux consultations.

« En gros c'est une demi-heure de consultation, parfois c'est 1h30. » (M9)

« Comme je dépasse au niveau honoraires, il y a aussi plus de conseils qui peuvent être faits par téléphone ou de conseils entre 2 patients donc je pense qu'ils s'y retrouvent aussi de toute façon. » (M4)

« S'il y a des problèmes entre temps, j'envoie des courriers, ou je prends mon téléphone pour des compléments de traitement, ou des modifications selon les réactions. » (M9)

« Moi le problème avec la médecine générale, et c'est pour ça que j'ai rapidement arrêté, c'est travailler à la chaîne, 40 actes par jour. Du coup on ne fait pas bien notre boulot, et puis on n'a pas le temps de s'occuper des gens, et puis on n'a pas forcément de réponse. » (M5)

Un médecin a mentionné la notion d'espacement des consultations et l'autonomisation des patients.

« Moi par exemple je fais des renouvellements sur un an. Tout ce qui est contraception c'est sur un an, certains traitements c'est sur un an, Lévothyrox[®], les antihypertenseurs, du moment où on est stabilisé, c'est sur 6 mois, puisque les pharmacies ne veulent pas plus, mais je veux dire, je ne vois pas l'intérêt de revoir les gens tous les mois, ou de les revoir tous les 3 mois ou tous les 6 mois. Je leur apprend à s'autogérer, j'ai toujours appris ça, la fièvre, c'est pas mon urgence, c'est celle des patients. L'hypertension, ils achètent tous un appareil d'automesure, on en a partout, ça coûte pas cher, et je leur apprend : les périodes où il y a de l'hypertension, c'est au petit matin, et à se gérer au niveau de l'urgence. Parce que ça c'est des choses qu'on peut transmettre au patient. Pas l'automédication mais ça. Ou une automédication maîtrisée. » (M8)

b. Charge de travail

Les ressentis quant à la charge de travail étaient variés. Pour certains médecins c'était un motif de satisfaction.

« Tout est sur rendez-vous, et je choisis mes horaires de toute façon. Il y a moins d'urgences vitales ». (M5)

« Avant je faisais 6h30-23h/24h/1h, ça pouvait arriver [...] la charge de travail est moindre quand même, mais c'est parce que j'avais une énorme patientèle. Donc maintenant je fais 8h-19h, ou 7h30-19h, ou 20h, ça peut arriver, 21h ça peut arriver mais, je veux dire, c'est moins lourd qu'avant. » (M8)

« Je travaille à mi-temps, nettement maintenant, mais je suis très heureux. Je peux faire du yoga le matin, ou de la musique, avant je ne pouvais pas faire ça, [...] si j'avais pu avoir ce mode de vie-là dès le début ça aurait été parfait. [...] je travaille moins volontairement, mais parce que j'ai la chance de pouvoir le faire. » (M7)

D'autres ont fait part d'une charge de travail excessive.

« Ça c'est considérable parce que je fais beaucoup d'analyses [...] Là j'en ai moins mais à une époque j'avais pratiquement dix analyses, et des bilans assez costauds à analyser, c'est le cas de le dire, par patient et j'écris aux patients quand je vais leur faire faire ces analyses. Maintenant j'essaie qu'ils fassent les analyses avant que je les revoie, ce qui fait déjà moins de travail. Donc ça demande des fois jusqu'à un quart d'heure par patient. C'est des bilans, je ne les fais plus mais à une époque, c'était en francs mais c'est des bilans à 4000 balles. Donc 10 pages à expliquer, et l'aboutissement thérapeutique. » (M9)

« Il y a les consultations, les heures de consultation, et puis le fait aussi que, étant tout seul, je n'ai pas de secrétaire, je fais la secrétaire. Et faire la

secrétaire, c'est entre ¾ d'heure et une heure et demie le soir de coups de téléphone, pour rappeler tous les patients qui m'ont laissé un message. Donc ça fait des longues journées. » (M1)

En revanche l'installation ou le déconventionnement étaient souvent des périodes où la charge de travail était insuffisante.

« C'est compliqué de s'installer en libéral en étant non conventionné, c'est sûr que la clientèle vient beaucoup moins facilement à vous que lorsqu'on est conventionné. Donc pour l'instant je ne gagne pas bien du tout ma vie. Mais je savais qu'en faisant ce choix-là ça serait plus long. Pour l'instant ce n'est pas très satisfaisant. » (M2)

« C'est vrai qu'au début on attend le client ». (M5)

c. Charge administrative

La plupart des médecins interrogés appréciaient l'allègement qu'apportait l'exercice non conventionné vis-à-vis de la charge administrative.

« Je pense que je m'en tire bien par rapport à un médecin conventionné qui va passer son temps sur la Sécu à vérifier que ses paiements sont bien là et tout ça, j'ai pas ces soucis-là. » (M3)

« C'est toujours pareil, c'est moins parce que j'ai une patientèle moins grande mais il y a toujours des paperasses à faire, des choses comme ça. Les ALD, les lettres, mais ça dépend de ce que vous faites. Je veux dire la charge administrative elle est énorme quand on est payé par la Caisse, peut-être, mais moi je contrôlais rien, de toute façon. Il y a plein de trucs qui n'étaient pas payés, mais ça me saoule donc... » (M8)

La période de l'installation était aussi jugée comme difficile vis-à-vis de la charge administrative.

« C'est vrai que ça demande, au départ, de découvrir tout un monde qu'on ne connaît pas. Pour l'instant ça prend un peu de temps, je reconnais que je suis aidée aussi par mon mari qui est médecin libéral, qui m'aide aussi pour ça. Et c'est vrai que s'il n'avait pas été là, je ne suis pas sûre que je me serais lancée tout de suite toute seule, parce que c'est vrai que ça demande beaucoup beaucoup de paperasse. » (M2)

« Pour moi au niveau administratif ça va encore, à part les démarches, il faut s'y prendre... Il faut souvent rappeler. Les changements de secteur du coup, la démarche auprès de la Sécu c'est rapide mais après il faut prévenir l'URSSAF, la CARMF, le RSI, ça fait un mois que je n'ai pas de retour. » (M3)

4. Aspect financier

a. Fixation des honoraires

La limite souvent exprimée à la liberté de fixation des honoraires était l'adaptation aux possibilités de paiement des patients.

« Ma liberté s'arrête là où ce que le patient peut payer ». (M1)

« Il y a l'honoraire classique, et la personne qui a des soucis il y a toujours moyen d'arranger, de voir avec elle combien elle est prête à dépenser pour sa santé ». (M5)

« Si j'ai des patients qui sont à la CMU, je ne vais pas leur prendre le tarif d'une consultation, mais moi je ne perçois rien si ils sont à la CMU, donc on fait un arrangement. De toute façon un patient m'est toujours référé par

quelqu'un d'autre, donc si il y a un problème financier, c'est évoqué, et puis je m'adapte ». (M6)

Des médecins apportaient toutefois une limite à cette notion d'adaptation.

« Je n'adapte pas en fonction des patients parce qu'ils le savent, et il faut que ça soit fixe. Je peux être tenté de faire ça, d'ailleurs je soigne à titre gratuit, ou alors vraiment des gens qui n'ont pas d'argent, je demande 20€, 15€, histoire de, c'est symbolique, mais il ne faut surtout pas que je le fasse en fonction des revenus des patients parce que c'est très mal accepté. Ils se demandent pourquoi untel a ceci et l'autre pas. » (M7)

« J'ai des patients qui n'ont pas les moyens, [...] je leur fais gratuit, et finalement là j'ai modifié ma politique, puisqu'en fait, ils allaient en sortant de chez moi, chez Mc DoTM, à manger à 2 ou 3 personnes. Donc là je me suis dit qu'entre les 2, il fallait peut-être qu'il y ait un juste milieu. Donc là voilà, je suis un peu moins souple que je ne l'ai été, c'est très récent. » (M6)

Les honoraires étaient parfois fixés par comparaison.

« C'est vrai que ça a été compliqué de fixer ma consultation. Je me suis basé un peu sur ce que pouvaient faire les autres et je me suis senti assez libre de poser ». (M2)

« Alors moi j'ai pris 50€ la consultation. On va dire une demi-heure, voire plus. Et puis comme je fais des gestes spécialisés, je fais des infiltrations, des choses que les autres ne font pas, après il peut y avoir un surcoût. Mais je veux dire, 50€ c'est ce que le syndicat SML conseillait, pour un médecin en secteur 1. On peut pas dire que c'est du vol. » (M8)

Des médecins ont mentionné la notion déontologique de tact et mesure.

« Je les fixe avec ce que je considère être tact et mesure. » (M9)

« Il ne faut pas non plus prendre des sommes folles, parce que ça sert à rien. » (M8)

Un autre a fait un lien entre les honoraires et le niveau d'études.

« Je fais la moyenne entre mon niveau d'études et de perfectionnement on va dire, parce que c'est bac+15 quand même, et puis on n'arrête pas de travailler et puis ce que les gens pourraient mettre honnêtement dans leur santé. Et ça c'est une question d'expérience en fait. » (M7)

Des médecins justifiaient leurs honoraires en les comparant à d'autres spécialités, professions ou pays.

« Évidemment ça revient moins cher que de faire une visite chez le généraliste toutes les 3 semaines [...] N'importe quel plombier prend largement plus que ça, et c'est pas remboursé par la Sécu. Il faut savoir qu'on est en Europe le pays qui prend le moins au niveau des consultations. » (M9)

b. Satisfaction vis-à-vis des revenus

Le niveau de satisfaction vis-à-vis des revenus était variable. Les niveaux de revenus exprimés étaient similaires ou inférieurs aux revenus des médecins généralistes conventionnés.

« Pour l'instant je ne gagne pas bien du tout ma vie. » (M2)

« Quand je regarde le nombre d'heures de travail que je fais et ce que je gagne, puisque je ne le cache pas, je gagne l'équivalent, 5000€ nets par mois, je vois beaucoup de mes collègues qui sont facilement au moins à 5000 voire plus ». (M1)

Un médecin a insisté sur l'aspect secondaire que représentait pour lui le niveau de revenus.

« Le revenu, ce n'est pas l'essence même de la médecine pour moi. Le principal c'est que j'ai de quoi bouffer, de quoi me faire plaisir, et puis basta quoi, je m'en tape. » (M8)

« Le médecin qui fait ça pour l'argent, c'est le médecin qui est en secteur 2, puisqu'il a un honoraire libre ». (M8)

Les charges plus importantes ont été citées à presque tous les entretiens.

« Des charges qui sont systématiquement plus élevées pour les médecins non conventionnés ». (M1)

« Hors convention tu as des charges en plus, toutes tes cotisations Sécu ne sont pas prises en charge, donc tu as 10% de cotisations en plus ». (M3)

La prévoyance a été citée comme motif d'insatisfaction.

« Le plus gros inconvénient pour moi du statut non conventionné, c'est qu'on n'a quasiment pas de retraite. Et ça c'est très problématique parce que quand on arrive à la retraite, à ma connaissance, la grande part de la retraite est payée par la Sécu. Et donc, je ne connais pas mon calcul exact mais je sais que j'aurai une retraite ridicule. » (M1)

5. Satisfaction vis-à-vis des patients

a. Limitation de l'accès aux soins

Des médecins admettaient que leur statut non conventionné limitait l'accès à leurs consultations.

« Je perds une partie de patientèle, de gens qui n'ont pas les moyens. Et ce n'est pas satisfaisant du tout évidemment. » (M1)

« C'est vrai qu'en faisant ce choix d'être non conventionné, je suis bien conscient que je ne pourrai pas toucher toute la population que je voulais, ce qui évidemment peut être un frein à l'accès aux soins, parce qu'il y a des patients qui m'appellent, qui sont intéressés et qui ne peuvent pas venir à cause du prix, étant donné qu'ils ne sont pas du tout remboursés. » (M2)

« Je suis satisfait dans le sens où j'ai de la patientèle malgré cette difficulté de remboursement, parce qu'il y a une grande partie des gens qui n'a aucun remboursement. Il y a des gens qui ont la chance d'avoir une mutuelle qui leur rembourse les dépassements d'honoraires quoi qu'il arrive. » (M7)

L'un d'entre eux soulignait que les mutuelles ne suffisaient pas à rééquilibrer cette tendance.

« C'est souvent les personnes qui ont le plus de moyens qui ont les meilleures mutuelles qui sont les plus remboursées. » (M1)

Parmi les médecins initialement conventionnés, certains ont pu observer une perte de la patientèle lors du déconventionnement.

« Quand j'ai prévenu ma patientèle que je changeais de statut et que je ne serais plus remboursé, j'ai perdu 5% de ma clientèle. » (M5)

« J'ai perdu 80% de la clientèle [...] j'avais une énorme patientèle. » (M8)

Toutefois le non-conventionnement ne sélectionnait pas forcément la patientèle la plus aisée.

« Qu'on me dise pas qu'il y en a qui sont pas soignés à cause de ça, c'est faux. » (M8)

« C'est pas que des gens riches, les gens riches, même ceux qui sans moi seraient morts parce que j'ai eu l'instinct de trouver tel syndrome ou telle maladie, sont partis. C'est pas les plus riches qui sont restés, j'ai des CMU qui restent. » (M8)

« J'ai [...] une dame qui, même si elle a pas beaucoup de moyens, espace ses visites mais vient quand même. » (M3)

b. Satisfaction vis-à-vis des patients

Le ressenti exprimé vis-à-vis de la patientèle était souvent positif.

« Je trouve que c'est motivant parce qu'il y a une bonne relation. » (M7)

« En gros je dirais que à 95% les gens sont contents du service rendu par rapport au prix ». (M9)

« Les gens apparemment sont contents puisqu'ils reviennent [...] Et ils me ramènent les enfants, les petits-enfants, c'est qu'ils sont satisfaits. » (M9)

« Les patients apprécient qu'on ait du temps pour eux. » (M5)

« C'est pas le même genre de personnes qu'on voit en médecine G qui viennent ici, c'est des gens qui sont un peu plus ouverts, qui ont envie de faire autre chose ». (M3)

« Moi c'est merveilleux, une clientèle super qui veut se soigner, qui écoute ce qu'on dit. » (M8)

« Il y a une vraie relation avec les patients, [...] je trouve que les gens sont conscients, conscients de leur santé et de l'effort qu'ils font pour rester en bonne santé. Et ça englobe pas du tout l'ordonnance, c'est un mode de vie, ils viennent pour des conseils alimentaires, etc. » (M7)

Un médecin tempérait toutefois cet avis positif. Il remarquait des comportements nouveaux parmi les patients, comportements qui n'étaient toutefois pas spécifiques à son mode d'exercice.

« Bon des fois ils vont sur Internet, ils écoutent pas tout, mais je veux dire, des gens jamais en retard, toujours en avance, bon on nous pose des lapins quand même [...] Ça c'est la mentalité des gens qui a changé [...] Puis les gens faut qu'ils deviennent patients, parce que par exemple, 3 coups de fil et ils raccrochent. Parce que les téléphones portables, c'est tout de suite, tout de suite. Alors [...] je suis obligé de courir, et hop ça raccroche. Prenez le temps, on est chez le médecin, on prendra le temps de mourir, non on prendra peut-être pas le temps mais... Les gens, la mentalité a changé, on est dans l'électronique, l'électronique ne va pas remplacer le médecin. » (M8)

Pour ce médecin, la relation avec la patientèle avait été particulièrement difficile au moment de son déconventionnement.

« C'est comme quand on divorce, c'est-à-dire que le patient, là c'est merveilleux, mais le patient il vous crachera à la gueule. C'est-à-dire que c'est : "Ah je veux mon dossier". D'abord il faut que je regarde tes dossiers. Je

leur fais des résumés de dossier, y'en a une pile là que je viens de retrouver, j'ai fait des résumés, je me suis emmerdé, ils les ont toujours pas pris. C'était urgent, ça fait 3 ans et demi. Je leur [avais] annoncé la déconvention avant, déjà en 2010 je leur ai dit : "Je ne prends pas de nouveau parce que je vais changer de régime, etc.", il y en a même qui m'ont dit : "Ah je veux bien quand même", je dis : "Mais après, je suis non conventionné", "ah oui je veux bien" puis ils vous engueulent ». (M8)

c. Attentes des patients

Des médecins déclaraient devoir faire face à l'habitude des patients d'être remboursés.

« Les gens, quand ils prennent rendez-vous avec un médecin, ils s'attendent obligatoirement à être remboursés, au moins une partie de la consultation [...] C'est pas du tout entré dans les mœurs qu'un médecin ne soit pas conventionné. » (M2)

« Maintenant les gens il faut que tout soit remboursé. Mais le bifteck il est pas remboursé [...] le problème, c'est que les gens, tout leur est dû, pour tout. Le problème il est dans l'assistanat de tout, et on en arrive à ces dérives-là. » (M8)

« Le problème c'est que, jusqu'à présent parce que c'est en train de changer, mais les gens ne comprennent pas qu'il faut payer pour être soigné, parce que jusqu'à présent tout était toujours gratuit. » (M5)

Les exigences des patients vis-à-vis des prestations des médecins non conventionnés s'avéraient importantes.

« Il y a plus de gens qui se disent qu'il vaut mieux payer, et puis avoir une réponse à leurs questions. Ils attendent autre chose que la médecine traditionnelle, mais l'un n'empêche pas l'autre, c'est ce que je leur dis, ça peut être complémentaire. » (M5)

« Le patient va en demander plus, ce qui est logique [...] Donc ce qu'il faut c'est [...] pas rester dans la prescription. C'est pas ce qu'ils attendent les gens, c'est une écoute, un examen clinique, et puis aller directement à l'essentiel, mais pas revenir dix fois chez le médecin. » (M8)

6. Organisation des soins et relations extérieures

a. Relation avec les confrères

Les relations avec les confrères n'ont pas représenté de problème particulier.

« Je garde le même rapport avec mes collègues. Je fais plus de formations dans la spécialité là, c'est différent, mais tout est resté identique, rien n'a changé. Le tout c'est soi, ne pas changer. » (M8)

« Alors les médecins du coin, à la fois, plutôt généralistes parce que j'en ai beaucoup remplacés [...], donc je les connais bien, on continue à discuter de temps en temps, ils m'envoient des patients, je leur renvoie, il y en a qui viennent me voir, donc les relations ça se passe très bien, même si je ne suis pas conventionné. » (M3)

« J'ai des médecins qui me font confiance et qui m'envoient du monde. Ça leur demande aussi parfois d'expliquer, mais en termes d'échange c'est pas un frein. » (M2)

« Je pense qu'il n'y a pas de problème particulier bien que je n'ai pas de relation étroite avec les praticiens à [la ville]. Non il n'y a pas de problème

particulier, j'ai plutôt des généralistes que je ne connais même pas qui m'envoient des patients... Je crois que c'est lié au fait que je suis installé depuis longtemps aussi, du coup il n'y a plus de préjugés, on ne voit plus que les résultats. » (M7)

La formation continue contribuait entre autres aux échanges entre professionnels.

« En fait je fais de la formation continue, je fais de la permanence des soins. Donc j'ai des échanges avec des confrères. Je travaille à l'hôpital une matinée, j'ai une vacation, donc je rencontre du monde, on prend un café. Et puis je fais des formations après purement professionnelles, donc j'ai du contact avec l'extérieur. Plus exactement je fais un DU où je suis avec des gens, on se retrouve, j'ai un contact. » (M6)

« J'interviens dans les formations continues de mes collègues médecins généralistes [...] Donc je suis un peu, auprès de mes collègues médecins, un peu référent. Donc je viens régulièrement, au moins de 1 à 3 fois par an, présenter [la spécialité] devant mes collègues, dans des FMC. » (M1)

Des médecins ont exprimé un ressenti négatif vis-à-vis de médecins d'autres spécialités et des pharmaciens, principalement du fait de leur rapport au médicament.

« J'ai quelques confrères correspondants [...] Pédiatres jamais, car pour moi il vaut mieux un bon généraliste qu'un mauvais pédiatre, et c'est presque pour moi un pléonasme [...] En général les relations sont à peu près bonnes, sauf avec les cardiologues, qui sont des escrocs thérapeutiques pour moi avec une psychologie "statine pour tout le monde", pour moi ils sont mortifères. J'ai travaillé avec eux, j'ai des tas de patients pour qui j'ai travaillé avec eux, et je fais tout pour virer les statines. » (M9)

« Il y a des pharmaciens qui disent aux gens : "Vous serez pas remboursés, c'est un médecin non conventionné, pourquoi vous changez pas de médecin ?" [...] Il y a une fausse idée qui est véhiculée, pourquoi ? Parce qu'il y a un marché du médicament que le pharmacien veut, du pognon. » (M8)

b. Institutions

Les médecins ont fréquemment évoqué des relations difficiles avec les différentes institutions.

« Je deviens RSI maintenant, je suis RSI, donc vous avez entendu parler du RSI ? Bah voilà... » (M8)

« Alors je ne vais pas commencer à parler du RSI, parce que sinon il y en aurait pour longtemps. Puisqu'on a l'immense privilège quand on est non conventionné de faire partie du RSI qui est vraiment le côté le plus négatif du non-conventionnement. C'est une administration qui fait n'importe quoi. Oui parce qu'on dit toujours l'URSSAF, mais l'URSSAF la CARMF y'a pas de souci, mais le RSI c'est... Il faut y être pour se rendre compte à quel point ils sont incompetents. Ils nous embêtent. » (M5)

« L'URSSAF ils comprennent rien mais ça, il n'y a pas qu'en secteur 3 qu'ils comprennent rien. » (M3)

Les ressentis relatés vis-à-vis du Conseil de l'Ordre étaient aussi plutôt négatifs.

« Toujours la plus ou moins non-reconnaissance du Conseil de l'Ordre parce qu'on a un statut, enfin moi j'ai un statut batard, donc le non-conventionnement m'a permis d'avoir un statut. » (M5)

« Le Conseil de l'Ordre, il n'y a rien de spécial à en dire, ils m'ont un peu embêté sur ce que j'avais le droit de marquer sur mes plaques et tout. » (M3)

« Il y a un ostracisme, 100% contre nous. Je suis déjà passé plusieurs fois au Conseil de l'Ordre. J'ai eu un avertissement parce que j'avais prévenu la patiente d'un risque de récurrence de cancer. Ça c'était juste avant la loi Kouchner, et maintenant on est obligé de le dire. Et puis comme je m'occupe beaucoup de maladies de Lyme, borrélioses chroniques, dites infections chroniques froides, avec le Pr [Nom] avec qui je travaille d'ailleurs, et des confrères, pour l'instant pas moi, ont des ennuis : radiation à vie, radiation de 6 mois, des trucs délirants. Alors qu'en fait il y a aussi ces conflits d'intérêt et puis des histoires d'assurances qui vont prendre le truc, donc très mauvaises relations avec l'Ordre. » (M9)

c. Assurance maladie

De nombreux avis ont été exprimés au sujet de l'Assurance Maladie et du système de soins, d'abord en rapport avec le remboursement accordé pour les consultations non conventionnées.

« Les patients sont remboursés par la Sécu de 34 centimes, c'est-à-dire 70% de 4 francs puisque c'est un tarif qui n'a pas évolué depuis 1962 à ma connaissance. » (M1)

« Le système est complètement illogique, le système de remboursement des médecins non conventionnés date de 1962 à ma connaissance, ce qui est complètement stupide, puisque la Sécurité sociale finit par payer plus cher le papier des feuilles qu'elle me donne que le remboursement qu'elle fait aux patients, ce qui est pour le moins totalement absurde, dans le sens où ma pratique [...] ne coûte rien à la Sécu. Je précise que je ne prescris aucun médicament personnellement. » (M1)

Les contraintes de prescription liées à la situation conventionnée ont été évoquées.

« Quand la Sécu me dit : "Faut pas ci, faut pas ça, faut pas ci, faut pas ça", excusez-moi mais je suis là pour soigner, je suis pas là pour rembourser. C'est leur problème, c'est pas le mien. [...] La Sécurité sociale, ils ont des arbres décisionnels, et c'est tout. » (M8)

« Maintenant les généralistes ils ont quand même tous les soucis de la Sécu, les prescriptions de statines, etc. » (M2)

« Comme les génériques, je suis désolé, on a le droit à 20 ou 25% de principes actifs en plus ou moins, ils sont vendus au même prix. [...] Là c'est de la vaste fumisterie [...] Faut arrêter de nous dire que c'est une économie. [...] maintenant avec les génériques il n'y a pas la même galénique, pas la même forme, pas la même couleur. Comment voulez-vous qu'ils [les patients] s'y retrouvent ? » (M8)

Un médecin s'est étonné du regard de l'Assurance Maladie sur ses prescriptions malgré son statut non conventionné.

« Même là déconventionné ça fait 2 fois qu'ils m'envoient : "Oui, vous avez fait trop de non substituable", mais attaquez les patients ! [...] moi je ne touche pas de prime, je peux leur dire : "Écoutez je n'ai pas de prime, je ne vois pas pourquoi j'en prescrirais". Les autres en ont, moi j'en ai pas. Je ne suis pas conventionné, j'y ai pas le droit, donc je ne vois pas pourquoi je vous ferais plaisir ! Mais je leur avais déjà répondu en disant pourquoi, qu'il y avait des erreurs, et puis, et puis... C'est Liberté, Égalité, Fraternité. » (M8)

Le travail administratif imposé par l'Assurance Maladie a été aussi relevé.

« Les ALD restent les ALD à remplir. Je dirais que c'est chiant, quelqu'un qui est diabétique de type 1 il va pas guérir, celui qui est sous insuline il va pas

guérir, faut pas rêver, on n'a pas encore de guérison. Ceux qui ont des maladies auto-immunes ils vont pas guérir. Les pelvispondylites rhumatismales, renouveler des ALD ça me fait rigoler, mais bon, c'est comme ça. » (M8)

« Moi je n'ai pas la télétransmission et tout le bazar à faire, ce qui fait licencier du monde et les caisses, et c'est nous qui faisons leur boulot pour eux, pour être payés rien. Alors j'utilise toujours les feuilles de Sécurité sociale, je résiste jusqu'à ma retraite, elles sont là. » (M9)

Un médecin estimait que l'Assurance Maladie ne prenait pas suffisamment en compte les économies qui pourraient être engendrées par une bonne pratique.

« Mais les gouvernements, la Sécu et les institutions, on fait pour dire : "Ah oui on est des gens bien, oh le pauvre il va pas pouvoir se soigner". Bah il faut que le médecin ne le voit pas dix fois, même si c'est la CMU qui paie, il le voit une fois par an, ou deux fois si c'est nécessaire, et puis il le soigne extrêmement bien, il anticipe sur tout et basta. Et ce sera économique. » (M8)

Un médecin a critiqué des décisions prises par la caisse d'Assurance Maladie de son département, en rapport avec la cotation des actes.

« [L'exercice particulier] normalement tu as des indications précises pour la cotation de l'acte technique, il y en a 5 ou 6. Et pour nous c'était des indications restrictives, limitatives. Si tu faisais de [l'exercice particulier] hors de ces indications-là, tu ne pouvais pas le coter. Mais en fait non, le médecin conseil de la Sécu l'interprète autrement. Pour elle c'est indicatif, donc dès que tu fais de [l'exercice particulier] tu cotes l'acte technique à 18€ et des brouettes. Même si tu fais une consultation d'une heure, même si tu prends une tension, même si tu prescrites, je sais pas, une connerie de vitamine, pour elle c'est l'acte technique qui compte d'abord. » (M3)

7. Perspectives

Plusieurs médecins interrogés pourraient envisager un reconventionnement si les conditions proposées par la convention leur étaient plus favorables.

« Si on avait continué le secteur 2 honoraires libres, j'aurais pris ce secteur-là bien sûr [...] S'il y avait le secteur 2, c'est plus pour mes patients que pour moi, car pour moi ça ne change pas grand-chose. De toute façon mes consultations je prendrais toujours une demi-heure, ¾ d'heure voire une heure et au même tarif, je n'augmenterais pas mes tarifs de toute façon. Après je pense que j'aurais un avantage au niveau de certaines charges qui seraient prises en compte qui ne sont pas prises en compte maintenant. Donc je pense que oui j'irais dans un secteur 2, mais bon, [...] je ne sais pas s'il y aura le changement d'ici-là de toute façon. » (M4)

« Sauf si les méthodes de conventionnement, de cumul des consultations et le tiers payant changeaient, étaient favorables, je n'irais pas faire marche arrière. » (M3)

« J'accepterais un conventionnement. Ça a déjà été le cas pour certains collègues parce que ça dépend à ma connaissance du directeur de la CPAM. Je connais un collègue, plusieurs même dans d'autres départements qui ont négocié avec le directeur de la CPAM d'être conventionnés, et de limiter leur nombre de consultations par jour, ce qui est normal, et où les patients sont remboursés, au moins sur une consultation normale, dans le sens où ça ne coûte rien à la Sécu en plus. Donc je veux bien être conventionné si on me permet de garder ce que je gagne par mois avec pas plus d'heures, sachant que je pense que je suis pas cher pour la Sécu, encore une fois je ne coûte rien à la Sécu, rien. » (M1)

« Moi pour un début d'installation avec la pratique que je fais, c'est vrai que ça aurait été plus facile pour moi de me conventionner. Maintenant ça me paraît difficile de changer de toute façon, et surtout avec le fait de savoir que

maintenant la Sécurité sociale va avoir la mainmise sur nous, je pense que je suis finalement bien comme ça. » (M2)

Un autre envisagerait plutôt de quitter le statut libéral pour un exercice salarié.

« Si je fais un passage dans le conventionnement, je vais dans une structure, je deviens salarié, c'est ce que mes confrères font. Je veux dire, passé un certain âge, j'ai eu beaucoup de confrères, secteur 1, secteur 2, secteur 3, et c'était moyennement rentable pour eux, et qui ont passé un examen, qui sont partis dans le privé. Moi pour le moment je suis bien tel que je suis. » (M6)

Des médecins ont fait remarquer le manque de médecins pratiquant des exercices particuliers par rapport à la demande, ce qui pourrait faciliter le choix du non-conventionnement.

« En [spécialité] par exemple sur [la ville], il n'y a plus aucun [spécialiste]. N'importe quel [spécialiste] qui s'installe en non conventionné a sa clientèle dans le mois qui suit. Après ça dépend de où on s'installe, quelle spécialité. Tout le monde en cherche et les gens sont prêts à payer pour être bien soignés. » (M5)

Selon plusieurs médecins interrogés, le statut non conventionné pourrait apporter un plus à la médecine, en permettant une relation médecin-patient plus solide.

« C'est formidable la déconvention, c'est formidable. Le conseil, il faudrait que tout le monde le fasse. » (M8)

« Moi je dirais que ce serait une bonne façon d'exercer la médecine, si tout le monde pouvait faire comme ça ce serait mieux je pense. Parce qu'il y a une vraie relation avec les patients, une vraie obligation de résultat [...] donner sa vraie place à la médecine, quoi. Que ça ne soit pas quelque chose

d'automatique, on va voir le médecin et on renouvelle son traitement. Nous sommes très très peu nombreux et les gens n'osent pas sauter le pas et je comprends [...] il faudrait une masse, une bonne masse de médecins qui voudraient ne pas se conventionner, et puis ça marcherait quand même. »
(M7)

Pour l'un d'entre eux il apporterait même un plus du point de vue de l'épanouissement personnel du médecin.

« Et d'ailleurs c'est vraiment très très intéressant pour soi, à mon avis. » (M7)

Le statut non conventionné permettrait aussi un retour du pouvoir médical sur le pouvoir administratif.

« En fait l'intérêt de la non-convention c'est revaloriser l'acte médical ». (M8)

« Je pense que plus de médecins vont en venir au déconventionnement. »
(M2)

« Et puis c'est nous les décideurs, faut pas l'oublier. Le problème c'est que maintenant c'est la Sécu les dé... Surtout qu'en 2020 y'a plus de Sécu, alors ça me fait rigoler, c'est toutes les mutuelles qui vont remplacer. Donc c'est nous les décideurs c'est pas eux, c'est le patient, il faut qu'on le soigne, qu'on soit des vrais soignants. On ne nous écoute plus, là on va encore moins nous écouter : maisons médicales, médecins fonctionnarisés, allez 9h-16h, bah vous verrez, pleurez, pleurez, pleurez votre mère, comme on dit. » (M2)

Discussion

I. À propos de la méthode

1. Choix du type d'étude

Le point le plus important à relever est l'absence d'obtention de la saturation des données. L'étude peut donc être qualifiée d'inspiration qualitative mais elle présente une limite dans la démarche scientifique.

Les études qualitatives sont adaptées pour explorer des facteurs subjectifs, difficiles à mesurer objectivement, tels que des points de vue, des ressentis.¹⁵

Le non-conventionnement chez les médecins généralistes est un phénomène marginal, leur densité géographique est faible. Le choix de se maintenir aux départements de la Seine-Maritime et de l'Eure a impliqué une absence de saturation des données. L'étude aurait mérité d'être élargie aux autres départements de la Normandie pour viser cette saturation.

L'autre conséquence de ce très faible effectif de médecins généralistes non conventionnés est la nécessité d'un travail d'anonymisation important. En effet le profil démographique des médecins interrogés est très varié, notamment en matière d'exercices particuliers, d'âges et de durées d'installation. Ainsi, pour préserver l'anonymat, des données n'ont volontairement pas été utilisées. Toutes les citations utilisées ont été mises au masculin, à l'exception d'une citation où le mari est évoqué, et les informations sur le type d'exercice et le lieu d'exercice ont été tronquées. Pour la même raison, les verbatims et le tableau récapitulatif des caractéristiques démographiques des médecins interrogés n'ont pas été placés en annexe.

2. Limites de l'étude

La réalisation d'une étude qualitative requiert une démarche méthodologique rigoureuse, avec des critères de validité interne et externe.¹⁵

La validité interne implique que les résultats soient représentatifs de la réalité et reproductibles. Elle est assurée par les techniques de triangulation. La triangulation des sources implique l'intervention de plusieurs chercheurs, la triangulation des méthodes l'utilisation de plusieurs techniques de recueil de données. La réalisation de ces triangulations n'a pas été possible ici, le recueil de données n'ayant été effectué que par une personne, et uniquement par entretien individuel. En effet l'entretien individuel sur le lieu de travail des médecins était particulièrement adapté à l'emploi du temps chargé des médecins, par rapport à l'organisation d'entretiens de groupe (focus-groups). Il convenait aussi pour le recueil de données à caractère personnel.

La validité externe consiste à généraliser les résultats obtenus à d'autres contextes. Elle est assurée par l'utilisation d'un échantillon représentatif de la problématique. Dans ce contexte particulier l'échantillon étudié est proche de la population totale de médecins généralistes non conventionnés des départements concernés. On peut supposer que l'échantillon n'est pas représentatif de la population au niveau national, parce qu'il ne comporte pas de médecins généralistes non conventionnés sans exercice particulier, ni de médecins déconventionnés par sanction. En effet d'après les données SNIR de 2014, 66% des médecins généralistes non conventionnés n'ont pas de mode d'exercice particulier.⁸

Il existe un possible biais de non-réponse lié aux refus. On peut imaginer en effet que des idées différentes auraient pu survenir, idées qui ont peut-être influencé le choix de ces médecins de refuser l'entretien.

Un recueil de données de qualité requiert une attitude neutre de la part de l'investigateur pendant l'entretien, pour éviter un biais d'intervention. Cette attitude était au maximum respectée dans le souci de ne pas orienter les réponses. Pourtant

des commentaires brefs ont parfois été employés pour encourager le médecin interrogé à approfondir un sujet abordé.

3. Pertinence de l'étude

Une étude est jugée pertinente si elle apporte des connaissances nouvelles ou confirme des connaissances déjà établies. Nous n'avons pas trouvé d'étude traitant des médecins non conventionnés. Cette étude peut donc être considérée comme pertinente.

II. À propos des résultats

1. Étude de la littérature

Si l'étude de la littérature n'a pas retrouvé de documentation au sujet des médecins non conventionnés, on peut tout de même effectuer une comparaison avec les données obtenues dans les études traitant des médecins généralistes, tous secteurs confondus, dont 89,9% sont en secteur 1 au niveau national.⁸

Le degré de satisfaction des médecins généralistes conventionnés vis-à-vis de leurs revenus était variable, et nettement plus faible en tenant compte de leur charge de travail. Cette relation à la charge de travail n'est pas apparue chez les médecins non conventionnés, mais les revenus étaient cette fois contrebalancés par des charges plus importantes et une prise en charge insuffisante de la prévoyance.

Les motifs d'insatisfaction qui étaient cités par les médecins conventionnés étaient les exigences des patients, la surcharge administrative, la charge de travail excessive, les conflits avec la CPAM et le manque de reconnaissance de la profession. Ces études n'avaient pas abordé les solutions éventuelles abordées par

les médecins conventionnés pour améliorer leur situation, dont le déconventionnement aurait pu faire partie.

Il apparaît que les médecins non conventionnés font aussi face aux exigences des patients. Le type d'exigence des patients de médecins conventionnés n'est pas précisé dans ces études, on peut supposer qu'elles sont différentes chez les médecins non conventionnés. En effet ils sont moins concernés par les demandes d'arrêt de travail ou de prescriptions particulières comme on peut l'imaginer pour les médecins conventionnés, ainsi qu'aux situations d'urgence. En revanche ils font aussi face à des patients parfois pressés, et sans doute à des attentes particulières des patients liés à leur exercice non conventionné, en matière d'obligation de résultat. Ils sont aussi confrontés à la nécessité d'expliquer ce statut et l'absence de remboursement à des patients souvent mal informés.

Les médecins non conventionnés sont aussi concernés par les difficultés avec l'Assurance Maladie, qui a un regard sur leurs prescriptions malgré leur statut, et pour certains pour trouver un accord sur le secteur de convention lors de leur installation.

En revanche on retrouve moins de plaintes en rapport avec les autres facteurs de mécontentement, surcharge administrative, charge de travail excessive et manque de reconnaissance.

2. Degré de satisfaction des médecins généralistes non conventionnés

Le point fort relevé par cette étude est la grande hétérogénéité des vécus et ressentis des médecins généralistes non conventionnés, parfois loin de ce que l'on pouvait imaginer de leur situation.

Il n'y avait pas lors de cette étude de médecin déconventionné par sanction, mais le statut non conventionné n'était pas pour autant toujours choisi. Il a parfois même été ressenti comme une véritable injustice. L'arrivée annoncée du tiers payant généralisé

n'a pas été une cause de déconventionnement, mais elle a été citée comme un facteur qui empêchait d'envisager un reconventionnement.

L'étude a retrouvé la pratique systématique d'un exercice particulier chez les médecins généralistes non conventionnés de la région. Ce critère était même cité comme indispensable pour envisager d'exercer en secteur non conventionné. On peut noter que le choix du déconventionnement faisait suite à celui de l'exercice particulier. Il n'y avait pas de choix initial de pratiquer en étant non conventionné.

Pour les médecins qui ont choisi le non-conventionnement, il n'y a pas eu de recherche d'information approfondie au sujet de la convention médicale le plus souvent. La connaissance de la convention par les médecins conventionnés serait également à étudier.

Contrairement aux résultats attendus, la population de patients sélectionnée par le secteur de conventionnement de ces médecins n'était pas forcément dans les niveaux de vie les plus élevés. Des médecins étaient prêts à trouver des arrangements avec les patients ayant des difficultés de paiement. Certains avaient même dans leur patientèle des personnes bénéficiaires de la CMU.

Ces médecins n'étaient finalement pas isolés, ils conservaient de bonnes relations avec les confrères, en matière d'échange de patients, et lors de formations. Les relations avec les institutions étaient en revanche plus difficiles, notamment avec l'Assurance Maladie et le Conseil de l'Ordre.

Au final on observe des critères de satisfaction variés, mais qui semblent davantage liés à l'exercice particulier et à une recherche de qualité qu'à l'exercice en secteur non conventionné. On note aussi que la satisfaction de ces médecins semble parfois basée sur une comparaison à une image exagérément négative des médecins conventionnés, qui selon certains d'entre eux, reverraient les patients toutes les 3 semaines, auraient des horaires de travail toujours excessives, 40 actes par jour, ne regarderaient que leur ordinateur et pas les patients, et effectueraient des renouvellements d'ordonnance seulement sur 3 mois ou moins.

Conclusion

Cette étude nous a permis d'avoir une meilleure connaissance de cette population marginale que sont les médecins généralistes non conventionnés. On découvre finalement des situations très variées, souvent loin d'une idée préconçue de médecins cherchant une meilleure rémunération, et à se libérer des contraintes imposées par l'Assurance Maladie. On découvre au contraire parfois des situations difficiles, imposées, montrant les limites de la convention médicale pour des exercices particuliers pourtant reconnus.

Dans les propos des médecins interrogés il a fallu démêler les satisfactions dues à leur exercice particulier, et celles liées au statut non conventionné. Il s'avère que le non-conventionnement n'est pas source de satisfaction absolue. Les médecins conventionnés tentés par le déconventionnement pourraient avoir profit à entendre ces arguments d'insatisfaction. De même l'exercice des médecins conventionnés mériterait d'être mieux connu des médecins non conventionnés qui semblent imaginer des comportements non appropriés au soin attentif des patients.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

L'objectif de cette étude est de mieux connaître les médecins généralistes exerçant en secteur non conventionné en Haute-Normandie et leur degré de satisfaction vis-à-vis de cette situation. Les propos recueillis seront enregistrés par voie audio avec votre accord et utilisés de façon anonyme. Les témoignages personnels seront les bienvenus et accueillis sans jugement.

Questionnaire qualitatif :

MOTIF :

- Pour quel motif avez-vous un statut non conventionné ?

- Avez-vous ce statut depuis votre installation ou l'avez-vous pris/eu ultérieurement ?

-(si c'est un choix) Cela a été décidé quand par rapport à l'installation ?

- (si c'est un choix) Comment cela a-t-il été décidé (En rapport avec un exercice particulier ? Conseils donnés ?) ?

-(si c'est un choix) Vous êtes-vous informé sur la convention médicale ? Quelle a été votre impression ?

DEGRE DE SATISFACTION :

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de votre statut ?

- Vis-à-vis de la patientèle (sélection d'une population particulière, honoraires appliqués) ?

- Jusqu'à quel point vous sentez-vous libre du point de vue de vos honoraires ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de votre pratique (variété de l'exercice, suivi, retour des patients) ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de votre charge de travail ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de la charge administrative ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de vos revenus ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis des relations avec les autres praticiens (échanges, formation continue, réputation) ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis des institutions (Conseil de l'Ordre, Sécu, CARMF) ?

- Quel est votre degré de satisfaction vis-à-vis de votre non-conventionnement, d'un point de vue global ?

PERSPECTIVES :

- Un conventionnement pourrait-il être envisagé ?
- Quels conseils donneriez-vous à un collègue qui envisagerait un déconventionnement ou sur le point de s'installer ?

Caractérisation de l'échantillon :

Sexe :

Âge :

Lieu d'installation :

Exercice particulier :

Année d'installation :

Situation familiale :

Bibliographie

1. Le Pen C. Le système conventionnel. La Revue du Praticien 2014;64(2):273-284.
2. IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) Historique des conventions médicales. [Consulté le 01/10/2015]. Disponible à partir de l'URL <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
3. Daligand L, Cardona J, Delhomme J, Fasquel D. Sécurité sociale. 6^{ème} éd. Paris : Elsevier Masson, 2012 : 97-113
4. Article L162-2 du code de la Sécurité sociale. [consulté le 29/08/2016]. Disponible à partir de l'URL <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIA-RTI000006741332&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
5. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011. [consulté le 04/09/2015]. Disponible à partir de l'URL http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale_haut-rhin.php
6. Arrêté du 9 mars 1966 fixant les tarifs d'autorité des praticiens et auxiliaires médicaux applicables en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux. [consulté le 13/08/16]. Disponible à partir de l'URL https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JPDF2703196600002497&pageCourante=02497
7. Décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. [consulté le 13/08/2016]. Disponible à partir de l'URL http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/jo-decret-2009-152.pdf
8. Données SNIR. [consulté le 04/07/16] Disponible sur <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-completes/2013-tableaux-personnalisables.php>
9. Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes libéraux. Thèse d'exercice, Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie 2013
10. Rancon C. Les médecins sont-ils satisfaits de leurs revenus ? Étude quantitative auprès de 244 médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. Thèse d'exercice, Université Claude Bernard 2013

11. Murgale L. Revenus des médecins généralistes exerçant en libéral : réalités et représentations. Thèse d'exercice, Université européenne de Bretagne 2012
12. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse med 2004;33:1569-74
13. Sabard M, Fillaut T. Vingt-cinq ans d'exercice de la médecine vus par des généralistes d'Ille-et-Vilaine : déception ou satisfaction ? Exercer 2011;96:47-51
14. <http://annuaire.sante.ameli.fr>
15. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A.M, Imbert P, Itrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008;84:142-5

Résumé

La convention médicale est le document législatif qui régit les relations entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie. En 2014 en France, 1,2% des médecins généralistes libéraux exerçaient en secteur non conventionné. L'objectif de l'étude était de mettre en évidence les motivations et le degré de satisfaction de ces médecins.

Cette étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été réalisée auprès de 9 médecins généralistes non conventionnés de Haute-Normandie. La saturation des données n'a pas été obtenue. L'étude a mis en évidence des situations très variées. Tous les médecins interrogés pratiquaient un exercice particulier, qui était le principal motif de non-conventionnement en impliquant des consultations longues incompatibles avec les tarifs imposés par la convention médicale. Pour certains médecins cela représentait un motif d'insatisfaction important.

Le degré de satisfaction de ces médecins était très variable. Leur satisfaction vis-à-vis de la pratique était liée principalement à l'orientation de leur exercice. La charge de travail était variable mais les médecins appréciaient l'allègement de la charge administrative lié au secteur non conventionné. Les revenus annoncés étaient égaux ou inférieurs à ceux des médecins conventionnés. Les ressentis vis-à-vis des patients étaient bons, malgré la limitation de l'accès aux soins due à l'absence de remboursement. Les relations avec les confrères étaient bonnes, mais plus difficiles avec les différentes institutions. Des médecins envisageraient un reconventionnement si les conditions permises par la convention médicale leur étaient plus favorables.

Mots-clés

Convention médicale – Médecins généralistes non conventionnés – Médecins à mode d'exercice particulier – Satisfaction – Déconventionnement