

Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 6 décembre 2019

Par Inès IEMMOLO

Née le 18 juin 1990 à Viriat (Ain)

**Étude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en
médecine générale en Limousin en 2019**

Thèse dirigée par le Docteur Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. Le Professeur Daniel BUCHON

M. Le Professeur Alain VERGNENEGRE

M. Le Docteur Gaëtan HOUDARD

M. Le Docteur Emmanuel BAHANS

Présidente du Jury

Jury

Jury

Jury

Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2019

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 6 décembre 2019

Par Inès IEMMOLO

Née le 18 juin 1990 à Viriat (Ain)

Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019

Thèse dirigée par Karen RUDELLE

Examineurs :

Mme. Le Professeur Nathalie DUMOITIER

M. Le Professeur Daniel BUCHON

M. Le Professeur Alain VERGNENEGRE

M. Le Docteur Gaëtan HOUDARD

M. Le Docteur Emmanuel BAHANS

Présidente du Jury

Jury

Jury

Jury

Membre invité

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 01 octobre 2019

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

ASSESEURS :
Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**
Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**
Monsieur le Professeur **Philippe BERTIN**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (SURNOMBRE jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves (CS)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine (CS)	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BORDESSOULE Dominique (SURNOMBRE jusqu'au 31-08-2020)	HEMATOLOGIE
CAIRE François (CS)	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe (CS)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT (en disponibilité jusqu'au 31-12-2019)
DARDE Marie-Laure (CS)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien (CS)	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François (CS)	MALADIES INFECTIEUSES

FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud (CS)	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian (CS CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTÉ et PREVENTION (en détachement jusqu'au 04-11-2020)
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE (en disponibilité jusqu'au 14-02-2021)
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel (C.S.)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (CS)	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves (CS)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE HEPATOLOGIE (SURNOMBRE jusqu'au 31-08-2020)
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma (CS)	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION (faisant fonction de CS en CANCEROLOGIE)
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe (CS)	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine (CS)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE (du 01-09-2019 au 31-08-2020)
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE (du 01-09-2019 au 31-08-2020)
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE (du 01-09-2019 au 31-08-2020)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BEN AHMED Sabrina	CHIRURGIE VASCULAIRE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE PATHOLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO VASCULAIRE
LERAT Justine	O.R.L.
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

du 01-09-2019 au 31-08-2022

LAUCHET Nadège

du 01-09-2017 au 31-08-2020

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

du 01-09-2018 au 31-08-2021

PROFESSEURS EMERITES

ALDIGIER Jean-Claude

du 01-09-2018 au 31-08-2020

BESSEDE Jean-Pierre

du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel

du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis

du 01-09-2019 au 31-08-2020

MOREAU Jean-Jacques

du 01-09-2019 au 31-08-2020

TREVES Richard

du 01-09-2019 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole

du 01-09-2018 au 31-08-2020

VALLAT Jean-Michel

du 01-09-2019 au 31-08-2020

VIROT Patrice

du 01-09-2019 au 31-08-2020

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER) 31/10/20 1 ^{er} contrat
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/19 1 ^{er} contrat
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 31/10/19 2 ^e contrat
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 31/10/20 1 ^{er} contrat
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20 1 ^{er} contrat
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES (fin de fonction au 01/09/19) 2 ^e contrat
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE 31/10/19 fin de fonctions définitive
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20 1 ^{er} contrat
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/19 1 ^{er} contrat
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE 02/05/19 2 ^e contrat
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION 31/10/20 1 ^{er} contrat
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 31/10/20 1 ^{er} contrat
TALLA Perrine	BIOLOGIE CELLULAIRE 06/11/20 1 ^{er} contrat

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 31/10/20 1 ^{er} contrat
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/20 1 ^{er} contrat
AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A 31/10/19 1 ^{er} contrat
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE 31/10/19 2 ^e contrat
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE 31/10/19
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT 16/11/19 1 ^{er} contrat
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE 08/01/19 1 ^{er} contrat
CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE 31/10/19 2 ^e contrat
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE (délégation pour mission d'étude pour 1 an)
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (à compter du 02/05/17) 01/05/19 1 ^{er} contrat
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION 31/10/19 2 ^e contrat
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE 30/04/19
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (à compter du 02/05/17) 01/05/19 1 ^{er} contrat
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE 31/10/19 1 ^{er} contrat
EL OUAFI Zhou	NEPHROLOGIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
EVARD Bruno	REANIMATION 31/10/19 1 ^{er} contrat
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES 31/10/19 1 ^{er} contrat

FAYEMENDY Charlotte	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/19 1 ^{er} contrat
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie) 31/10/20 1 ^{er} contrat
GHANEM Khaled	ORL 31/10/20 1 ^{er} contrat
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
GOUDELIN Marine	REANIMATION 31/10/19 1 ^{er} contrat
GUTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES 31/10/20 1 ^{er} contrat
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 31/10/19 1 ^{er} contrat
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRIE d'ADULTES 31/10/19 1 ^{er} contrat
LACOSTE Marie	MEDECINE INTERNE 31/10/19 1 ^{er} contrat
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE 01/09/19 fin de fonctions définitive
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE 31/10/19 1 ^{er} contrat
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/20 1 ^{er} contrat
LEHMANN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE 31/10/19 1 ^{er} contrat
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE 31/10/19 2 ^e contrat
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE 31/10/19 2 ^e contrat
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE 31/10/20 1 ^{er} contrat
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
ORLIAC Hélène	RADIOTHERAPIE 30/04/20 1 ^{er} contrat
ORSONI Xavier	UROLOGIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B 31/10/20 1 ^{er} contrat

PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE 31/10/19 1 ^{er} contrat
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI) 31/08/19 fin de fonctions définitive
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE 31/10/19 2 ^e contrat
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE 31/10/19 1 ^{er} contrat
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE 31/10/20 1 ^{er} contrat
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE 31/10/20 1 ^{er} contrat
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE 31/10/20 1 ^{er} contrat

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE

VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE 01/05/19
-----------------------	---

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

CARLESSO-CROUZIL Olivia	31/10/20 1 ^{er} contrat
SEVE Léa	31/10/19 1 ^{er} contrat

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

LERAT Justine

O.R.L. (du 01/05/16 au 31/10/20)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE (du 01/05/16 au
31/10/20)

**NB : Les CCA-AHU sont nommés pour deux ans : 1^{er} contrat
Ils peuvent être renouvelés dans leurs fonctions pour un an : 2^e contrat
Enfin, ils peuvent bénéficier d'un dernier renouvellement d'un an : 3^e contrat**

Fin de fonctions définitive au bout de quatre ans.

À mes parents,
qui m'ont incroyablement soutenue dans mon amour pour la médecine.

La plus grande gloire n'est pas de ne jamais tomber, mais de se relever à chaque chute.

Nelson Mandela

Le talent ça n'existe pas. Le talent, c'est d'avoir envie de faire quelque chose.

Jacques Brel

I don't know where I'm going from here, but I promise it won't be boring.

David Bowie

Remerciements

Au Professeur Nathalie DUMOITIER,
Professeur des universités de médecine générale,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en remercie. Merci aussi pour votre implication dans le bon déroulement de l'internat de médecine générale à Limoges. Votre écoute et votre soutien ont été très précieux au cours de mes études. Je vous en suis profondément reconnaissante. Je retiendrai bien sûr votre enseignement dynamique de la médecine générale et les échanges passionnés, tant en GEP qu'à la soutenance de mémoire de DES. Soyez assurée de toute mon estime à votre égard.

Au Professeur Daniel BUCHON,
Professeur émérite de médecine générale,

Je vous remercie de faire partie des membres de ce jury. Merci pour votre enseignement bienveillant de la médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Professeur Alain VERGNENEGRE,
Professeur des universités d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention, praticien hospitalier,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury, je vous remercie d'avoir accepté d'être présent. Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Gaëtan HOUDARD,

Maître de conférences associé à mi-temps de médecine générale,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de mon estime.

Au Docteur Emmanuel BAHANS,

Médecin-Conseil au service médical Limousin Poitou-Charentes,

Je suis heureuse de vous compter parmi les membres de ce jury. Vous avez montré un intérêt particulier à nos recherches, votre point de vue a été très instructif. Merci encore pour votre disponibilité tout au long de nos échanges. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de toute ma gratitude.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Karen RUDELLE,

Chef de clinique associée en médecine générale,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Tu as été la première à y porter de l'intérêt. Tes conseils bienveillants, ta disponibilité, ton calme sans faille et ta douceur infinie ont été d'une aide inestimable. J'ai beaucoup appris à tes côtés, je suis persuadée que j'aurais encore beaucoup à apprendre. Je te remercie de m'avoir guidée pour mener à bien ce travail. Sois assurée de ma plus grande reconnaissance et de toute mon admiration.

Au Docteur Emilie LABOURET, ma tutrice de DES de médecine générale, qui m'a appris la rigueur dans le travail universitaire.

Merci à tous ceux qui ont rendu ce travail de thèse possible.

Merci aussi à tous les médecins et équipes paramédicales extraordinaires que j'ai rencontrés qui, par leur compagnonnage bienveillant, ont renforcé mon amour de la médecine. Merci aussi à ceux qui ont soulevé des doutes, ils m'auront rendue plus forte et plus déterminée.

À ma famille,

À mes parents, je vous remercie pour les moments de complicité, de rires, autour d'un bon repas ou d'un jeu de cartes, pour votre générosité incroyable, pour les voyages que nous avons pu faire ensemble.

Je vous remercie tout particulièrement pour le soutien incommensurable dont vous avez fait preuve tout au long de ces études exigeantes, jusqu'à relire ce travail !

Merci aussi pour les valeurs que vous m'avez transmises, elles sont un appui de tous les jours. Je suis fière d'être votre fille, j'espère vous rendre aussi fiers aujourd'hui.

Papa, merci de m'avoir partagé ton amour de la musique, et de l'anglais aussi, merci pour ta patience, et tous ces moments inoubliables partagés.

Maman, merci d'être là, merci pour la passion si inspirante que tu sais mettre dans tes mots, tes petits plats et tout ce que tu entreprends.

Merci pour votre amour inconditionnel. Je vous aime de tout mon cœur.

À mes grands-parents, grandir entourée de votre amour a été d'une grande douceur, j'ai de merveilleux souvenirs des étés passés en votre compagnie, des repas en famille, de nos fins d'année, des cours de conduites sur les routes de campagne, je t'embrasse tendrement Mamère, je t'envoie d'énormes bisous là-haut, Papère.

À mes origines italiennes, que je connais peu mais que je chéris.

À ma sœur Iris, j'ai une grande admiration pour toi, j'apprécie cette complicité que nous renforçons de plus en plus, merci de m'épauler dès que j'en ai besoin. Je t'aime.

À mes sœurs de cœur, Sita, Maeva et Leslie, vous le savez, j'adore cette histoire que l'on écrit ensemble, vous êtes mon pilier, mon énergie, ma motivation, je vous aime infiniment.

À Élise, ma pepette adorée, depuis si longtemps.

Aux mauriciens, j'ai tant partagé avec vous, je suis heureuse de faire un peu partie de votre famille, merci de m'avoir ouvert vos cœurs et votre maison, ici et à Maurice.

Mo contan zot tou.

A mes amis et aux carabins,

Aux membres des soucollines, les passionnés, Adrien, Dorian, Antoine, la sixième année n'aurait pas été la même sans vous. Merci pour tous nos souvenirs passés et à construire. Je vous kiff.

À Laure avec toi le thé est délicieux et les confidences douces, merci tout spécialement pour le coup de boost pour achever ce travail,

À Sophie adorablement folle, tu me manques,

À Céline, merci pour tes conseils avisés, on refait le monde bientôt ?

À Pierre, très professionnel, tu as bien failli me partager ta passion de la médecine d'urgence,

À Jean-Sébastien pour ton soutien infaillible et ton amitié pure,

À Romain et sa bande (à poils),

À Joanna, Lucyle, Matthieu, Marion, Jean-Christophe et les autres.

Merci aussi à Marion, Emilie, Amandine, Nico, Sylvain, Céline et tous les copains, pour ces moments précieux.

À Thomas, toi qui partages tout, me soutiens, me donne le sourire, m'émerveille. Ton univers et ta curiosité me plaisent tant et ton rire est devenu indispensable. Je suis si touchée que ta famille et tes amis m'aient ouvert les bras, ils m'ont déjà offert des moments fantastiques. Merci d'être là et de regarder vers l'avenir avec moi.

À tous ceux qui m'ont portée, supportée, je ne vous oublie pas et vous remercie de tout mon cœur.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	28
I. Démographie médicale en France	29
I.1. Introduction	29
I.2. Activité régulière	29
I.3. Vieillessement.....	29
I.4. Mode d'exercice.....	29
I.5. Renouvellement de la population médicale	29
I.6. Féminisation	29
I.7. Répartition dans les départements.....	30
I.8. Démographie médicale en Limousin	30
II. Modes de rémunération.....	31
II.1. Introduction	31
II.2. Paiement à l'acte	31
II.3. Capitation.....	31
II.4. Salarial	31
II.5. Paiement à la performance	31
II.6. Forfaits.....	32
III. Histoire conventionnelle et des cotations des actes.....	33
III.1. Conventions médicales	33
III.1.1. Introduction.....	33
III.1.2. 1 ^{ère} convention 1971-1975.....	33
III.1.3. 2 ^e convention 1976-1980	33
III.1.4. 3 ^e convention 1980-1985	33
III.1.5. 4 ^e convention 1985-1989.....	34
III.1.6. 5 ^e convention 1990-1992	34
III.1.7. La loi du 4 janvier 1993, « Loi Teulade » (1993-1997).....	34
III.1.8. La convention de 1998-2005	34
III.1.9. La convention de 2005-2011	34
III.1.10. La convention du 26 juillet 2011	35
III.1.11. La convention 26 août 2016.....	35
III.2. Historique NGAP / CCAM	36
III.3. Analyses des rémunérations des médecins libéraux en Haute Vienne.....	37
IV. Matériel et méthode	39
IV.1. Type d'étude.....	39
IV.2. Description du questionnaire	39
IV.3. Population étudiée	39
IV.4. Diffusion du questionnaire	39
IV.5. Diagramme de flux	40
V. Résultats.....	41
V.1. Description des répondants	41
V.2. Description des pratiques	44
V.3. Description des freins	48
VI. Discussion.....	54

VI.1. Freins techniques	54
VI.2. Freins liés aux nomenclatures	55
VI.3. Freins socio-économiques	55
VI.4. Hypothèses secondaires	56
VI.5. Liens non significatifs.....	57
VI.6. Validité interne.....	58
VI.6.1. Forces de l'étude.....	58
VI.6.2. Limites de l'étude	58
VI.7. Validité externe.....	60
VI.7.1. Comparaison à la littérature	60
VI.7.2. Réflexions autour d'un tabou : l'argent	62
Conclusion	66
Références bibliographiques	68
Annexes	71
Serment d'Hippocrate.....	84

Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux	40
Figure 2 : Répartition homme/femme des répondeurs	41
Figure 3 : Modes d'exercice des répondeurs	41
Figure 4 : Répartition selon le sexe	42
Figure 5 : Lieux d'exercice des répondeurs	42
Figure 6 : Degré d'expérience des répondeurs	43
Figure 7 : Type d'activité et participation à la permanence des soins des répondeurs	43
Figure 8 : Charge de travail hebdomadaire.....	44
Figure 9 : Nombre moyen de visites à domicile hebdomadaires	44
Figure 10 : Voies d'information des cotations	45
Figure 11 : Pourcentage de G estimé	45
Figure 12 : Cotations fréquemment utilisées par les répondeurs	46
Figure 13 : Le logiciel aidant à la cotation.....	48
Figure 14 : Utilisation des raccourcis TLA.....	48
Figure 15 : Freins liés aux nomenclatures	49
Figure 16 : Frein à demander plus de 25 euros	49
Figure 17 : Frein lié aux difficultés financières du patient.....	50
Figure 18 : Facilité de cotation avec l'ALD du patient	50
Figure 19 : Frein lié au rapport à l'argent devant un étudiant	51
Figure 20 : Facilité de cotation avec le tiers payant généralisé	51
Figure 21 : Inquiétude vis à vis du mécontentement du patient	52
Figure 22 : Ennui de justifier le tarif de consultation.....	52
Figure 23 : Différend avec patient à propos du tarif de consultation.....	53

Liste des abréviations

ALD : affection de longue durée

ALQP003 : cotation test de Hamilton

ALQP006 : cotation évaluation de déficit cognitif

CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins

CALD : consultation approfondie annuelle pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCP : cotation consultation contraception prévention

CMU : couverture médicale universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COE : consultation obligatoire de l'enfant

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRN CRD : cotation majoration 20h-00h et dimanche et jours fériés

CSO : consultation suivi obésité de l'enfant

DCI : dénomination commune internationale

DEPQ003 : cotation électrocardiogramme

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMF : Fédération des Médecins de France

GJIREL : syndicat autonome de généralistes remplaçants et jeunes installés limousins

GLQP012 : cotation mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement

JKHD001 : cotation frottis cervico-utérin

MCS : cotation majoration de coordination

ME : motivation extrinsèque

MEG : cotation majoration enfant jusqu'à 6 ans depuis 1^{er} mai 2017

MG : médecins généralistes

MGE : cotation majoration enfant de 2 à 6 ans

MI : motivation intrinsèque

MIC : cotation majoration insuffisant cardiaque

MJPA010 : cotation excision d'un panaris superficiel

MNO : cotation majoration consultation du nourrisson de 0 à 24 mois

MSH : cotation majoration suite hospitalisation

MTX : cotation majoration consultation très complexe
MUT : cotation majoration rendez-vous en moins de 48h chez spécialiste
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NGMP001 : cotation contention souple de cheville ou pied
OPTAM : option pratique tarifaire maîtrisée
P4P : paiement à la performance
PBQM003 : cotation échographie articulaire et capsulo-ligamentaire
QZFA010 / QZFA015 : cotation exérèses tangentielles molluscum contagiosum (<20/>21)
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
TLA : terminal lecteur applicatif, ici lecteur de carte vitale
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : union régionale des médecins libéraux
VAD : visite à domicile
VD MD : cotation visite à domicile et majoration de déplacement
YYYY010 : cotation détresse nécessitant réanimation prolongée

Introduction

Les médecins généralistes sont depuis quelques années la cible de tous les regards en France. Au cœur du système de soins, leur exercice est déterminant pour le maintien d'une offre de soins optimale et équitable. Face à la pénurie de médecins annoncée et à l'extension des déserts médicaux, leur pratique est de plus en plus scrutée.

De nombreux moyens sont déployés par les accords conventionnels pour rendre l'exercice libéral plus attractif. Une revalorisation des tarifs a été négociée et acceptée. Elle se traduit entre autres par une diversification des modes de rémunérations des médecins, historiquement articulés autour du paiement à l'acte, mais aussi par l'instauration de nouveaux actes. Les actes sont définis par des lettres qui correspondent à un tarif, par exemple la consultation est définie par la lettre G et vaut 25 euros (depuis le 1^{er} mai 2017). Les nouveaux actes ont été instaurés sur les grilles de cotations déjà existantes CCAM, classification commune des actes médicaux, et NGAP, nomenclature générale des actes professionnels. Les nouveaux actes ont pour but de valoriser la technique du médecin, comme les actes de petite chirurgie, ou bien le temps passé, comme la consultation contraception prévention. Pourtant ces derniers sont peu utilisés.

Nous avons cherché à identifier des freins à la cotation des actes en médecine générale. Cette revalorisation s'est effectuée à la demande des syndicats de médecins pour asseoir le rôle déterminant du médecin traitant, en contrepartie du temps administratif important. D'après des données officielles de la CPAM de Haute-Vienne, les cotations incluant le G représentent environ 2 cotations sur 3. Mais quelle est la part de majoration ou actes techniques associés ? Les médecins ont-ils eu une information relative aux changements de cotations ? Sont-ils en mesure technique de bien coter ? Ont-ils un frein éthique ou social à parler d'argent avec leur patient ?

Nous allons réaliser une étude épidémiologique transversale menée à l'aide d'un questionnaire auprès des médecins généralistes du Limousin en 2019. Elle a pour but d'étudier les freins des médecins à utiliser ces nouveaux actes, visant pourtant à valoriser leur pratique.

Nous allons commencer par un état des lieux de la démographie médicale en France, puis détailler les modes de rémunération des médecins généralistes. Nous allons ensuite décrire l'historique des conventions médicales ayant conduit à l'apparition de nouveaux axes de rémunération.

Nous détaillerons ensuite la mise en place de notre étude et ses résultats.

Enfin, nous discuterons de nos résultats et les comparerons à la littérature. Nous terminerons par une réflexion autour du rapport à l'argent en médecine.

I. Démographie médicale en France

I.1. Introduction

Au 1^{er} janvier 2018 en France, 296 755 médecins sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins. Ce chiffre est en hausse de 2% par rapport à 2017. Il ne s'agit cependant pas du nombre de médecins en activité régulière qui s'élève à 198 081. Celui-ci est en baisse de 0,1% par rapport à 2017. A noter que ce chiffre a chuté de 10% entre 2010 et 2018 (1).

I.2. Activité régulière

La médecine générale est particulièrement concernée par cette tendance. Les médecins généralistes en activité régulière étaient 94 261 en 2010 contre 87 801 en 2018. C'est une baisse de 7,3%.

Les projections annoncent une baisse de ce chiffre à 81 804 pour 2025 (1).

I.3. Vieillesse

La pyramide des âges des généralistes en activité régulière dévoile deux aspects. D'une part, la confirmation du vieillissement des généralistes en activité avec une grande proportion entre 55 et 64 ans. D'autre part, les femmes sont de plus en plus nombreuses. Plus les âges d'activité régulière diminuent et plus la part de femmes est grande (1).

I.4. Mode d'exercice

Concernant le mode d'exercice, la part des généralistes libéraux s'élève à 56%, la part salariée à 37% (contre 33% en 2010) enfin la part à activité mixte à 7%. Cette tendance s'observe aussi chez les spécialistes (1).

I.5. Renouvellement de la population médicale

L'Atlas de la démographie médicale met en évidence l'insuffisance du renouvellement générationnel. Suite au rehaussement du numerus clausus (2005-2006), les étudiants admis en faculté commencent à peine à rentrer dans un exercice plein. Ainsi « l'index de renouvellement générationnel » (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de 60 ans ou plus) se situe à 0.85 pour les médecins généralistes, ce qui montre un renouvellement insuffisant.

A savoir, seules les spécialités chirurgicales connaissent un renouvellement réel, avec un rapport de 1,21, contrairement aux spécialités médicales (hors MG) pour lesquelles l'indice de renouvellement est à 0,99 (1).

I.6. Féminisation

On note également une importante féminisation dans le corps médical. On dénombre 64,1% de femmes chez les moins de 40 ans parmi les médecins généralistes (contre 30% chez les plus de 60 ans), 63,1% parmi les autres spécialités médicales. Les spécialités chirurgicales ont 46% de femmes chez les moins de 40 ans (1).

I.7. Répartition dans les départements

Les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) révèlent un accroissement des inégalités entre les départements les mieux dotés en termes de densité médicale (décile 10) et les départements les moins bien dotés (décile 1). Le rapport entre ces deux déciles est passé de 1,4 en 2010 à 1,6 en 2018 pour les médecins généralistes ; de 2,3 à 2,5 pour les spécialités médicales ; de 2,1 à 2,3 pour les spécialités chirurgicales. Les départements les plus mal dotés ont connu une dégradation plus rapide de leur densité médicale.

On constate par ailleurs que les difficultés en termes de densité médicale viennent le plus souvent s'agréger à d'autres facteurs de fragilité territoriale. Existe ainsi un lien très significatif et inversement proportionnel entre densité médicale des départements et proportion de la population générale ayant plus de 60 ans : les populations les plus en demande de soins sont le plus souvent éloignées de l'accès aux soins (1).

I.8. Démographie médicale en Limousin

Il était recensé 926 médecins généralistes en Limousin en 2015, avec une projection à 883 en 2018. 450 médecins exerçaient en Haute-Vienne, 231 en Corrèze et 104 en Creuse en 2015.

La moyenne d'âge était à 54 ans, avec 34% de plus de 60 ans. Les plus jeunes générations présentaient une part de femmes plus importante atteignant 53% pour les moins de 40 ans (2).

II. Modes de rémunération

II.1. Introduction

Comme nous l'avons vu ci-dessus les médecins généralistes français peuvent avoir plusieurs modes d'exercice : libéral, salariat ou bien activité mixte. Il en découle différents modes de rémunération.

II.2. Paiement à l'acte

Il est directement lié au nombre de consultations et actes techniques réalisés au cours de celles-ci, plus ou moins rémunérateurs. Les tarifs sont négociés et fixés lors des conventions médicales. Ainsi pour augmenter ses revenus, le médecin peut décider d'effectuer plus d'actes. Cela a l'avantage de favoriser l'offre par rapport à la demande de soin. A l'inverse cela peut inciter le médecin à réduire le temps de consultation pour augmenter sa productivité.

Pour le paiement à l'acte c'est le patient qui rémunère le médecin et qui est remboursé a posteriori par la Sécurité Sociale. Ce rapport à l'argent peut avoir des répercussions sur le lien médecin/patient ou encore sur le contenu de la consultation (3,4).

II.3. Capitation

Il s'agit d'une somme forfaitaire annuelle par patient (per capita) dont le médecin a le soin. Le montant alloué à chaque patient peut varier en fonction de ses caractéristiques (âge, sexe, maladie chronique ou encore milieu socio-économique etc.). La fréquence des consultations ou encore le temps nécessaire aux soins n'entrent pas en compte dans le calcul de la rémunération par capitation.

Dans cette situation, le médecin a tout intérêt à avoir une pratique efficace : en effet s'il voit le patient 3 fois par an au lieu d'une, la rémunération est la même mais la charge de travail est supérieure. Cela peut inciter les médecins à réduire leur nombre de patients lourds ou bien à les orienter plus vite vers les spécialistes ou les structures hospitalières (4,5) .

II.4. Salariat

De plus en plus prépondérante en France, l'activité salariée n'est plus exclusivement hospitalière. Le salaire mensuel est basé sur le temps de travail et non sur l'intensité de l'activité au cours de ce temps donné. Il peut aussi être fixé en fonction du niveau de qualification du médecin. Les médecins ont la sécurité d'une rémunération garantie, le plus souvent avec des horaires stables. Ils peuvent plus librement gérer le temps qu'ils accordent aux patients. Cette pratique plus sereine pour les médecins n'est pour autant pas toujours efficace en termes d'offre de soins. Cela n'incite pas à la productivité et a même tendance à réduire le nombre de consultations (4,5).

II.5. Paiement à la performance

Souvent associé au paiement à l'acte, il a pour but d'inciter les médecins à une meilleure pratique en les gratifiant pour la réalisation de divers objectifs de qualité de soins ou de prévention (4,5).

II.6. Forfaits

Il s'agit de rémunérations pour contraintes ou modalités particulières de l'exercice des médecins. En France il s'agit des gardes et astreintes, du forfait médecin traitant ou encore du suivi de patients en affection longue durée (4,5).

III. Histoire conventionnelle et des cotations des actes

III.1. Conventions médicales

III.1.1. Introduction

L'histoire de l'acte médical débute réellement en France le 6 décembre 1928 par l'assemblée constitutive de la confédération des syndicats médicaux français. Y furent établis et adoptés 5 grands principes : libre choix du médecin par le malade, respect du secret professionnel, liberté totale de prescription, le paiement à l'acte et l'entente directe du prix entre patient et médecin (6).

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 créent une organisation de la Sécurité Sociale qui fusionne toutes les anciennes assurances (maladie, retraite...) et garantit à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. La médecine libérale perd un des principes fondateurs, celui de fixer ses honoraires (6,7).

Il s'en suit de longues années de discordes ou d'accords plus ou moins appliqués jusqu'au premier accord national sur le tarif de consultation signé en 1969, portant le prix de la consultation à 13 francs. L'Etat définit les principes fondamentaux du fonctionnement de l'Assurance maladie dont la fixation des tarifs par voie conventionnelle (7).

III.1.2. 1^{ère} convention 1971-1975

La première convention médicale nationale est établie par l'arrêté du 29 octobre 1971. Elle lie de façon automatique tous les médecins, à l'exception de ceux qui manifestent individuellement leurs refus. Elle introduit un outil statistique, les tableaux statistiques d'activité des praticiens, visant à comparer l'activité de chaque médecin à une moyenne de leur caisse, et engage les partenaires conventionnels à revoir la nomenclature des actes servant à l'établissement des tarifs médicaux conventionnels (6,7).

III.1.3. 2^e convention 1976-1980

Par l'arrêté du 30 mars 1976, la deuxième convention fixe entre autres la nécessité d'étudier les incidences de coût pour l'assurance maladie sur le système de soins (6,7).

III.1.4. 3^e convention 1980-1985

La troisième convention est signée le 29 mai 1980. Elle instaure 2 secteurs conventionnels : le secteur 1 dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels et le secteur 2 dans lequel les médecins peuvent librement fixer leurs tarifs, mais en renonçant à leurs avantages sociaux. Elle renforce l'objectif de maîtrise des dépenses par la création d'instances locales de régulation (6,7).

III.1.5. 4^e convention 1985-1989

La quatrième convention du 4 juillet 1985 établit un lien entre la valeur des lettres clés fixées par la convention et la cotation des actes dans la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) (6,7).

III.1.6. 5^e convention 1990-1992

La cinquième convention du 9 mars 1990 gèle le secteur 2. Un avenant permettait alors un contrat santé sous forme d'un abonnement auprès des généralistes avec un système de tiers payant. Cette convention créait aussi une CALD, consultation approfondie annuelle pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), exonérée du ticket modérateur. Cette convention est annulée en 1992 (6,7).

III.1.7. La loi du 4 janvier 1993, « Loi Teulade » (1993-1997)

Elle a pour but d'harmoniser et de maîtriser les pratiques, ainsi que les dépenses.

En effet, elle fixe des objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux avec sanction si non-respect. Elle encadre la pratique par des références médicales nationales, opposables à chaque médecin. Elle encadre les dépenses de santé par la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses dans chaque circonscription de caisse. Elle établit un système d'information avec codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies, elle instaure aussi la notion de « dossier médical ».

Elle permet aussi la création des unions professionnelles (URML union régionale des médecins libéraux) devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins (6,7).

III.1.8. La convention de 1998-2005

Le statut de médecin référent est repris. La transmission par voie électronique doit être privilégiée. Le projet CMU (couverture médicale universelle) est validé et voit le jour. La revalorisation de la visite à domicile est votée ainsi que de la consultation au cabinet. En contrepartie le nombre de visites doit être réduit et les prescriptions en DCI (dénomination commune internationale) sont de mise. Un contrat de santé publique est créé pour rémunérer par un forfait mensuel les médecins coordinateurs d'équipe de soins palliatifs à domicile. Un second contrat rémunère les médecins thermaux effectuant 3 consultations au cours de la cure de leur patient, et dont le compte rendu est transmis au médecin traitant.

III.1.9. La convention de 2005-2011

En 2005, la Classification Commune des Actes Médicaux CCAM est instaurée avec l'ajout d'une rémunération spécifique RMT, fixée à 40 euros pour le médecin traitant conventionné pour les patients atteints d'une affection longue durée. Afin de favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires et d'équilibrer la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national, une option conventionnelle prévoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient ayant adhéré avec le médecin à une charte de qualité. Le patient bénéficie d'une avance des frais obligatoires.

Le rôle de médecin traitant est consolidé par le parcours de soins coordonné et ses missions

dans le champ de la prévention sont renforcées. De plus chaque médecin est invité à faire un retour d'information individuel sur les objectifs collectifs.

En termes d'actes, une deuxième étape de la CCAM est mise en œuvre, la CCAM technique. Sont aussi prévues des majorations pour certains médecins spécialistes et une revalorisation de la médecine générale. De plus le tarif de consultation augmente à 23 euros en France métropolitaine (6,7).

III.1.10. La convention du 26 juillet 2011

Elle introduit la rémunération à la performance conditionnée par des indicateurs, parallèlement au paiement à l'acte. Le principe du parcours de soins coordonnés est encore accentué entre les professionnels de santé. Il valorise les rôles du médecin traitant et du médecin correspondant. Des mesures d'aide à l'installation des médecins dans les zones sous-dotées sont décidées. Les politiques de maîtrise médicalisée des dépenses et de formation continue sont poursuivies. L'Assurance Maladie facilite son fonctionnement par le développement des télé services et la dématérialisation des procédures. Le rôle et les actes du médecin traitant sont revalorisés financièrement, entre autres par la création d'un nouveau forfait médecin traitant et par l'extension de 40 euros pour le suivi des patients sortis d'une ALD dont l'état nécessite une surveillance régulière (6,7).

III.1.11. La convention 26 août 2016

Elle revalorise tout d'abord les consultations des généralistes à 25 euros et celles des spécialistes, en parcours coordonné, à 30 euros. La voie d'urgence reliant généraliste et spécialiste est incitée par une valorisation de 5 euros à chacun si un patient adressé est vu dans les 48h. Les actes complexes et très complexes sont également mis en avant par la création de deux nouvelles consultations (MG et certains spécialistes) : la consultation de prise en charge de pathologies complexes, comme la sclérose en plaques ou l'épilepsie, facturée 46 euros et la consultation très complexe (traitement du cancer, maladie neuro-dégénérative, etc...) à 60 euros. Les forfaits patientèle (les enfants de moins de 16 ans sont d'ailleurs aussi incités à déclarer un médecin traitant) et forfait structure sont créés. Ce dernier a pour but d'inciter les médecins à mettre en place de nouveaux outils pour optimiser la gestion de leur cabinet.

Le contrat d'accès aux soins est remplacé par deux nouvelles options visant à limiter les dépassements d'honoraires Optam (option pratique tarifaire maîtrisée) pour les médecins de secteur 2 et Optam-co pour les chirurgiens et obstétriciens.

Des aides à l'installation dans les déserts médicaux sont mises place par la création d'un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM).

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les enfants de moins de 16 ans est attribuée aux médecins traitants selon le respect de 10 indicateurs spécifiques dans le suivi des maladies chroniques et dans la prévention. L'ensemble des indicateurs des ROSP sont revus et réactualisés si besoin.

La téléconsultation et la téléexpertise sont plus largement déployées, notamment pour les prises en charge de patients en EHPAD.

Enfin est créée une visite longue et complexe (VL) réalisée à domicile par le médecin traitant « aux patients en soins palliatifs », cette cotation peut être étendue à la première visite à domicile pour les patients âgés de plus de 80 ans sans médecin traitant, et à ceux en ALD

ayant des difficultés à se déplacer.

Une aide financière est désormais allouée aux médecins libéraux devant interrompre leur activité (maternité/paternité entre autres).

Il est entrepris le déploiement des assistants médicaux, dont leur mission est essentiellement administrative (7,8,9).

III.2. Historique NGAP / CCAM

En 1972 est créée la Nomenclature Générale de Actes Professionnels (NGAP) qui fixe la valeur des actes médicaux définis par des lettres clés, par exemple C pour consultation.

Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du code la Sécurité Sociale).

Est alors instaurée la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui liste les libellés codés des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle doit remplacer à terme la NGAP. Elle a pour but de diversifier les pratiques mais aussi de revaloriser des actes. Chaque cotation peut aussi intégrer des statistiques permettant d'avoir une meilleure connaissance des pratiques des professionnels de santé.

Lors de la mise en place de la CCAM, l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) décide le 11 mars 2005 de distinguer deux parties dans cette Liste des actes et des prestations : la CCAM, qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins et la NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (10,11,12).

Les règles d'utilisation régissant NGAP et CCAM

Les actes décrits dans la NGAP sont l'ensemble des actes cliniques y compris les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes, les actes de chimiothérapie anticancéreuse, ou encore les actes de pratique thermale.

Pour les actes communs avec ceux des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux plusieurs cas sont possibles : l'acte n'existe pas à la CCAM (par exemple : injection intraveineuse, bilan ostéo-articulaire, rééducation...) dans ce cas, conformément à l'article 3 des Dispositions générales de la NGAP, le médecin utilise la NGAP avec le coefficient de l'acte indiqué et la lettre clé K ; ou bien l'acte existe à la CCAM et à la NGAP (par exemple le cathétérisme urétral chez l'homme) dans ce cas, quand un médecin réalise cet acte, il le code et le facture selon la CCAM et l'infirmière continue à utiliser la NGAP.

De plus, la NGAP regroupe aussi les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les infirmières et les pédicures-podologues (10,11,12).

Cela pourrait paraître simple de se référer à la CCAM pour coter un ECG ou bien une suture, réalisés au cours d'une consultation. Or les codes se composent en général de 7 caractères, mêlant lettres et chiffres, exemple pour l'ECG DEQP003. Les codes peuvent être très précis, ainsi il existe 6 cotations différentes de suture, en fonction de la localisation et de la longueur.

Les syndicats de médecins alertent sur la mauvaise prise en main de la CCAM et sa faible utilisation, on peut ainsi retrouver sur leurs sites des guides d'utilisation exhaustifs ou même encore des invitations à des cours/atelier de formation en cotation.

La Fédération des Médecins de France (FMF) pointe du doigt aussi un retard certain entre les logiciels de facturation, en outre onéreux, et les règles complexes de cotations comprenant de nombreuses incompatibilités d'association d'actes. Ceci semble multiplier les erreurs, au détriment du professionnel de santé et de son patient (4).

Une thèse d'exercice réalisée en Lorraine en 2017 a étudié les représentations et les comportements des médecins généralistes vis à vis de la cotation des actes médicaux (3). Les principales conclusions évoquaient les bienfaits d'une valorisation de la spécialité, ponctuée par une revalorisation financière, mais ciblaient une nomenclature complexe, non suppléée par les logiciels, un manque de formation à l'utilisation, des cotations chronophages, d'autant que la charge administrative augmente, ainsi qu'une crainte de critiques du patient autant que de sanctions de la CPAM.

Ces résultats concordent avec les impressions des syndicats nationaux. Quelle est donc la situation en Limousin en début 2019, soit presque 3 ans après le début de la mise en application de ces accords conventionnels ?

III.3. Analyses des rémunérations des médecins libéraux en Haute Vienne

La CPAM de Limoges a accepté de communiquer certaines données de rémunération des médecins libéraux de Haute-Vienne au 29 janvier 2019, pour le régime général hors sections locales mutualistes (annexe 1).

Ces données sous forme de tableaux décrivent les soins remboursés en 2017 ainsi qu'en 2018, établis par cotations. On dispose aussi du nombre d'actes par cotation et du nombre des généralistes et spécialistes libéraux remboursés. Cela révèle un pourcentage d'utilisation par acte pour les généralistes et les spécialistes sur l'ensemble des actes réalisés remboursés.

Ainsi en 2017, il y a 405 852 consultations cotées C remboursées et 570 402 consultations cotées G (instauration le 1^{er} mai 2017) sur 1 503 185 au total. On constate qu'en 2018 il y a 3 663 C pour 902 954 G. En un an et demi les médecins ont donc pris le réflexe de coter autrement le même acte. Cela est assez similaire pour les cotations MNO (examen du nourrisson de 0 à 24 mois) et MGE (majoration enfant jusqu'à 6 ans) respectivement à 16 772 et à 20 461 actes en 2017, remplacées par une cotation commune MEG le 1^{er} mai 2017 (MEG en 2017 à 55 654). En 2018, il y a 92 234 actes de MEG pour un total des trois précédents en 2017 à 92 887. La MEG est utilisée en 2018 par 423 médecins sur 735 soit par 57,6% des médecins.

Qu'en est-il des nouveaux actes ?

Nous n'avons pas l'ensemble des cotations, notamment techniques, dans les données communiquées.

La CCP consultation contraception et prévention instaurée le 1^{er} novembre 2017 est passée de 21 actes en 2017 pour 17 médecins à 278 en 2018 pour 66 médecins. La MTX majoration de consultation très complexe instaurée à la même date est passée de 145 pour 36 médecins

à 1 420 pour 98 médecins entre 2017 et 2018. Ainsi non seulement plus de médecins utilisent ces deux cotations mais chacun cote plus souvent l'acte.

La CSO consultation de suivi de l'obésité (code CCX) est instaurée le 1^e novembre 2017. Elle passe ainsi de 55 consultations pour 12 médecins en 2017 à 618 pour 25 médecins en 2018. Ici aussi l'acte est donc plus coté et par plus de médecins, qui la cotent plus souvent. Mais en 2018 cela ne représente que 0,04% des consultations et seulement 25 médecins sur 735 soit 3,4%.

Pourquoi les médecins généralistes n'utilisent-ils pas plus les nouvelles cotations ?
Quels sont les freins à l'utilisation des cotations ?

IV. Matériel et méthode

IV.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale menée à l'aide d'un questionnaire auprès des médecins généralistes du Limousin en 2019. Cette méthode permet d'obtenir rapidement des réponses en grand nombre sous réserve d'une bonne diffusion. La réponse est volontaire.

IV.2. Description du questionnaire

Le questionnaire était anonyme et comportait 21 questions réparties en 3 grandes sections. La première partie devait recueillir les caractéristiques des professionnels. La seconde partie comportait des précisions sur leur pratique et leur connaissance des cotations. La troisième partie enfin explorait les potentiels freins techniques, ceux liés aux nomenclatures, les freins socio-économiques et enfin les freins liés à la patientèle (annexe 2).

IV.3. Population étudiée

Cette étude s'adressait aux médecins généralistes installés ou remplaçants ainsi qu'aux internes en autonomie lors de leur stage SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) exerçant en Limousin. Cela incluait donc les médecins généralistes exerçant en Corrèze (19), en Creuse (23) et en Haute-Vienne (87).

IV.4. Diffusion du questionnaire

Nous avons choisi de créer et diffuser le questionnaire de manière informatique. Il a pu être diffusé grâce à l'aide du syndicat MG France local, du GJIREL (syndicat autonome de généralistes remplaçants et jeunes installés limousins) et du mailing de la faculté de médecine de Limoges. Nous avons effectué deux relances, une effective en mars et la seconde début juin 2019.

86 personnes ont reçu le questionnaire via l'antenne locale du syndicat MG France. 25 personnes ont été sollicitées par le GJIREL. Enfin, 182 personnes par la mailing-list des étudiants de la faculté de médecine de Limoges (promos 2013, 2014, 2015 et 2016). Soit un total de 293 personnes. Par les deux relances nous avons pu recueillir 110 réponses. Le taux de réponse s'élevait à 37,5%.

Nous avons également demandé le soutien du Conseil de l'Ordre régional qui a accepté de faire paraître une annonce sur son site internet. Cette annonce est restée visible de fin juin à fin août 2019. Aucune réponse supplémentaire n'a été recueillie suite à cette publication. Cependant le taux de réponse n'aurait pas été calculable, les visiteurs n'étant pas tous médecins et leur nombre n'étant pas divulgable.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé a été contactée à deux reprises sans réponses à nos sollicitations.

Nous n'avons retenu aucun critère d'exclusion.

IV.5. Diagramme de flux

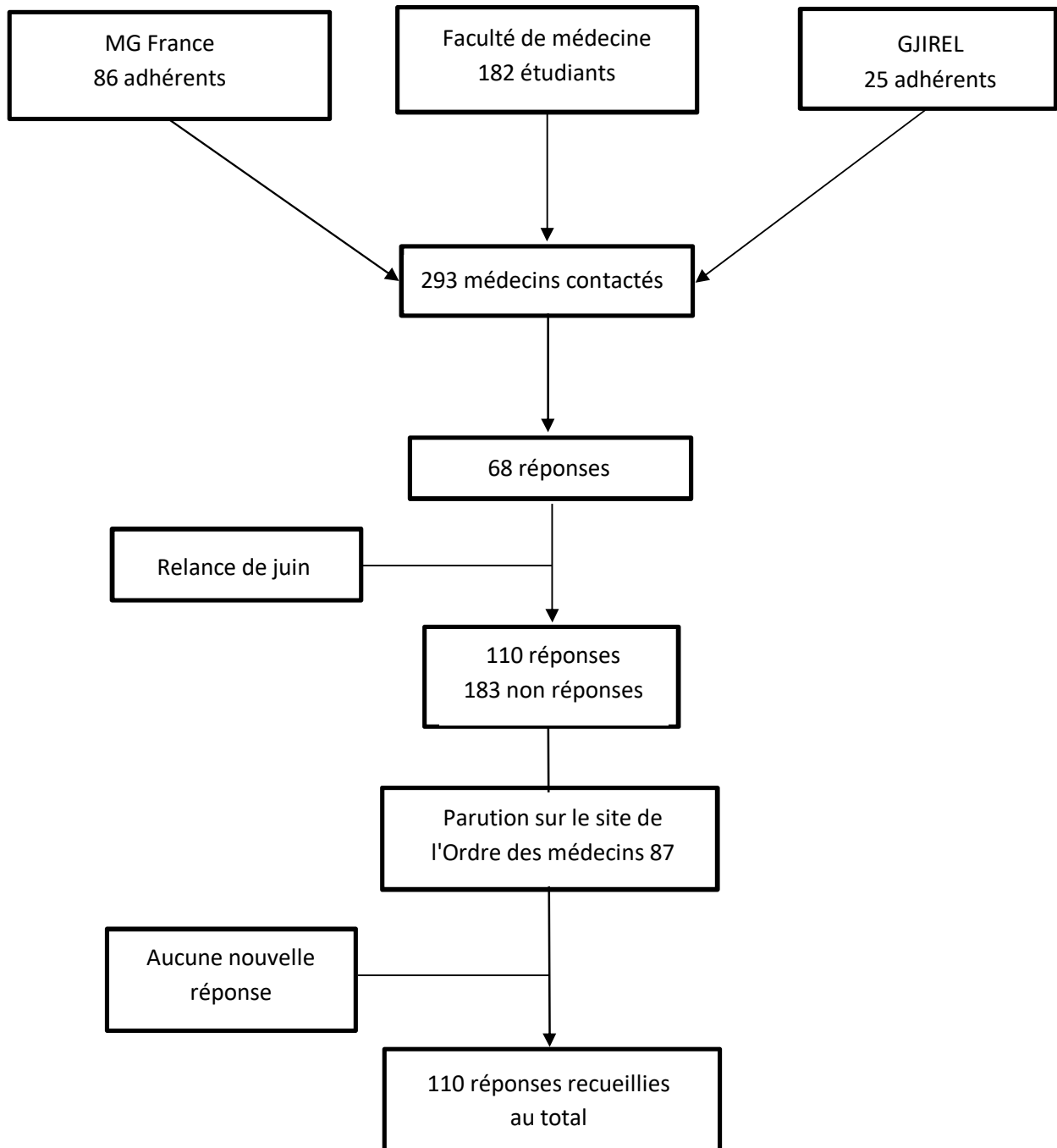


Figure 1 : Diagramme de flux

V. Résultats

V.1. Description des répondants

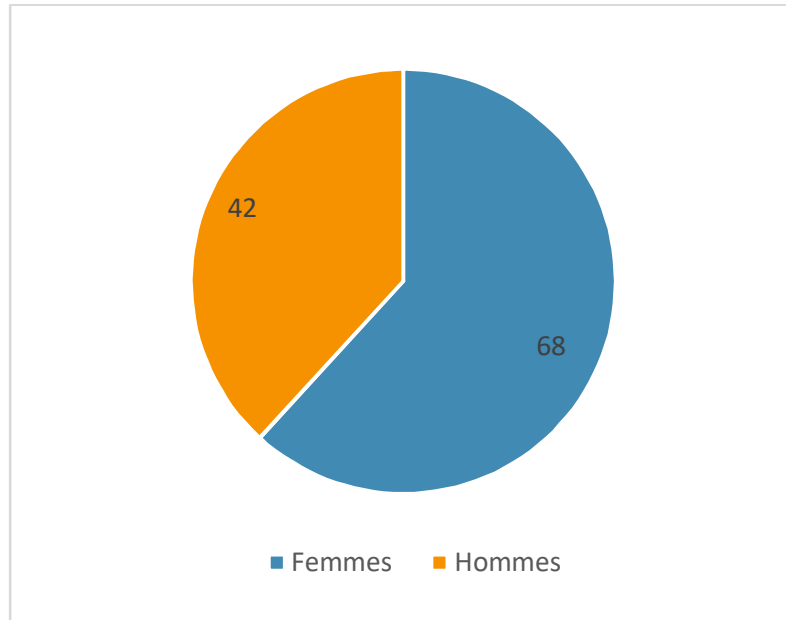


Figure 2 : Répartition homme/femme des répondants

Sur 110 réponses, une majorité de femmes a répondu à 61,8%. Ainsi les hommes étaient 38,2%.

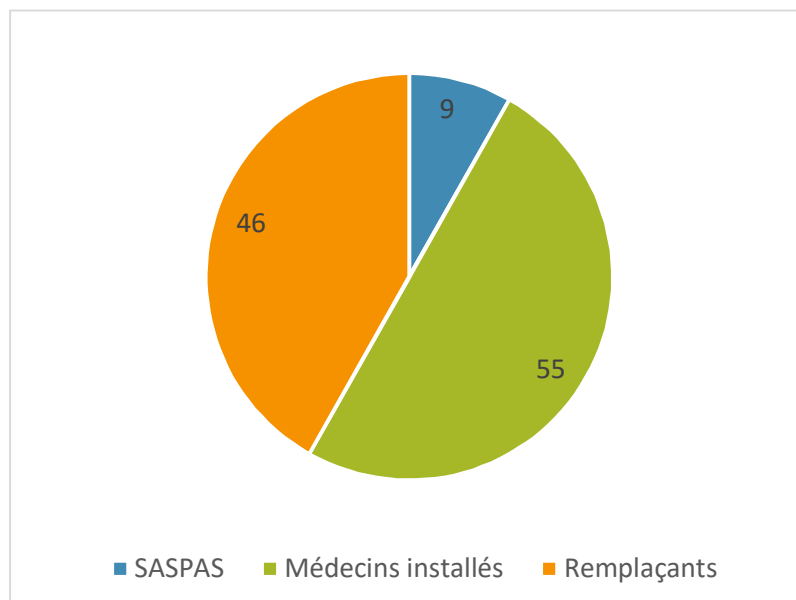


Figure 3 : Modes d'exercice des répondants

50% des répondants étaient installés, 41,8% remplaçants et 8,2% internes en SASPAS.

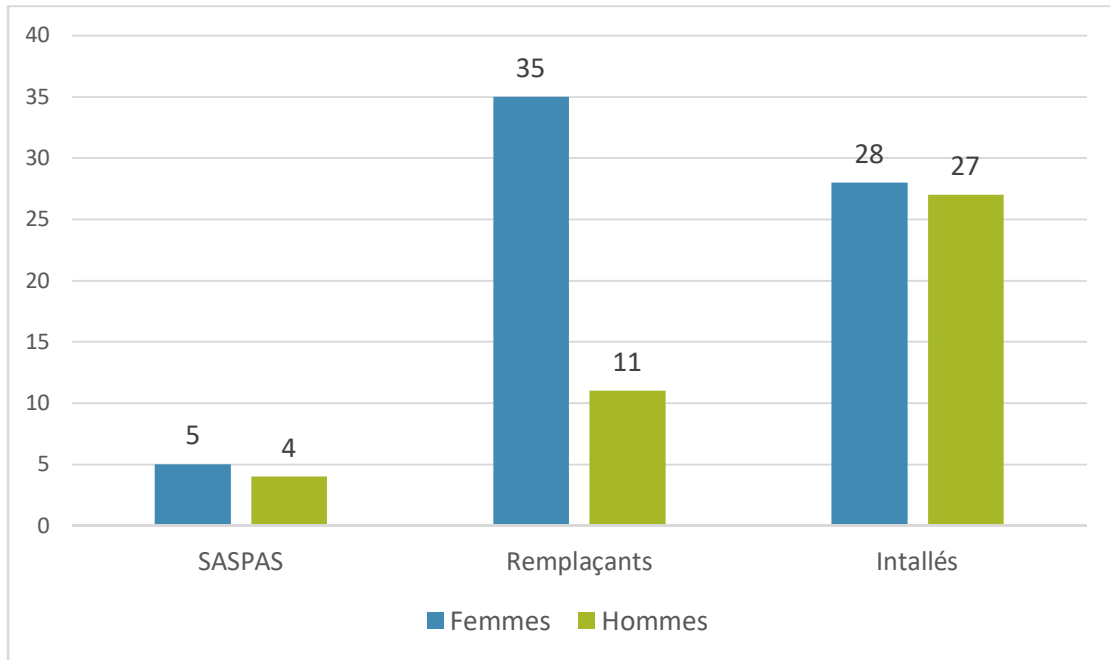


Figure 4 : Répartition selon le sexe

Les groupes SASPAS et installés étaient répartis de manière homogène, mais le groupe remplaçants avait une répartition à 3 femmes pour 1 homme.

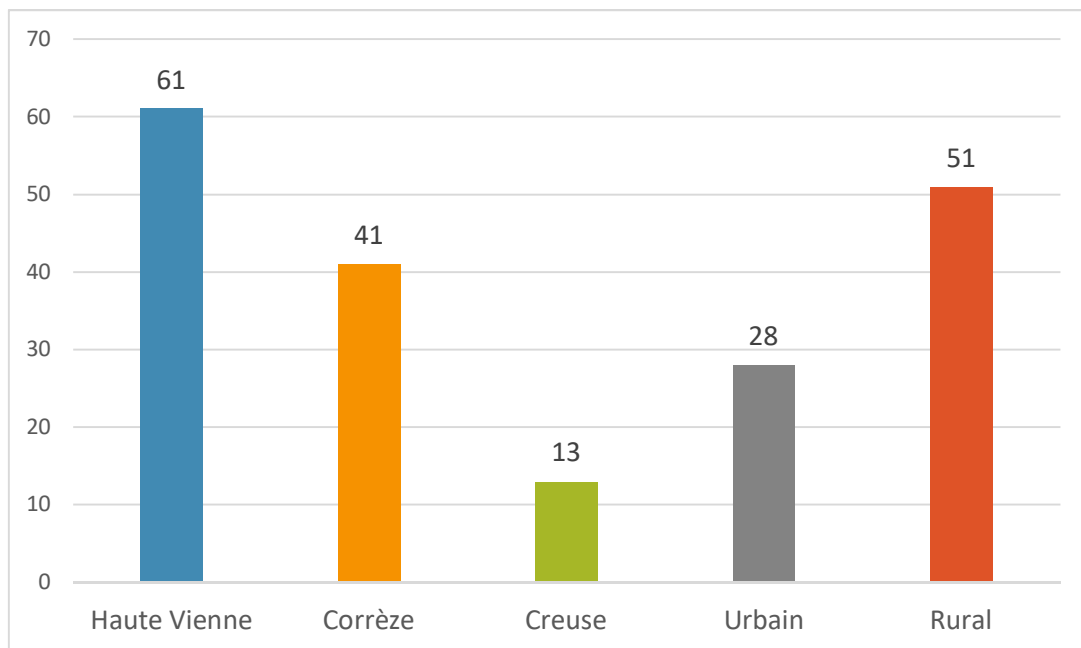


Figure 5 : Lieux d'exercice des répondants

55,5% des répondants exerçaient en Haute-Vienne, 11,8% en Creuse et 37,3% en Corrèze. Leur exercice était rural à 46,4% et urbain à 25,5%.

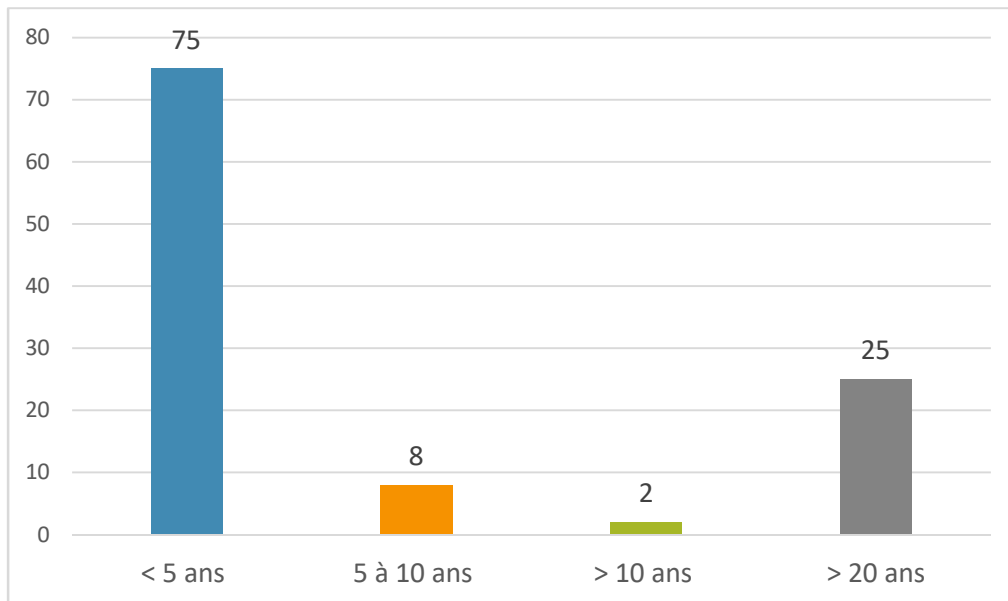


Figure 6 : Degré d'expérience des répondeurs

Concernant le temps de pratique, 68,2% exerçaient depuis moins de 5 ans ; 22,7% depuis plus de 20 ans ; 7,3% entre 5 et 10 ans et enfin 1,8% entre 10 et 20 ans.

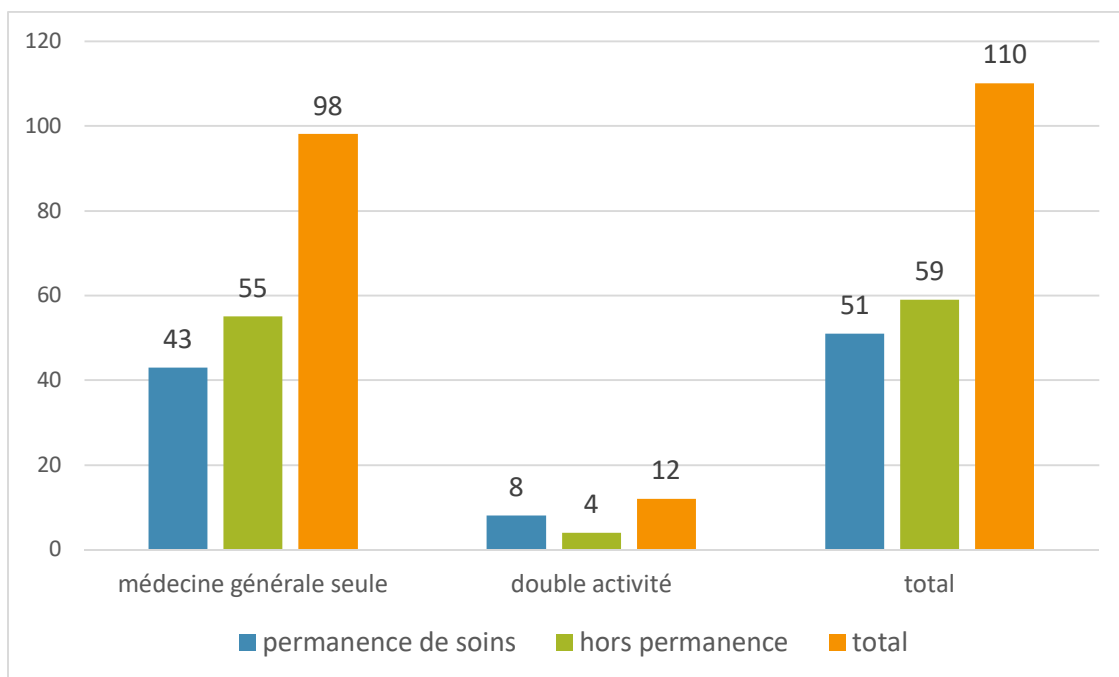


Figure 7 : Type d'activité et participation à la permanence des soins des répondeurs

Leur activité était largement généraliste seule à 89,1% contre 10,9% d'activité double. Un peu moins de la moitié d'entre eux participait à la permanence des soins (46,4%).

V.2. Description des pratiques

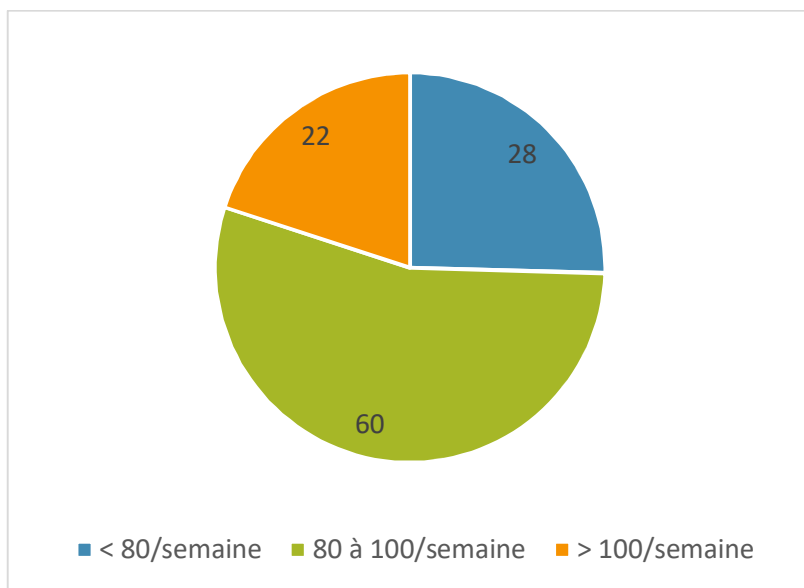


Figure 8 : Charge de travail hebdomadaire

Sur les 110 répondants 54,5% avaient entre 80 et 100 consultations par semaine, 25,5% moins de 80 et 20% effectuaient plus de 100 consultations hebdomadaires.

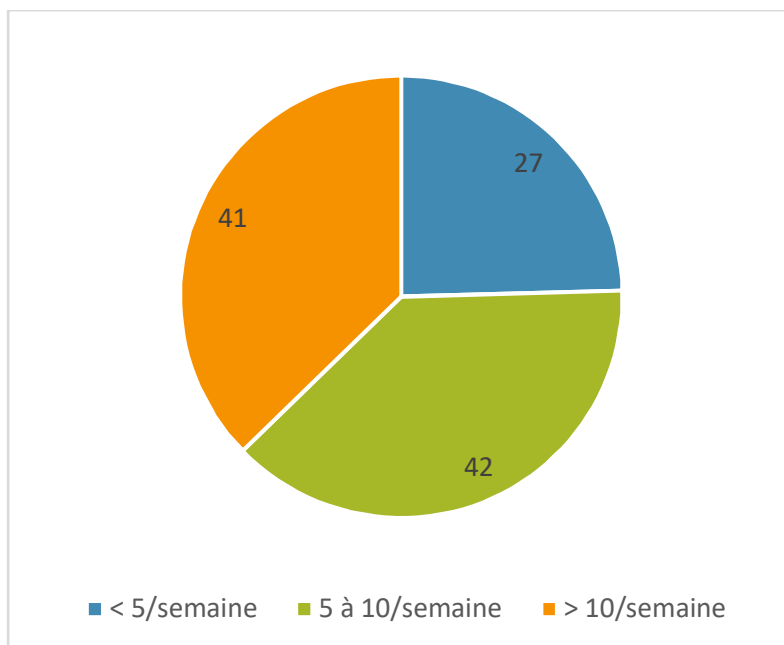


Figure 9 : Nombre moyen de visites à domicile hebdomadaires

Concernant les visites, 38,2% en effectuaient entre 5 et 10 par semaine, près d'un quart (24,5%) en réalisaient moins de 5 par semaine et enfin 37,3% en effectuaient plus de 10.

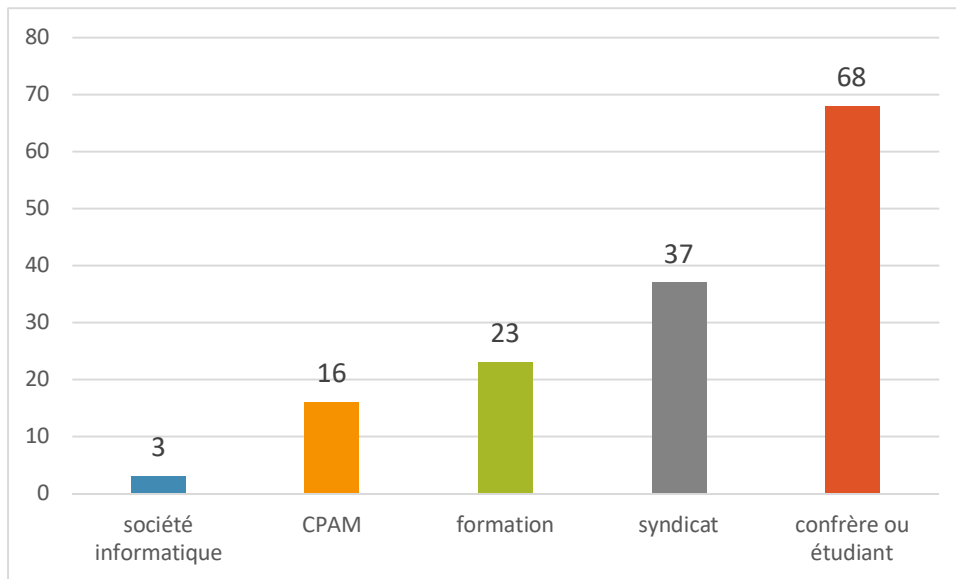


Figure 10 : Voies d'information des cotations

Les nomenclatures NGAP et CCAM étaient connues majoritairement par confraternité, « par un confrère ou un étudiant » à 61,8%. 33,6% des répondants avaient reçu des informations par courrier ou courriel d'un syndicat contre 14,5% une information provenant de la CPAM. 20,9% avaient déclaré avoir participé à une formation. Enfin seulement 2,7% avaient été contacté par leur société informatique.

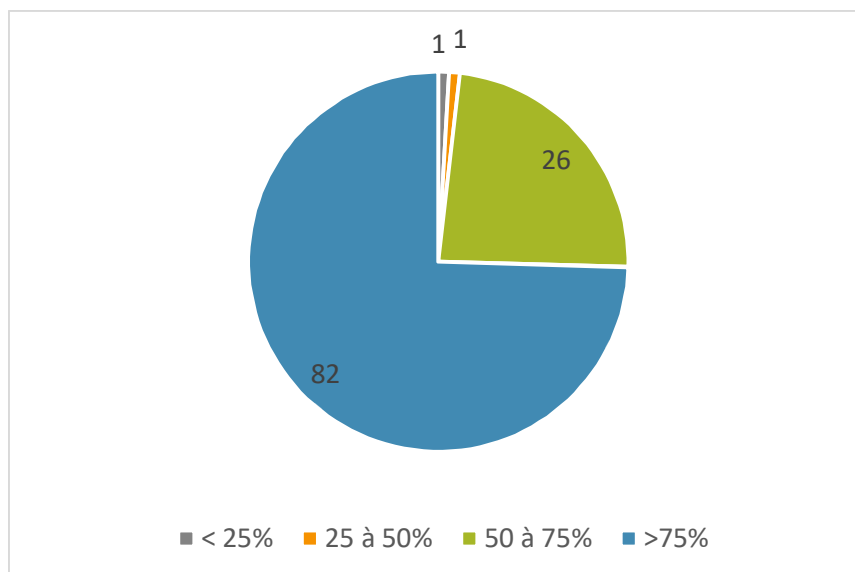


Figure 11 : Pourcentage de G estimé

La cotation unique G ou Gs était fréquente à 74,5% des répondants à plus de 75% de leurs consultations. Elle serait entre 50% et 75% pour 23,6% d'entre eux. Une nette minorité 1,8% évaluait la fréquence à moins de 50% (précisément 0,9% entre 25 et 50% et 0,9% à moins de 25%).

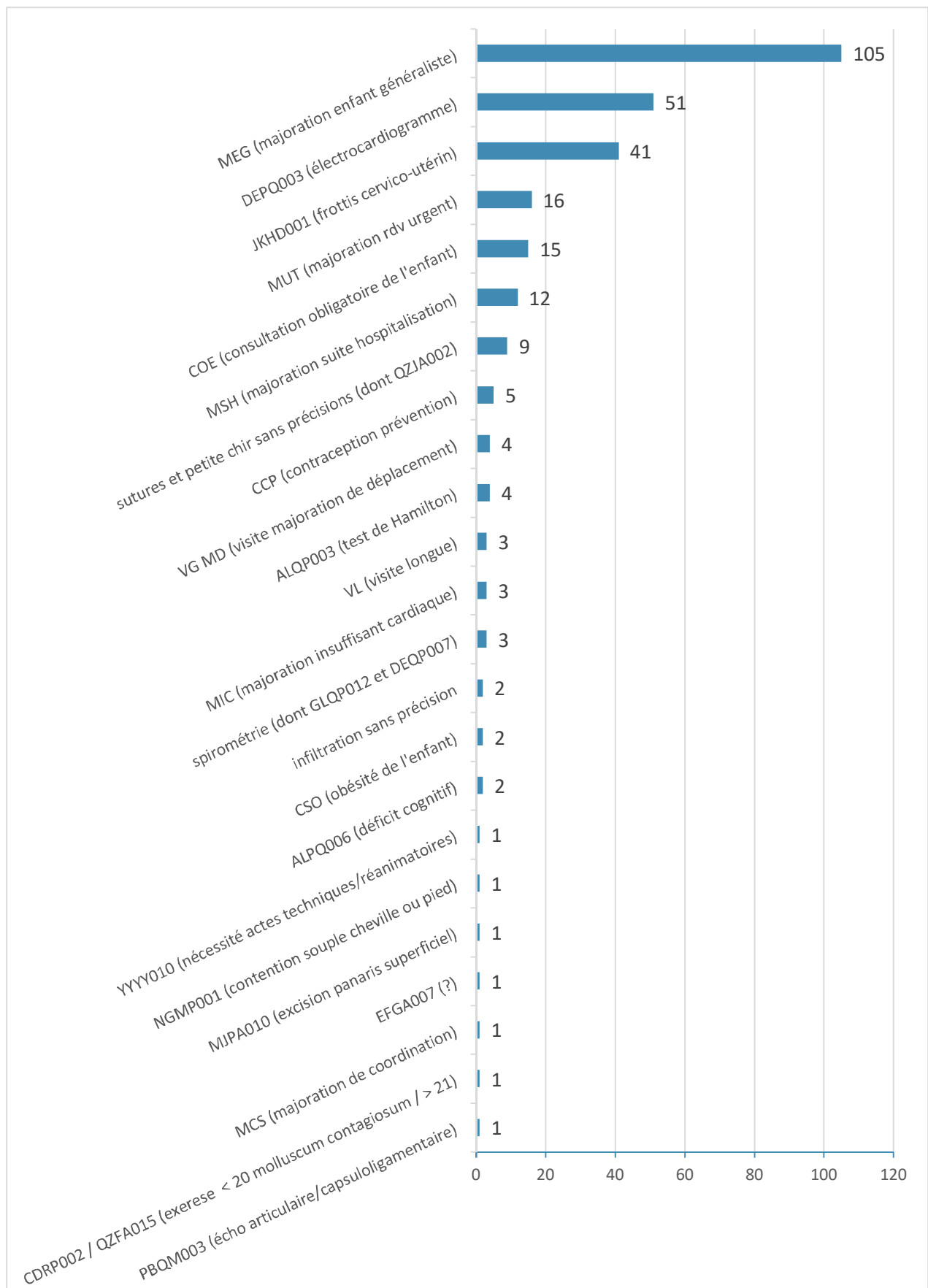


Figure 12 : Cotations fréquemment utilisées par les répondants

En majorité, il était retrouvé la majoration enfant de moins de 6 ans (MEG 96,3%), l'électrocardiogramme (DEPQ003 46,8%) et le frottis cervico-utérin (JKHD001 37,3%).

La majoration pour l'obtention d'un rendez-vous d'urgence (MUT 14,5%), les consultations obligatoires de l'enfant (COE 13,6%) et la majoration suite hospitalisation (MSH 10,9%) étaient moins fréquemment utilisées.

Les sutures et petites chirurgies sans précision (8.1%), la consultation contraception prévention (CCP 4,5%), le test de Hamilton (ALQP003 3,6%), les visites avec majoration de déplacement (VD MD malgré l'intitulé de question mentionnant « hors visite » à 3,6%) étaient rarement rapportés. Les médecins déclaraient coter la spirométrie (dont GLQP012 et DEQP007), la majoration insuffisant cardiaque (MIC), et la visite longue (VL) à 2,7%.

Les cotations pour le déficit cognitif (ALQP006), la consultation obésité de l'enfant (CSO), les infiltrations sans précision étaient utilisées de manière épisodique à 1,8%.

La majoration 20h-00h et dimanche et jours fériés (CRN CRD), l'échographie articulaire et capsulo-ligamentaire (PBQM003), le dépistage surdité des moins de 3 ans (CDRP002), les exérèses tangentielles molluscum contagiosum (QZFA010 / QZFA015), la majoration de coordination (MCS), l'excision panaris superficiel (MJPA010), la contention souple de cheville ou pied (NGMP001) et enfin la détresse nécessitant réanimation prolongée (YYYY010) étaient rapportés de manière anecdotique à 0,9%.

Le code EFGA007 a été mentionné une fois, nous n'avons pas trouvé la cotation dans les nomenclatures.

V.3. Description des freins

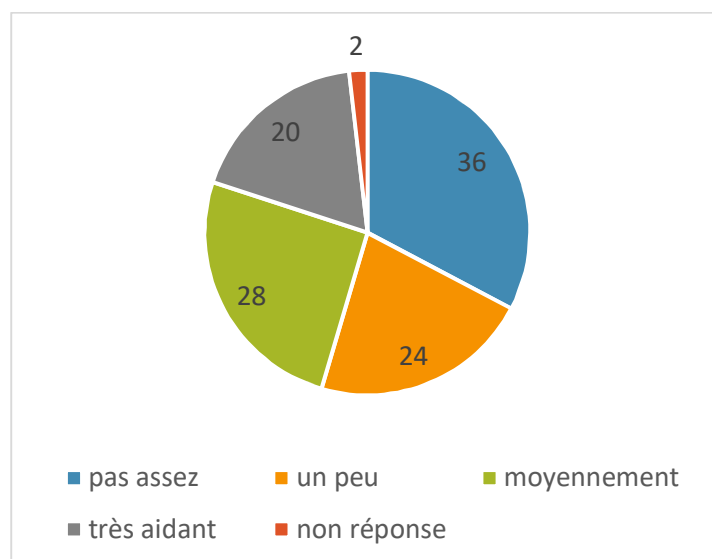


Figure 13 : Le logiciel aidant à la cotation

Les logiciels ne semblaient globalement pas aidants. En effet, 32,7% les estimaient « pas assez aidants », 21,8% « un peu aidants » et 25,5% « moyennement aidants ». Seuls 18,2% des répondants estimaient leur logiciel très aidant dans les cotations.

Plus la durée d'exercice était courte plus les médecins avaient un regard critique sur le caractère aidant leur logiciel ($p=0,00099$).

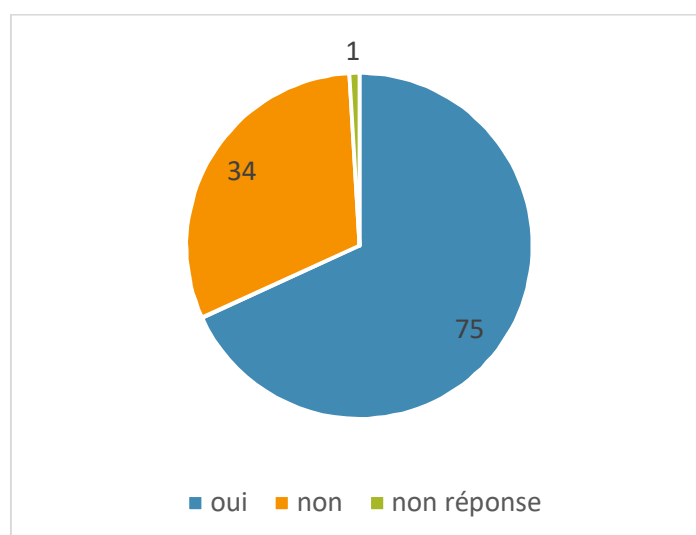


Figure 14 : Utilisation des raccourcis TLA

La majorité des praticiens disposait de raccourcis sur leur TLA (lecteur de carte vitale) (68,2% contre 30,9% n'en disposant pas).

Les praticiens exerçant depuis moins de 10 ans avaient plus tendance à utiliser les raccourcis que ceux dont la pratique est supérieure à 10 ans ($p=0,04074$).

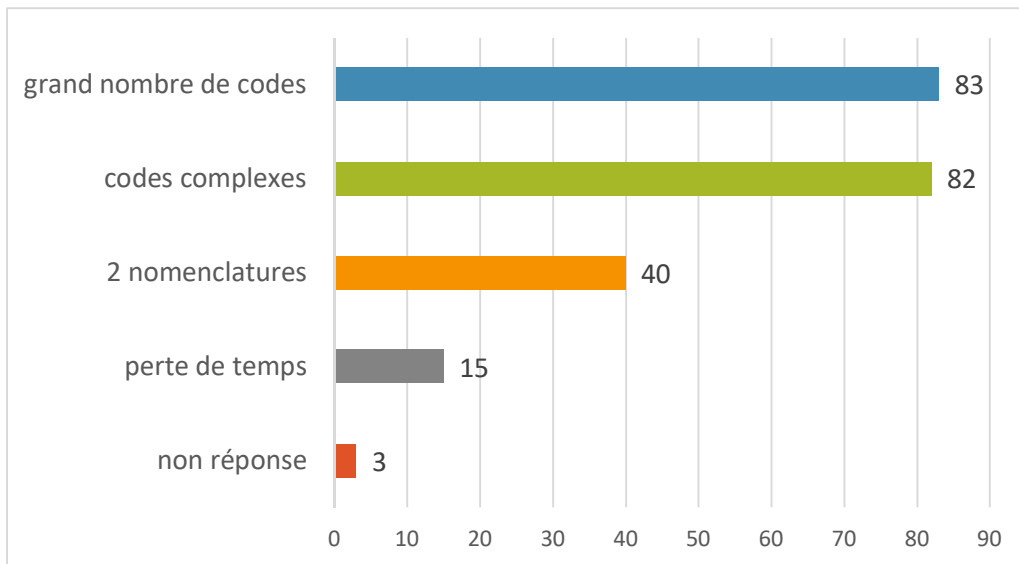


Figure 15 : Freins liés aux nomenclatures

Cette question permettait une réponse à choix multiples.

75,5% des praticiens évoquaient des freins liés au grand nombre de codes de cotations.

74,5% trouvaient ces mêmes codes complexes.

36,4% considéraient l'utilisation de deux nomenclatures limitante.

Enfin cela représentait une perte de temps pour 13,6% des répondants.

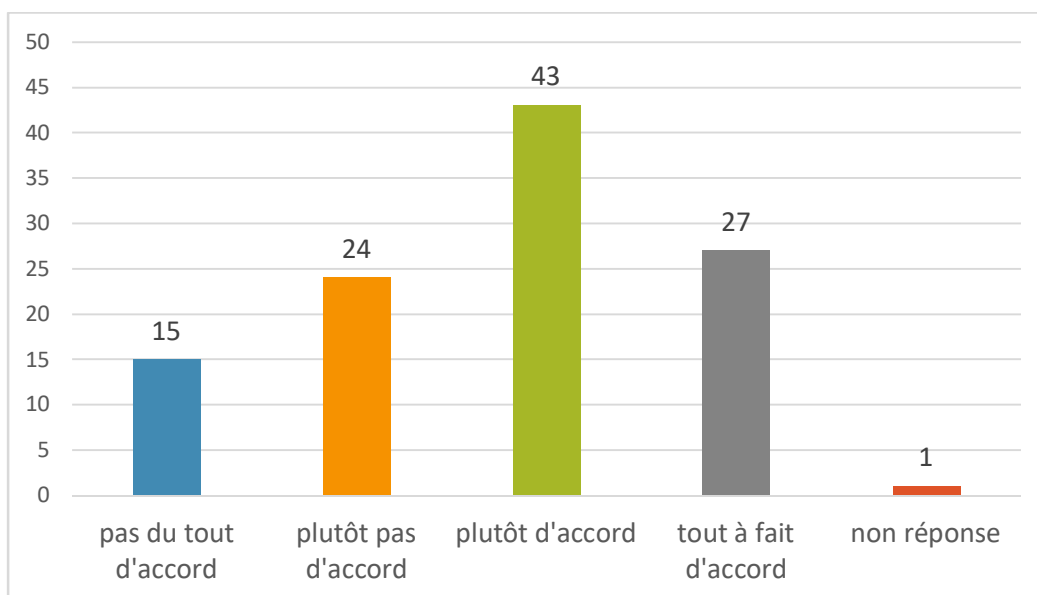


Figure 16 : Frein à demander plus de 25 euros

Concernant l'aspect financier, une majorité hésitait à demander un paiement supérieur à 25 euros : 24,5% s'étaient tout à fait d'accord et 39,1% plutôt d'accord, soit 63,6% au total. Seulement 13,6% n'étaient pas du tout d'accord et 21,8% plutôt pas d'accord.

Les femmes avaient plus de freins à demander un tarif supérieur à 25 euros ($p=0,01617$).

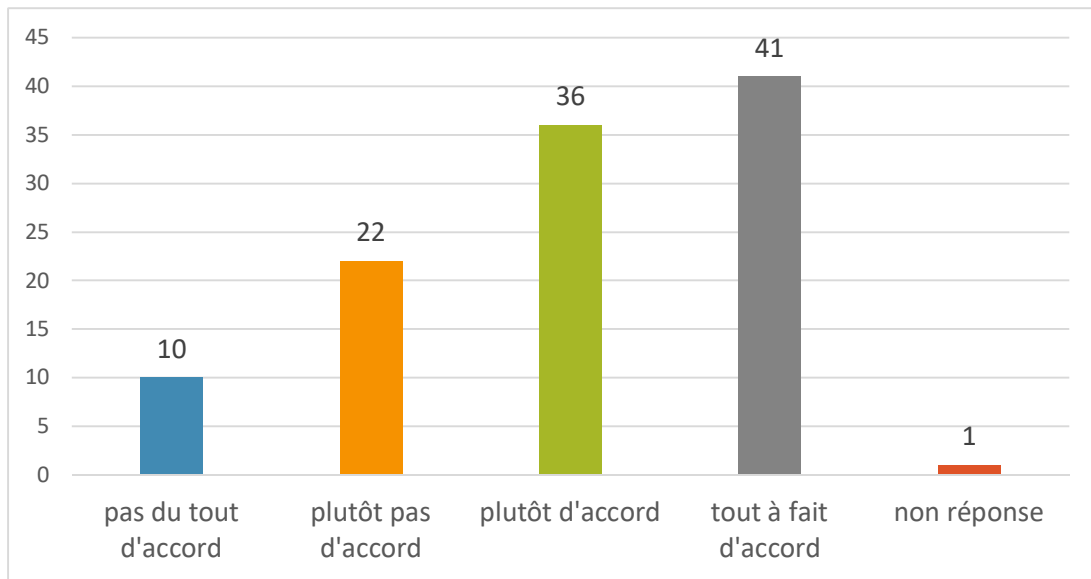


Figure 17 : Frein lié aux difficultés financières du patient

S'ils connaissaient les difficultés financières du patient 69,9% des praticiens avaient tendance à ne coter que le Gs seul : 37,3% tout à fait d'accord, 32,7% plutôt d'accord, 20% plutôt pas d'accord et 9,1% pas du tout d'accord.

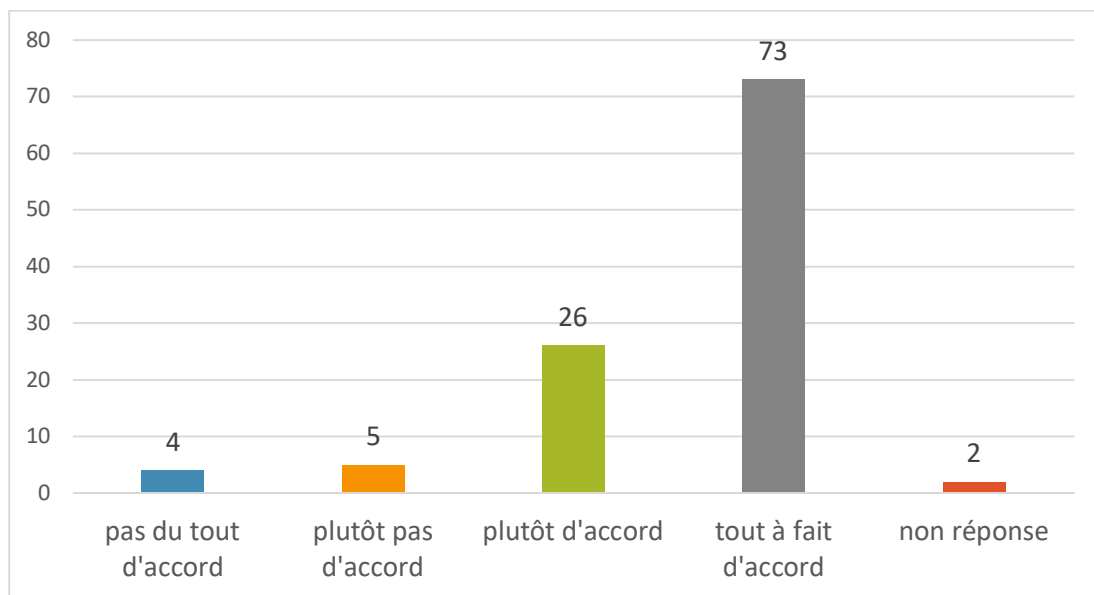


Figure 18 : Facilité de cotation avec l'ALD du patient

La revalorisation leur semblait plus facile si le patient est en ALD exonérante ou bien en tiers payant pour près de 92% des répondants : 66,4% étaient tout à fait d'accord, 23,6% plutôt d'accord, 4,5% plutôt pas d'accord et 3,6% pas du tout d'accord.

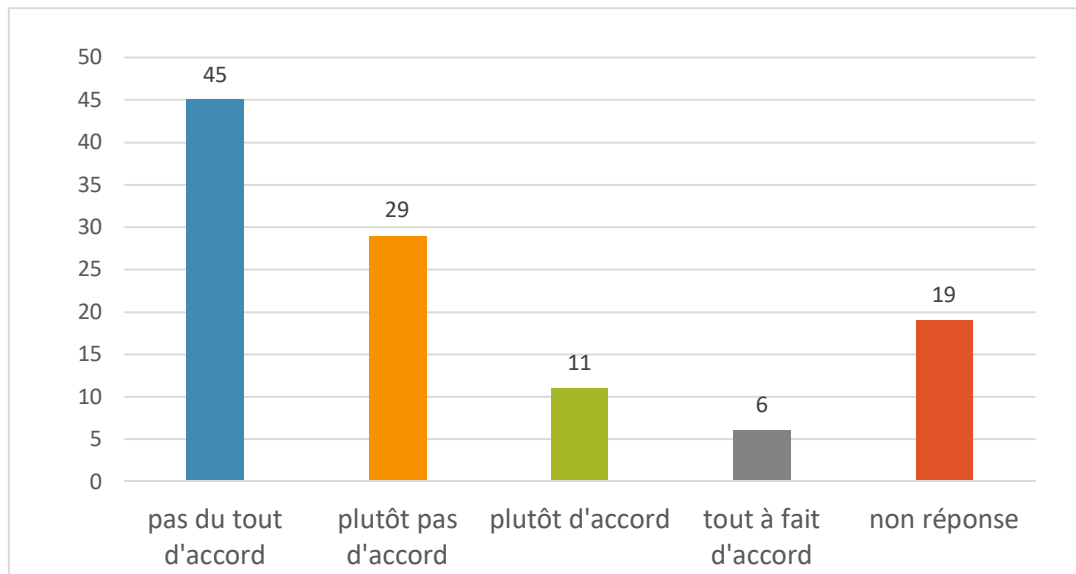


Figure 19 : Frein lié au rapport à l'argent devant un étudiant

Parmi ceux qui ont répondu : 81,3% considéraient que le rapport à l'argent n'était pas lié à la présence d'un étudiant (49,5% pas du tout, 31,9% plutôt pas d'accord) et 18,7% étaient gênés devant un étudiant (12,1% plutôt d'accord et 6,6% tout à fait d'accord). A noter que les femmes étaient plus gênées que les hommes devant un étudiant ($p=0,02973$).

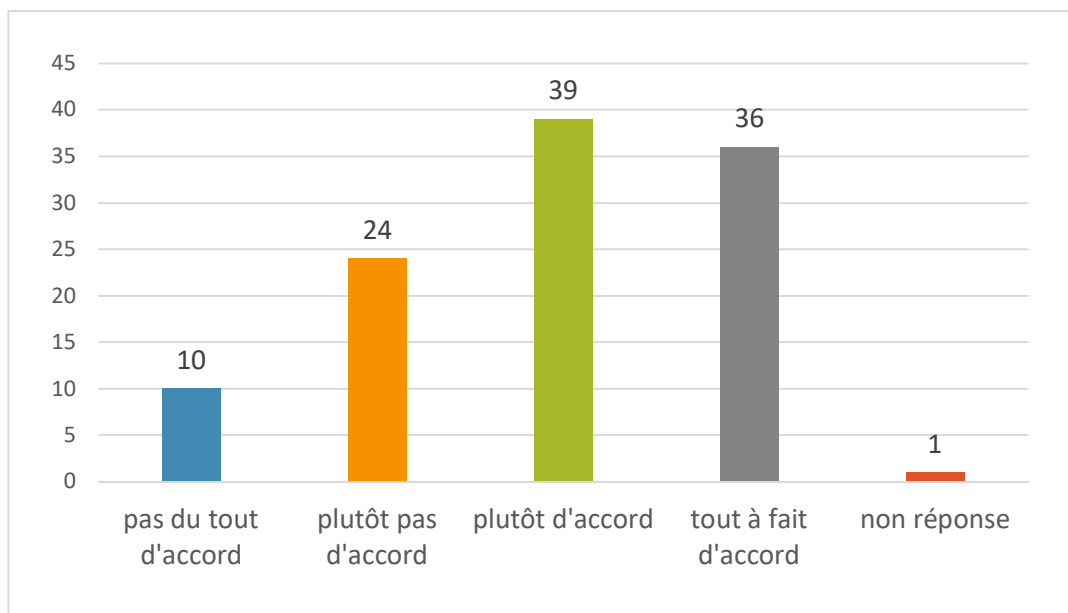


Figure 20 : Facilité de cotation avec le tiers payant généralisé

Le rapport à l'argent serait facilité chez 68,2% des répondants par le tiers payant : 32,7% étaient tout à fait d'accord, 35,5% plutôt d'accord, 21,8% plutôt pas d'accord et 9,1% pas du tout d'accord.

Plus la durée d'exercice augmentait plus les médecins pensaient que le tiers payant serait facilitant ($p=0,02145$).

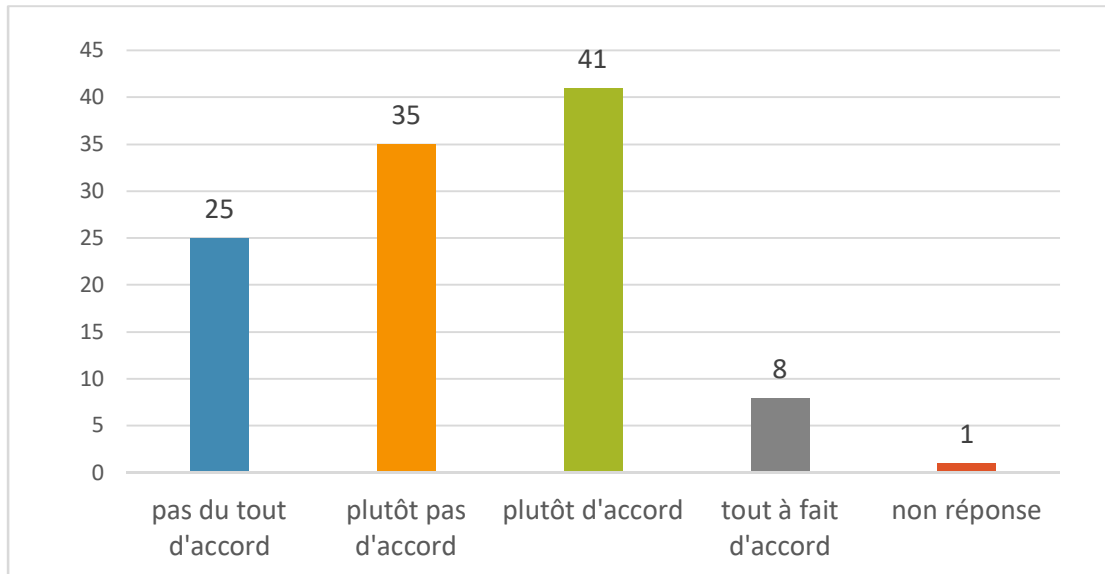


Figure 21 : Inquiétude vis à vis du mécontentement du patient

L'inquiétude du mécontentement du patient par rapport au prix de la consultation était retrouvée chez 44,6% des interrogés : 7,3% étaient tout à fait d'accord et 37,3% plutôt d'accord, 31,8% plutôt pas d'accord et 22,7% pas du tout d'accord. 54,4% n'y pensaient pas.

Les femmes avaient plus tendance à s'inquiéter du mécontentement du patient ($p=0,04682$). La crainte du mécontentement était plus forte lorsque la durée d'exercice était plus petite ($p=0,00043$).

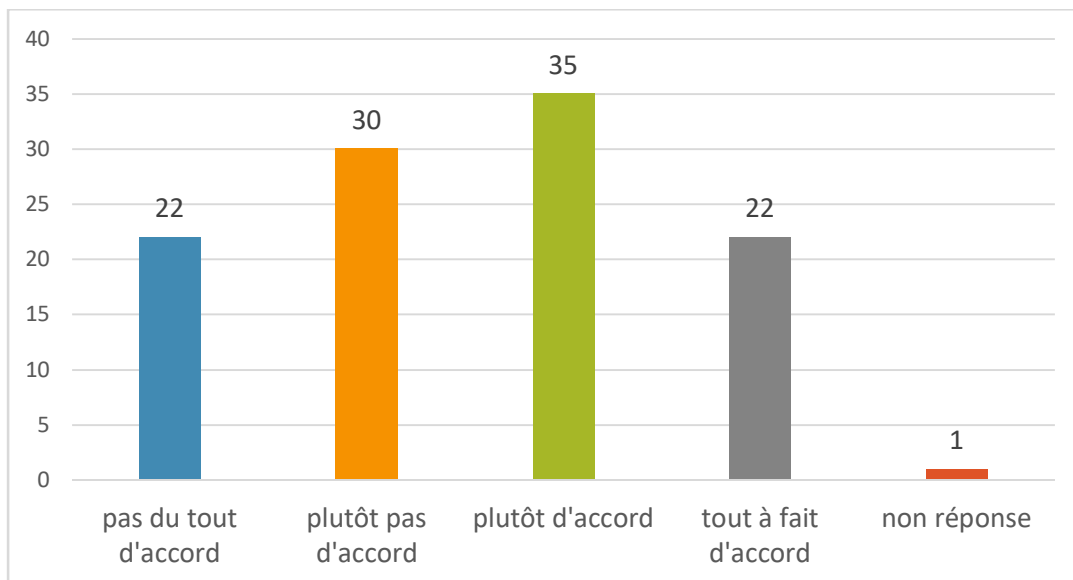


Figure 22 : Ennui de justifier le tarif de consultation

51,8% des répondants trouvaient un ennui à justifier du prix de consultation (20% tout à fait d'accord et 31,8% plutôt d'accord). 47,3% ne considéraient pas cela comme un ennui (20% pas du tout d'accord et 27,3% plutôt pas d'accord).

Ceux qui considéraient que coter correctement était une perte de temps, pensaient que c'était ennuyeux de justifier le tarif ($p=0.01727$).

Aucun lien statistiquement significatif entre crainte du mécontentement et ennui de se justifier n'a été retrouvé.

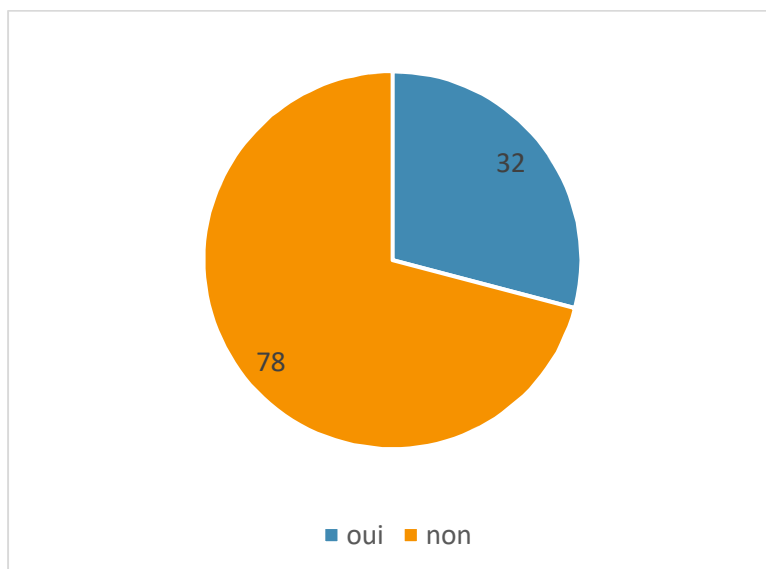


Figure 23 : Différend avec patient à propos du tarif de consultation

Enfin, 29,1% déclaraient avoir déjà eu un différend avec un patient à propos du tarif (contre 70,9% non).

VI. Discussion

Notre étude a bénéficié de 110 réponses sur 293 médecins contactés, soit un taux de réponse à 37,5%.

Les répondants étaient répartis à deux femmes pour 1 homme, la moitié d'entre eux était des médecins installés, la majorité exerçait depuis moins de 5 ans.

La moitié déclarait effectuer 80 à 100 consultations par semaine, un peu moins d'un tiers effectuait moins de 5 VAD par semaine. La plupart avait reçu des informations sur les cotations via un confrère ou étudiant. La majorité des médecins estimait coter plus de 3 fois sur 4 le G seul. Les autres cotations fréquemment utilisées étaient la majoration enfant de moins de 6 ans, l'électrocardiogramme et le frottis cervico-utérin.

La principale hypothèse de notre étude s'est vérifiée : il existait bien des freins à l'utilisation des cotations en médecine générale en Limousin. Certains de ces freins ont été identifiés.

Plus de la moitié des médecins estimait leur logiciel insuffisamment aidant, mais deux tiers utilisaient les raccourcis disponibles pour le TLA.

La majorité trouvaient les codes de cotations complexes et leur nombre trop important. Peu estimaient que coter le bon acte était une perte de temps.

Les deux tiers de médecins ressentaient un frein à demander un tarif de consultations supérieur à 25 euros, surtout si le patient présentait des difficultés financières. Ce frein était levé pour la majorité des médecins si le patient disposait d'une prise en charge en ALD. Le tiers payant généralisé faciliterait le rapport à l'argent de plus de deux médecins sur trois. Le mécontentement du patient était redouté pour un peu moins de la moitié des répondants. Justifier du prix de la consultation était un ennui pour la moitié d'entre eux. Enfin, près de 30% des médecins ayant répondu avaient expérimenté un différend avec un patient à propos du tarif de la consultation.

VI.1. Freins techniques

Le logiciel de cotation était jugé insuffisamment aidant pour environ 55% des répondants. Seulement 18% trouvaient leur logiciel très aidant. De plus, près de 31% n'utilisaient pas les raccourcis disponibles sur leur lecteur TLA.

Les médecins haut-viennois ont montré qu'ils pouvaient s'adapter à des codes différents (remplacer C par G) mais ils semblaient avoir du mal à changer leurs habitudes vers la nouveauté (annexe 1). Peut-être qu'un autre logiciel que le leur serait plus performant, mais cela impliquerait de transférer les données médicales et pourrait engendrer un coût. Cela nécessiterait de modifier tous les réflexes du quotidien, le logiciel étant utilisé pour les observations médicales, pour les résultats d'analyses, ou pour incrémenter des paramètres (taille, poids, tension artérielle, antécédents). Il serait possible que les médecins n'aient pas été suffisamment formés sur l'utilisation de leur logiciel. Ils n'exploiteraient alors pas toutes les fonctionnalités disponibles. Face à la multitude de logiciels de métier disponibles, on pourrait envisager la mise en place d'un logiciel unique avec des facilités de cotations et une mise à jour régulière des cotations, en lien avec les caisses de Sécurité Sociale.

VI.2. Freins liés aux nomenclatures

Des freins liés aux nomenclatures apparaissaient également, avec des cotations jugées en trop grand nombre pour 75% des répondants, et des codes trop complexes pour 74% d'entre eux. La présence de 2 nomenclatures, NGAP et CCAM, était limitante pour 36% des médecins interrogés. Cela concordait avec le résultat sur le pourcentage de cotation G seule, estimé par nos répondants : près de 75% d'entre eux estimaient coter G uniquement plus de 3 fois sur 4. Pourtant 86% des répondants ne considéraient pas que coter était une perte de temps. Il serait intéressant de faire préciser ce point aux médecins limousins : si ce n'est pas une perte de temps, la bonne cotation ne serait-elle pas importante à leurs yeux ? Ou bien coter engendrerait-il un agacement ?

Parmi les explications retrouvées dans les études qualitatives menées en Lorraine, la perte de temps que coter engendrerait serait déterminante pour les médecins (3,4). Certains avaient besoin de la grille de cotation ou bien de leur pense-bête, ayant du mal à retenir les codes. Or ils ne l'avaient pas toujours sous la main. La trouver puis coter ne semblait pas « valoir le coup » (4). Ils affirmaient que cela pouvait les retarder et retentir sur leur organisation. Certains avaient précisé qu'ils préféreraient ne pas chercher à coter l'acte pour ne pas être davantage retardés. D'autres avaient soulevé le fait que les cotations en question correspondent à des actes chronophages, soit une perte de temps encore augmentée. Avec une moyenne de durée de consultation d'environ 15 à 17min en France, les médecins privilégieraient l'aspect médical à l'aspect administratif, qu'ils jugent de plus en plus lourd. Nos résultats montraient une forte utilisation des cotations MEG, DEPQ003 et JKHD001. Les examens de pédiatrie nécessitent du temps, les parents devant déshabiller puis rhabiller leur enfant, l'enfant étant parfois inquiet, et les parents en demande de conseils. De plus, la cotation à 3 lettres de la pédiatrie, très fréquente en médecine générale, explique que cette cotation est facile à retenir. L'installation, la réalisation et l'interprétation de l'électrocardiogramme nécessite aussi un temps important. La réalisation du frottis cervico-utérin peut également prendre du temps : c'est un examen souvent redouté par les femmes, qui nécessite une installation et du matériel spécifique.

VI.3. Freins socio-économiques

Nous avons pu explorer des freins socio-économiques : près de 64% des interrogés avaient une gêne à demander un tarif de consultation supérieur à 25 euros, 70% étaient sensibles aux difficultés financières du patient. 90% étaient plus disposés à coter leurs actes lorsque le patient est en ALD. Pour les prises en charge à 100% comme les ALD ou les CMU, le patient n'a en général aucun regard sur la feuille de soins, il ignore le montant total des soins dont il n'avance pas les frais. Le médecin n'a pas à expliquer le tarif ou redouter un mécontentement. 81% n'avaient pas de gêne vis-à-vis de l'argent devant leur étudiant (parmi ceux qui avaient répondu à la question). L'étudiant présent partage de nombreuses informations, soumises au secret professionnel au cours de son stage. Il observe les entretiens, les examens cliniques, et les comportements humains, physiques et psychologiques que les médecins ont avec leur patientèle. C'est un lien intime dans lequel il est invité. Les médecins acceptant ce regard, la relation à l'argent ne semblerait pas être leur principale préoccupation.

Près de 45% redoutaient le mécontentement du patient à l'annonce du tarif de consultation et 29% des répondants déclaraient avoir déjà eu un différend avec un patient à ce propos. Parmi les explications possibles, les médecins interrogés pour les études lorraines évoquaient le coté

commercial de l'exercice libéral (3,4). Ils craignaient vexer le patient et ne plus jamais le revoir. Ceci entraîne une remise en question sur sa pratique mais surtout cela peut entraîner une perte d'argent. Parmi les motifs de plainte auprès du Conseil de L'Ordre étudiés par Hervé Auberton en Rhône-Alpes aucune ne concernait les honoraires (13). Cependant, l'argent entre nécessairement dans le lien médecin-patient, et cela était facilement accepté par les patients selon les travaux de Marie-Cécile Dedienne (14). Elle avait trouvé peu d'importance de l'aspect financier pour les patients. Les patients préféraient un médecin montrant un désintéret de l'argent et un souhait de réduire les dépenses de santé. Les patients avaient montré une gratitude envers un médecin pratiquant un acte gratuit mais aussi exprimé une nécessité de revoir les modes de rémunération, pourquoi pas selon le temps passé.

Un peu plus de la moitié (51,8%) trouvaient ennuyeux de se justifier du prix de la consultation. Ceux qui considéraient que coter correctement est une perte de temps pensaient que c'était ennuyeux de justifier le tarif ($p=0.01727$). Le temps serait déterminant pour les médecins ayant répondu. La gestion du retard serait une préoccupation importante pour les médecins comme pour les patients (14). Les patients pourraient tolérer un certain retard, mais jugeraient le médecin désorganisé si son retard s'accumule trop. Ils trouveraient normal que les patients en retard reprennent rendez-vous pour ne pas décaler le planning du médecin. La gestion du temps pourrait grandement dégrader la relation médecin-patient. Le facteur temps semble la principale explication à ce résultat, le lien entre ennui à justifier le tarif et peur du mécontentement n'ayant pas été fait.

Ainsi 68% des répondants pensent que le tiers payant généralisé faciliterait leur rapport à l'argent. Ceci fait le lien avec la moindre gêne ressentie pour les patients en ALD.

VI.4. Hypothèses secondaires

Parmi les hypothèses secondaires, le fait que les jeunes aient plus d'aisance avec leur matériel informatique semblait se vérifier : les praticiens exerçant depuis moins de 10 ans avaient plus tendance à utiliser les raccourcis que ceux dont la pratique est supérieure à 10 ans ($p=0,04074$). On peut ajouter également qu'ils souhaitaient un matériel performant : plus la durée d'exercice est courte plus les médecins avaient un regard critique sur le caractère aidant leur logiciel ($p=0,00099$). Ceci peut s'expliquer par le fait que les jeunes praticiens sont habitués dans leur formation et les années de remplacement à travailler dans différents cabinets et avec de nombreux logiciels.

L'expérience entre en jeu aussi pour ce dernier critère ; la crainte du mécontentement était plus forte lorsque la durée d'exercice était plus courte ($p=0,00043$). Cela pourrait être dû au manque d'assurance induite par le manque d'expérience. La capacité à conduire l'entretien et l'examen clinique s'acquiert tout au long de la formation, en tant qu'étudiant externe puis interne. Mais la gestion du temps et de l'argent ou même d'une patientèle est bien spécifique de l'exercice libéral.

Les médecins semblaient insuffisamment informés sur les nomenclatures : seulement 2,7% avaient été contactés par leur société informatique, 14,5% évoquaient avoir reçu une information de la CPAM, 20,9% avaient pu assister à une formation, 33,6% avaient reçu une information par un syndicat, et enfin 61,8% déclaraient être informés par confraternité.

Les sociétés informatiques n'ont peut-être pas encore compris la nécessité d'une cotation aisée, et donc que leur communication n'est pas orientée en ce sens.

La CPAM a de nombreux axes de communication et d'information mis en place, la cotation n'est peut-être pas prioritaire. De plus, les médecins reçoivent beaucoup de sollicitations et de notes d'information, celle concernant les cotations a pu être perdue dans les informations reçues.

La part importante ayant eu une formation et une information de la part d'un syndicat doit être liée à notre biais de sélection. En effet, les syndicats, défendant les intérêts des médecins et de leurs adhérents, communiquent sûrement plus sur cet aspect de la pratique libérale quotidienne. Les syndicats organisent les formations relatives aux cotations le plus souvent.

La confraternité s'explique ici sûrement par la présence d'un ou plusieurs confrères sur le lieu d'exercice, ou bien la participation à un groupe de pairs ou encore à l'occasion d'une formation médicale continue, relative ou non aux cotations.

Plus la durée d'exercice augmentait plus les médecins pensaient que le tiers payant faciliterait leur rapport à l'argent ($p=0,02145$). Ce constat semble être en désaccord avec l'opposition qu'avaient affichée les médecins français à la proposition d'application du tiers payant généralisé. La FMF reprend dans son audition de la Fédération des Médecins Français sur le tiers payant les principaux motifs d'opposition (15). Selon elle, le tiers payant restreindrait l'indépendance professionnelle (notamment la prescription) et financière des médecins : « celui qui paye décide ». Il serait aussi lourd en charge administrative, le médecin serait obligé de communiquer avec un très grand nombre de mutuelles pour obtenir un paiement. Celui-ci risquerait d'être différé mettant à mal la trésorerie du médecin. Le tiers payant enfin ne responsabiliserait pas le patient face à ses dépenses de santé. La FMF soulève le problème de la récupération des franchises et des participations forfaitaires des patients, représentant un milliard et demi d'euros par an, en cas d'application du tiers payant généralisé (16).

Ici la question était très restrictive, « le tiers payant généralisé faciliterait-il votre rapport à l'argent ? ». Les médecins au fil des années auraient peut-être une lassitude à demander le règlement à leurs patients.

Nous avons aussi établi que les femmes se montrent plus réticentes : elles avaient plus de freins à demander un tarif supérieur à 25 euros ($p=0,01617$), plus tendance à s'inquiéter du mécontentement du patient ($p=0,04682$) et étaient plus gênées devant un étudiant ($p=0,02973$) comparativement aux hommes. Les femmes auraient peut-être plus de mal à être observées. Ou bien pâtiraient-elles ici de préjugés de patients toujours très attachés au médecin traditionnel masculin ?

VI.5. Liens non significatifs

Parmi les liens statistiques recherchés et non établis, nous ne retrouvons : aucun lien entre crainte du mécontentement et ennui de se justifier, aucun lien entre le pourcentage moyen de G et la charge de travail, la double activité ou encore la permanence de soins. Les médecins déclarant une plus grande charge de travail hebdomadaire n'auraient pas tendance à moins bien utiliser les nomenclatures. Autrement dit, voir moins de patients par jour ne ferait pas mieux coter les actes. Ceux qui ont une activité double ou une participation à la permanence de soins n'ont pas tendance à mieux coter. On pourrait pourtant penser qu'ils utiliseraient un plus grand nombre des cotations possibles.

La durée d'expérience n'avait aucun autre lien, notamment dans l'expérimentation d'un différend. On aurait pu imaginer les jeunes médecins plus susceptibles de rencontrer un conflit, par une expérience plus courte dans la communication avec les patients. Les plus expérimentés auraient pu se montrer plus inflexibles et aller plus facilement au conflit, forts de leur expérience.

Il existe donc des freins à l'utilisation des cotations en médecine générale : des freins liés aux nomenclatures et cotations elles-mêmes jugées trop nombreuses et difficiles à retenir ; des freins techniques avec des logiciels jugés peu aidants ; et des freins socio-économiques, liés au rapport à l'argent délicat pouvant entacher la relation médecin-patient.

VI.6. Validité interne

VI.6.1. Forces de l'étude

L'utilisation des cotations n'est pas ou très peu étudiée en médecine libérale. Nous n'avons retrouvé qu'une seule étude évaluant l'utilisation des cotations dans la littérature, celle de Baptiste Watrin (3).

La thématique de l'argent reste un sujet sociétal tabou et constitue en médecine une réflexion éthique peu abordée.

Notre étude était quantitative. C'est la première à notre connaissance. Certaines études en entretiens semi-dirigés ou en focus group, abordent le thème de la relation à l'argent.

Nous avons eu un taux de réponse de 37,5% soit au-dessus de la moyenne obtenue par envoi de questionnaire. Le taux moyenne de réponse aux questionnaires en ligne auquel on peut s'attendre est entre 10 et 15% (17). De plus, les médecins généralistes montrent une faible motivation à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques, comme l'ont montré J.Cogneau et al. dans leur étude (18).

Nous pensions que les réponders seraient en majorité internes, le groupe « étudiants » étant le plus grand. Mais finalement parmi les promotions d'étudiants contactées seuls 9 internes en SASPAS ont répondu. Cela s'explique par le fait que parmi les 182 contactés, il y en avait beaucoup qui remplaçaient ou était déjà installés (pour rappel : promos 2013, 2014, 2015 et 2016). Nous n'avons pas contacté les promotions d'internes en médecine générale de 2017 et 2018, car très peu d'entre eux avaient déjà effectué leur SASPAS, selon les nouvelles maquettes.

Pour notre étude nous avons choisi d'adresser le questionnaire aux étudiants internes en autonomie car ils n'ont pas d'habitudes de cotations dans leur pratique, contrairement aux médecins installés. Ici on a pu voir que même les jeunes partageaient les freins liés aux nomenclatures.

VI.6.2. Limites de l'étude

Nous retrouvons un biais de sélection. Nous avons eu de réelles limitations pour adresser notre questionnaire au plus grand nombre. Seuls deux syndicats et la faculté de médecine ont accepté de relayer le questionnaire à leur mailing liste. Il s'agissait de MG France section

Limousin et du GJIREL (syndicat autonome de généralistes remplaçants et jeunes installés limousins). L'aide accordée par le Conseil de l'Ordre n'a cependant pas été contributive : aucune réponse supplémentaire n'a pu être apportée à la suite de l'annonce de notre travail de thèse sur leur site internet (19).

Nous avons envisagé de faire parvenir le questionnaire aux médecins maîtres de stages et enseignants, mais il y aurait eu un biais de sélection également. La population des maîtres de stage universitaire réalise plus de formations médicales continues et intègre plus fréquemment des actes de prévention (20). Ces médecins, incités à se former, auraient pu être plus sensibles à la notion de cotation.

La population contactée pourrait être plus sensible aux questions de cotations. Nous avons eu recours à deux syndicats pour envoyer le questionnaire. Le nombre élevé de médecins informés aux cotations par leur syndicat 37/110 (soit 34%) et ayant déjà assisté à une formation 23/110 (soit 21%) renforce cette hypothèse. On peut cependant penser que les médecins n'ayant pas répondu seraient moins intéressés par les cotations, et qu'ils auraient donc plus de freins à les appliquer.

L'étude visait les médecins exerçant dans l'ancienne région du Limousin. Au cours de l'analyse des résultats nous avons constaté que 16 des répondants n'avaient coché ni « Haute-Vienne » ni « Corrèze » ni « Creuse » pour leur lieu d'exercice, soit 14,5% de l'effectif. Ces 16 personnes, dont 8 sont installées et 8 sont remplaçantes, exercent toutes depuis moins de 5 ans. Nous avons choisi de ne pas les exclure de l'étude car ayant été contactées par les moyens établis plus hauts, elles ont toutes exercé ou étudié en Limousin.

Seulement 2 médecins exerçant depuis 10 à 20 ans ont répondu à notre questionnaire soit 1,8%. Il y a donc une faible représentativité des médecins de cette catégorie. Cela paraît étonnant vu la démographie médicale actuelle. Cette tranche d'âge devrait être plus représentée. Nous n'avons pas d'information sur la population contactée, cette catégorie d'âge n'y est peut-être pas très présente. On peut supposer que ces médecins ne seraient pas adhérents aux syndicats contactés ou bien se sentiraient moins concernés par le thème de notre étude.

Les médecins de moins de 5 ans d'exercice étaient majoritaires avec 75 réponses soit 68,2%, ce qui peut être dû au biais de sélection et aux moyens de diffusion. Cela induit une sur-représentation des jeunes médecins.

Les populations SASPAS et médecins installés étaient équitablement réparties. La population des remplaçants se compose de 35 femmes pour 11 hommes, soit 76% de femmes et 24% d'hommes. Cela déséquilibrait la répartition hommes/femmes. Les femmes profiteraient de la période de remplacement plus longtemps que les hommes. Peut-être pour mener à bien un projet de grossesse, d'allaitement ou bien pour acquérir une expérience suffisante. On peut aussi placer ce chiffre dans un contexte de féminisation important de la médecine ces dernières années.

Les résultats obtenus par réponse à un questionnaire sont déclaratifs : il existe donc un biais de déclaration. Mais certains résultats obtenus sont significatifs malgré une petite population.

Le manque de puissance dû au faible effectif peut cependant ne pas avoir permis de démontrer certains résultats.

VI.7. Validité externe

VI.7.1. Comparaison à la littérature

Nous n'avons retrouvé que très peu de littérature abordant ce sujet.

La seule étude concernant les cotations a été réalisée en Lorraine pour un travail de thèse en 2017 (3). Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de médecins généralistes tirés au sort. Elle avait pour but d'étudier les représentations des médecins généralistes vis-à-vis des cotations (annexe 6). Nous avons ainsi pu quantifier avec notre étude des propositions issues de cette étude qualitative.

-Parmi les résultats concordants

On retrouvait la complexité de deux nomenclatures, avec un trop grand nombre de cotations, et des codes trop difficiles à retenir. Il était soulevé également des conditions d'application des codes trop strictes (ex : la cotation MSH, les conditions d'application concernent le patient, son séjour hospitalier, le contenu de la consultation du médecin généraliste traitant, et ne doit être appliquée qu'une seule fois dans le mois suivant la sortie d'hôpital). Le caractère chronophage a été soulevé : besoin d'un mémo pour les codes ou bien nécessité de faire la cotation sur une feuille de soins papier, valorisations parfois jugées insuffisantes pour le temps perdu à la coter. La crainte du regard du patient a été évoquée : les médecins interrogés montraient une gêne à demander plus que le prix habituel. Une peur aussi de détériorer la relation médecin/patient et ainsi que le patient change de cabinet. Les médecins dénonçaient un manque de connaissance et de formation, au cours de leurs études ou même à l'installation. Les logiciels ont été jugés trop complexes et inadaptés à la médecine générale

-Parmi les résultats discordants

Il y avait une absence de « complexe » à coter, contrairement aux freins identifiés dans notre étude.

-Parmi les axes non explorés dans notre étude,

Le manque de temps des médecins s'expliquait selon eux par une demande toujours plus forte, la nécessité de réaliser beaucoup d'actes en peu de temps, une charge administrative déjà très importante. Il a été retrouvé un manque d'intérêt voire un oubli de coter les actes. Les médecins de Lorraine ont affirmé que la CPAM faisait de nombreux rejets en cas de mauvaise cotation.

L'étude permettait aussi d'envisager des solutions pour l'avenir : une simplification apparaissait comme nécessaire, adaptée à la pratique voire même une nomenclature séparée, une revalorisation du C (effectuée le 1^e mai 2017), une évolution de la rémunération par capitation ou encore des consultations cotées selon la durée.

Concernant le tiers payant généralisé, les médecins généralistes y étaient opposés redoutant un effet inflationniste, et des dépenses augmentées par abus des médecins et une perte des réalités pour les patients, qui ne mesureraient plus le coût du soin. Cependant, ils reconnaissaient qu'avec la disparition du rapport à l'argent, ils coteront plus facilement.

Une autre étude a exploré les modes et niveaux de rémunération des médecins. Cette étude réalisée en 2012 par Nicolas Messein en Lorraine est exhaustive (4).

Il a d'abord interrogé des patients par un questionnaire. Les résultats principaux étaient un salaire de médecin moyen estimé à 4 972 euros. Les médecins étaient considérés comme normalement payés pour 62% des patients, pas assez pour 25% des patients. 63% des patients trouvaient que le tarif de consultation est normal, trop coûteuse pour 19% et pas assez pour 14%. Le paiement à l'acte semblait le plus adapté à 53%, et 29% considéraient qu'il s'agissait du mélange de plusieurs modes de rémunération.

Il a ensuite interrogé des médecins généralistes en focus group. Parmi les principaux résultats il retrouvait un système de cotations jugé inadapté et compliqué, avec une consultation « fourre-tout » à tarif unique. Les médecins montraient une gêne à demander de l'argent, d'autant que l'aspect commercial de la relation médecin-patient serait parfois indélicat (le patient exigeant un service, rendu obligatoire par l'avance des frais). Les médecins estimaient leurs revenus trop bas, rapportés à la durée d'études, au temps de travail, aux charges, aux responsabilités (entre autres). Ils soulevaient aussi la dégradation des conditions de travail, avec une usure psychologique, une perte du prestige, et le fait de ne plus faire assez de médecine (surcharge administrative). L'évolution de la démographie médicale les inquiétait : cela pourrait retentir sur l'afflux important de patients, qui n'auraient pas eu le choix de leur médecin et ainsi entraîner une dégradation des relations médecin-patient. Le comportement de certains patients était jugé comme hypocrite, sans confiance, dans l'affrontement ou même l'abus. D'autres retenaient des patients compréhensifs, avec un attachement sincère et une gratitude pour les soins apportés.

Cette étude de 2012 a des résultats dans la même lignée que celle de Baptiste Watrin et la nôtre.

La Fédération des Médecins de France (FMF) a également publié un article en ce sens (21). Elle évoquait la facturation de l'activité médicale comme étant « chose complexe » avec plus de « 8000 actes, majorations de coordination, de temps, de lieu ou de complexité ». Elle décrivait même certaines associations de cotations comme « à vos risques et périls » (21).

Elle pointait du doigt des « logiciels de facturation, des abonnements, des maintenances chers voire très chers ». Elle précisait : « pourtant une grande partie de ces logiciels n'intègre pas toutes les incompatibilités d'association d'actes et n'affichent pas de message d'alerte systématique en cas d'erreur de facturation. Les médecins peuvent donc penser en toute bonne foi que leur facturation est conforme, puisque le logiciel l'a accepté » (21).

Elle dénonçait « de même les anomalies de facturation ne sont pas systématiquement repérées par l'informatique des caisses » (21). Ce n'est souvent qu'à l'occasion d'un sondage ou d'un contrôle systématique qu'elles sont découvertes, et les caisses remontent alors jusqu'à 3 ans en arrière pour réclamer des indus qui peuvent parfois se chiffrer en milliers d'euros. Il y a là un manque manifeste dans la mission d'accompagnement qu'elles doivent aux médecins (ou aux autres professionnels de santé), favorisant le contrôle au détriment de la pédagogie ».

Les médecins seraient donc en demande de plus de simplicité administrative, et d'une meilleure communication avec les caisses de Sécurité Sociale.

Cela rejoint les résultats des études de Baptiste Watrin et de Nicolas Messein (3,4).

On est donc en droit de soulever une question : quel est le rapport à l'argent des médecins ?

VI.7.2. Réflexions autour d'un tabou : l'argent

De nombreux écrits se sont intéressés à l'organisation de notre système de santé, ainsi qu'aux modes de rémunération des médecins. Nombreux aussi sont ceux qui évoquent le salaire des médecins, en France ou encore en comparaison entre pays.

Très peu visent à étudier le rapport du médecin à l'argent. Les publications PubMed ou ressources scientifiques n'étant ainsi pas orientées dans ce sens, nous avons privilégié les sources parallèles. Elles offrent des réflexions éthiques et sociétales sur la question.

La revue *What's up Doc ?* évoque les médecins et l'argent dans son article « L'argent en médecine : cachez ce fric que je ne saurais voir ! » (22).

L'introduction commence par la gêne d'une jeune généraliste à demander le règlement de la consultation. Selon le sociologue Frédéric Pierru, « les médecins s'imaginent en serviteurs désintéressés de leurs patients », ce serait partagé par tous les métiers présentant « trois caractéristiques : monopole d'une activité, autorégulation et forte autonomie dans la pratique quotidienne » (22). C'est l'image que l'on retient du médecin de famille, accueillant ses patients nuit et jour, ne comptant pas ses heures, acceptant une douzaine d'œufs pour paiement, ou bien sacrifiant à son art sa vie de famille et l'éducation de ses enfants.

La Revue Médicale Suisse quant à elle aborde « L'argent du médecin » dans son N°426 en 2014 (23). Ce rapport est tout de suite présenté comme « ambigu », le médecin étant « tiraillé » entre la compensation pécuniaire d'un travail toujours plus pénible et la volonté de faire le bien (23). Pourtant, l'argent établit et ponctue l'échange de service entre le praticien détenteur de la connaissance et le patient nécessitant des soins. Simmel dans la *Philosophie de l'argent*, affirme que l'argent est « une forme de la réciprocité d'action entre les hommes » (24).

Cet article rappelle que l'argent n'est pas la fin recherchée par les médecins. Pierre-Bernard Schneider dans son ouvrage *Psychologie médicale* retrouvait chez de nombreux médecins des traits obsessionnels (25). L'article de conclure « la méticulosité, le perfectionnisme s'accommodent mal de la rapidité d'exécution. Quand il y va de la vie des personnes qui se confient à nous, c'est sûrement avantageux pour nos clients que nous soyons précis et rigoureux. Ce n'est pas l'argent qui pourra compenser notre dévouement ou notre temps, mais une reconnaissance sociale. C'est celle-ci qui palliera la pénurie des médecins de famille plus qu'une – nécessaire – rémunération équitable de notre labeur » (23). Bien que peu utilisée, la revalorisation des actes est avant tout une revalorisation de la médecine générale en tant que spécialité à part entière. Les médecins étaient satisfaits de cette avancée, certains même avaient varié un peu plus leur pratique (3).

The Dentalist, French doctor, création du Dr. Guillaume Gardon-Mollard, est un blog documenté abordant de nombreux sujets au fil des expériences et réflexions de son auteur.

Il aborde la notion de l'argent en médecine (26). L'argent est décrit comme un moyen mais aussi comme un but. Le moyen de subvenir à nos besoins, de réaliser des projets, de nourrir une famille. Lorsque l'argent devient un but, bien vite arrivent les notions d'avarice, de domination voire de corruption.

Où se trouve le médecin dans ses considérations ?

Dr Gardon-Mollard établit un « dilemme des honoraires », indiquant que les médecins ayant devoir d'humanité et de probité se heurtent aux considérations d'une juste rémunération pour un honnête travail (26). Mais si être rémunéré semble une évidence, Céline dans le *Voyage au Bout de la Nuit* aborde la question sous cet angle : « La médecine c'est ingrat. Quand on se fait honorer par les riches, on a l'air d'un lardin ; par les pauvres, on a tout du voleur » (27). Le médecin, traditionnel personnage déterminant de la société, est observé, jugé, et de plus en plus critiqué. La question essentielle in fine serait donc : le rapport à l'argent du médecin a-t-il une influence négative sur la qualité des soins et sur sa relation au malade ?

Le blog *Hippocrate en la Cité*, animé par un ensemble de médecins, aborde le sujet complexe d'un autre mode de rémunération par le prisme de l'équité (28).

Cette réflexion s'appuie sur le rapport de l'ENA en 2008 qui ne permettait pas de dégager un mode de rémunération idéal des médecins (29).

L'équité s'approche selon eux de l'égalité des chances et d'une discrimination positive. Elle prend tout son sens dans le domaine médical. Qu'apporterait-elle à la médecine ?

Le lien médecin/malade est vertical comme nous l'avons vu précédemment. Le médecin restitue son savoir au malade « demandeur et profane » (28). Ce postulat tend à évoluer, le patient étant de plus en plus acteur de ses soins et éclairé dans la décision médicale, à laquelle il est invité à prendre part. Le patient a accès désormais à des nombreuses voies d'informations sanitaires. Cependant c'est au médecin qu'il appartient d'être garant de l'équité en sa position responsable supérieure. Il doit s'attacher à maintenir la singularité de son propre exercice et d'accepter la singularité de sa patientèle pour garantir l'accès aux soins à tous.

Plusieurs modes de rémunération s'adaptent donc à une pratique aussi variée que les patients ou les problématiques que ces derniers apportent. Les médecins derrière *Hippocrate en la Cité* défendent des « tarifs multiples, modes de rémunérations multiples pour un même Médecin, décidés par le Médecin garant de l'équité, affichés et exprimés loyalement, discutés au sein de la relation thérapeutique, évolutifs librement dans la relation et enfin facturés de façon explicite pour remboursement par assurance maladie obligatoire et complémentaire selon le contrat du patient ». Selon eux l'équité des honoraires permettrait de respecter la pratique individuelle du médecin, en tenant compte de sa patientèle (type, taille, zone, démographie). Elle correspondrait mieux aux besoins du patient, en mettant en avant le libre choix du médecin et la communication éclairée, dans un climat de confiance. Elle apporterait une reconnaissance d'actes jusqu'ici négligés, comme les appels téléphoniques, ou non valorisés, comme les consultations longues par un tarif horaire. Enfin, ils insistent sur la nécessité d'impliquer toujours plus le patient dans le soin, et en particulier dans l'avance des frais. Cette avance permet de mesurer « les coûts de la responsabilité [prise par le médecin], les coûts permettant le bon fonctionnement de telle ou telle structure, les coûts supplémentaires engendrés par tel ou tel acte, les coûts dédiés à la poursuite de la formation continue, et les coûts pour la poursuite de la modernisation du cabinet » (28). On retrouve là encore le manque de reconnaissance sociale du médecin généraliste qui a un besoin de reconnaissance tant de sa patientèle à laquelle il est dévoué, que de ses pairs spécialistes, des caisses et des décideurs. Pour rappel, la médecine générale accède au rang des spécialités médicales en France par le Journal Officiel du 18 janvier 2004.

L'équité semble pour certains patients une valeur perdue dans la médecine. Ainsi, le journal *Marianne* abordait en 2013 le sujet épineux du rapport à l'argent des patients, qui osent « marchander chez [leur] médecin » (30). L'article cible des dépassements d'honoraires jugés excessifs voire obsolètes par les patients, faisant face à de plus en plus de précarité. L'accent est mis sur le désengagement massif de la Sécurité sociale et sur les prix grimpaient des mutuelles, qui inciteraient les patients à changer de comportement et oser le marchandage des tarifs à leur médecin, pour accéder au soin.

On peut alors légitimement se poser la question : faut-il faire payer le patient ?

Philippe Batifoulier cherche la réponse dans son article paru en 2013 (31). Les dépenses de santé sont de plus en plus supportées par le patient lui-même, partant du principe que cela le responsabiliserait et réduirait le gaspillage. Ce qui établit les bases d'un aléa moral négatif (être mieux assuré augmente les dépenses de santé inutiles) bâti sur la conviction que le patient est intéressé et opportuniste.

Or de nombreuses études indiquent que « les mieux assurés recourent le plus aux soins de prévention », et ce sont les plus riches les mieux assurés (assurance basée sur le revenu (cf mutuelles) et non sur le risque). Autre fait démontré, ce sont « les malades qui sollicitent leur assurance maladie » (31). De plus, ce sont les plus pauvres les plus malades, donc les faire payer plus leurs soins pour réduire les dépenses entraînerait au contraire la baisse de dépenses de santé utiles. « Le renoncement aux soins détériore l'état de santé en induisant des événements indésirables [comme un retard de soins, un report de traitement, un recours aux urgences] ; augmentant finalement le coût global des soins » (31).

Il conclut par « en mariant assurance et gaspillage, [la théorie économique de l'aléa moral] a conseillé de déployer des mécanismes de partage des coûts qui incitent le patient à se départir [injustement] d'une consommation de soins » (31).

Dans le même objectif de réduction de dépenses de santé, plusieurs États ont cherché à développer le paiement à la performance (P4P). Il récompense le médecin en fonction de la réalisation d'objectifs prédéfinis. Partant du principe qu'une médecine efficace est moins onéreuse. Nicolas Da Silva a réalisé une analyse critique du paiement à la performance : Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? (32).

Selon la même théorie économique standard énoncée plus haut, le médecin est un individu intéressé comme les autres, un *Homo oeconomicus*. En conséquence, le meilleur mode de rémunération serait le paiement à la performance. Les études disponibles tendent à prouver que l'effet incitatif n'a que peu de retentissement sur la qualité des soins, le P4P rémunérant un travail « déjà fait ou qui aurait été fait quoiqu'il arrive » (32). Cela aurait donc l'effet inverse d'induire plus de dépenses que de les réduire.

De plus, les médecins ne semblent pas répondre positivement à l'incitation. On peut définir deux types de motivations, la motivation intrinsèque (MI) et la motivation extrinsèque (ME). La première visant à lire un livre pour le plaisir et la seconde à le lire pour un examen ou un oral. Mais le plaisir de lire se réduirait si le lecteur est payé pour le faire. Tous les médecins n'ont pas les mêmes MI et ME. En France, ils sont particulièrement déchirés entre désintéressement

(fondement même du serment d'Hippocrate) et libéralisme. Nicolas conclut par une question : « est-ce que récompense rime avec reconnaissance ? » (32).

Comme nous l'avons vu précédemment la variété des modes de rémunération semble être la meilleure des propositions à faire aux médecins français, dont les motivations sont variées. Cette variété estompe peu à peu la prépondérance du paiement à l'acte comme l'a étudié Anne-Laure Samson en 2008 et 2009. Pour elle, cela permettrait « un meilleur compromis pour les patients, en termes de qualité et de facilité d'accès aux soins et pour les médecins, en termes de maintien de revenus élevés et de bonnes conditions de travail, enfin pour l'État, en termes d'équité dans l'accès aux soins et maîtrise des dépenses de santé » (5,33).

Conclusion

La cotation des actes est un geste quotidien en médecine générale. Les dernières conventions entre les professionnels de santé et les caisses de Sécurité Sociale ont établi une revalorisation des actes. Cependant les nouvelles cotations sont insuffisamment utilisées.

Notre étude avait pour objectif principal d'identifier les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019.

110 réponses ont été obtenues sur 293 médecins contactés, soit un taux de réponse à 37,5%.

Nous avons identifié des freins techniques, liés à l'informatique, jugé insuffisamment aidant pour un peu plus de la moitié des répondants, et aux raccourcis TLA utilisés pour plus de deux tiers d'entre eux. Nous avons trouvé des freins liés aux nomenclatures, avec des cotations complexes, difficiles à retenir, et un trop grand nombre de codes pour trois quarts des médecins. Nous avons enfin déterminé des freins socio-économiques, avec une gêne vis-à-vis du règlement de la consultation pour deux médecins sur trois, surtout quand le patient a des difficultés financières. Cette réticence était levée lorsque le patient dispose d'une prise en charge à 100% pour une grande majorité des répondants. Le tiers payant généralisé faciliterait le rapport à l'argent de plus de deux tiers des médecins interrogés.

Nous avons aussi établi que les femmes se montraient plus réticentes : elles avaient plus de freins à demander un tarif supérieur à 25 euros ($p=0,01617$), avaient plus tendance à s'inquiéter du mécontentement du patient ($p=0,04682$) et étaient plus gênées devant un étudiant ($p=0,02973$) comparativement aux hommes.

Nous avons pu démontrer que la durée d'exercice était déterminante : plus la durée d'exercice était courte plus les médecins avaient un regard critique sur le caractère aidant leur logiciel ($p=0,00099$). Les praticiens exerçant depuis moins de 10 ans avaient plus tendance à utiliser les raccourcis que ceux dont la pratique est supérieure à 10 ans ($p=0,04074$). Plus la durée d'exercice augmentait plus les médecins pensaient que le tiers payant serait facilitant ($p=0,02145$). La crainte du mécontentement était plus forte lorsque la durée d'exercice était plus petite ($p=0,00043$). Par ailleurs, ceux qui considéraient que coter correctement était une perte de temps, pensaient que c'était ennuyeux de justifier le tarif ($p=0,01727$).

Cette étude a été menée un peu plus d'un an après le début de l'introduction des nouveaux codes en novembre 2017. La convention d'août 2016 établissait la nécessité de varier les modes de rémunération et de les adapter à la pratique des médecins. Elle insistait plus encore sur la revalorisation de la médecine libérale, le médecin généraliste porté progressivement au rang de référent des patients. Le but était aussi de rendre la médecine générale libérale plus attractive pour les jeunes générations.

On entre vraisemblablement dans une période de rééquilibrage du système de santé, avec une communication à renforcer entre les professionnels et les caisses de Sécurité Sociale. L'utilisation des cotations semble trop complexe. Une simplification apparaît comme judicieuse. Dans ce cas, l'utilisation des cotations pourrait être plus aisée pour les jeunes générations. Une étude ultérieure, voire à plus grande échelle, pourrait préciser les réelles motivations des médecins, ainsi que les freins présents dans leur pratique. Elle permettrait peut-être d'aborder la question des déserts médicaux, qui souffrent du manque d'installation des médecins généralistes.

Nous avons aussi essayé d'aborder le rôle de l'argent dans l'exercice de la médecine. Il serait intéressant de se pencher aussi sur le ressenti des patients, et notamment sur leurs éventuels freins à payer plus chez le médecin.

Références bibliographiques

1. Synthèse de l'activité régulière. Conseil National de l'Ordre des Médecins. BOUET Patrick; 2018 [Internet]. [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf
2. Rault J-F, Lebreton-Lerouillois G. La démographie médicale en Région Limousin, situation en 2015. 2015;65.
3. Watrin B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux. *Sci Vivant*. 2017;[q-bio]:74.
4. Messein N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes: opinions des omnipraticiens et des patients lorrains. Une double approche qualitative et quantitative. *Sci Vivant*. 2012;[q-bio]:400.
5. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés Sur Econ. 24 avr 2009;n° 5(1):144-58.
6. PACA-Corse D. Les conventions avec les professionnels libéraux. :77.
7. Suhard V. Historique des conventions médicales. *Cent Doc IRDES*. sept 2019;42.
8. La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie [Internet]. [cité 12 juill 2019]. Disponible sur: https://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
9. Ferreira P. Convention médicale : les principales mesures [Internet]. La Mutualité Française. 2016 [cité 24 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/convention-medicale-principales-mesures/>
10. La CCAM : Pourquoi et comment ? [Internet]. Syndicat MGFrance. 2017 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/exercice/toute-la-nomenclature/ccam-pourquoi-comment>
11. NGAP [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/ngap>
12. NGAP, 1er juillet 2018, ameli.fr [Internet]. [cité 7 juill 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/435418/document/ngap_01.07.18.pdf
13. Auberton-Hervé Etienne D. Analyse des principaux motifs de plaintes ordinaires déposées à l'encontre des médecins généralistes dans la région Rhône-Alpes ces sept dernières années. *Médecine Hum Pathol*. 17 déc 2015;dumas-01247651:76.
14. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups. *Médecine Hum Pathol*. 10 déc 2001;dumas-00784221:129.
15. Zemour F. Audition de la Fédération des Médecins de France par l'IGAS sur le tiers-payant [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2017 [cité 19 oct 2019].

Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/audition-de-la-federation-des-medecins-de-france-par-l-igas-sur-le-tiers.html>

16. Talbot R. Suppression du Tiers payant obligatoire au 1er décembre 2017 : bonne nouvelle ou jeu de bonneteau ? [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2017 [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/suppression-du-tiers-payant-obligatoire-au-1er-decembre-2017-bonne.html>
17. Taille de l'échantillon de sondage - Évaluez le nombre de personnes à interroger | SurveyMonkey [Internet]. SurveyMonkey. [cité 22 oct 2019]. Disponible sur: <https://fr.surveymonkey.com/mp/sample-size/>
18. Warck R, Tichet J, Royer B, Cailleau M, Balkau B, Cogneau J. Enquête de motivation sur la participation des médecins à une recherche en santé publique. *Santé Publique*. 2002;14(2):191.
19. Ordre des Médecins de la Haute de Vienne [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ordremedecins87.com/>
20. Delpech R, Noël F. Caractéristiques sociodémographiques et pratiques préventives des médecins généralistes : être maître de stage des universités les modifient-elles ? *Excercer*. 2019;(155):300-5.
21. Talbot R. Nomenclature : les liaisons dangereuses [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2018 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/nomenclature-les-liaisons-dangereuses.html>
22. L'argent en médecine : cachez ce fric que je ne saurais voir ! [Internet]. What's Up Doc. 2016 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/largent-en-medicine-cachez-ce-fric-que-je-ne-saurais-voir-0>
23. Viannotti M. L'argent du médecin [Internet]. *Revue Médicale Suisse*; 426:891. 2014 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2014/RMS-N-426/L-argent-du-medecin>
24. Simmel G. Philosophie de l'argent. 1900.
25. Schneider P-B. Psychologie médicale. 1984.
26. Gardon-Mollard G. La Médecine et l'Argent [Internet]. *The Dentalist*. 2016 [cité 30 sept 2019]. Disponible sur: <http://thedentalist.fr/la-medicine-et-largent/>
27. Céline L-F. Voyage au Bout de la Nuit. 1932.
28. Hippocrate en la Cité. Honoraires Médicaux et Principe d'Équité [Internet]. Hippocrate en la Cité. 2013 [cité 2 oct 2019]. Disponible sur: <https://hippocrateenlacite.wordpress.com/sante-cite/4-honoraires-medicaux-et-principe-dequite/>
29. Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, Chambaud L., Khennouf M., Lanelongue, 2019 [Internet]. [cité 9 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000043.pdf>

30. Cadu C. Marchander chez son médecin, c'est possible ! [Internet]. Marianne. 2013 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.marianne.net/societe/marchander-chez-son-medecin-c-est-possible>
31. Batifoulier P. Faire payer le patient : une politique absurde. Rev MAUSS. 3 juin 2013;n° 41(1):77-92.
32. Da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS. 2013;41(1):93.
33. Samson A-L. Les revenus des médecins généralistes - trois études microéconométriques. Econ Financ. 23 déc 2008;200.

Annexes

Annexe 1. Rémunération des médecins libéraux en Haute-Vienne, données CPAM 87 tableaux 1, 2 et 3	72
Annexe 2. Questionnaire envoyé	75
Annexe 3. Tarifs en vigueur au 1 ^{er} novembre 2017 au cabinet.....	77
Annexe 4. Tarifs en vigueur au 1 ^{er} novembre 2017 au domicile	79
Annexe 5. NGAP guide pratique par MG France	81
Annexe 6. Résumé des résultats de la thèse d'exercice de Watrin Baptsite, Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux 2017	83

Annexe 1. Rémunération des médecins libéraux en Haute-Vienne, données CPAM 87 tableaux 1, 2 et 3

Rémunération des médecins libéraux en Haute-Vienne
Données CPAM 871 - RG hors SLM - Base SIAAM du 29/01/2019

Acte	Date d'effet	Libellé acte	Soins remboursés en 2017						Soins remboursés en 2018									
			Nombre d'actes	Pourcentage	Nb de médecins	Pourcentage	Nb de généralistes	Pourcentage	Nb de spécialistes	Pourcentage	Nombre d'actes	Pourcentage	Nb de médecins	Pourcentage	Nb de généralistes	Pourcentage	Nb de spécialistes	Pourcentage
C		CONSULTATION	405 852	22,0%	715	96,9%	489	100,0%	226	79,9%	3 663	0,2%	477	64,9%	377	84,2%	100	94,8%
CNP		CONSULTATION NEURO-PSYCHIATRE	41 835	2,8%	38	5,1%			38	13,4%	42 370	2,8%	46	6,3%			46	16,0%
CS		CONSULTATION SPECIALISTE	207 372	13,8%	408	55,3%	143	31,4%	265	93,6%	1 89 477	12,5%	341	46,4%	71	15,8%	270	94,1%
V		VISITE	68 646	4,6%	408	55,3%	408	89,7%			1 454	0,1%	140	19,0%	140	31,3%		
VNP		VISITE NEUROPSYCHIATRE	6	-	1	0,1%			1	0,4%	7	-	1	0,1%			1	0,3%
VS		VISITE SPECIALISTE	1 307	0,1%	35	4,7%	33	7,3%	2	0,7%	20	-	13	1,8%	10	2,2%	3	1,0%
VU		VISITE D'URGENCE	12	-	4	0,5%	4	0,9%			15	-	4	0,5%	4	0,9%		
IC		CONSULTATION GENERALISTE IVG		-					3	1,1%	1	-	1	0,1%	1	0,2%		
ICS		CONSULTATION SPECIALISTE IVG	60	-	3	0,4%			3	1,1%	86	-	5	0,7%			5	1,7%
CSC		CONSULTATION SPECIALISTE CARDIO	3 835	0,3%	18	2,4%			18	6,4%	3 569	0,2%	17	2,3%			17	5,9%
CA		CONSULTATION APPROFONDISSE	674	-	28	3,8%	28	6,2%			1	-	1	0,1%	1	0,2%	0	0,0%
CDE		Consultation spécifique de dépistage	2 056	0,1%	12	1,6%			12	4,2%	2 158	0,1%	11	1,5%			11	3,8%
VL		Visite longue et complète	379	-	63	8,5%	63	13,8%			1 024	0,1%	96	13,1%	96	21,4%		
TSA	16/12/2016	Télésurveillance - PS effectuant l'accompagnement	2	-	1	0,1%	1	0,2%				-						
TSM	16/12/2016	Télésurveillance - médecin télésurveillant		-							1	-	1	0,1%			1	0,3%
COE	03/06/2017	Consultation Obligatoire Enfant	2 339	0,2%	234	31,7%	227	49,9%	7	2,5%	3 581	0,2%	252	34,3%	243	54,2%	9	3,1%
G	03/06/2017	Consultation Spécialiste Médecine Générale	570 402	37,9%	451	61,1%	448	98,5%	3	1,1%	902 954	59,6%	475	64,6%	472	100,0%	3	1,0%
GS	03/06/2017	Consultation Spécialiste Médecine Générale	83 974	5,6%	199	27,0%	199	43,7%			138 577	9,2%	220	29,9%	219	48,9%	1	0,3%
VIG	03/06/2017	Visite Médecine Générale	95 938	6,4%	400	54,2%	400	87,9%			155 295	10,3%	422	57,4%	422	94,2%		
VGS	03/06/2017	Visite Spécialiste Médecine Générale	5 951	0,4%	97	13,1%	97	21,3%			10 133	0,7%	101	13,7%	101	22,5%		
APC	03/10/2017	Avis ponctuel de consultant du médecin	11 460	0,8%	185	25,1%	8	1,8%	177	62,5%	49 966	3,3%	224	30,5%	22	4,9%	202	70,4%
APU	03/10/2017	Avis ponctuel de consultant PUJH	373	-	15	2,0%			15	5,3%	2 190	0,1%	22	3,0%	1	0,2%	21	7,3%
APV	03/10/2017	Avis ponctuel de consultant médecin (visite)	4	-	3	0,4%			3	1,1%	9	-	5	0,7%	2	0,4%	3	1,0%
APV	03/10/2017	Avis ponctuel de consultant psychiatre	597	-	11	1,5%			11	3,9%	2 313	0,2%	22	3,0%	22	7,7%		
CCE	03/11/2017	Consultation très compléxe enfant	15	-	3	0,4%			3	1,1%	111	-	6	0,8%	44	9,8%	6	2,1%
CCP	03/11/2017	Consultation de Contruction et Prévention	21	-	17	2,3%	10	2,2%	7	2,5%	278	-	66	9,0%	15	3,3%	22	7,7%
CCK	03/11/2017	Consultation compléxe	55	-	12	1,6%	6	1,3%	6	2,1%	618	-	25	3,4%	15	3,3%	10	3,5%
TTE	03/11/2017	Télconsultation médecin Traitant avec EHRAO		-							3	-	2	0,3%	1	0,2%	1	0,3%
U03	03/01/2018	Consultation CCMU 3									4 048	0,3%	6	0,8%	6	1,3%		
U45	03/01/2018	Consultation CCMU 4 et 5									471	-	5	0,7%	5	1,1%		
		Nombre total de CONSULTATIONS / VISITES	1 503 185		738		455		283		1 514 393		735		448		287	
		Nombre total de médecins																

Acte	Date d'effet	Libellé acte	Soins remboursés en 2017						Soins remboursés en 2018									
			Nombre d'actes	Nb de médecins	Port généralistes	Nb de spécialistes	Port spécialistes	Nombre d'actes	Nb de médecins	Port généralistes	Nb de spécialistes	Port spécialistes						
CRD		Majoration consultation régulière dimanche, fête et assemblée	8 692	188	25,5%	188	41,3%											
CRM		MAJORATION CONSULTATION REGULEE MILIEU DE NUIT	51	22	3,0%	22	4,8%											
CRN		MAJORATION CONSULTATION REGULEE DE NUIT	3 089	165	22,4%	165	36,3%											
MIC		Majoration consultation longue et complexe par MIF d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation	62	32	4,3%	32	7,0%											
MPP		Majoration de suivi des enfants grands prématurés ou atteints de pathologie congénitale grave	152	5	0,7%													
MSH		Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité	433	85	11,5%	83	18,2%											
VRD		Majoration visite régulière dimanche, fête et assemblée	6 119	99	13,4%	98	21,5%											
VRM		MAJORATION VISITE REGULEE MILIEU DE NUIT	2 306	95	12,9%	95	20,9%											
VRN		MAJORATION VISITE REGULEE DE NUIT	6 423	110	14,9%	110	24,2%											
MMI		MAJORATION DE MILIEU DE NUIT	335	13	1,8%	13	2,9%											
FPE		FORFAIT PEDIATRIQUE	5 365	80	10,8%	73	16,0%											
MD		MAJORATION DE DEPLACEMENT(CRITERES MEDICAUX)	150 863	421	57,0%	421	92,5%											
MDD		MD DE DIMANCHE OU JOUR FERIE	684	37	5,0%	37	8,1%											
MDI		MD DE MILIEU DE NUIT (24h à 06h)	8	4	0,5%	4	0,9%											
MDN		MD DE NUIT (20h à 24 h et 06h à 08h)	1 086	43	5,8%	43	9,5%											
MPC		Majoration forfaitaire transitoire	154 469	276	37,4%													
MCS		MAJORATION DE COORDINATION POUR SPECIALISTES	148 774	274	37,1%													
MNO		MAJORATION NOURISSON GENERALISTES	16 772	397	53,8%	395	86,8%											
MNP		MAJORATION NOURISSON PEDIATRIQUES	5 146	7	0,9%													
MPI		Majoration forfaitaire transitoire (pour les moins de 16 ans)	7 770	135	18,3%													
MCC		Majoration de Coordination affectée à la CSC pour les cardiologues	3 827	18	2,4%													
MCG		MAJORATION DE COORDINATION DES GENERALISTES	41 744	131	17,8%	128	28,1%											
MU		Majoration d'urgence	1 304	156	21,1%	156	34,3%											
MCE		Majoration Consultation Endocrinologie	252	4	0,5%													
MGE		Majoration Générale de Synthèse	20 461	399	54,1%	397	87,3%											
MAS		Majoration annuelle de synthèse	2	1	0,1%													
MIBB		Majoration nourisson avant 8 jours	1 045	7	0,9%													
MIPF		Majoration première consultation famille	79	5	0,7%													
CNS		Majoration consultation régulière samedi après midi	35	12	1,6%	11	2,4%											
VRS		Majoration visite régulière samedi après midi	19	9	1,2%	9	2,0%											
MPE		Majoration pédiatre Enfant	1 404	7	0,9%													
MEG	01/05/2017	Majoration Enfant Généraliste	55 654	412	55,8%	410	90,1%											
MEP	01/05/2017	Majoration Enfant Pédiatre	10 688	7	0,9%													
NFE	01/05/2017	Nouveau Forfait Enfant	3 255	7	0,9%													
NFP	01/05/2017	Nouveau Forfait Pédiatre	8 110	7	0,9%													
MCCX	01/11/2017	Majoration consultation très complexe	86	20	2,7%	1	0,2%											
MTX	01/11/2017	Majoration consultation complexe	145	36	4,9%	9	2,0%											
MCU	01/01/2018	Majoration Correspondant Urgence																
MRT	01/01/2018	Majoration Médecin Traitant régulation																
MUT	01/01/2018	Majoration Urgence MIF																
		Nombre total de médecins		738		455		283			735		448		287			

Acte	Date d'effet	Libellé acte	Solus remboursés en 2017						Solus remboursés en 2018						
			Nombre d'actes	Nb de médecins	Part	Nb de généralistes	Part	Nb de spécialistes	Part	Nombre d'actes	Nb de médecins	Part	Nb de généralistes	Part	Nb de spécialistes
FHV		FORAITS HONORAIRES DE VILLE													
RMT		REMUNERATION DES MEDECINS TRAITANTS PAR PATIENT EN ALD	43 256	415	56,2%	402	88,4%	13	4,6%	1	0,1%	1	0,2%		
PRD		PERMANENCE REMUNERATION DIMANCHE ET FERIE	1 389	202	27,4%	194	42,6%	8	2,8%	1 271	203	27,6%	203	45,3%	
PRM		PERMANENCE REMUNERATION MILEU DE NUIT	2 366	95	12,9%	95	20,9%	8	2,8%	2 186	105	14,3%	105	23,4%	
PRN		PERMANENCE REMUNERATION DE NUIT	6 551	216	29,3%	206	45,3%	10	3,5%	6 209	226	30,7%	226	50,4%	
REG		REMUNERATION REGULATION	1 621	27	3,7%	26	5,7%	1	0,4%	1 587	21	2,9%	21	4,7%	
ACR		Prime Accréditation spécialiste	26	26	3,5%			26	9,2%	31	28	3,8%		28	9,8%
PRS		Prime Responsabilité Spécialiste	28	27	3,7%			27	9,5%	31	28	3,8%		28	9,8%
RCC		Redevance chef de clinique	4	1	0,1%	1	0,2%			2	1	0,1%	1	0,2%	
RSP		Permanence rémunération samedi après midi	954	196	26,6%	187	41,1%	9	3,2%	868	194	26,4%	194	43,3%	
RSO		Remunération adhésion SOPHIA	120	120	16,3%	119	26,2%	1	0,4%	56	56	7,6%	56	12,5%	
FSD		Forfait de Sécurité Dermatologique	2 395	15	2,0%			15	5,3%	2 531	16	2,2%	1	0,2%	15
FPA		Forfait d'astreinte nuit et férié en établissement privé	2 565	44	6,0%			44	15,5%	2 436	44	6,0%		44	15,5%
FPG		Forfait de garde nuit et férié en établissement privé	363	14	1,9%			14	4,9%	412	14	1,9%		14	4,9%
RAG		Forfait pour astreinte de nuit ou samedi après-midi en A@tablissement privé	302	44	6,0%			44	15,5%	290	44	6,0%		44	15,5%
RGN		Forfait pour garde de nuit ou samedi après-midi en A@tablissement privé	45	13	1,8%	9	2,0%	13	4,6%	47	12	1,6%		12	4,2%
DOG		DEMO activité groupe	9	9	1,2%					9	9	1,2%		9	2,0%
CCO		Contestation cas cotisations sociales	11	9	1,2%	9	2,0%			9	9	1,2%		9	2,0%
PAP		Remunération initiale sur objectif & CDS	707	707	95,8%	445	97,8%	262	92,6%	1	1	0,1%		1	0,3%
RAP		Remunération additionnelle sur objectif & CDS	6	6	0,8%	3	0,7%	3	1,1%	601	589	80,1%	419	93,5%	170
FMT		Forfait Médecin Traitant	2 149	556	75,3%	436	95,8%	120	42,4%	411	395	53,7%	384	85,7%	11
MPA		Remunération forfaitaire par consultation pour le suivi des personnes âgées	2 370	641	86,9%	451	99,1%	190	67,1%	2 268	636	86,5%	437	97,5%	199
RPT		Remunération des Praticiens Territoriaux de Médecine Générale	20	4	0,5%	4	0,9%			14	3	0,4%	3	0,7%	
RST		Remunération forfaitaire pour le suivi des patients en Post ALD	59	46	6,2%	46	10,1%			38	30	4,1%	30	6,7%	
KIT		Remunération dépistage du cancer colorectal	324	267	86,2%	267	58,7%								
MTF	01/01/2017	Forfait Patientèle Médecin Traitant													
PSP	01/01/2017	ROSP MT ENFANT								1 608	550	74,8%	411	91,7%	139
PBP	01/01/2017	Forfait struct. médecin								305	305	41,5%	300	67,0%	5
PAA	01/01/2017	paieement aide activité - CSTM								881	751	100,0%	457	100,0%	294
PTM	01/01/2017	REMUNERATION OPTAM								1	1	0,1%	1	0,2%	
RBP	01/01/2017	REMUNERATION OPTAM								35	28	3,8%	9	2,0%	19
RCD	01/05/2017	Remunération pour certificat de décès	45	22	3,0%	22	4,8%			1	1	0,1%	1	0,2%	
AFC	29/10/2017	Aide financière maternité paternité adoption								293	81	11,0%	81	18,1%	
CIM	Nv	Forfait aide à l'installation du médecin - CAMI								31	11	1,5%	6	1,3%	5
EHP	Nv	Majoration pour exercice partiel en hôpital de proximité - CAMI								3	2	0,3%	2	0,4%	
		Nombre total de médecins	738	455		283		735	448	287					

Annexe 2. Questionnaire envoyé

Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019

CARACTERISTIQUES

1- Etes-vous ?

Un homme ou une femme ?

2- Exercez-vous comme médecin généraliste installé(e), remplaçant(e), interne SASPAS ?

3- Où exercez-vous ?

Haute-Vienne ? Corrèze ? Creuse ? Zone urbaine ou rurale ?

4- Depuis combien de temps exercez-vous ?

Moins de 5 ans, entre 5 et 10 ans, entre 10 et 20 ans, plus de 20 ans

5- Quelle est votre activité ?

Généraliste uniquement ? Double activité ? Participation à la permanence de soins ?

VOTRE PRATIQUE

6- Combien de consultations réalisez-vous en moyenne ?

<80/semaine, entre 80 et 100/semaine, >100/semaine ?

7- Combien de visites à domicile réalisez-vous ?

<5/semaine, entre 5 et 10/semaine, >10/semaine

8- Par quels moyens connaissez-vous les nomenclatures NGAP et CCAM ?

J'ai assisté à une formation en groupe, J'ai reçu un courrier/email de la CPAM, J'ai reçu un courrier/email d'un syndicat, Les sociétés informatiques m'ont sollicité(e), Par un confrère ou un étudiant

9- Dans l'ensemble de vos actes, quel pourcentage représente la cotation G / Gs seule environ ?

Moins de 25%, Entre 25% et 50%, Entre 50% et 75%, Plus de 75%

10 - Quelles autres cotations utilisez-vous fréquemment (hors visites) ?

MEG, DEHQ0003 (ECG), JKHD001 (frottis), MUT (avis spécialisé obtenu en moins de 48h), Autre

FREINS TECHNIQUES

11- Votre logiciel médical est-il aidant ?

Pas assez, un peu, moyennement, très aidant

12- Avez-vous des raccourcis sur votre TLA (lecteur carte vitale) ?

Oui, non

FREINS LIES AUX NOMENCLATURES

13- Utilisation non aisée par :

Présence de deux nomenclatures, Codes de cotation complexes (lettres et chiffres), Grand nombre de codes de cotations, Coter le bon code vous semble être une perte de temps

14 - Avez-vous un frein à demander un tarif supérieur à 25 euros à vos patients ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

15- Êtes-vous plus enclin(e) à appliquer le G / Gs seul si vous connaissez les difficultés financières du patient ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

16 - Êtes-vous plus enclin(e) à appliquer les revalorisations des actes lorsque le patient est en tiers payant ou ALD exonérante ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

17 - Êtes-vous gêné(e) par le rapport à l'argent en présence de votre étudiant ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

18 - Le tiers payant généralisé faciliterait-il votre rapport à l'argent ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

FREINS LIES A LA PATIENTELE

19 - Est-ce par peur de provoquer le mécontentement du patient ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

20 - Justifier le prix de la consultation au patient vous ennuie-t-il ?

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Plutôt pas d'accord, Pas du tout d'accord

21 - Avez-vous déjà eu un différend avec un patient à propos du tarif de consultation ?

Oui, Non

Annexe 3. Tarifs en vigueur au 1^{er} novembre 2017 au cabinet



Actes cliniques

Tarifs en vigueur au 1^{er} Novembre 2017
pour les médecins secteur 1 et
secteur 2 ayant adhéré aux options OPTAM ou OPTAM CO

Au cabinet

CONSULTATIONS	CODIFICATION	TOTAL (€)		
Consultation médecin généraliste	G ⁽¹⁾ (C + MMG)	23,00 + 2,00	25,00	
Consultation médecin spécialiste en médecine générale	GS ⁽¹⁾ (CS + MMG)			
Consultation annuelle approfondie dans le cadre d'une ALD	CA		26,00	
Avis ponctuel de consultant	APC		48,00	
Consultation de dimanche et jour férié	G / GS + F	25,00 + 19,06	44,06	
Consultation de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00)	G / GS + MN	25,00 + 35,00	60,00	
Consultation de milieu de nuit (00h00 à 6h00)	G / GS + MM	25,00 + 40,00	65,00	
Consultation du jeune enfant de 0 à 6 ans inclus (examen complet, conduite à tenir, mise à jour du carnet de santé)	G / GS + MEG	25,00 + 5,00	30,00	
Consultation obligatoire de surveillance du jeune enfant (8 ^{ème} jour, 8 ^{ème} mois au 10 ^{ème} mois et 23 ^{ème} au 25 mois)	COE ⁽²⁾		39,00	
CONSULTATION GYNECOLOGIE				
Consultation avec frottis	G / GS + JKHD001	25,00 + 12,46	37,46	
Pose ou changement d'un dispositif intra utérin	JKLD001	38,40	38,40	
Pose d'implant pharmacologique (contraceptif) sous cutané	QZLA004	17,99	17,99	
Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous cutané	QZGA002	41,80	41,80	
Consultation de suivi d'hospitalisation pour patient à forte comorbidité	G / GS + MSH ⁽³⁾	25,00 + 23,00	48,00	
Consultation de sortie d'hospitalisation patient insuffisant cardiaque	G / GS + MIC ⁽⁴⁾	25,00 + 23,00	48,00	
Consultation avec ECG	G / GS + DEQP003	25,00 + 14,26	39,26	
Consultation dimanche et jour férié	G / GS + F	25,00 + 19,06	44,06	
avec ECG	DEQP003	14,26	14,26	58,32
Consultation de nuit (de 20h00 à 0h00 et de 06h00 à 08h00)	G / GS + MN	25,00 + 35,00	60,00	
avec ECG	DEQP003	14,26	14,26	74,26
Consultation de milieu de nuit (de 0h00 à 06h00)	G / GS + MM	23,00 + 40,00	65,00	
avec ECG	DEQP003	14,26	14,26	79,26
Consultation avec retour d'information au médecin traitant	G / GS + MCG	25,00 + 5,00	30,00	

⁽¹⁾ La cotation G correspond à la C + MMG pour le médecin généraliste et la cotation GS correspond à la CS + MMG pour le médecin spécialiste en médecine générale

⁽²⁾ Consultation prise en charge au titre de l'assurance maternité (préciser la date de naissance de l'enfant), conformément aux articles L.160-9 du code de la sécurité sociale et L. 2132-2 du code de la santé publique. Consultation obligatoire dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse. Elle ne se cumule pas avec la majoration MEG du médecin généraliste.

⁽³⁾ La cotation MSH n'est utilisable qu'une seule fois, dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation.

⁽⁴⁾ La cotation MIC n'est utilisable qu'une seule fois dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation

Au cabinet

PERMANENCE DES SOINS

(médecin inscrit sur tableau de gardes)

	CODIFICATION	TOTAL (€)	
Consultation de dimanche et jour férié	G / GS + CRD	25,00 + 26,50	51,50
Consultation de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00)	G / GS + CRN	25,00 + 42,50	67,50
Consultation de milieu de nuit (00h00 à 6h00)	G / GS + CRM	25,00 + 51,50	76,50

CONSULTATION AVEC ECG

	CODIFICATION	TOTAL (€)	
Consultation dimanche et jour férié avec ECG	G / GS + CRD DEQP003	25,00 + 26,50 14,26	51,50 14,26 65,76
Consultation de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00) avec ECG	G / GS + CRN DEQP003	25,00 + 42,50 14,26	67,50 14,26 81,76
Consultation de milieu de nuit (de 00h00 à 06h00) avec ECG	G / GS + CRM DEQP003	25,00 + 51,50 14,26	76,50 14,26 90,76

MAJORATIONS

	CODIFICATION	TOTAL (€)	
Majoration Médecin Généraliste	MMG		2,00
Majoration de coordination généraliste	MCG	Jusqu'au 30/06/17 Au 01/07/17	3,00 5,00
Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste	MEG		5,00
Majoration consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité	MSH ⁽¹⁾		23,00
Majoration pour patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque	MIC ⁽⁴⁾		23,00

NUIT / DIMANCHE ET JOURS FERIES

(médecin non inscrit sur le tableau des gardes)

		TOTAL (€)
Dimanche et jours fériés	F	19,06
Nuit de 20h00 à 24h00 et 06h00 à 08h00	N	35,00
Milieu de nuit (00h00 à 06h00)	M	40,00

PERMANENCE DES SOINS

(médecin inscrit sur le tableau des gardes)

		TOTAL (€)
Majoration Dimanche et jour férié	CRD	26,50
Majoration de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00	CRN	42,50
Majoration de 00h00 à 06h00	CRM	51,50

⁽¹⁾ La cotation G correspond à la C + MMG pour le médecin généraliste et la cotation GS correspond à la CS + MMG pour le médecin spécialiste en médecine générale

⁽²⁾ Consultation prise en charge au titre de l'assurance maternité (préciser la date de naissance de l'enfant), conformément aux articles L.160-9 du code de la sécurité sociale et L. 2132-2 du code de la santé publique. Consultation obligatoire dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse. Elle ne se cumule pas avec la majoration MEG du médecin généraliste.

⁽³⁾ La cotation MSH n'est utilisable qu'une seule fois, dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation.

⁽⁴⁾ La cotation MIC n'est utilisable qu'une seule fois dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation

Annexe 4. Tarifs en vigueur au 1^{er} novembre 2017 au domicile



Actes cliniques
 Tarifs en vigueur au 1^{er} Mai 2017
 pour les médecins secteur 1 et
 secteur 2 ayant adhéré aux options OPTAM ou OPTAM CO)

A Domicile

VISITE justifiée médicalement	CODIFICATION	TOTAL (€)
Visite médecin généraliste	VG ⁽¹⁾ (V + MMG) + MD	25,00 + 10,00
Visite spécialiste en médecine générale	VGS ⁽¹⁾ (VS + MMG) + MD	
Visite de dimanche et jour férié	VG / VGS + MDD	25,00 + 22,60
Visite de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00)	VG /VGS + MDN	25,00 + 38,50
Visite de milieu de nuit (00h00 à 6h00)	VG / VGS + MDI	25,00 + 43,50
Visite en urgence (heures de cabinet)	VG / VGS + MU	25,00 + 22,60

CONSULTATION A DOMICILE

Consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant	VL	Jusqu'au 30/10/2017	56,00
		Au 1 ^{er} /11/ 2017	60,00

VISITE suite hospitalisation

Consultation de suivi d'hospitalisation pour patient à forte comorbidité	VG / VGS + MD + MSH ⁽²⁾	25,00 + 10 + 23,00	58,00
Consultation de sortie d'hospitalisation patient insuffisant cardiaque	VG / VGS + MD + MIC ⁽³⁾	25,00 + 10 + 23,00	58,00

VISITE justifiée médicalement avec ECG

Visite avec ECG	VG /VGS + MD + DEQP003 +	25,00 + 10,00	35,00
	YYYY490	14,26	14,26
		9,60	9,60
Visite dimanche et jour férié avec ECG	VG / VGS + MDD	25,00 + 22,60	47,60
	DEQP003	14,26	14,26
	YYYY490	9,60	9,60
Visite de nuit (de 20h00 à 0h00 et de 06h00 à 08h00) avec ECG	VG / VGS + MDN	25,00 + 38,50	63,50
	DEQP003	14,26	14,26
	YYYY490	9,60	9,60
Visite de milieu de nuit (de 0h00 à 06h00) avec ECG	VG / VGS + MDI	25,00 + 43,50	68,50
	DEQP003	14,26	14,26
	YYYY490	9,60	9,60
Visite en urgence avec ECG	VG / VGS + MU	25,00 + 22,60	47,60
	DEQP003	14,26	14,26
	YYYY490	9,60	9,60

VISITE de plusieurs patients d'une même famille

1 ^{er} patient	VG / VGS + MD	25,00 + 10,00	35,00
pour les autres patients (dans la limite de 2)	G / GS	25,00	25,00

VISITE non justifiée médicalement

Visite	VG / VGS + DE ⁽³⁾	25,00 + DE ⁽³⁾	25,00 + DE ⁽³⁾
Visite de dimanche et jour férié	VG / VGS + F + DE ⁽³⁾	25,00 + 19,06 + DE ⁽⁴⁾	44,06 + DE ⁽³⁾
Visite de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00)	VG /VGS + MN + DE ⁽³⁾	25,00 + 35,00 + DE ⁽⁴⁾	60,00 + DE ⁽³⁾
Visite de milieu de nuit (00h00 à 6h00)	VG / VGS + MM + DE ⁽³⁾	25,00 + 40,00 + DE ⁽⁴⁾	65,00 + DE ⁽³⁾

⁽¹⁾ La cotation VG correspond à la V + MMG pour le médecin généraliste et la cotation VGS correspond à la VS + MMG pour le médecin spécialiste en médecine générale

⁽²⁾ La cotation MSH n'est utilisable qu'une seule fois, dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation.

⁽³⁾ La cotation MIC n'est utilisable qu'une seule fois dans les deux mois suivant la sortie d'hospitalisation.

⁽⁴⁾ DE : le médecin peut facturer un dépassement pour exigence du malade (y compris aux bénéficiaires de la CMU) qui reste à la charge du patient.

A Domicile

PERMANENCE DES SOINS

(médecin inscrit sur le tableau des gardes)

VISITE justifiée médicalement (abattement IK = 4)

Visite de dimanche et jour férié

CODIFICATION	TOTAL (€)
VG /VGS + VRD	25,00 + 30,00 = 55,00
VG / VGS + VRN	25,00 + 46,00 = 71,00
VG / VGS + VRM	25,00 + 59,50 = 84,50

Visite de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 6h00 à 8h00)

Visite de milieu de nuit (00h00 à 6h00)

VISITE justifiée médicalement avec ECG

Visite dimanche et jour férié

avec ECG

(abattement IK = 4 km)

VG / VGS + VRD DEQP003 YYYY490	14,26 9,60	14,26 9,60	78,86
VG / VGS + VRN DEQP003 YYYY490	25,00 + 46,00 14,26 9,60	71,00 14,26 9,60	94,86
VG / VGS + VRM DEQP003 YYYY490	25,00 + 59,50 14,26 9,60	84,50 14,26 9,60	105,36

Visite de nuit (de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00)

avec ECG

(abattement IK = 4 km)

Visite de milieu de nuit (de 0h00 à 06h00)

avec ECG

(abattement IK = 4 km)

MAJORATION DE DEPLACEMENT

VISITE à domicile justifiée médicalement

CODIFICATION	TOTAL (€)
MD	10,00
IFD	3,50
IK	Abattement : 2 x 2 km = 0,61
IK	Abattement : 2 x 1 km = 0,91
MU	22,60

Majoration de déplacement

Indemnité forfaitaire de déplacement pour les actes effectués à domicile autre que la visite

Indemnité Kilométrique Plaine

Indemnité Kilométrique Montagne

Majoration d'urgence

VISITE à domicile non justifiée

Majoration pour visite à domicile de nuit avec déplacement (20h00-00h00 / 06h00-08h00)	N	35,00
Majoration pour visite à domicile de nuit avec déplacement (00h00 - 06h00)	MM	40,00
Majoration pour visite à domicile avec déplacement, dimanche et jour férié	F	19,06

NUIT / DIMANCHE ET JOURS FERIES

(médecin non inscrit sur le tableau des gardes)

Samedi AM / Dimanche et jours fériés	MDD	22,60
Nuit de 20h00 à 00h00 et 06h00 à 08h00	MDN	38,50
Milieu de nuit (00h00 à 06h00)	MDI	43,50

PERMANENCE DES SOINS⁽⁵⁾

(médecin inscrit sur le tableau des gardes)

Visite Dimanche et jour férié	VRD	30,00
Visite de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00	VRN	46,00
Visite de 00h00 à 06h00	VRM	59,50

⁽⁵⁾ Les majorations spécifiques (VRD, VRN et VRM) sont applicables le samedi à partir de midi, le dimanche et jour férié.

Pas de cumul possible des majorations spécifiques (VRD, VRN et VRM) avec les majorations de déplacement.

Annexe 5. NGAP guide pratique par MG France

NGAP Nomenclature Générale des Actes Professionnels

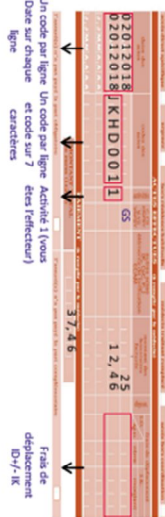
Code	Description	Coût
GSJ	Consultation de base	25
COE	Bébé 18 Mo/24 famille + carnet de santé*	46
CSO	Enfant suivi régulier (délivré par le médecin)***	46
CCP	Adolescence (contraception préventive) (carnet de 15 à 31 ans)**	46
APC	Acte ponctuel de consultation (sur envoi explicite du MTI)	48
GSJ-MCG	Acte coordonné (soins tenus sur envoi MTI)	30
GSJ-HMEG	Enfant 0 à 6 ans (buzon) (bénévoles + envoi carnet de santé)	30
GSJ-HMSH	Soins d'hospitalisation pour pathologie chronique (16h dans le mois suivant le soin)**	48
GSJ-HMC	Soins d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (16heures les mois suivants le soin)**	48
GSJ-HMS	Consultation initiale d'information cancer ou patho neurodégénérative***	55
GSJ-HPV	Consultation initiale d'information HPV***	55
GSJ-MUT	Envoi en urgence au spécialiste (rev pour 48)**	30
GSJ-HMRT	MTI reçu en urgence sans patient à la demande du centre de régulation***	40
GSJ-N	20h à 24h et 8h à 8h (après 20h, 22h après 20h)	60
GSJ-MAM	0h à 8h	65
GSJ-F	Dimanche et jours fériés (soins urgents seulement)	44,06
GSJ-DECIP003	Electrocardiogramme au cabinet	39,26
GSJ + MD + DECIP003 + YYY690	Electrocardiogramme en télé	58,86
K9	Bébé < 10 cmz de surface	17,28
K9 + IJ2 K9	Bébé < 10cm2 face ou mains	25,92
K16	Bébé > 10% de la surface du corps	30,72
K16 + IJ2 K16	Bébé > 10% de la surface du corps face ou mains	46,08

* Tarif opposable - ** Médecin traitant uniquement
*** Anatomisation : code MTX pour MIS et PVV, et CCX pour CSO

Bien rédiger une feuille de soins papier

Exemple de facturation d'un frottis

Attention, cet exemple est une exception à la règle de son canal de GSJ ou VJ9 avec un acte technique



Votre organisme de formation : www.mgform.org
 Votre serveur professionnel dédié : www.medsyn.org
 Votre association de gestion : www.france-sg-gau.org

Adhérer à MG France !

- Etre adhérent, c'est disposer de tous les avantages sur l'ensemble de notre profession, nos clients, etc.
- Etre adhérent, c'est participer à la gestion de MG France, leur inscription!
- Etre adhérent, c'est être accompagné et protégé (d'un service de télétransmission et de messagerie - Medsyn sur inscription).
- Etre adhérent, c'est être accompagné et protégé (notre juridique individuel).
- Etre adhérent, c'est participer à la gestion de MG France, leur inscription!
- Etre adhérent, c'est participer à la gestion de MG France, leur inscription!
- vous représentez MG France dans les instances paritaires locales, aux élections, etc.

<https://www.boutique.mgfrance.org/>



Cotation pratique
du spécialiste en médecine générale



MC France - 13, rue Fernand Léger - 75 020 Paris - 01.43.13.13 - www.mgfrance.org

FRANCE
MÉTROPOLITAINE
Secteur 1 - 1er janvier 2018

[l'antisèche]

Classification Commune des Actes Médicaux

CCAM

Cotation Tarif Majoration applicable

● Sutures et petite chirurgie

Percage - suture plaie superficielle de la face < 3 cm	QAAU013 + M	58,23	P-5-F
Percage - suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm	QAAU005 + M	101,33	P-5-F
Percage - suture plaie superficielle de la face > 10 cm	QAAU002 + M	109,83	P-5-F
Percage - suture plaie superficielle < 3 cm	QZAA002 + M	52,40	P-5-F
Percage - suture plaie superficielle de 3 à 10 cm	QZAA017 + M	78,64	P-5-F
Percage - suture plaie superficielle > 10 cm	QZAA015 + M	88,56	P-5-F
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MAPAP010	38,29	P-5-F
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	EGFA007	62,70	P-5-F
Tamponnement nasal antérieur	CAAB002 + M	54,60	P-5-F

● Infiltrations

Infiltration articulation membre supérieur	MZLB001	26,13	
Infiltration du nerf médian dans le canal carpien	AHLB005	29,48	
Infiltration articulation vertébrale postérieure	LHLB001	34,17	
Infiltration articulation membre inférieur	NZLB001	30,82	
Évacuation collection articulaire du membre inférieur	NZLB001	60,30	P-5-F

● Gynécologie

Pose d'un DIU	JYUC001	38,40	
Changement d'un DIU	JYUC001	38,40	
Ablation ou changement d'implant sous cutané	OZGA002	41,80	
Frottis	GISJ + JYUC001	37,46	

● Nourrison

Dépistage de surdité avant 3 ans	CDPP002	48,51	
Examen de la vision binoculaire	BLQP010	25,32	
Cumul dépistage surdité et examen vision	CDPP002 + 1/2 BLQP010	61,17	

● Traumatologie

Contention orthopédique fracture délicate	MAAP001 + M	68,68	P-5-F
Contention orthopédique luxation scapulo-humérale	MEEF002 + M	66,58	P-5-F
Réduction orthopédique protrusion douloureuse coxale	MREFP01	31,35	P-5-F
Contention souple d'une articulation membre sup.	MZAA001 + M	58,23	P-5-F
Articulation de posture ou mobilisation poignet et/ou main	MGAAP001	44,89	P-5-F
Contfection d'attelle posture ou mobilisation genou	NFAP002	47,57	P-5-F
Articulation de posture ou de mobilisation de la cheville	NGAP002	40,87	P-5-F
Contention souple du genou	NFAP001 + M	68,68	P-5-F
Contention souple cheville et/ou pied ou jambe plâtrée	NGAP001 + M	47,78	P-5-F

● Dermatologie

Excision d'un naevus ou tumeur maligne < 5cm ²	OZAA036 + FS0	68,80	P-5-F
Ablation d'un corps étranger superficiel (pau, (visage et main)	QALC003	47,50	P-5-F

● Pneumologie

Spontané standard avec enregistrement	GLQP012	40,28	
---------------------------------------	---------	-------	--

● Dépression

Évaluation de dépression par Recherche de Hamilton (Une fois par an)	ALDP003	69,12	
--	---------	-------	--

● Détresse

Talonnage de 1er recours nécessitant des actes techniques (perfusion, O ₂ , réauration) et une présence prolongée	YVWP010 + M	74,88	P-5-F
--	-------------	-------	-------

● Majorations Urgences

Majoration : 20h à 24h	P	35
Majoration : 00h à 08h	S	40
Majoration : dimanche ou jour férié	F	19,06
Majoration : urgence au cabinet	M	26,88

Les règles CCAM

- Chaque code CCAM doit être inscrit sur une ligne distincte.
- GISJ et VGISJ ne sont pas cumulables avec un acte technique, sauf ECG, frottis ou biopsie cutanée.
- Si plusieurs actes sont effectués en CCAM, le second est coté à 50 % et les suivants à 0.
- La mention M après le code signale les actes pouvant bénéficier d'une majoration d'urgence. Indiquez M en colonne «Éléments de tarification CCAM».
- La majoration M n'est valable qu'en cabinet.
- Hors garde, le déplacement se code ID et les majorations nuit, dimanche..., P 5 ou F.



Annexe 6. Résumé des résultats de la thèse d'exercice de Watrin Baptsite, Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux 2017

Représentations de la nomenclature par les médecins généralistes
Avantages
Une valorisation de la spécialité médecine générale Une valorisation intellectuelle de sa pratique Une activité diversifiée Une revalorisation financière
Inconvénients
Une nomenclature beaucoup trop complexe Une utilisation chronophage Inadaptée à la pratique de la médecine générale Une charge administrative majorée Dégradation de la relation médecin-patient Des logiciels trop complexes

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019

Introduction : La médecine générale s'articule principalement autour du paiement à l'acte, un de ses principes fondateurs. Elle a bénéficié au fil des accords conventionnels de plusieurs revalorisations des actes CCAM et NGAP. L'objectif de notre étude est d'identifier des freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale quantitative menée à l'aide d'un questionnaire auprès des médecins généralistes du Limousin en 2019.

Résultats : 110 réponses ont été obtenues. 54,5% estimaient leur logiciel insuffisamment aidant. Près de 75% pensaient que les codes de cotations sont trop nombreux et trop complexes. 63,6% avaient un frein à demander un tarif supérieur à 25 euros. 69,9% avaient un frein à coter s'ils connaissaient les difficultés financières du patient. 92% cotaient plus facilement si le patient à une ALD. Le tiers payant généralisé faciliterait le rapport à l'argent de 68,2% des répondants. 29,1% avaient déjà eu un différend avec un patient à propos du tarif de consultation. Nous avons aussi établi que les femmes avaient plus de freins à demander un tarif supérieur à 25 euros ($p=0,01617$), avaient plus tendance à s'inquiéter du mécontentement du patient ($p=0,04682$) et étaient plus gênées devant un étudiant ($p=0,02973$).

Discussion : Les conclusions de notre étude sont en accord avec la littérature. Des freins à l'application de la revalorisation des actes existent. Ils sont techniques, avec des logiciels insuffisamment aidants, liés aux nomenclatures, jugées trop complexes, et socio-économiques, avec un rapport à l'argent complexe dans la relation médecin-patient.

Mots-clés : médecine générale, cotation des actes, CCAM, NGAP

Study on the obstacles to the application of the revaluation of acts in general medicine in Limousin in 2019

Introduction : General medicine is mainly based on payment by act, one of its founding principles. As a result of the conventional agreements, it has benefited from several upgrades of the CCAM and NGAP acts. The objective of our study is to identify obstacles to the application of the revalorization of acts in general medicine in Limousin.

Methods : This is a quantitative cross-sectional epidemiological study conducted with a questionnaire from GPs in Limousin in 2019.

Results : 110 responses were obtained. 54.5% felt their software was not helping enough. Nearly 75% thought the rating codes were too numerous and complex. 63.6% had a brake to ask a price higher than 25 euros. 69.9% had a rating barrier if they knew the financial difficulties of the patient. 92% rated more easily if the patient had ALD. The generalized third-party payer would facilitate reporting to the money of 68.2% of respondents. 29.1% had had a dispute with a patient about the consultation fee. We also found that women had more barriers to asking for a fee higher than 25 euros ($p=0.01617$), were more likely to worry about patient discontent ($p=0.04682$) and were more embarrassed about a student ($p=0.02973$).

Discussion : The conclusions of our study are in agreement with the literature. Brakes to the application of the revaluation of acts exist. They are technical, with insufficiently helpful software, linked to nomenclatures, considered too complex, and socio-economic, with a complex relationship to money in the doctor-patient relationship.

Keywords : general medicine, listing of acts, CCAM, NGAP

