



HAL
open science

Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux

Baptiste Watrin

► **To cite this version:**

Baptiste Watrin. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01931789

HAL Id: hal-01931789

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931789>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Baptiste WATRIN

Le 29 Mai 2017

COMPORTEMENT ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François ALLA

Président

M. le Professeur Yves JUILLIERE

Juge

M. le Professeur Jean-Pierre KAHN

Juge

M. le Docteur Olivier BOUCHY

Directeur et Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT
Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER Professeur Henry COUDANE

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇ
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER –
Professeur François KOHLER - Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU –
Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles
GROSDIDIER – Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN -
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC -
Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel
CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER 2^{ème} sous-
section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL 4^{ème} sous-
section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER 3^{ème} sous-
section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL 3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO 4^{ème} sous-section :
(*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur

Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale) Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE **3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire) Docteure Véronique - DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS (*stagiaire*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN (*stagiaire*)

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; Médecine d'urgence*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur François ALLA,

Professeur d'Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger ce travail.

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous espérons être à la hauteur de la confiance que vous nous avez apportée.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Yves JUILLIERE,

Professeur en cardiologie

Nous avons été sensibles à l'honneur que vous nous accordez en jugeant ce travail.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN,

Professeur en psychiatrie

Merci d'avoir accepté de juger notre travail et de vous être rendu disponible.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY,

Docteur en médecine générale,

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour avoir accepté la direction de cette thèse. Merci de votre confiance, de votre implication et de votre bienveillance, que j'ai pu ressentir à chacun de nos entretiens. Vos conseils et votre disponibilité m'ont permis d'aboutir à ce travail, que je suis heureux d'avoir effectué à vos côtés.

Aux vingt médecins généralistes qui ont accepté de faire partie de notre étude, merci d'avoir pris le temps de me recevoir dans votre cabinet et de m'avoir permis d'effectuer ce travail.

A toutes les équipes des services qui m'ont accueilli au cours de mes stages et qui m'ont permis de progresser dans ma pratique.

Aux médecins libéraux qui m'ont fait confiance au cours de ma formation et mon accueilli dans leur cabinet.

A ma famille :

A mes parents, je vous aime. Aucun mot ne sera assez fort pour décrire tout ce que vous m'avez appris et apporté depuis maintenant trente ans. Merci pour votre investissement constant à mes côtés, pour les valeurs que vous m'avez transmises, qui m'ont permis d'avancer et de me construire. Ma réussite est aussi et surtout la vôtre.

A mes frangins, merci pour votre soutien, j'ai de la chance de vous avoir. Clem, boss ton swing je vais avoir le temps de venir te botter les fesses, Toinou, ne compte pas sur moi pour t'aider à construire ta maison si tu ne veux pas qu'elle s'écroule.

Je vous aime.

Eliane, Victoria, je suis heureux que vous fassiez parti de la famille.

A Audrey, mon amour. Chaque jour passé à tes cotés est un réel bonheur. Merci d'avoir toujours été là, depuis maintenant de nombreuses années. Merci pour ton soutien, pour ta bonne humeur quotidienne, pour ta patience. Merci pour tout l'amour que tu me donnes chaque jour. Je t'aime.

A mes grands-parents, déjà partis pour la plupart. Sans fondations solides, on ne peut rien construire. J'espère vous avoir rendu fiers.

A Hervé et M. Charlotte, merci de m'avoir accueilli à Rozérieulles et de me permettre de travailler dans des conditions optimales.

A mes oncles, tantes, cousins et cousines,

A ma belle-famille, Eliane, Philippe, Hugo, Arnaud et Maud, merci de m'avoir accueilli à bras ouverts dans votre famille. Merci pour tout.

A mes amis :

Aux rescapés de la promo, Clémence, Lolo, Mathias, Mathieu, merci pour votre soutien, votre réussite a été un exemple pour moi que j'ai essayé, tant bien que mal, de suivre. Merci pour tous les bons moments passés et à venir.

Aux anciens membres de la brasserie, Az2pic, Babacar, Bruce, Ddturbo, John-Luccio, Niamor, Paraneya. Que dire des moments exceptionnels passés en votre compagnie. Je n'oublierai jamais nos franches rigolades.

A Paulo, nouveau venu mais quel bon compagnon.

A la team bogoss, Tom pour ton humour toujours aiguisé et efficace. Marco et Hadri mes golfeurs de l'extrême.

Vous êtes des pièces rapportées mais j'aime profiter du système avec vous.

A toutes les autres pièces rapportées, trop nombreuses pour toutes vous nommer mais le cœur y est.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	18
I) PREAMBULE :	19
1. Introduction :.....	19
2. Les différents modes de rémunération des médecins généralistes :	19
2.1. Le paiement à l'acte :.....	19
2.1.1 Définition :.....	19
2.1.2 Avantages :	20
2.1.2.1 Une meilleure productivité :	20
2.1.2.2 Des patients satisfaits :.....	20
2.1.3 Inconvénients :	20
2.1.3.1 Un système inflationniste et des dépenses de santé majorées :.....	20
2.1.3.2 Aucune incitation à la prévention :	21
2.1.3.3 Une relation médecin-patient perturbée :.....	21
2.1.3.4 Impact sur la prise en charge des patients :.....	21
2.2 La capitation :.....	21
2.2.1 Définition :.....	21
2.2.2 Avantages :	22
2.2.2.1 Efficience et prévention :.....	22
2.2.2.2 Des dépenses maîtrisées :	22
2.2.3 Inconvénients :	22
2.2.3.1 Une concurrence accrue :.....	22
2.2.3.2 Sélection des patients :.....	22
2.2.3.3 Une mauvaise qualité de soin et un recours abusif aux spécialistes :	22

2.3 Le salariat :	23
2.3.1 Définition	23
2.3.2 Avantages :	23
2.3.2.1 Maîtrise du budget :	23
2.3.2.2 Des médecins satisfaits :	23
2.3.3 Inconvénients :	24
2.3.3.1 Risque de sous-production :	24
2.3.3.2 Un accès aux soins plus difficile :	24
2.4. Les autres systèmes de paiement :	24
2.4.1 Les paiements à la performance :	24
2.4.2 Les forfaits :	25
2.5 Les systèmes mixtes :	26
2.6 La situation à l'étranger : (Tableau 1)	26
3. La situation en France :	28
3.1 Historique du mode de rémunération des médecins français : le choix du paiement à l'acte :	28
3.2 Une diversification vers un système mixte :	30
3.3 Etat des lieux actuel :	31
3.3.1 Une pratique diversifiée :	31
3.3.2 La convention 2016	31
3.3.3 La CCAM :	32
II) ARTICLE :	34
1. Introduction :	37
2. Matériel et méthodes :	38
2.1 Description de l'étude :	38
2.2 Recueil des données :	39

2.3 Population étudiée :	40
2.4 Analyse :	40
3. Résultats :	40
3.1 Description des groupes et des entretiens :	40
3.2 Représentation des cotations CCAM :	42
3.2.1 Des médecins satisfaits de la nomenclature :	42
3.2.2 De nombreux freins à la cotation :	43
3.2.3 Concernant l'avenir :	47
3.2.4 Les patients face à la nomenclature :	50
4. Discussion :	52
4.1 Une évolution des financements :	52
4.2 Une nomenclature complexe inadaptée aux soins primaires :	53
4.3 Un manque de formation :	54
4.4 La cotation perturbe la relation médecin-patient :	55
4.5 L'avenir avec la nouvelle convention :	55
5. Conclusion :	57
Bibliographie :	58
III) CONCLUSION :	61
BIBLIOGRAPHIE :	64
ANNEXES :	67

LISTE DES ABREVIATIONS

CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

CCAM : Classification commune des actes médicaux.

DAM : Délégué de l'assurance maladie.

HMO : Health Maintenance Organisations.

MSH : Majoration suite hospitalisation

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

P4P : Pay For Performance.

QOF : Quality Outcome Framework.

ROSP : Rémunération sur Objectifs de santé Publique.

TPG : Tiers Payant Généralisé.

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

I) PREAMBULE :

1. Introduction :

Le mode de rémunération des médecins généralistes français a beaucoup évolué au cours des dernières années. Historiquement, la France a choisi comme mode de rémunération le paiement à l'acte (1). Cet acte étant fixé par convention avec l'assurance maladie. Parmi les différentes évolutions du système français, l'arrivée de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en 2004 a constitué une étape importante (2). En effet, grâce à elle, les médecins généralistes peuvent désormais, s'ils le souhaitent, utiliser une grille de cotation et appliquer un tarif différent de la consultation habituelle, lors de la réalisation d'un acte technique ou lors d'une situation particulière. Cependant les données de l'assurance maladie et leurs syndicats rapportent que les très peu d'entre eux utilisent ces différentes cotations.

Nous allons donc présenter dans une première partie les différents modes de rémunérations des médecins généralistes existant, avec plus précisément le choix de la France, mais aussi de quelques autres pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques). Puis dans une seconde partie nous réaliserons une enquête qualitative auprès de médecins généralistes lorrains afin de mieux comprendre leur comportement vis-à-vis de cette grille de cotations des actes médicaux.

2. Les différents modes de rémunération des médecins

généralistes :

Les modes de rémunération de médecins d'un pays à l'autre sont extrêmement variables, chacun d'entre eux présentant des avantages et des inconvénients. Trois modes de rémunération sont classiques et largement utilisés dans le monde : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation. En France le paiement à l'acte pour les médecins de ville et le salariat à l'hôpital représentent la norme (1).

2.1. Le paiement à l'acte :

2.1.1 Définition :

Il s'agit d'un mode de rémunération des professionnels de santé en fonction du nombre de consultations (ou de visites à domicile) et d'actes techniques réalisés en médecine ambulatoire ou dans un établissement privé.

2.1.2 Avantages :

2.1.2.1 Une meilleure productivité :

Le médecin étant rémunéré en fonction du nombre d'actes effectués, il est incité à voir un maximum de patients. Il va donc augmenter son temps de travail et ainsi mieux répondre à la demande. L'accès aux soins est alors lui aussi amélioré. En effet, on constate que dans les régions avec une faible densité de médecins, le paiement à l'acte est le mode de rémunération qui compense le mieux la faiblesse de l'offre de soins (3).

Il doit également s'assurer de délivrer des soins de qualité car il n'est pas lié par « abonnement » à ses patients qui peuvent tout à fait changer de médecin s'ils le souhaitent.

2.1.2.2 Des patients satisfaits :

Ce mode de rémunération abouti à une équité entre les patients, le médecin n'ayant pas d'incitation particulière à refuser les malades ayant une pathologie lourde (4). De plus, d'après une étude américaine (5), les malades présentant les pathologies les plus graves ont une préférence pour les systèmes en paiement à l'acte.

2.1.3 Inconvénients :

2.1.3.1 Un système inflationniste et des dépenses de santé majorées :

La rémunération à l'acte est susceptible d'orienter la pratique médicale vers un double accroissement de l'offre de soins, par une augmentation de productivité horaire du médecin et une augmentation de son temps de travail. En paiement à l'acte, le médecin peut faire augmenter artificiellement la demande de soins (en faisant revenir plus souvent ses patients par exemple). Ce phénomène est appelé « demande induite » et peut aboutir à une surproduction de soins et donc une augmentation des dépenses de santé (6). En effet on estime qu'un système de soins dans lequel prédomine le paiement à l'acte présente une majoration de 11% des dépenses de santé par rapport aux autres systèmes (7).

2.1.3.2 Aucune incitation à la prévention :

Les médecins sont peu motivés à réaliser des actes de prévention car il n'existe pas de cotations pour ces actes. Ce mode de rémunération s'oriente donc plutôt vers un système curatif. Une comparaison internationale montre d'ailleurs que le système de soins français est efficace pour une médecine curative mais en retard et voire même défaillant pour la médecine préventive (8).

2.1.3.3 Une relation médecin-patient perturbée :

En paiement à l'acte c'est le patient qui paye directement le médecin à la fin de la consultation. Ce rapport d'argent entre le patient et son médecin vient souvent perturber la relation établie, surtout lorsque le médecin demande un dépassement d'honoraires.

2.1.3.4 Impact sur la prise en charge des patients :

Le paiement à l'acte peut encourager les médecins à satisfaire les demandes des patients même si parfois elles ne sont pas médicalement justifiées, ce qui engendre à nouveau une « demande induite ». Il favoriserait également le nomadisme médical : la recherche par les malades d'obtenir plusieurs avis médicaux (9).

Dans un souci de productivité le médecin peut également réduire le temps de ses consultations. Si la durée de consultation est positivement corrélée à sa qualité, on peut craindre que la rémunération à l'acte favorise la quantité au dépend de la qualité (6).

2.2 La capitation :

2.2.1 Définition :

La capitation correspond au versement d'une somme fixe au médecin pour s'occuper d'un patient sur une période donnée, le plus souvent un an. Il s'agit donc d'une rémunération forfaitaire par patient, ou « per capita » (littéralement par tête), qui est indépendante de la quantité de soins dont aura besoin le patient. Cette rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, on parle alors de capitation pondérée (10).

2.2.2 Avantages :

2.2.2.1 Efficience et prévention :

Avec la capitation, le praticien est incité à avoir une pratique médicale efficace. D'une part car les patients sont également libres de changer de médecin et d'autre part pour limiter sa charge de travail. En effet il recevra la même somme d'argent qu'il voit son patient deux fois ou dix fois par an. Elle les incite donc à être productifs et à réaliser des actes de prévention susceptibles de réduire leur charge de travail ultérieure (11).

2.2.2.2 Des dépenses maîtrisées :

Dans ce système le payeur peut prévoir son budget de manière prospective, et donc mieux maîtriser les dépenses de santé. Des études estiment ainsi qu'un système de rémunération à la capitation permet une réduction des coups de 20% par rapport au paiement à l'acte (12).

2.2.3 Inconvénients :

2.2.3.1 Une concurrence accrue :

Le paiement par capitation produit également une incitation individuelle à augmenter la production de soins. Elle peut en effet inviter le médecin à vouloir augmenter la taille de sa patientèle et augmente ainsi la concurrence entre les médecins (6).

2.2.3.2 Sélection des patients :

Le médecin peut être tenté de sélectionner ses patients en fonction de leur risque de présenter une pathologie, et donc de ne sélectionner que des patients jeunes et sains. En effet si tous les patients attribuent le même forfait au médecin, ce dernier n'a aucun intérêt à prendre en charge un patient lourd. Sauf s'il s'agit d'un système de capitation pondérée.

2.2.3.3 Une mauvaise qualité de soin et un recours abusif aux spécialistes :

Les médecins ne sont pas incités à augmenter leur charge de travail et il en résulte un risque de sous production ou de sous dispensation de soins. Cette insuffisance de soins

initiaux peut conduire le système de santé à devoir ensuite prendre en charge des patients atteints de pathologies plus lourdes, à des stades plus avancés. De la même manière cela peut également inciter les médecins à orienter trop rapidement les patients vers des examens importants, ou des médecins spécialistes ou encore à l'hôpital (10). Une étude norvégienne confirme cette hypothèse où en remplaçant des médecins payés à l'acte par un système de capitation, le nombre de patients adressé aux spécialistes s'est envolé (13).

2.3 Le salariat :

2.3.1 Définition

Il s'agit d'un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité au cours de ce temps de travail. Le salaire dépend en général du niveau de qualification du médecin, et du temps de travail établi au préalable. Il concerne principalement les médecins hospitaliers du secteur public dans les pays industrialisés, et on le retrouve peu en ambulatoire.

2.3.2 Avantages :

2.3.2.1 Maîtrise du budget :

Il s'agit d'un système simple et facile à utiliser. Le payeur rémunère le médecin en fonction du nombre d'heures effectuées et il n'y a pas d'actes à transmettre ou à analyser ni de listes de patients à gérer. Ceci permet également aux pouvoirs publics de gérer plus facilement un budget global, puisqu'il est prévisible. C'est aussi le système représentant le plus faible coût administratif.

2.3.2.2 Des médecins satisfaits :

En effet les médecins ont un revenu garanti, les horaires sont stables et ils sont libérés de nombreuses contraintes administratives existant dans les autres modes de paiement. Ils peuvent également prendre du temps et ne sont pas incités à augmenter leur volume. Tout ceci leurs permettant d'avoir une pratique plus sereine. Une étude anglaise a d'ailleurs montré que les médecins rémunérés par salariat sont plus satisfaits notamment par rapport à leur temps de travail et leur niveau de stress (14). Cependant, alors qu'on pourrait s'attendre à une augmentation de la qualité des soins, du fait de l'augmentation du

temps de consultation induit par le salariat (15), les études américaines ne retrouvent pas de différence significative dans la qualité des soins (16).

2.3.3 Inconvénients :

2.3.3.1 Risque de sous-production :

A l'exception d'une étude qui conclut que le passage au salariat des médecins anglais n'a pas entraîné de baisse de leur productivité, la plupart des études confirment la diminution du volume de soins lors du passage à une rémunération sous forme de salaires (17).

2.3.3.2 Un accès aux soins plus difficile :

L'augmentation du temps de consultation induit par le salariat (confirmée par certaines études (17)) entraîne une réduction du nombre de consultations par médecin. L'activité globale des médecins généralistes a donc tendance à diminuer et la productivité de l'offre de soins se trouve alors amoindrie (18).

2.4. Les autres systèmes de paiement :

2.4.1 Les paiements à la performance :

Le paiement à la performance (Pay for performance ou P4P) est un nouveau mode de rémunération de plus en plus populaire dans les systèmes de santé évolués, et qui s'inscrit dans les réformes de ces derniers. Il se base sur la théorie économique standard où les individus sont supposés être opportunistes, réticents à l'effort et intéressés. En effet les médecins restent des « Homo oeconomicus » comme les autres (19). Il permet de rémunérer des professionnels de santé, en échange d'une amélioration de la qualité des soins dispensés ou de la réduction des coûts qui a été réalisée dans la prise en charge des patients (20). Il s'ajoute donc aux systèmes de paiement déjà existant en proposant une rémunération complémentaire fondée sur la réalisation d'objectifs destinés à inciter les médecins à améliorer la qualité des soins.

Les expériences de paiement à la performance dans le monde sont innombrables.

Le Royaume-Uni a été l'un des précurseurs en introduisant en 2004 un système de paiement à la performance nommé : « Quality Outcome Framework (QOF) ». Il a pour objectif d'améliorer la qualité des soins d'une part et aussi de réorganiser la gestion et l'administration des cabinets médicaux. La performance est définie par cinq types d'indicateurs : clinique, organisation du cabinet, services additionnels, satisfaction des patients et performance globale (21).

En France le P4P apparaît en 2009 sous la forme du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Il permet sur la base du volontariat d'introduire une partie de P4P dans la rémunération du médecin. Le CAPI prévoit des contreparties financières pour les médecins qui parviennent à atteindre des objectifs prédéfinis dans deux « champs » : « Dépistage et prévention ; suivi des pathologies chroniques » et « Optimisation des prescriptions ». Il a ensuite été généralisé à l'ensemble des médecins libéraux via la convention médicale de 2011, avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui associe quatre volets distincts : le suivi des maladies chroniques (diabète , hypertension artérielle) , la prévention (vaccination, dépistage de certains cancers), l'optimisation des prescriptions (réduction des risques liées à la prescription de certains médicaments et prescription des génériques), l'organisation du cabinet (utilisation de logiciels d'aide à la prescription) (9).

Les systèmes de P4P sont donc très variés mais ont tous globalement deux objectifs : améliorer la qualité des soins et réduire les dépenses de santé. Cependant, le point d'accord majeur entre les différentes revues de la littérature sur le sujet porte sur l'incapacité actuelle à prouver un effet strictement positif (ou négatif) du P4P tant sur la dimension qualitative (efficacité clinique), qu'économique (22).

2.4.2 Les forfaits :

Il s'agit des sommes payées aux médecins par le système d'assurance maladie du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent pas être rattachées à un acte de soin proprement dit. Ils comprennent par exemple les majorations pour les gardes et astreintes. Là encore chaque pays possède sa propre liste de forfaits.

2.5 Les systèmes mixtes :

Tout système de rémunération unique présente donc à la fois des avantages et des inconvénients. Afin de combiner les objectifs de qualité et de quantité des soins fournis, la plupart des pays de l'OCDE ont décidé d'utiliser des systèmes dits « mixtes ». On parle de système mixte à partir du moment où on utilise plus d'un mode de paiement. L'objectif étant de combiner les avantages de chaque système tout en minimisant les inconvénients au maximum. L'organisation mondiale de la santé (OMS) et l'OCDE recommandent d'ailleurs l'utilisation de ces systèmes mixtes (23).

Les modèles de paiement mixtes les plus fréquents intègrent une partie fixe prospective par capitation ou salariat, permettant une certaine sécurité de revenus pour les médecins, tout en favorisant une maîtrise des coûts. A ceci s'ajoute une part variable, par paiement à l'acte et/ou P4P, permettant d'encourager certaines activités ainsi que d'améliorer la qualité des prises en charges (24).

2.6 La situation à l'étranger : (Tableau 1)

Les profils et les préférences des médecins étant assez diversifiés et les objectifs recherchés multiples, les pays de l'OCDE sont de plus en plus nombreux à mettre en place des systèmes complexes, mixtes, combinant le paiement à l'acte, la capitation, le salariat et le P4P (P4P initié par le Royaume-Uni mais et s'étant progressivement à l'ensemble des pays de l'OCDE).

Le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordent une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas) (11).

Au Royaume-Uni, la rémunération des groupes multidisciplinaires comprend plusieurs composantes : une capitation qui représente 61% du revenu moyen, un paiement à la performance (15% en moyenne), des paiements à l'acte pour la production de services additionnels (12%), des paiements destinés à couvrir les coûts des locaux et des technologies de l'information (9%), et d'autres paiements (3%). La grande majorité des généralistes exercent en tant qu'associés dans ces structures et se partagent les bénéfices, environ 15% sont salariés (11).

Aux Pays-Bas, plus de huit généralistes sur dix travaillent en groupe. Le cabinet est rémunéré pour son activité «régulière» (80% des revenus) par une capitation et par des paiements à l'acte intervenant à parts égales. En outre, le cabinet peut percevoir un budget pour la permanence des soins, des paiements spécifiques pour le suivi de malades chroniques (ces paiements prennent en compte les résultats et l'adhésion aux recommandations de pratiques cliniques). Les médecins sont indépendants et se partagent les revenus du cabinet (11).

L'Allemagne a un système de rémunération sophistiqué qui emboîte un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation. Les caisses d'assurance maladie versent aux unions régionales de médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation (les sommes sont donc fonction du nombre de patients traités par les médecins de la région). Ensuite, la répartition entre médecins fait intervenir l'activité (le nombre de consultations), mais ce paiement à l'activité est plafonné et la valeur de la consultation peut varier (selon le nombre de consultations global).

La situation est plus contrastée aux États-Unis où tous les modes de rémunération sont présents de façon significative. Cependant leur secteur de santé est également en train de subir une transformation importante. En effet on assiste au passage de la médecine libérale (toujours très attachée au paiement à l'acte), vers des systèmes de prise en charge à prépaiements, couplés à des structures de soins intégrés. Ces nouveaux systèmes sont appelés « Health Maintenance Organizations » et constituent une évolution vers le salariat (25).

Au Québec depuis 1999, les médecins spécialistes hospitaliers peuvent (sur la base du volontariat) adopter un mode de rémunération qui associe une rémunération partielle à l'acte à une rémunération forfaitaire par jour travaillé (26).

Tableau 1 - Modes prédominants de rémunération des institutions dispensant des soins primaires et des médecins qui y travaillent dans vingt-trois pays de l'OCDE*

Type d'institution prédominant pour les soins primaires	Liste des pays	Paiement des institutions					Paiement des médecins			
		Budget global	Capitation	À l'acte	À la performance	Autre	Salaire	Capitation	À l'acte	Autre (dont perform.)
Médecins en pratique individuelle	Allemagne* Autriche* Belgique* Corée* France* Grèce* Rép. tchèque* Suisse*							X	X X X X X X	X X
Centres publics	Espagne Finlande Islande Portugal Suède	X X X	X X X		X X X		X X X X	X		X
Cabinets de groupe privés avec médecins et autres professionnels	Australie Danemark Irlande Norvège N.-Zélande Pays-Bas* Royaume-Uni Pologne*		X X X X X X	X X X X	X X X X		X	X X X X X	X X X X	X X
Cabinets de groupe avec médecins seuls	Canada Italie		X X	X		X		X	X X	X

* Pays avec système d'assurance maladie (par opposition aux systèmes nationaux de santé).

source : Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé de l'OCDE 2012

3. La situation en France :

3.1 Historique du mode de rémunération des médecins français : le

choix du paiement à l'acte :

L'histoire débute au Moyen-Age. Bien sûr à cette époque la profession de médecin n'est pas reconnue comme aujourd'hui : c'est l'époque des grandes épidémies de peste, de variole contre lesquelles les thérapeutiques étaient peu efficaces. Les patients sont donc peu

convaincus de l'efficacité de la médecine. Néanmoins on y trouve quand même le point de départ du système de rémunération en France : « Le pacte médical ». Il s'agit d'une convention verbale ou écrite, qui invite le patient à régler d'avance les soins dont il va bénéficier. La somme due dépend de la situation de fortune des malades. C'est le seul moyen pour le médecin de s'assurer que son travail sera rémunéré (4).

A partir du XVIème siècle, la profession commence à s'organiser : l'Edit Royal de Marly du 18 mars 1707, signé par Louis XIV, définit les modalités de formation des médecins à l'intérieur de facultés sur l'ensemble du territoire national.

La situation va continuer d'évoluer au XIXème siècle car la révolution française remettra en cause toute l'organisation de la société. A cette époque il existe une courte période d'anarchie où n'importe qui peut se proclamer médecin, mais la loi du 19 Ventôse an XI (10 mars 1803) reconnaîtra le monopole d'exercice aux seuls docteurs en médecine et officiés de santé (27). L'officiât de santé sera lui aboli en 1892 pour ne laisser place qu'aux docteurs en médecine (28).

C'est au XIXème siècle, avec la création des spécialités médicales, qu'apparaîtra-le paiement à l'acte tel qu'on le connaît aujourd'hui. En effet, il se justifie par la situation épidémiologique et les habitudes des patients : ils se rendent assez rarement chez leur praticien, et la société est globalement peu médicalisée. Le paiement à l'acte est donc la solution la plus logique de rémunération des médecins, dont l'activité consiste majoritairement à prendre en charge ponctuellement des maladies aiguës (4).

Dès lors, le 6 décembre 1928 eut lieu l'assemblée constitutive de la confédération des syndicats médicaux français et les cinq principes de défense de la médecine libérale furent adoptés : libre choix du médecin par le malade, respect du secret professionnel, liberté totale de prescriptions, et en ce qui concerne la rémunération des médecins, paiement à l'acte et libre entente (ou entente directe) du prix entre le patient et le médecin (26). Le paiement à l'acte sera alors définitivement établi comme le mode de rémunération des médecins dans notre pays.

Les principes fondateurs de la médecine libérale sont ensuite repris lors de la création de la Sécurité Sociale en 1945, et dans le code de déontologie de l'Ordre des médecins en 1947 : l'entente directe et le paiement direct des honoraires font partie des

fondements déontologiques. Des conventions départementales sont instaurées, et les honoraires sont fixés selon des accords entre pouvoirs publics, syndicats médicaux et caisses de la sécurité sociale (29).

Mais à partir du milieu des années 1960, la pression démographique a commencé à être forte chez les médecins ; ces derniers craignaient que la « pléthore » de médecins ne constitue une menace pour le niveau de leurs revenus. Jointe à la nécessité d'éviter la concurrence par les prix entre médecins, celle de maintenir des niveaux de revenus élevés a conduit les médecins à accepter la première convention nationale en 1971 et donc l'instauration de tarifs conventionnels, fixés par arrêté ministériel. En contrepartie, les caisses prenaient en charge une partie des cotisations sociales des médecins. Aujourd'hui, 99 % des médecins libéraux sont « conventionnés » : le paiement à l'acte est maintenu en échange de l'application des tarifs fixés par les conventions nationales (26).

3.2 Une diversification vers un système mixte :

A partir de la première convention (1971), les conventions médicales vont se succéder, avec comme élément majeur la négociation du tarif des actes.

En 1972 est créée la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : elle fixe la valeur des actes médicaux définis par des lettres clés (26).

La troisième convention, en 1980, instaure le double secteur : le secteur 1 à tarifs conventionnels, et le secteur 2, à tarifs dits libres et qui constitue un droit permanent au dépassement d'honoraires.

En 1986 est créé le premier syndicat de médecins généralistes en France : MG France, dont l'enjeu principal sera la revalorisation universitaire et financière de la médecine générale par rapport à la médecine spécialisée (26).

La première évolution vers un régime mixte débute en 1997 avec la huitième convention qui créera une option conventionnelle : « le médecin référent ». Il s'agit du premier paiement forfaitaire par patient pour rémunérer le médecin généraliste. Il existe actuellement d'autres paiements au forfait comme les forfaits : permanence de soins, dépistage de cancer colorectal par exemple.

En 2004 est créée la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM) : La CCAM est une liste de libellés codés décrivant des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle doit à terme remplacer la NGAP (2).

Enfin, en 2009 la France s'engage comme de nombreux pays vers les paiements à la performance avec l'article L.162-12-21 du code de la sécurité sociale qui va permettre au médecin qui le souhaite de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration des pratiques, en sus des engagements collectifs fixés dans la convention nationale passée entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les représentants des médecins (10). Il s'agit donc de la création des premiers CAPI, introduisant pour la première fois une rémunération à la performance en France. Il a ensuite été généralisé à l'ensemble des médecins libéraux via la convention médicale de 2011, avec la mise en place de la ROSP, déjà évoquée précédemment.

3.3 Etat des lieux actuel :

3.3.1 Une pratique diversifiée :

La France suit la même tendance à la diversification des modes de rémunération que les pays de l'OCDE : même si le paiement à l'acte reste largement majoritaire pour la médecine libérale, les forfaits sont en nette progression depuis 2000 et la signature des premiers CAPI a marqué le début du paiement à la performance, poursuivi par l'apparition des ROSP (10).

La nouvelle convention 2016 fait d'ailleurs apparaître de nouveaux paiements au forfait.

De plus en plus de médecins acceptent donc ces évolutions et se dirigent de plus en plus vers une diversification de leurs pratiques.

3.3.2 La convention 2016

Le 25 août dernier, l'Assurance Maladie et les certains représentants des médecins libéraux ont signé une nouvelle convention, contrat national, signé pour cinq ans, qui s'applique à chaque médecin conventionné. Cette convention fixe à nouveau les tarifs de

remboursement des consultations des médecins, ainsi que les autres rémunérations directes ou indirectes (forfaits et P4P) dont ils font l'objet.

La consultation sera désormais rémunérée 25 euros à partir de mai 2017 et certains forfaits ainsi que certains ROSP sont également revalorisés.

Cette convention propose aussi plusieurs nouveautés comme la création d'autres forfaits : le forfait patientèle (qui ressemble beaucoup à une capitation) pour les médecins traitant ou encore le forfait structure (30).

Elle propose également de distinguer quatre niveaux de consultation : (30)

Premier niveau : il s'agit de la consultation de « référence » et sera rémunérée 25 euros à partir de mai 2017.

Deuxième niveau : la consultation de spécialiste : il s'agit d'une « consultation coordonnée », c'est-à-dire lorsqu'un médecin traitant adresse un patient à un spécialiste. Elle existait déjà mais sera revalorisée de 2 euros également, soit une consultation à 30 euros.

Les deux derniers niveaux sont eux complètement nouveaux et représentent les consultations complexes et très complexes. Elles seront applicables à partir de novembre 2017. La consultation de prise en charge de pathologies complexes, comme la sclérose en plaques ou l'épilepsie, sera facturée 46 euros. La consultation très complexe (traitement du cancer, maladie neuro-dégénérative, etc...) coûtera elle 60 euros.

Concernant la CCAM, il n'y aura pas de changement à priori et les médecins pourront toujours s'ils le souhaitent réaliser des actes techniques et coter leurs actes.

3.3.3 La CCAM :

Pour mémoire, la CCAM constitue une liste de libellés codés décrivant des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle a surtout été créée au départ pour les médecins spécialistes mais grâce à elle, le médecin généraliste peut lui aussi, depuis 2004, utiliser une grille de cotation lors de la réalisation d'un acte technique au cabinet ou au moment d'une consultation particulière.

Les plus connues sont les majorations pédiatriques qui existent depuis l'apparition des premières lettres clés « NGAP » : majoration « grand enfant » et « nourrisson » respectivement cotées MGE (26 euros) et MNO (28 euros).

Mais il en existe beaucoup d'autres :

Par exemple, le médecin généraliste peut réaliser une suture lors de sa consultation et la facturer à la fin de celle-ci avec le code qui lui correspond : si elle mesure moins de 3 centimètres et qu'elle se situe en dehors de la face son code est QZJA002 et est facturée 52.40 euros. Il peut aussi réaliser un électrocardiogramme, ou encore inciser une thrombose hémorroïdaire et à nouveau appliquer la majoration correspondante. Autres exemples, il existe des majorations pour des consultations particulières et créées spécialement pour les médecins généralistes comme la consultation « dépression », ou encore « lors d'une évaluation des fonctions supérieures chez une personne âgée ». Des majorations d'urgences existent également.

La plupart des majorations accessibles aux médecins généralistes sont résumées dans l'annexe 1.

Cette nomenclature apparaît donc comme un autre moyen de diversifier les pratiques des médecins généralistes et de revaloriser financièrement leurs actes.

Cependant, d'après leurs représentants, à l'inverse des forfaits ou des ROSP, cette grille de cotation CCAM est très peu ou en tout cas trop peu utilisée (31).

Nous allons donc réaliser une étude qualitative auprès de plusieurs médecins généralistes lorrains afin de mieux comprendre leur comportement vis-à-vis de cette grille de cotation CCAM.

II) ARTICLE :

Pourquoi les médecins généralistes ne cotent-ils pas leurs actes ?

Why general practitioners do not rate their actions ?

B. Watrin⁽¹⁾, O.Bouchy⁽²⁾,

(1) Faculté de Médecine de Nancy

(2) Maître de conférence associé de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy

Résumé :

Introduction : Depuis la création de la classification commune des actes médicaux en 2004, les médecins généralistes peuvent utiliser une grille de cotations et appliquer un tarif différent lors de la réalisation d'un acte technique ou d'une situation particulière. Cependant, il semble que les médecins l'utilisent peu. L'objectif de l'étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant cette nomenclature.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative, auprès de médecins généralistes lorrains, recrutés en variation maximale, par téléphone. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans leurs cabinets en suivant un même guide d'entretien. Les verbatim ont été exploités manuellement, selon la méthode d'analyse de contenu thématique.

Résultats : Vingt médecins généralistes ont été interviewés : cinq par département. Quelques médecins généralistes étaient satisfaits de cette nomenclature, la considérant comme indispensable à la valorisation de la médecine générale et à la diversification de leur exercice. Cependant, la majorité ne l'utilisait pas. Le frein majeur évoqué était sa complexité : trop volumineuse, constituée de codes spécifiques complexes, chronophage. D'autres freins furent également évoqués : manque de formation, charge administrative déjà trop lourde, perturbation la relation médecin-patient, crainte de la CPAM, la rendant inadaptée à la pratique quotidienne. Concernant l'avenir, ils étaient intéressés par la rémunération en fonction de la complexité des consultations proposée par la nouvelle convention d'août 2016, à condition qu'il s'agisse d'une simplification du système.

Conclusion : Même si elle permet de valoriser la médecine générale et de diversifier leurs pratiques, son utilisation reste, aux yeux de la plupart des médecins généralistes beaucoup trop compliquée. Les freins à son utilisation sont beaucoup trop importants. Les médecins généralistes sont pour une diversification de leurs modes de rémunération, mais à condition que ce soit adapté à leur pratique. Nous verrons s'ils adhèrent à la dernière convention d'août 2016.

Mots clés : *rémunération, nomenclature, médecins généralistes, perceptions*

Summary :

Introduction: Since the creation of the common classification of medical procedures in 2004, general practitioners may use a grid of quotations and apply a different tariff when performing a technical act or a particular situation. However, it seems that doctors use it little. The objective of the study was to explore the representations of general practitioners concerning this nomenclature.

Material and method: We carried out a qualitative study, with general practitioners Lorraine, recruited in maximum variation, by telephone. Semi-directed interviews were carried out in their cabinets following the same maintenance guide. The verbatim were exploited manually, according to the thematic content analysis method.

Results: Twenty general practitioners were interviewed: five by department. Some of them were satisfied with this nomenclature, considering it essential to the valorization of general medicine and to the diversification of their practice. However, the majority did not use it. The major obstacle evoked was its complexity: too voluminous, consisting of complex specific codes, time-consuming. Other obstacles were also mentioned: lack of training, administrative burden already too heavy, disruption of the doctor-patient relationship, fear of CPAM, making it unsuitable for everyday practice. Regarding the future, they were interested in the remuneration according to the complexity of the consultations proposed by the new convention of August 2016, provided that it is a simplification of the system.

Conclusion: Even if it helps to value general medicine and diversify their practices, are use remains, in the eyes of most general practitioners far too complicated. The brakes on its use are far too important. General practitioners are for a diversification of their remuneration methods, but provided that it is adapted to their practice. We will see if they adhere to the last convention of August 2016.

Keywords : *remuneration, nomenclature, general practitioners, perceptions*

1. Introduction :

Le mode de rémunération des médecins généralistes est un sujet d'actualité soulevant de nombreuses discussions.

Partout dans le monde, la rémunération des médecins généralistes s'appuie sur au moins un de ces trois systèmes : le paiement à l'acte, la capitation et le salariat (1).

En France, historiquement les médecins généralistes sont payés à l'acte : leurs revenus sont directement liés à leur activité (2). Jusqu'au XIXe siècle le tarif de la consultation n'était pas fixe mais était choisi par les médecins en fonction des revenus du patient et/ou du contexte économique existant. Depuis la création de la sécurité sociale en 1945 le tarif de la consultation est désormais fixé par convention (3). La situation a ensuite évolué avec la création de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) en 1972, définissant les premières lettres clés pour la rémunération des médecins. Ainsi la consultation est définie par la lettre C et son tarif est réévalué à chaque nouvelle convention (3).

A partir des années 2000, la France décide de diversifier le mode de rémunération de ses médecins et commence par la mise en place d'un paiement au forfait (médecin traitant) en plus du paiement à l'acte : on parle alors de régime mixte (1).

En 2004 est créée la classification commune des actes médicaux (CCAM). Elle doit à terme remplacer la NGAP. Elle est accessible aux médecins généralistes et leurs permet de « coter » différemment leurs consultations. Ainsi il n'existe plus seulement la lettre C mais bien d'autres codes en fonction des consultations ou des actes techniques réalisés. Elle leur permet donc, à priori, de pouvoir diversifier leurs pratiques tout en revalorisant leurs actes (4).

En 2009 sont arrivés les premiers paiements à la performance avec la mise en place des premiers contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), remplacés par les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) en 2011, toujours dans le but de valoriser les pratiques et les prises en charges des patients (5).

La France, comme les autres pays de l'OCDE (6), se dirige donc de plus en plus vers une diversification des modes de rémunération de ses médecins généralistes.

Les études récentes montrent d'ailleurs que de plus en plus de médecins adhèrent à ces nouveaux systèmes car les paiements aux forfaits et les ROSP augmentent chaque année (7).

En revanche, concernant l'utilisation de la grille de cotation CCAM, les données de l'assurance maladie montrent que très peu d'entre eux l'utilisent : les actes techniques CCAM (chirurgicaux et non chirurgicaux, hors imagerie) réalisés en France métropolitaine en 2014 ne représentent que 1.85% des consultations effectuées en médecine générale (8). Leurs syndicats confirment également ce manque d'utilisation (9). Aujourd'hui, peu de travaux ont été réalisés sur le comportement des médecins généralistes vis-à-vis de ces cotations.

Alors pourquoi les médecins n'utilisent-ils pas ou peu cette nomenclature alors qu'elle pourrait leur permettre de revaloriser leurs actes et de diversifier leurs pratiques ?

Nous sommes partis de l'hypothèse que les médecins généralistes n'utilisent pas ou peu cette nomenclature et nous avons réalisé une étude qualitative auprès de plusieurs médecins généralistes lorrains.

Notre objectif est de mieux comprendre les représentations et les comportements des médecins généralistes vis à vis de la cotation des actes médicaux.

2. Matériel et méthodes :

2.1 Description de l'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à produire, dans des délais courts, une grande variété d'idées, d'opinions et de croyances existant sur un sujet donné en respectant l'intimité des médecins (10). Nous avons estimé que des entretiens individuels favoriseraient la libre expression des médecins sur un sujet tabou : l'argent.

2.2 Recueil des données :

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail de chaque médecin entre avril et septembre 2016. Tous les entretiens ont été menés, par le même modérateur (le thésard), en suivant un guide d'entretien commun (tableau 1 et annexe 2) systématisant les points clés à aborder, et proposant des questions ouvertes avec relances, afin de favoriser une variabilité et une diversité importante dans les réponses obtenues. Ce guide d'entretien avait été testé au préalable auprès de médecins généralistes et a dû être modifié au cours de l'étude en raison des débats précédents la publication de la nouvelle convention 2016 (11). L'intégralité des échanges a été enregistrée et le recueil des informations a respecté l'anonymisation des données issues des médecins.

Tableau 1 :

GUIDE D'ENTRETIEN : COTATION ACTES MEDICAUX

- 1) **Utilisation des cotations en pratique quotidienne :**
- 2) **Pourquoi les médecins généralistes n'utilisent pas ces cotations ?**
- 3) **Connaissez-vous l'existence des différents types de cotations des actes médicaux pouvant être utilisées dans votre cabinet ? Si oui lesquelles ?**
- 4) **Que pensez-vous de la formation sur la nomenclature?**
- 5) **Quelles seront les conséquences du tiers-payant-généralisé (TPG) sur votre manière de coter?**
- 6) **Voici une journée type d'un médecin qui utilise pleinement les différentes cotations, qu'en pensez-vous ?**
- 7) **Que pensez-vous de la proposition actuelle avec quatre niveaux de consultation ?**
- 8) **Avez-vous un commentaire/ressenti général à faire sur la cotation des actes médicaux ?**

2.3 Population étudiée :

Les participants à l'étude étaient des médecins généralistes lorrains. Afin d'obtenir un groupe hétérogène et ainsi, une diversité d'opinions, des perceptions et des comportements, nous avons réalisé un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». Nous avons donc décidé de constituer un groupe par département. Chaque groupe devait comporter une hétérogénéité concernant l'âge, le sexe, le mode d'exercice (seul ou en groupe) ainsi que le lieu d'exercice. Le seul critère de non inclusion était un âge supérieur à 65 ans. L'effectif envisagé dans chaque groupe a été établi au préalable : cinq médecins par département. Leur recrutement a été effectué par téléphone, grâce à une liste fournie par les conseils des ordres départementaux. Par téléphone seul le titre de l'étude était fourni afin de garder une spontanéité pour les réponses aux questions.

2.4 Analyse :

L'intégralité des échanges a été enregistrée puis retranscrite sous la forme de verbatim. La retranscription de chaque entretien a été effectuée au mot près et dans leur intégralité de manière à respecter l'expression des sujets. Puis le verbatim a été exploité par l'intermédiaire d'une analyse de contenu thématique réalisée manuellement afin d'obtenir plusieurs définitions. L'ensemble des définitions ont ensuite pu être analysées et regroupées afin de pouvoir répondre à la question posée. Cette analyse a été effectuée également par le directeur de thèse permettant de garantir une triangulation entre les différents investigateurs. Enfin l'ensemble des données ont pu être regroupées sous la forme de tableaux de codage (ou tableaux d'analyse).

3. Résultats :

3.1 Description des groupes et des entretiens :

L'échantillonnage en « variation maximum » nous a permis d'obtenir quatre groupes de cinq médecins. L'ensemble de ces vingt médecins qui constituent notre échantillon ont été regroupés dans un tableau (tableau 2). Certains médecins contactés par téléphone

avaient refusé de participer à l'étude soit par désintérêt soit par manque de temps. Chaque entretien a duré en moyenne vingt minutes, avec un minimum de quinze minutes et un maximum de trente minutes. La saturation des données a bien été atteinte à partir du dix-huitième entretien et confirmée par les deux derniers. Au total notre échantillon est composé de dix hommes et dix femmes et la moyenne d'âge est de quarante-sept ans.

Tableau 2 :

MEDECIN	SEXE	AGE	ACTIVITE	MODE D'EXERCICE	NOMBRE D'ACTES QUOTIDIENS	DEPARTEMENT
1	F	56	Rurale	Seul	15-20	55
2	M	59	Urbaine	Seul	35-40	55
3	F	31	Rurale	Groupe	25-30	55
4	M	45	Semi-urbaine	Groupe	20-25	55
5	M	42	Urbaine	Seul	30-35	55
6	F	37	Semi-urbaine	Groupe	25-30	88
7	M	60	Rurale	Groupe	25	88
8	F	40	Rurale	Seul	25	88
9	M	55	Urbaine	Groupe	20-25	88
10	F	59	Urbaine	Seul	15-20	88
11	M	32	Rurale	Seul	20	54
12	M	48	Urbaine	Groupe	30	54
13	F	31	Urbaine	Groupe	20	54
14	F	35	Semi-urbaine	Seul	25	54
15	M	52	Semi-urbaine	Groupe	30	54
16	F	58	Semi-urbaine	Groupe	30	57
17	F	53	Urbaine	Seul	25	57
18	M	59	Urbaine	Seul	30-35	57
19	M	58	Rurale	Seul	30-35	57
20	F	32	Rurale	Groupe	25	57

3.2 Représentation des cotations CCAM :

L'étude a montré des comportements bien différents concernant cette nomenclature avec des médecins favorables « *j'utilise la cotation parce qu'il est important de valoriser notre métier* »(M7), mais d'autres beaucoup moins enthousiastes « *franchement, faire des actes techniques ça vaut pas le coup* »(M2). Cette divergence d'opinion a permis d'identifier les avantages et les inconvénients qu'elle comporte.

3.2.1 Des médecins satisfaits de la nomenclature :

Une valorisation de la spécialité médecins générale

Pour certains médecins, la nomenclature était importante. Elle leur permettait d'avoir une activité plus diversifiée. Ils pouvaient prendre le temps de faire des actes techniques ou des consultations plus longues « *on peut aussi faire du chiffre en faisant des actes valorisés, et puis en prenant le temps de les voir dans leur globalité, plutôt que de les envoyer sans cesse à droite à gauche* »(M10). Ainsi leur pratique était plus intéressante, plus valorisante pour eux « *c'est certain que l'idée d'en voir moins et de les voir mieux et de répercuter le manque à gagner en cotant ce qu'on a réellement fait c'est une excellente idée* »(M10), au lieu de multiplier des consultations chaque jour « *J'utilise la nomenclature parce que c'est ça qui permet de valoriser notre métier. Sinon, faire quarante actes par jour à débiter de l'acte comme ça à 23 tous les jours, c'est pas très valorisant pour nous* »(M7), « *ça va vers une médecine plus superficielle, plus expéditive, moins valorisante* »(M7). Ils insistaient sur la nécessité de valoriser les actes effectués, afin de reconsidérer la médecine générale comme les autres spécialités, « *je trouve que c'est bien, aussi parce que ça valorise à fond la médecine générale et ça montre qu'on sait et qu'on peut faire un max de trucs dans notre métier* »(M11), « *je pense qu'il faut absolument commencer à évaluer nos actes au juste prix. Et c'est comme ça qu'on valorise notre métier* »(M16).

Une revalorisation financière

Les médecins pouvaient prendre le temps de réaliser des actes techniques. En effet la cotation leur permettait de revaloriser financièrement ces actes et de compenser ainsi la perte de temps « *Pour une fois c'est une petite revalorisation du temps qu'on passe, à faire autre chose que ce qu'on fait d'habitude quoi* »(M10). L'utilisation de la nomenclature

représentait des sommes importantes pour beaucoup de médecins « *C'est sûr qu'après sur le mois ça fait une bonne différence* »(M13), « *Et c'est vrai qu'il y a des choses que je cote pas du tout. Et je vois que ça fait des grosses différences sur les journées* »(M6). Certaines cotations étaient très bien rémunérées « *parfois ça vaut le coup quand même, la majoration de sortie d'hôpital je crois que c'est coté 56 euros* »(M14).

Aucun complexe à coter

Les médecins intéressés par la nomenclature étaient tous formels : eux n'étaient pas gênés de pratiquer des tarifs majorés. Ils estimaient normal que les actes réalisés soient rémunérés au vu du temps passé « *Si on fait une cotation dépression par exemple, ça dure quand même vingt minutes, pour faire un truc comme ça en plus de la consultation. C'est normal que ça soit coté, c'est normal que ça soit valorisé* »(M7), surtout en appliquant des tarifs conventionnés « *cette cotation, elle rentre dans un cadre conventionnel avec un remboursement de l'acte, donc ça ne me gêne pas de l'utiliser* »(M16). Certains trouvaient ces majorations dérisoires face à celles des spécialistes d'organes « *Mais j'espère pas que les médecins aient des scrupules à utiliser des cotations en plus, parce que quand on voit les cotations de nos confrères spécialistes d'organes, je veux dire il y a un tel fossé que c'est pas le fait de payer 10 euros de plus chez le généraliste quand on a l'ECG, par rapport à payer 120 euros quand on va chez le cardiologue, voilà je pense pas qu'il faut hésiter* »(M3).

Ils déclaraient ne pas rencontrer de difficultés avec la CPAM « *avec la CPAM, honnêtement avec la télétransmission on n'a quand même pas trop de soucis* »(M8), « *Moi j'ai jamais eu de soucis en tout cas* »(M10), ni avec le remboursement de leurs patients « *Et mes patients ne m'ont jamais dit non plus qu'ils n'avaient pas eu leur remboursement de mutuelle ou autre, donc pas de soucis* »(M6).

3.2.2 De nombreux freins à la cotation :

Une nomenclature trop complexe

La complexité du système, constituant le frein majeur, a été évoqué par l'ensemble des médecins « *Je pense que le problème c'est la complexité, de cette nomenclature, essentiellement. C'est relativement compliqué de l'utiliser* »(M9). Elle apparaissait comme compliquée à tous points de vue « *elle est trop grosse la cotation. Il y en a trop* »(M6). Les

codes correspondant aux actes étaient aussi trop alambiqués « *C'est vrai que, (soupir), entre tous les K machins, K bidule, on s'y perd complètement* »(M9), rendant difficile son utilisation en pratique « *Et puis avec les codes, il faut avoir le papier sous les yeux parce que c'est inretenant* »(M10), « *l'électro, DEPQ, rien que ça tiens, je veux dire ça peut pas s'appeler ECG ?* »(M3).

Les critères autorisant l'utilisation des majorations n'étaient pas plus simples « *tout ça est tellement compliqué dans les critères, c'est comme la MSH (Majoration suite hospitalisation), t'as un délai et c'est pour l'insuffisance cardiaque ou je sais pas quoi. Donc en fait en pratique voilà, tu le fais pas* »(M6). Et la superposition de deux systèmes n'arrangeait pas les choses « *on est quand même avec une cotation particulièrement complexe quoi. Avec CCAM et NGAP qui s'empilent* »(M4). La complexité de la nomenclature était le frein majeur à son appropriation, mais d'autres freins étaient exposés par les médecins.

Un manque de temps

Les médecins déclaraient tous manquer de temps. Incompatible avec la complexité de la nomenclature dont l'utilisation était chronophage « *Ca prendrait trop de temps de bien faire les feuilles de soins, de calculer* »(M1), « *Il est évident que les médecins ne cotent pas par manque de temps* »(M2). Son application nécessitait une recherche systématique afin de trouver le bon code pour le bon acte « *si il faut à chaque fois rebidouiller dans ses fiches pour retrouver le code qu'on connaît pas par cœur, pour le retrouver et le coter, non je pense qu'on fait pas* »(M20). La plupart préféraient abandonner leur recherche « *au moment où il faut payer, on a plus envie de partir pour aller voir le patient suivant que de rechercher une cotation* »(M19), quitte à gagner moins plutôt que perdre du temps avec la nomenclature « *Si c'est pour passer mon temps sur la nomenclature je préfère simplifier, et gagner un peu moins* »(M9). D'ailleurs, pour la majorité elle valorisait trop peu les actes « *des fois honnêtement on sait que c'est une cotation qui va nous rapporter 5 euros de plus, donc des fois pour pas perdre de temps on fait 23 et voilà* »(M12). D'autres réalisaient les actes techniques, mais sans les coter « *Déjà qu'une suture c'est long, je vais pas perdre cinq minutes de plus pour trouver une cotation pour, je sais pas je dirais dix euros de plus, sur lequel en plus il va me rester moins de 5 euros. Donc je me dis allez hop, c'est vite réglé* »(M5).

Beaucoup de médecins expliquaient leur manque de temps par l'accroissement de la patientèle « *La demande est là il faut aller vite* »(M9), « *Le problème c'est qu'on a de plus en plus de mal à refuser des patients donc on est obligé toujours de monter en puissance, même si on veut se limiter, on est obligé quand même d'en voir plus* »(M9). Ils ne pouvaient pas prendre du temps avec chaque patient « *la salle d'attente ne se videra pas toute seule* »(M4). Pouvoir réaliser des actes techniques nécessitait un mode d'exercice particulier « *seul, franchement je n'ai pas le temps de m'occuper de ça, de la cotation* »(M2), ou un planning adapté « *Les médecins qui cotent voient moins de patient que les autres* »(M4). Les médecins ruraux évoquaient une mise en place plus difficile « *Ici on voit quarante patients par jour, c'est pas parce qu'on a envie d'avoir un gros chiffre à la fin, mais c'est parce qu'on n'a pas le choix* »(M8).

Une charge administrative majorée

Les médecins s'accordaient sur une charge administrative trop importante « *Je pense que le gros problème c'est la complexité administrative de notre métier, c'est surtout ça* »(M9), et l'utilisation de la grille aggravait la situation « *On augmente la charge de travail, et encore si c'était de la charge de soins on l'accepterait volontiers, mais cette lourdeur administrative, c'est elle qui nous prend la tête* »(M9), « *Donc après je pense que c'est tout le côté paperasse, perte de temps qui nous embête quoi* »(M13). En cas d'erreur, les caisses ne leurs simplifiaient pas la tâche « *si on le fait pas comme il faut ça nous reviens, avec encore un ennui de plus, de paperasse* »(M10).

Une crainte du regard du patient

Beaucoup de médecins étaient gênés d'annoncer un tarif supérieur à leur patient « *Et en plus moi ça me gênerait, demander plus aux gens, ça me gênerait* »(M15), de peur de venir perturber la relation privilégiée établie avec leur patientèle « *Peut-être parce que ça gêne la relation médecin patient, peut-être. C'est à dire qu'en fait on est obligé de raisonner en combien ça va coûter, qu'est-ce que je vais leur demander, ça perturbe la relation entre le patient et le médecin, enfin moi ça me gêne* »(M19), « *mais bon ça peut vraiment permettre une consultation de parler de tarifs, donc voilà* »(M14).

Certains médecins craignaient avoir l'image d'un profiteur « *je voudrais pas que le patient il ait l'impression que je lui fasse payer des trucs en plus* »(M5) et ainsi de perdre leur

patient « *il faut pas l'oublier, on est dans un monde libéral, dans une relation de commerce, clairement, donc si tu les froisses* »(M11), « *ça peut être très mal perçu, parce que tu es petit médecin généraliste de campagne, ça peut être très mal perçu de vouloir gagner encore plus, clairement* »(M11).

D'ailleurs la plupart des médecins utilisant cette nomenclature, faisaient un tiers payant presque systématiquement sur la partie sécurité sociale pour éviter de devoir justifier un tarif plus élevé « *en revanche je fais souvent un tiers payant parce que je trouve que oui certaines sutures sont quand même chères et ça peut être difficilement perçu* »(M6).

Un manque de connaissance et de formation

Il a été rapidement mis en évidence, y compris chez les médecins utilisant cette classification, un manque évident de connaissance des cotations « *les médecins ne cotent pas par manque de connaissance de la nomenclature* »(M2). Le manque de formation à la cotation était mis en exergue « *les médecins ne cotent pas par manque de formation et d'informations* »(M2), au cours de leurs études « *finalement je ne crois pas avoir eu pendant l'internat de formation spécifique là-dessus* », « *c'est vrai que pendant mes études j'ai pas eu vraiment cette notion-là* »(M20), mais aussi lors de leurs installations « *Je n'ai eu aucune relance de formation* »(M4), « *on n'a aucune formation, rien du tout, ni par la sécu, ni rien du tout* »(M6). Les syndicats étaient les seules sources d'information de la nomenclature auprès des médecins généralistes « *Au cabinet depuis que je suis installé, uniquement par l'intermédiaire des syndicats, des plaquettes sur la cotation des actes en médecine générale classique* »(M11). Tous soulignaient également un manque de communication, notamment de la part des CPAM « *j'ai jamais rien vu passer de la caisse par exemple* »(M11).

Un manque d'intérêt des médecins

Un manque d'intérêt pour la nomenclature était mis en évidence au cours de ma plupart des entretiens « *Mais après c'est aussi de notre faute, parce que les informations on ne va pas les chercher non plus* »(M16), « *je pense qu'elle était peut être au niveau de la convention mais je dois avouer que je l'ai pas lu* »(M17). Ceux connaissant la nomenclature déclaraient oublier de l'utiliser « *Mais en fait c'est parce que personne n'y pense, c'est aussi con que ça hein* »(M19).

On retrouvait aussi une difficulté à changer ses habitudes « *j'ai toujours fonctionné comme ça donc je ne vais pas changer maintenant* »(M1), « *C'est vrai que les habitudes sont parfois difficiles à faire changer* »(M7), notamment chez les plus anciens « *je sais pas si ça fonctionnerait. En tout cas plus pour des anciens comme moi* »(M1).

Des logiciels trop complexes

Concernant les logiciels les avis divergeaient : d'une part les médecins cotant et ayant l'habitude du support « *tout compte fait quand on recherche une cotation un peu particulière sur le logiciel, finalement ça sort très vite quoi* »(M4), d'autres manquant de connaissance de leur outil « *Le dernier frein serait peut-être le logiciel, de bien le maîtriser* »(M5). Globalement les logiciels paraissaient ne pas être optimisés pour la médecine générale car les cotations sont noyées parmi celles des autres spécialités « *Et en plus nos logiciels nous donnent même des cotations de spécialistes, t'as tout en vrac, tu sais pas ce que toi t'as le droit de coter* »(M6). Certains actes posaient souvent problème, comme le frottis « *pour coter le frottis c'est galère* »(M14).

Une CPAM sanctionnant

La crainte des rejets de la CPAM et de ne pas être payé constituait aussi un frein à l'utilisation de la nomenclature « *Oui c'est vrai j'ai l'appréhension. Ça m'arrive de me dire est-ce que je vais être payé* »(M11), « *Une deuxième raison pour laquelle des fois j'utilise pas c'est que si on fait une erreur on n'est pas payé du tout* »(M12). Parfois il fallait rembourser le patient « *devoir rembourser secondairement notre patient, je pense que par simplification on hésite à utiliser finalement telle ou telle cotation quoi* »(M4). Les médecins généralistes avaient une image de la caisse contrôleur, ou mauvais payeur « *De toutes façon ils trouveront toujours quelque chose pour ne pas nous payer, ils chercheront toujours quelque chose qui a été mal coté* »(M1).

3.2.3 Concernant l'avenir :

Un désir de simplification

Face à cette nomenclature alambiquée, le maître mot était : le désir de simplification « *Oui il faudrait faire un truc simplifié, voilà, pour moins chercher* »(M6), « *Je crois que le premier problème c'est la simplification* »(M9), y compris au niveau des logiciels

« Enfin il y a moyen de s'embêter et de perdre un temps fou pour trouver la bonne cotation dans les logiciels »(M13). Les cotations étaient trop nombreuses « Mais c'est vrai que je trouve que c'est un peu trop compliqué quoi. Il y aurait trois ou quatre cas de figure qui seraient côtés de la même façon ça serait plus simple »(M13).

Les propositions des médecins

Des avis divergents, avec comme fil conducteur un système de cotation plus facile, plus adapté à la pratique. La première idée était d'augmenter la valeur de la consultation « je pense que le plus simple ça serait d'augmenter le C et d'arrêter avec les cotations du genre C, CA, CMNO et machin, mais augmenter la valeur du C »(M11), « mettre une consultation de base suffisamment élevée pour qu'on ait pas à mettre en permanence des choses à côté quoi »(M17), « Il vaudrait mieux une revalorisation globale des lettres clés, plutôt que de nous mettre des petits rajouts sur des formes particulières d'actes »(M2). Certains proposaient : une évolution de la rémunération vers une capitation « pourquoi pas rémunérer le médecin carrément au nombre de patients inscrits »(M2), une valorisation de la consultation selon sa durée « Est-ce qu'il faut coter le temps passé ? Pourquoi pas, facturer au temps »(M19). D'autres souhaitaient être rémunérés en fonction de la pathologie des patients « En fait que vous fassiez le diagnostic d'une angine ou d'une rhinopharyngite ou d'un cancer pulmonaire vous êtes payé la même chose. Et j'ai toujours pensé que quelque part c'était quelque chose d'un peu injuste, en terme de raisonnement intellectuel »(M2), « Et une consultation pour une chose bénigne pourrait rester à des prix moins importants et une consultation qui au contraire va durer une demi-heure ou trois quarts d'heure être mieux cotée »(M16).

Des médecins étaient attachés à la cotation actuelle, espérant une simplification du système « qu'ils fassent une cotation spécifique médecine générale, et qu'on n'ait pas à chaque fois qu'on cherche un truc toutes les cotations des spécialistes avec, parce que c'est noyé dedans »(M12). En revanche des médecins y étaient totalement opposés « faire une liste, ben j'ai fait tant et vous me devez tant, non, je veux dire c'est un service global quoi, tu soignes les gens, tu les soignes globalement, c'est un métier de service hein »(M11), considérant la lettre C comme un point d'équilibre entre des consultations parfois simples et d'autres plus complexes « Et puis il y a des consultations qui sont longues d'autres courtes donc ça fait une moyenne »(M1).

Le tiers-payant-généralisé (TPG)

« *Tiers-payant-généralisé obligatoire, non c'est pas ce qu'il fallait faire* »(M2). Pour beaucoup, ce décret n'était pas une bonne idée. Ils décrivaient un système inflationniste risquant d'aggraver l'affluence de patients au cabinet « *les gens vont venir facilement parce qu'alors on dit que non mais bon on le voit bien avec les CMU, ils viennent quand même consulter facilement pour des choses inutiles, et le tiers payant va encore nous surcharger de ce côté-là* »(M9). Le TPG ne les encourageait pas à utiliser la nomenclature « *Ça sera peut être d'autant plus compliqué et chronophage qu'on prendra peut-être encore moins le temps de chercher* »(M3). Dans un souci de valorisation de la profession et de qualité des soins apportés, les médecins souhaitaient à l'inverse sensibiliser les patients au coût de la consultation « *il faut certainement aussi maintenant avoir un peu plus de courage politique et faire payer ne serait-ce que 5 euros à tous les patients. Je pense que ça les sensibiliserait et on les verrait moins souvent et pour des choses utiles* »(M9).

Le TPG risquait aussi d'entraîner des abus du côté des médecins généralistes. Ils expliquaient pouvoir compter un C, là où auparavant ils réalisaient un acte gratuit « *En tiers payant généralisé on cotera le moindre truc, donc le nombre de C va aussi s'envoler* »(M11), « *Ceux qui viennent pour des trucs rapides ou parfois on fait pas payer, là déjà je pense que tout va être coté* »(M11).

Le seul avantage rapporté était la disparition du rapport d'argent entre le médecin et son patient « *si un tiers payant existait réellement peut-être qu'un peu moins de relation avec l'argent ce serait différent* », pouvant inciter les médecins utiliser davantage la cotation « *ben là je pourrais coter sans soucis de faire tiquer les gens, ou d'avoir à me justifier à chaque consultation, chaque jour toute la semaine quoi. Donc je le ferai beaucoup plus facilement* »(M14).

La nouvelle convention

Cette solution de créer quatre niveaux de consultation a été évoquée au cours de notre étude et recevait l'approbation des médecins interrogés « *effectivement en fonction de la consultation des tarifs différentiels seraient intéressants. Et le système à quatre niveaux je pense que ce serait plus simple, ça serait plus simple que les cotations* »(M16), y compris des médecins n'utilisant pas la nomenclature « *par rapport à mon mode de fonctionnement,*

à moi, je pense que ça serait mieux pour moi, parce que je cote pas du tout les actes. Et peut-être qu'en effet moi j'y trouverai mon compte »(M5). Des réserves de la part de certains praticiens furent aussi évoquées « Mais ça va être encore faire appel à des critères précis et ça va être encore bien compliqué »(M19), en pointant un risque d'abus «Bon après pour la sécu, je trouve que les, les dérives elles sont plus faciles quoi, avec un système comme ça »(M14).

3.2.4 Les patients face à la nomenclature :

Des patients compréhensifs

La réaction des patients était en effet plutôt positive et ils comprenaient l'utilisation de tarifs différents par leur médecin « ils ne réagissent pas d'une façon négative, bien au contraire, ils le comprennent »(M7), si une explication leur était fournie « en leurs disant pourquoi c'est plus cher il n'y a aucun problème »(M20), « ils comprennent très bien, en expliquant que c'est pas une tarification habituelle parce qu'on a fait des choses supplémentaires, et que c'est coté spécifiquement »(M4). Ils n'apparaissaient pas être désappointés par des actes majorés « mes patients, je leur dis que c'est plus cher à cause du frottis et j'ai jamais eu de remarques négatives »(M13), et au contraire s'attendaient même souvent à payer plus cher lors de la réalisation d'un acte technique « Quand on fait un acte technique ils s'attendent à une tarification un petit peu différente »(M4). Certains patients constataient l'absence de revalorisation de la consultation chez leur médecin « Ils trouvent plutôt qu'on n'est pas assez payé sur les C. Globalement tous les patients estiment que c'est pas assez, depuis dix ans, donc ça les interpelle pas plus que ça »(M6). Quelques médecins soulignaient aussi la capacité d'adaptation de leur patientèle « Mais vous savez les patients s'adaptent, c'est extraordinaire de voir à quel point les patients s'adaptent à partir du moment où on leur explique le bien fondé d'un changement »(M7). Les patients les moins convaincus lors de l'annonce estompaient leurs doutes au moment du remboursement « Au début ils doutent un peu, ils se demandent si on les arnaque, et puis quand ils voient qu'ils sont remboursés ça va ils disent plus rien »(M11).

Des patients moins convaincus

Quelques patients, eux, ne comprenaient pas ce mode de fonctionnement. Certains ne souhaitaient pas consacrer plus de temps à la consultation « on a des patients qui ne

comprennent pas que l'on n'aille pas vite »(M4), « il y a des gens qui veulent pas trop qu'on les embête. Le frottis, les femmes elles foncent pas pour le faire »(M10). Pour d'autres l'incompréhension était liée à l'argent « la dernière fois quand j'ai demandé un peu plus, ben voilà ça a tiqué, du genre voilà c'est à cause de vous que le trou de la sécurité sociale se creuse »(M13). Pour des patients, un acte en médecine générale devait toujours être un C à 23 euros peu importe la prestation « Ça les choque pas que par exemple, que le cardio demande 150 euros parce qu'il a fait une écho, un doppler et voilà. Mais nous, dès qu'on sort des 23 euros, ça les interpelle. Pour eux le généraliste quoiqu'il fasse c'est 23 »(M6).

Représentations de la nomenclature par les médecins généralistes
Avantages
<ul style="list-style-type: none"> Une valorisation de la spécialité médecine générale Une valorisation intellectuelle de sa pratique Une activité diversifiée Une revalorisation financière
Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> 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

4. Discussion :

4.1 Une évolution des financements :

Notre étude intervient au cœur d'un changement des modes de rémunération des médecins généralistes, une nouvelle convention venant d'être signée en août 2016. Elle constitue à nouveau une évolution dans le mode de rémunération des médecins. Elle leur apporte une revalorisation financière et introduit de nouveaux systèmes. Par exemple, de nouveaux forfaits, ou la constitution de plusieurs niveaux de rémunérations en fonction de la complexité de la consultation (12). Elle s'inscrit dans la continuité du système actuel, à savoir un système mixte dominé par le paiement à l'acte (87,7% des médecins généralistes en 2013(13)), associant d'autres modes de rémunération comme les forfaits ou le paiement à la performance (4).

Concernant le paiement à l'acte, les études montrent l'efficacité du système pour répondre à la faiblesse de l'offre de soins, pour favoriser la qualité des soins apportés (14), mais présentant un risque de surproduction de soins (demande induite) et d'augmentation des dépenses de santé (15). Une revue de la littérature internationale présente ce mode de rémunération comme performant sur la médecine curative et non sur la prévention (16), mais plébiscité par les patients porteurs de maladies chroniques (17). Les autres systèmes utilisés à l'étranger ne sont pas non plus exempts de critiques : la capitation n'incite pas à la multiplication des actes, ni à procurer aux patients des soins de qualité, et les médecins diminuent leur nombre de consultations en augmentant leur durée. Le salariat majore encore plus ce constat (18). Tout système unique n'est donc jamais parfait. Afin de pouvoir garantir des objectifs de qualité et de quantité de soins, la plupart des pays utilisent des régimes mixtes (6) : capitation et paiement à l'acte au Danemark, aux Pays-Bas et en Allemagne, salariat et paiement à l'acte aux États-Unis, capitation et salariat en Espagne. Le paiement à l'acte étant majoritairement utilisé dans les pays où les médecins exercent seuls. Les pays s'organisant en cabinets de groupes ou maison de santé, utilisent la capitation (6).

Concernant la diversification des modes de rémunération, la France suit une dynamique internationale : les plus utilisés sont les paiements à la performance, initiés au Royaume-Unis en 1999 et en France depuis 2009 sous forme de CAPI, puis de ROSP (19).

Leur objectif est d'optimiser encore la qualité des soins en incitant financièrement les médecins à remplir des objectifs de santé publique. De plus en plus de médecins adhèrent à ces nouveaux systèmes (19).

La diversification des modes de rémunération est donc une étape incontournable, vers laquelle la France, comme les autres pays, s'oriente de plus en plus sous l'effet de différents facteurs : la crise démographique, les évolutions des modes d'exercice et aussi les désirs des jeunes médecins. Une étude réalisée entre 2007 et 2009 sur 1717 médecins dans cinq régions de France concluait que environ 60% des médecins étaient satisfaits de leurs modes de rémunération, mais que environ 60% aussi étaient favorables à faire évoluer une partie de leur rémunération vers d'autres systèmes (7). Cette tendance s'est confirmée depuis par la forfaitisation de certaines tâches et des paiements à la performance en constante augmentation (7). On pouvait donc s'attendre à un avis favorable de la part des médecins concernant l'utilisation de la grille de cotation CCAM.

Cependant, les entretiens réalisés dans notre étude ont montré des médecins généralistes n'utilisant que très peu cette cotation CCAM, bien qu'elle constitue un système de revalorisation financière et de diversification des pratiques (4).

Certains médecins interrogés faisaient part de leur satisfaction et soulignaient son importance afin d'avoir une pratique diversifiée, permettant de valoriser la médecine générale en tant que spécialité. Mais la grande majorité n'était pas satisfaite de cette nomenclature.

4.2 Une nomenclature complexe inadaptée aux soins primaires :

Les réticences des médecins concernent en premier lieu la complexité de la nomenclature. Les actes utilisés en médecine générale ne sont pas individualisés, mais noyés parmi ceux des autres spécialités, rendant son utilisation chronophage. La CCAM est donc beaucoup trop importante et nécessite une recherche de codes spécifiques par l'intermédiaire de logiciels, alors qu'une recherche par mots clés faciliterait son utilisation. Par exemple, la cotation d'un électrocardiogramme nécessite l'application du code DEQPOO3. Ce mode de fonctionnement n'est pas adapté à la pratique quotidienne.

Le temps est une denrée devenue rare en médecine générale. Les médecins interrogés refusaient de le consacrer à une charge administrative supplémentaire. La crise démographique (moins 8% entre 2007 et 2016 d'après le comité nationale de l'ordre des médecins) (20), le vieillissement de la population avec l'émergence des maladies chroniques, entraînent une augmentation de la charge de travail en soins primaires. Peu d'aides humaines et financières existent pour décharger les médecins de ces tâches administratives (21). Ce constat est plus important dans les zones sous dotés en médecins (zone rurale ou périurbaine), où ils avouaient ne pas avoir le temps de coter, ni de réaliser des actes techniques. On peut alors avancer cette hypothèse : l'utilisation de la cotation, et donc la réalisation des actes techniques, nécessite une organisation particulière.

L'évolution actuelle va vers le regroupement en cabinets de groupe ou en maisons de santé pluri-professionnelles (22), et permettra de faciliter la diversification des pratiques : partage des frais de matériel, allègement des tâches administratives par un secrétariat. Cependant ces modes de fonctionnement entraînent des charges financières et les organismes doivent prendre en considération cette évolution car nous assistons à un transfert de tâches (traitements des feuilles par voie électronique) vers les professionnels de santé. Dans les autres pays de l'OCDE, les maisons de santé fonctionnent le plus souvent sur un système de capitation. Le paiement à l'acte en France est-il en voie de raréfaction ?

4.3 Un manque de formation :

Les entretiens ont révélé un manque de connaissance et une confusion des cotations de la part des médecins. Ils se sentent peu concernés par la CCAM par manque d'appropriation et aucune formation de la part des organismes ne leur est fournie. Ils suivent également trop peu les sessions organisées par les éditeurs de logiciels. Il est donc important, comme prévu dans la nouvelle convention, de renforcer la formation des médecins vis-à-vis de la nomenclature, par l'intermédiaire des délégués de l'assurance maladie (DAM). Ces rencontres permettraient aussi de lever les craintes d'erreur ou de sanction en cas de cotation erronée.

Il existe également un manque d'intérêt de la part des médecins, préférant consacrer leur temps aux soins plutôt qu'à la cotation (23). L'intérêt financier n'est pas primordial mais

les médecins généralistes attendent des revalorisations en rapport avec leurs nouvelles tâches.

4.4 La cotation perturbe la relation médecin-patient :

Un autre frein majeur était la nécessité de devoir annoncer un tarif majoré à son patient. L'argent reste un tabou dans la relation médecin-patient, surtout dans la spécialité de médecine générale. Ils craignaient de voir se dégrader la relation qu'ils avaient établie avec lui. La relation médecins-patient est un des fondements de la médecine générale. Certaines études ont d'ailleurs montré que la qualité de la relation entre le médecin et ses malades influe directement sur le résultat de la consultation (24).

Certains ne pouvaient pas imaginer demander plus que 23 euros à leur patient. Leur proximité avec le patient, la connaissance de leur milieu social, influent sur la décision de coter. La pathologie qu'ils présentent joue également un rôle : il semble plus difficile de demander un acte majoré à la fin d'une consultation « dépression », ou dans des situations difficiles sur le plan de la santé ou social.

En demandant un tarif majoré, ils craignaient aussi de perdre leur patient et ainsi perdre de l'argent. La médecine générale reste une activité libérale dans laquelle le patient est libre de choisir son médecin traitant et d'en changer à tout moment.

Afin d'éviter cette annonce délicate, la plupart utilisaient le tiers payant. Une autre solution serait une information des patients par l'assurance maladie, en amont, afin de pouvoir déculpabiliser les médecins.

Les entretiens ont également révélés une différence générationnelle : les médecins en fin de carrière éprouvent des difficultés et souvent ne souhaitent pas changer leurs habitudes. La nouvelle génération semble être davantage prête à diversifier ses pratiques.

4.5 L'avenir avec la nouvelle convention :

Concernant les solutions proposées par les médecins, le désir de simplification fait l'unanimité. De nombreuses idées ont été évoquées et les médecins souhaitent tous une revalorisation des actes, mais par un système beaucoup plus simple que la CCAM.

Le TPG, lui, n'a pas semblé être une solution qui leur convenait. Même si beaucoup lui trouvent l'avantage de supprimer la notion d'argent entre le médecin et son patient, ils le considèrent comme un système inflationniste. Les patients risquent de consulter encore plus, et certains médecins pourraient bien ne plus réaliser d'actes gratuits. Il risque d'entraîner une autre forme de demande induite.

Concernant l'actualité, la nouvelle convention d'août 2016 prévoit, entre autres, quatre niveaux de consultations pour les médecins généralistes, en fonction de la complexité des consultations (4). Ces derniers y sont favorables, estimant injuste d'être rémunérés de la même façon pour des consultations différentes en termes de contenu et de temps passé, mais à condition de mettre en place un système simple et adapté à leur pratique. Or, ces quatre niveaux viennent s'ajouter à la CCAM et les médecins ne sont pas convaincus qu'ils s'agissent d'une simplification de leur mode de rémunération.

Au moment de l'étude, la plupart des médecins n'étaient pas informés de cette proposition. La communication autour de ce nouveau schéma conventionnel risque d'être à nouveau insuffisante et conduire à une absence d'utilisation par les médecins. Une campagne d'information auprès des patients et une formation adéquate devront être mise en place par les organismes sociaux. Certains médecins se posent la question du contrôle de la part des caisses. Comment surveiller ? Qui va surveiller ? Faudra-t-il justifier chaque utilisation ? Il reste beaucoup d'incertitudes dans le cadre de cette nouvelle convention avec de nombreux volets en cours de négociations.

Cette étude a présenté des limites car la réalisation du guide d'entretien et les entretiens ont été dirigés par le thésard lui-même. Ceci a pu influencer les réponses des participants et créer un biais d'investigation. S'agissant d'une étude qualitative sur les comportements, il existe un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites (25). La proposition des quatre niveaux de consultation est apparue au cours de l'étude, nous amenant à modifier le guide d'entretien. Ainsi seulement dix médecins ont pu répondre à cette question.

Cette étude est une des rares évaluations, en France, du comportement des médecins généralistes sur cette cotation CCAM.

5. Conclusion :

Cette étude aura permis de confirmer notre hypothèse de départ : les médecins généralistes utilisent très peu la grille de cotation CCAM. Même si elle permet de valoriser la médecine générale et de diversifier les pratiques, son utilisation reste, aux yeux de la plupart des médecins beaucoup trop compliquée et les freins à son utilisation sont beaucoup trop importants. Les médecins généralistes sont pour une diversification de leurs modes de rémunération, mais à condition que ce soit adapté à leur pratique.

Nous sommes donc en pleine révolution des modes de rémunération des médecins généralistes en France comme ailleurs. L'organisation des soins évolue. La population vieillit, les pathologies se chronicisent. Le médecin généraliste ne se contente plus de soigner des pathologies aiguës. C'est un acteur du dépistage, de l'éducation thérapeutique et de l'éducation à la santé. Les modes de rémunération doivent donc répondre aux différentes missions du médecin généraliste. Il est important de les diversifier et de pouvoir les adapter.

La nouvelle convention de 2016 leur apporte de nouvelles propositions, mais comporte également de nombreuses incertitudes (4). S'agit-il de la simplification qu'ils attendent ?

L'évolution actuelle des médecins généralistes (surtout les plus jeunes) tend vers un exercice en maison de santé pluri-professionnelle ou en cabinets de groupes (22). Ces structures à l'étranger fonctionnent sur la base de la capitation (6). Est-ce la fin du paiement à l'acte en France ?

Bibliographie :

1. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés Sur Léconomie. 24 avr 2009;(5):144-58.
2. Barlet M, Marbot C. Portait des professionnels de santé. DREES Santé. févr 2016;
3. Véronique S. Historique des conventions médicales. nov 2016;
4. Classification commune des actes médicaux. Bull Off Bull Spéciaux N° 20061 Bis Vol II 20073bis.
5. Dormont B. Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? Trib Santé. 29 oct 2013;(40):53-61.
6. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Trib Santé. 29 oct 2013;(40):45-52.
7. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? Rev Fr Aff Soc. 16 déc 2011;(2-3):123-55.
8. ameli.fr - Activité et prescriptions des médecins généralistes [Internet]. [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/activite-et-prescriptions/prescriptions-des-medecins.php>
9. Deloffre B. La CCAM : Pourquoi et comment ? [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/ccam-pourquoi-comment>
10. Kivits. Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Armand Colin. 2016 [cité 30 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.armand-colin.com/les-recherches-qualitatives-en-sante-9782200611897>
11. « Le paiement à l'acte est à bout de souffle », pour les jeunes MG - Les Généralistes CSMF [Internet]. [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: http://www.lesgeneralistes-csmf.org/spip.php?page=imprimer_breve&id_breve=3220

12. Convention médicale : les principales mesures [Internet]. La Mutualité Française. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/convention-medecale-principales-mesures/>
13. Rémunération n'est pas gros mot [Internet]. ReAGJIR. [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/remuneration-des-medecins-generalistes/>
14. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Santé. 2003;
15. Dormont B, Samson A-L. Les effets multiformes du paiement à l'acte sur les revenus des généralistes. Les enseignements de quelques études économétriques pour la France. Rev Aff Soc. févr 2011;
16. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. Rev Économique. 55(5):901-22.
17. Chambaretaud S, Lequet-Slama D. Managed care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation. Rev Fr Aff Soc. (1):11-37.
18. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 1 nov 2009;(188):131-9.
19. Hacquin L, Ghersinick A, Robert-Tissot C. LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE, DEUX ANS APRES. Point Presse ' Assur Mal. 10 avr 2014;
20. Démographie médicale en France: hémorragie des généralistes, spécialistes en hausse [Internet]. La Parisienne. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/demographie-medecale-en-france-hemorragie-des-generalistes-specialistes-en-hausse-01-06-2016-5848867.php>
21. Continue FM. Une étude plonge dans l'emploi du temps des généralistes libéraux. [Internet]. FMC DINAN. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.fmcdinan.org/article-une-etude-plonge-dans-l-emploi-du-temps-des-generalistes-liberaux-101539948.html>
22. Baudier F, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. sept 2010;

23. Silva N da. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS. 3 juin 2013;(41):93-108.
24. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H. The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLOS ONE. 9 avr 2014;9(4):e94207.
25. Guide pour les revues numériques [Internet]. [cité 21 févr 2017]. Disponible sur: <http://revues.enssib.fr/titre/5usages/4qualitatives/1interets.htm>

III) CONCLUSION :

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer le comportement des médecins généralistes lorrains sur la grille de cotation des actes médicaux. Elle a permis d'identifier deux comportements bien distincts.

D'une part, des médecins généralistes (les moins nombreux) utilisant cette nomenclature et qui la considère comme le moyen de valoriser la médecine générale en tant que spécialité. Grâce à elle, ils peuvent avoir une activité diversifiée, intéressante et prendre le temps de réaliser des consultations variées.

D'autre part (le plus grand nombre) des médecins généralistes ne l'utilisant pas du tout ou très peu, rapportant un système bien trop compliqué constitué de codes spécifiques, inadaptés à leur pratique quotidienne, noyés parmi les cotations des autres spécialités. En effet, son utilisation leur fait perdre un temps de plus en plus précieux, notamment en raison d'une démographie médicale en baisse (32).

Cette étude a été réalisée au moment de la parution de la nouvelle convention en août 2016. Les propositions de cette convention confirment une tendance internationale : les profils et les préférences des médecins étant assez diversifiés et les objectifs recherchés multiples, les pays de l'OCDE sont de plus en plus nombreux à mettre en place des modes de rémunération complexes (11). Nous sommes donc en pleine révolution des modes de rémunération des médecins généralistes en France comme ailleurs. Cette nouvelle convention a proposé, entre autre, de mettre en place quatre niveaux de consultations pour les médecins généralistes en fonction de la complexité de la consultation (30). Ils y étaient favorables sous certaines conditions : qu'il s'agisse d'une simplification du système actuel, qu'ils bénéficient d'une meilleure formation que pour la CCAM, et que cela ne se transforme pas en « usines à gaz ». Cependant on peut se poser plusieurs questions : s'agit-il vraiment d'un système moins complexe ? N'est-ce pas la porte ouverte aux fraudes ? Qui va surveiller ? Comment va-t-on justifier telle ou telle consultation ? Comment les médecins vont ils y être formés ?

Concernant le TPG, la plupart le décrit comme un système inflationniste qui risque d'aggraver l'affluence des patients au cabinet, plutôt qu'une bonne solution à l'accès aux soins. Il risque également d'augmenter la demande induite par les médecins qui ne réaliseront plus d'actes gratuits, sans parler du risque d'impayés et de majoration de leur charge administrative.

D'après cette étude, la plupart des médecins ne sont donc pas favorables à l'utilisation de la grille CCAM qui leur semble encore une fois bien trop compliquée.

Faut-il les aider à l'utiliser avec plus de formation ? On leur a posé la question : pas sûr qu'ils coteront plus malgré tout. La nomenclature est trop complexe, trop chronophage.

La tendance actuelle va vers la prolifération des cabinets de groupes et maisons de santé pluri-professionnelles (33). L'exercice coordonné pourrait aider les médecins à diversifier leurs pratiques. Les comparaisons internationales ont montré que ces systèmes fonctionnaient sur la base de la capitation. Est-ce la fin du paiement à l'acte en France ?

L'organisation des soins évolue. La population vieillit, les pathologies se chronicisent. Le médecin généraliste ne se contente pas de soigner des pathologies aiguës. C'est un acteur du dépistage, de l'éducation thérapeutique et de l'éducation à la santé. Les modes de rémunération doivent donc répondre aux différentes missions du médecin généraliste. Il est important de les diversifier et de pouvoir les adapter.

Concernant l'avenir, la nouvelle convention apporte d'autres nouveautés comme un forfait structure pour aider les médecins généralistes dans leur organisation au cabinet. Elle apporte également un projet de formation à l'utilisation de la cotation ainsi que des logiciels, soit par les délégués de l'assurance maladie soit par les éditeurs eux-mêmes. Il serait intéressant de voir si les médecins coteront plus après cette formation, notamment chez les médecins en fin de carrière. De même qu'avec le tiers payant généralisé beaucoup de médecins pourraient se mettre à coter, ne se souciant plus du regard du patient.

Il serait aussi intéressant à l'avenir d'étudier si les médecins généralistes adhèrent à ces quatre niveaux de consultation, et quelles en seront les conséquences sur les dépenses de santé.

Enfin il faudra réévaluer la part du paiement à l'acte dans la rémunération des médecins généralistes à l'avenir puisqu'il semble qu'on se dirige vers une montée en puissance de la capitation et des forfaits.

Difficultés rencontrées

La première difficulté rencontrée a été de trouver des médecins qui acceptaient de prendre le temps de répondre à l'entretien. Le manque de temps y était déjà apparent. Mais finalement l'échantillon quand même a pu être constitué assez rapidement.

Les discussions entre l'assurance maladie et les syndicats des médecins généralistes précédents la parution de la nouvelle convention nous ont obligés à remanier notre guide d'entretien. De ce fait seulement une dizaine de médecins ont pu répondre à la question sur les quatre niveaux de consultation.

Apports personnels

D'un point de vue personnel, ce travail de thèse a été l'occasion de parfaire mes connaissances concernant cette nomenclature. J'ai pu découvrir la variété de consultations différentes que l'on peut effectuer au cabinet médical. Elle m'a également permis de recueillir les expériences de mes aînés et de découvrir des pratiques variées de la médecine générale. Ceci sera primordial dans le choix de ma pratique future. De même, l'étude des différents systèmes de soins a été l'occasion de mieux comprendre notre propre système de santé.

La rédaction d'un article scientifique m'a elle permis de progresser dans la mise en perspective des idées recueillies, dans une intention rédactionnelle. De découvrir la construction d'une enquête qualitative.

Le moment de la recherche dans la littérature a également été l'occasion d'améliorer ma connaissance des moteurs de recherche spécifiques et d'utiliser des outils de gestion des références bibliographiques.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Barlet M, Marbot C. Portait des professionnels de santé. [Internet] DREES Santé. [cité fev 2016];
2. Classification commune des actes médicaux. Bulletin Officiel. Bulletins Spéciaux N° 20061 Bis Vol II 20073bis.
3. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Santé. 2003;
4. Messein N. Modes et niveaux de rémunération des médecins généralistes : opinions des omnipraticiens et des patients lorrains [Travail de thèse]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
5. Cutler DM, Reber S. Paying for Health Insurance: The Tradeoff between Competition and Adverse Selection [Internet]. National Bureau of Economic Research; 1996 oct [cité 11 janv 2017]. Report No.: 5796. Disponible sur: <http://www.nber.org/papers/w5796>
6. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 1 nov 2009;(188):131-9.
7. Gerdtham U-G, Sjøgaard J, Andersson F, Jönsson B. An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries. J Health Econ. mai 1992;11(1):63-84.
8. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. Rev Économique. 55(5):901-22.
9. Beraud C. L'actualité médicale vue par le professeur Claude Béraud. 2014.
10. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? Rev Fr Aff Soc. 16 déc 2011;(2-3):123-55.
11. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Trib Santé. 29 oct 2013;(40):45-52.
12. Gerdtham UG, Jönsson B, MacFarlan M, Oxley H. The determinants of health expenditure in the OECD countries: a pooled data analysis. Dev Health Econ Public Policy. 1998;6:113-34.
13. Iversen T, Lurås H. The effect of capitation on GPs' referral decisions. Health Econ. avr 2000;9(3):199-210.

14. Gosden T, Williams J, Petchey R, Leese B, Sibbald B. Salaried contracts in UK general practice: a study of job satisfaction and stress. *J Health Serv Res Policy*. janv 2002;7(1):26-33.
15. Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health Policy Amst Neth*. juin 2003;64(3):415-23.
16. Hyman D. *Improving Healthcare: A Dose of Competition*. Springer Science & Business Media; 2007. 436 p.
17. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy*. janv 2001;6(1):44-55.
18. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM Mon J Assoc Physicians*. janv 1999;92(1):47-55.
19. Silva N da. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. *Rev MAUSS*. 3 juin 2013;(41):93-108.
20. paiement à la performance | Thèse IMG [Internet]. [cité 11 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/taxonomy/term/932>
21. Bras PL, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères. IGAS Rapp N°RM2008-047P. juin 2008;
22. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:247.
23. Majnoni d'Intignano B. Santé et économie en Europe [Internet]. [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Sant%C3%A9_et_%C3%A9conomie_en_Europe
24. Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(1):39-46.
25. Rodwin VG. Les Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis : un bilan. *Polit Manag Public*. 1985;3(4):39-85.

26. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés Sur Léconomie. 24 avr 2009;(5):144-58.
27. Schweyer F-X. L'essor de la profession médicale en France : dynamiques et ruptures. Adsp N°32. sept 2004apr. J.-C.;
28. Médecin ou officier de santé au XIXe siècle - SIV [Internet]. [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.siv.archives-nationales.culture.gouv.fr/siv/cms/content/helpGuide.action?uuid=abcdbb0c-0bcf-4c30-8b53-f6fd0b671ac3&version=4&preview=false&typeSearch=&searchString=>
29. Véronique S. Historique des conventions médicales. [Internet]. [cité nov 2016]. Disponible sur <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.epub>
30. Convention médicale : les principales mesures [Internet]. La Mutualité Française. [cité 18 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/convention-medecale-principales-mesures/>
31. Deloffre B. La CCAM : Pourquoi et comment ? [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/toute-la-nomenclature/ccam-pourquoi-comment>
32. Démographie médicale en France: hémorragie des généralistes, spécialistes en hausse [Internet]. La Parisienne. [cité 22 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/demographie-medecale-en-france-hemorragie-des-generalistes-specialistes-en-hausse-01-06-2016-5848867.php>
33. Baudier F, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. sept 2010;

ANNEXES :

Annexe 1 :

C2 = 46 €	<i>Acte ponctuel, isolé, de consultant pour les spécialistes en médecine générale, avec lettre au médecin traitant (Le consultant ne doit pas avoir vu le patient les 4 mois précédents et ne doit pas le revoir les 4 mois suivants)</i>
Examens obligatoires du nourrisson	<i>Les examens du 8^{ème} jour, 9^{ème} et 24^{ème} mois donnent lieu au cumul des majorations MNO et FPE (jusqu'à 25 mois indus)</i>
MSH Réservé Secteur1 et CAS <i>Majoration applicable 1 fois, cumulable avec C(S) ou V(S)+MD</i>	<i>Majoration pour le médecin traitant secteur 1 concernant les patients poly pathologiques présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical, dans le mois suivant une hospitalisation (pour intervention ou pathologie chronique grave).</i>
MIC Réservé Secteur1 et CAS <i>Majoration applicable 1 fois, cumulable avec C(S) ou V(S)+MD</i>	<i>Majoration pour le médecin traitant en secteur 1, en présence des aidants habituels, pour les patients insuffisants cardiaques poly pathologiques et poly médicamenteux, dans les 2 mois suivant une hospitalisation en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie.</i>

Consultations

Ajouter le code		Jour	Samedi AM	Dimanche	Soirée	Nuit
				+ F	+MN	+ MM
Consultation	C(S)	23,00	23,00	42,06	58,00	63,00
De 0 à 2 ans	C(S) + MNO	28,00	28,00	47,06	63,00	68,00
⇒ Dans le cadre des examens obligatoires de 8 jours, 9 et 24 mois (jusqu'à 25 mois inclus): C(S) + MNO + FPE = 33,00						
De 2 à 6 ans	C(S) + MGE	26,00	26,00	45,06	61,00	66,00

Visites

Ajouter le code		Jour	Samedi AM	Dimanche	Soirée	Nuit
		+ MD	+ MDD	+ MDD	+ MDN	+ MDI
Visite	V(S)	33,00	45,60	45,60	61,50	66,50
De 0 à 2 ans	V(S) + MNO	38,00	50,60	50,60	66,50	71,50
De 2 à 6 ans	V(S) + MGE	36,00	48,60	48,60	64,50	69,50

▲ En Consultation comme en visite, les majorations Soir, Nuit et Dimanche ne sont applicables qu'à des actes URGENTS (urgence médicalement justifiée)

Electrocardiogramme

				En garde régulée		
Ajouter le code		Jour	Dimanche	Soirée	Garde DIM	Garde SOIR
			+ D	+ N	+ CRD	+ CRN
AU CABINET	C(S)	23,00	42,06	58,00	49,50	65,50
	DEQP003	14,26	14,26	14,26	14,26	14,26
	Total	37,26	56,32	77,26	63,76	79,76
Ajouter le code		+ MD	+ MDD	+ MDN	+ VRD	+ VRN
EN VISITE	V(S)	33,00	45,60	61,50	53,00	69,00
	DEQP003	14,26	14,26	14,26	14,26	14,26
	YYYY490	9,60	9,60	9,60	9,60	9,60
	Total	56,86	69,46	85,36	76,86	92,86

Consultations en garde régulée

Ajouter le code		Jour	Samedi AM	Dimanche	Soirée	Nuit
			+ CRD	+ CRD	+ CRN	+ CRM
Consultation	C(S)	23,00	49,50	49,50	65,50	74,50
De 0 à 2 ans	C(S) + MNO	28,00	54,50	54,50	70,50	79,50
De 2 à 6 ans	C(S) + MGE	26,00	52,50	52,50	68,50	77,50

Visites en garde régulée

Ajouter le code		Jour	Samedi AM	Dimanche	Soirée	Nuit
		+ MD	+ VRD	+ VRD	+ VRN	+ VRM
Visite	V(S)	33,00	53,00	53,00	69,00	82,50
De 0 à 2 ans	V(S) + MNO	38,00	58,00	58,00	74,00	87,50
De 2 à 6 ans	V(S) + MGE	36,00	56,00	56,00	72,00	85,50

Détresse

Au cabinet	YYYY010 + M	74,88	Majorateurs possibles F-P-S
------------	-------------	-------	-----------------------------

Montant des IK : Km facturés Plaine (Montagne)

2km=1,22(1,82) 4km=2,44(3,64) 6km=3,66(5,46) 8km=4,88(7,28) 10km=6,10(9,10) 12km=7,32(10,92)
14km=8,54(12,74) 16km=9,76(14,56) 18km=10,98(16,38) 20km=12,20(18,2) 22km=13,42(20,02)

Sutures et petite chirurgie

Suture plaie superficielle de la face < 3 cm	QAJA013 + M	58,23	F-P-S
Suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm	QAJA005 + M	101,33	F-P-S
Suture plaie superficielle de la face > 10 cm	QAJA002 + M	109,83	F-P-S
Suture plaie superficielle < 3 cm	QZJA002 + M	52,40	F-P-S
Suture plaie superficielle de 3 cm à 10 cm	QZJA017 + M	78,64	F-P-S
Parage-Suture plaie superficielle > 10 cm	QZJA015 + M	88,56	F-P-S
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	38,29	F-P-S
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	EGFA007	62,70	F-P-S
Tamponnement nasal antérieur	GABD002 + M	54,60	F-P-S

Infiltrations

Infiltration transcutanée articulation membre supérieur	MZLB001	26,13	aucune
Infiltration du nerf médian dans le canal carpien	AHLB006	29,49	aucune
Infiltration transcutanée articulation vertébrale postérieure	LHLB001	34,17	aucune
Infiltration transcutanée articulation membre inférieur	NZLB001	30,82	aucune

Traumatologie

Contention orthopédique de fracture de la clavicule	MADP001 + M	68,68	F-P-S
Réduction orthopédique luxation scapulo-humérale	MEEP002 + M	66,59	F-P-S
Réduction orthopédique pronation douloureuse coude	MFEP001	31,35	F-P-S
Attelle de posture ou mobilisation poignet et/ou main	MGMP001	44,89	F-P-S
Confection attelle de posture ou mobilisation genou	NFMP002	47,57	F-P-S
Attelle de posture ou de mobilisation de la cheville	NGMP002	40,87	F-P-S
Contention souple du genou	NFMP001 + M	68,68	F-P-S
Contention souple cheville et/ou pied, ou Semelle plâtrée	NGMP001 + M	47,78	F-P-S

Gynécologie

Frottis >> Cumul C ou CS + 50% de la cotation CCAM (6.23)	C(S)+JKHD001/2	29,23	aucune
Pose d'un dispositif intra-utérin	JKLD001	38,40	aucune
Changement d'un dispositif intra-utérin	JKKD001	38,40	aucune
Ablation ou changement d'implant sous cutané	QZGA002	41,80	aucune

Dermatologie

Exérèse d'un naevus ou tumeur maligne < 5cm ²	QZFA036+FSD	68,80	F-P-S
Ablation corps étranger superficiel de la peau visage ou mains	QAGA003	47,50	F-P-S
Biopsie dermoépidermique, par abord direct	CS+QZHA001/2	33,28	aucune
Biopsie tissus souscutanés susfasiaux par abord direct	CS+QZHA005/2	35,76	aucune

Pédiatrie (▲ ces cotations nécessitent un matériel spécifique)

Dépistage de surdité avant 3 ans (sensory baby test)	CDRP002	48,51	aucune
--	---------	-------	--------

Dépression

Evaluation de dépression par l'échelle de Hamilton (▲ limite a 1 cotation initiale puis 1 cotation/an)	ALQP003	69,12	aucune
---	---------	-------	--------

Brûlures

Brûlure de moins de 10 cm ²	K9	17,28	
Brûlure de moins de 10 cm ² sur la face ou les mains	K9 + K9/2	25,92	
Brûlure >10% de la surface du corps	K16	30,72	
Brûlure >10% de la surface du corps (face ou mains)	K16 + K16/2	46,08	

GUIDE D'ENTRETIEN : COTATION ACTES MEDICAUX

1) Utilisez-vous ces cotations dans votre pratique quotidienne ?

Relance : Si oui : Lesquelles et à quelle fréquence ? Et pourquoi certaines plus que d'autres ? Comment réagissent vos patients ?

Si non : Pourquoi ? Pensez-vous que les logiciels soient adaptés ?

2) Il semble que les médecins généralistes utilisent peu les cotations qui sont mises à leur disposition, pourquoi à votre avis cette situation existe-t-elle ?

Relance : Pensez-vous qu'il faille remédier à cela ? Et si oui par quel moyen ?

Pensez-vous que le regard du patient puisse être un frein à leur utilisation ?

Pensez-vous que les médecins puissent craindre que leur cotation soit rejetée par la CPAM ?

3) Connaissez-vous l'existence des différents types de cotations des actes médicaux pouvant être utilisées dans votre cabinet ? Si oui lesquelles ?

Relance : Par exemple connaissez-vous ? VL ou CA ? MSH ? Urgences au cabinet ? Actes techniques ? Faites-vous la distinction entre NGAP et CCAM ?

4) Pensez-vous recevoir une information et une formation suffisante à ce sujet ?

Relance : Si oui : Comment avez-vous été formé ?

Si non utiliseriez-vous plus de cotations avec une meilleure formation ?

5) La mise en place du tiers-payant généralisé (TPG) est-t-elle susceptible de faire évoluer votre manière de coter ?

Relance : Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi pas ?

Comment se comporteront les médecins à l'avenir si TPG ?

6) Voici une journée type d'un médecin qui utilise pleinement les différentes cotations, qu'en pensez-vous ?

7) Que pensez-vous de la proposition actuelle avec 4 niveaux de consultation ?

8) Avez-vous un commentaire/ressenti général à faire sur la cotation des actes médicaux ?

VU

NANCY, le 03 avril 2017

Le Président de Thèse

Professeur François ALLA

NANCY, le 05 avril 2017

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9807

NANCY, le 11 avril 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Introduction : Depuis la création de la classification commune des actes médicaux en 2004, les médecins généralistes peuvent utiliser une grille de cotations et appliquer un tarif différent lors de la réalisation d'un acte technique ou d'une situation particulière. Cependant, il semble que les médecins l'utilisent peu. L'objectif de l'étude était d'explorer les représentations des médecins généralistes concernant cette nomenclature.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative, auprès de médecins généralistes lorrains, recrutés en variation maximale, par téléphone. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés dans leurs cabinets en suivant un même guide d'entretien. Les verbatim ont été exploités manuellement, selon la méthode d'analyse de contenu thématique.

Résultats : Vingt médecins généralistes ont été interviewés : cinq par département. Quelques médecins généralistes étaient satisfaits de cette nomenclature, la considérant comme indispensable à la valorisation de la médecine générale et à la diversification de leur exercice. Cependant, la majorité ne l'utilisait pas. Le frein majeur évoqué était sa complexité : trop volumineuse, constituée de codes spécifiques complexes, chronophage. D'autres freins furent également évoqués : manque de formation, charge administrative déjà trop lourde, perturbation la relation médecin-patient, crainte de la CPAM, la rendant inadaptée à la pratique quotidienne. Concernant l'avenir, ils étaient intéressés par la rémunération en fonction de la complexité des consultations proposée par la nouvelle convention d'août 2016, à condition qu'il s'agisse d'une simplification du système.

Conclusion : Même si elle permet de valoriser la médecine générale et de diversifier leurs pratiques, son utilisation reste, aux yeux de la plupart des médecins généralistes beaucoup trop compliquée. Les freins à son utilisation sont beaucoup trop importants. Les médecins généralistes sont pour une diversification de leurs modes de rémunération, mais à condition que ce soit adapté à leur pratique. Nous verrons s'ils adhèrent à la dernière convention d'août 2016.

TITRE EN ANGLAIS : Common Classification of Medical Procedures in general practice.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE—ANNÉE 2017

MOTS CLES : *rémunération, nomenclature, médecins généralistes, perceptions.*

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
