



HAL
open science

Utilisation pratique de la nomenclature des actes médicaux par les médecins généralistes : étude quantitative portant sur 2760 consultations en Lorraine

Franck Jung

► **To cite this version:**

Franck Jung. Utilisation pratique de la nomenclature des actes médicaux par les médecins généralistes : étude quantitative portant sur 2760 consultations en Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04517082

HAL Id: hal-04517082

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517082v1>

Submitted on 22 Mar 2024

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.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

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 bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

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>

UNIVERSITE DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2023

THÈSE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle des études spécialisées - Spécialité médecine générale

Par

Franck JUNG

Le 16 Novembre 2023

*Utilisation pratique de la nomenclature des actes médicaux par les
médecins généralistes : étude quantitative portant sur 2760
consultations en Lorraine.*

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Président de Jury

Monsieur le Professeur Olivier BOUCHY

Juge

Monsieur le Docteur Jean-Charles VAUTHIER

Juge

Monsieur le Docteur Jean-Michel MARTY

Directeur de Thèse

Madame la Docteure Audrey PLUCHE

Directrice de Thèse

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseeurs :

- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Pr Jacques JONAS
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE – Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE – Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET – Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS – Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN – Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND – Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU – Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE –
Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU -
Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT –
Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : *Anatomie*

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2° sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ –
Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY –
Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR –
Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : *Physiologie*

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL –
Professeur Jacques JONAS

3° sous-section : *Biologie cellulaire*

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : *Nutrition*

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

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : *Parasitologie et Mycologie*

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3° sous-section : *Immunologie*

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : *Génétique*

Professeur Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

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

2^e sous-section : Médecine intensive-réanimation

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Professeur Nicolas GIRERD

5^e sous-section : Médecine d'urgence

Professeur Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : Neurochirurgie

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4^e sous-section : Pédopsychiatrie ; addictologie

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : Dermato-vénéréologie

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4^e sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : Cardiologie

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY –
Professeure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : Néphrologie

Professeur Luc FRIMAT

4^e sous-section : Urologie

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} 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

3^e sous-section : Médecine générale

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

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

2° sous-section : Chirurgie infantile

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU - Professeur Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

66° Section : PHYSIOLOGIE

Professeur Nguyen TRAN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Docteur Bruno GRIGNON

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Docteure Iulia-Cristina IOAN

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : Parasitologie et mycologie

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Docteure Isabelle THAON

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : *Hématologie ; transfusion*

Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : *Immunologie*

Docteure Alice AARNINK

4° sous-section : *Génétiq*

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -

Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : *Neurochirurgie*

Docteur Fabien RECH

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Docteur Fabrice VANHUYSE

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1° sous-section : *Pédiatrie*

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Docteur Charline BERTHOLD

4° sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Docteure Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

63° Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ –

Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

90° Section : MAÏEUTIQUE

Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53^e Section, 3^e sous-section : (Médecine générale)

Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

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)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)*

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

À notre Maître et Président du Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN,
Professeur des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, recevez mes sincères remerciements et mon profond respect pour l'attention que vous portez à mon travail.

Merci également pour votre implication dans le bon déroulement de l'internat de médecine générale à Nancy et de nous apporter une formation de qualité.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Olivier Bouchy,
Professeur associé de Médecine Générale

*Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail.
Puissiez-vous trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.*

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Jean-Charles Vauthier,
Maître de Conférences associé de Médecine Générale

*Merci d'avoir accepté de juger mon travail et de vous être rendu disponible. Veuillez trouver
ici l'expression de ma profonde gratitude.*

A mes Directeurs de Thèse,

Mr le Docteur Jean-Michel Marty,
Ancien Maître de Conférences associé, Médecin Généraliste.

*Merci Dr Marty. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail dès le
départ. Merci pour votre disponibilité, votre gentillesse, votre bienveillance et votre aide
précieuse pour ce travail.*

*Ce n'était pas gagné, mais vos conseils m'ont fait terminer ce travail, je suis heureux d'avoir
effectué ce travail à vos côtés.*

Mme la Docteure Audrey Pluche,

*Merci pour votre confiance que vous m'avez apporté lors de mon stage de premier niveau. Je
vous remercie également de l'intérêt que vous avez porté à mon travail dès le départ. Merci
également pour l'envie et l'aisance que vous m'avez apporté pour la pédiatrie en cabinet.*

*À mes Amis, bien plus que des potes de Fac, **Yacine, Ridvan, Antoine et James** pour toutes ces années passées ensemble, ce n'était pas de tout repos mais nous y sommes arrivés. Malgré le temps qui passe, nous avons moins de disponibilité pour nous réunir mais, un jour nos chemins se réuniront. Où ? seul le temps nous le dira.*

Une pensée particulière à mon ami le Dr Achour qui me fait prendre confiance en moi et qui reste un exemple pour moi.

Merci aussi à tous les médecins des services hospitaliers et co-internes extraordinaires que j'ai rencontrés durant les stages d'internat qui, par leur compagnonnage bienveillant, ont renforcé mon amour de la médecine.

*Notamment à **Joffrey**, durant notre stage aux urgences de Mercy, on s'est serré les coudes pendant la période COVID, malgré les moments difficiles, nous avons réussi.*

À ma Maman, pour son soutien dans mes choix depuis toujours. Je n'aurais pas pu aller au bout de ces études sans ton soutien. Je me rappelle encore cette première année de fac et de notre pari, je suis tellement content d'y être arrivé.

Je suis fière de t'avoir à mon côté ce jour tant attendu. Je t'aime.

À mon frère Anthony, pour m'avoir montré l'exemple, moi le petit frère un peu trop laxiste sur le plan scolaire. Merci pour de m'avoir remis dans le droit chemin au détriment de certains cahiers qui sont passés par la fenêtre.

Une pensée pour **mon Papa**, qui n'est plus de ce monde aujourd'hui, mais qui je suis sûre est fier de moi de là-haut. Tu me manques.

Une pensée également à mes grands-parents ainsi qu'à Mme Zimmer qui rêvaient de me voir devenir docteur.

À Patricia, mon Amour, maintenant depuis de nombreuses années, merci d'avoir toujours été là et d'apporter de la bonne humeur. Chaque jour passé à tes côtés est un bonheur. On grandit chaque jour un peu plus ensemble. Merci également pour ta patience, les années d'études furent longues.

Merci pour tout l'amour que tu me donnes chaque jour.

A tous nos projets à venir

Merci d'avoir fait de moi l'homme que je suis aujourd'hui, je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **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 MATIÈRES

I. PREAMBULE	15
1. Démographie médicale en France	16
1.1. Effectifs médicaux.....	16
1.2. L'âge.....	17
1.3. L'activité féminine	17
1.4. La médecine générale.....	18
1.5. La répartition des effectifs et le mode d'activité.....	18
2. Histoire de la nomenclature.....	20
3. Les modes de rémunérations	26
3.1. Le paiement à l'acte	26
3.2. Le salariat	27
3.3. Capitation	28
3.4. Les paiements forfaitaires	29
3.5. Le paiement à la performance (P4P).....	29
4. La situation à l'étranger.....	31
5. Intérêt de la cotation.....	34
II. ARTICLE	36
LISTE DES ABREVIATIONS	37
ABSTRACT	38
1. INTRODUCTION.....	39
2. MATERIEL ET METHODE	40
3. RESULTATS	42
3.1. Caractéristiques démographiques des médecins	42
3.2. Caractéristiques des consultations.....	42
3.3. Comparaison du chiffre d'affaires sur le mois de mai 2021	43
3.4. Les motifs les plus fréquent de consultations.....	44
3.5. Le panel de cotation non facturées	45
3.6. Les motifs de consultation peu fréquents mais ayant un codage	47
3.7. Les consultations « longues » au cabinet non valorisées	48
3.8. Les freins à la cotation.....	48
3.9. Les 8 actes fréquents non cotés entraînant une baisse du chiffre d'affaires.....	49

4. DISCUSSION	50
4.1. Les caractéristiques de l'étude	50
4.2. Validité externe	51
4.3. Importance de la cotation	51
4.4. Fiches résumant les principales cotations utiles en médecine générale	55
III. CONCLUSION	56
IV. BIBLIOGRAPHIE.....	57
V. ANNEXES	63

I. PREAMBULE

En France, les soins primaires reposent essentiellement sur les médecins libéraux dont le médecin généraliste.

Les médecins et notamment les médecins généralistes occupent une place importante dans le système de santé. En effet, les médecins jouent un rôle central dans le système de santé puisque leurs propres activités et leurs prescriptions génèrent plus de 90 % des dépenses médicales(1).

Les médecins généralistes sont la cible de toutes les attentions depuis quelques années en France. Leur exercice est déterminant pour le maintien d'une offre de soins optimale et équitable. Leurs pratiques sont de plus en plus pointées du doigt face à la pénurie actuelle de médecins et à l'extension des déserts médicaux.

De nombreux moyens sont déployés par les accords conventionnels pour rendre l'exercice libéral plus attractif et tenter de combler les déserts médicaux.

Une revalorisation du tarif de la consultation classique chez le médecin généraliste fut négociée et acceptée en 2017.

Le mode de rémunération des médecins généralistes est un sujet d'actualité menant à des discussions avec des points de vue différents.

Le mode de rémunération des médecins généralistes français a évolué ces dernières années et représente un enjeu crucial des politiques de santé et économiques.

Il existe 3 modes de rémunérations classiques : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation. Le mode de rémunération principal et historique est le paiement à l'acte en France : les revenus sont directement liés au nombre d'actes.

Depuis le début des années 2000, on s'aperçoit d'une tentative de diversification du mode de rémunérations.

Dans le système du paiement à l'acte encore majoritaire en France, les actes sont fixés par convention avec l'assurance maladie. Depuis 2004, la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) a constitué une étape importante. En effet, grâce à elle, les médecins généralistes peuvent, 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, de prévention ou lors d'une situation particulière.

Cependant, les données de l'assurance maladie et les syndicats médicaux rapportent que très peu d'entre eux utilisent ces différentes cotations, car celle-ci est très dense avec un codage complexe. Si la nomenclature est bien exploitée, elle permet une amélioration des revenus.

Les nouveaux actes ont pour but de valoriser la technique du médecin, comme les actes de petite chirurgie, les actes de prévention comme la consultation contraception prévention (CCP), les consultations obligatoires des enfants (COE). Pourtant, ces derniers sont peu utilisés. Plusieurs causes peuvent être évoquées : l'évolution rapide des nomenclatures au cours des conventions, mais également une complexité des codages entraînant une méconnaissance et une non-utilisation.

Le fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) a intégré en 2019 des formations de maîtrise des nomenclatures des actes en médecine générale dont l'objectif est d'améliorer la qualité et de favoriser l'excellence des soins.

On estime que le « G(S) » représente plus de 80% de la consultation en médecine générale.

Il n'existe que peu d'études scientifiques sur ce sujet, que ce soit sur la connaissance de la nomenclature, sur son application ou sur les causes possibles d'un défaut d'utilisation des outils qui nous sont mis à disposition pour les médecins généralistes.

Nous allons commencer par un état des lieux de la démographie médicale en France, puis détailler les modes de rémunération des médecins généralistes. Nous allons ensuite décrire l'historique des conventions médicales ayant conduit à l'apparition de nouveaux axes de rémunération. Puis, à travers l'étude, on pourra voir si les médecins lorrains appliquent réellement la cotation.

1. Démographie médicale en France

Selon l'INSEE, la population générale est passée de 66 992 159 à 67 626 396 de 2018 à 2021, soit une augmentation de 1%(2). Cependant, depuis 2012, le nombre de médecins généralistes a diminué de 5,6%, ceci va encore s'accroître les prochaines années(3).

1.1. Effectifs médicaux

En 2021, la France recensait 312 721 médecins inscrits à l'Ordre des médecins(4). Ce chiffre est en augmentation de 1,6% par rapport à 2020. Parmi les inscrits, 218 552 sont en activité totale et 93 620 sont retraités dont 18 934 en cumul emploi-retraite(4).

Toutefois, il ne s'agit pas du nombre de médecins en activité régulière qui lui s'élève à 198 000 (63,5%), ce chiffre est en baisse comparée à 2010 (76,5%). Cette part a réduit au profit des médecins ayant une activité intermittente et aux retraités actifs qui représentent presque 24%. Depuis 2020, le nombre d'inscrits a augmenté majoritairement du côté des médecins retraités (+ 9,5%)(4).

1.2. L'âge

L'âge moyen des médecins inscrits à l'Ordre est de 57,5 ans incluant les médecins retraités(4). Les médecins âgés inscrits à l'Ordre de plus de 60 ans représentent 50% des inscrits, alors que les moins de 40 ans représentent 18%.

L'âge moyen des actifs est de 50,3 ans en 2021.

En lorraine, l'âge moyen des actifs réguliers est de 50,05 ans.

Pour l'année 2021, selon les données de la DRESS, la part des médecins généralistes de plus de 55 ans représentait 46% des effectifs en activité.

En 2021, la Lorraine comptait 3302 médecins généralistes, 48% avaient plus de 55 ans. C'est en Moselle que la population de médecins généralistes est la plus élevée avec 54% de médecins généralistes qui ont plus de 55 ans(5).

1.3. L'activité féminine

Au fil des années, la profession tend à se féminiser. En 2021, 31 départements ont une majorité de médecins femmes parmi les médecins en activité régulière.

Une féminisation des effectifs est en cours de constitution avec une part de femmes passée de 40% à 49,8% avec 58 % de femmes en primo-inscription à l'ordre des médecins(4).

Les femmes représentent 65% des moins de 39 ans chez les médecins généralistes.

En Lorraine, seule la région de Meurthe-et-Moselle possède une majorité de femme en activité régulière (50,5%) ; alors que la proportion des femmes ayant une activité régulière est de 38,2% en Meuse, 46,9% dans les Vosges, 42,7% en Moselle(4).

Au niveau de l'activité, elles seraient presque 30% à travailler à temps partiel(6).

1.4. La médecine générale

Du côté de la spécialité de médecine générale en 2021, 85 364 médecins généralistes sont en activité régulière(4), soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2020.

La croissance annuelle moyenne est de -0.9% avec une tendance baissière jusqu'en 2025 et une probabilité d'atteindre les 82 018 médecins généralistes(4).

En Lorraine, la variation du nombre de médecins généralistes en activité régulière montre une faible amélioration des effectifs entre 2020 et 2021 (+ 7,4% en Meuse, +3,8% en Moselle) comparées aux années 2010-2020 (- 16% en Meuse, -13% en Moselle).

La densité médicale en 2021 est de 14 médecins généralistes pour 10 000 habitants(5).

La pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière montre un vieillissement des médecins en activité avec une grande proportion des plus de 55 ans(4). Cela s'explique par la forte proportion de médecins proches de la retraite avec des générations suivantes ayant subi une baisse drastique du numerus clausus. Cette évolution devrait probablement s'inverser dans les années à venir avec l'augmentation du numerus clausus et sa disparition depuis 2020. Les médecins généralistes sont plus âgés que les autres médecins spécialistes. En effet, un quart (26%) des effectifs ont 60 ans ou plus et un autre quart (27%) moins de 40 ans.

On observe un léger rajeunissement depuis 2015. La part des femmes dans ses effectifs est de 51,5% ce qui montre une féminisation de la profession et marque une part importante parmi les moins de 40 ans (47%)(4).

1.5. La répartition des effectifs et le mode d'activité

Dans la majorité des départements français, les médecins exercent une activité libérale. Un faible pourcentage exerce une activité mixte ou salariale.

Selon les données de la DRESS, sur les 100 621 médecins généralistes en activité, 57% ont une activité libérale exclusive et 34% une activité de salarié(3). Depuis 2012, l'exercice libéral pur est en perte de vitesse ; les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, combinant des activités libérales et salariées, ou le salariat exclusif. Cette tendance se retrouve à la fois chez les médecins généralistes et les autres spécialistes.

L'exercice de salariat devient un mode d'exercice de plus en plus choisi par les nouveaux diplômés(7).

Cette situation démographique montre une perte d'intérêt pour le libéral.

Selon l'ordre des médecins, en Lorraine, seule la Meurthe-et-Moselle possède en majorité une activité salariée (50,8%) contre 49,2% en activité libérale ou mixte(4).

Les autres départements lorrains affichent respectivement :

Vosges 54,3% activité libérale ou mixte contre 45,7% d'activité salariale.

Moselle 58% activité libérale ou mixte contre 42% d'activité salariale.

Meuse 58,7% activité libérale ou mixte contre 41,3% d'activité salariale.

La répartition est très hétérogène sur le territoire français(8). Les départements situés en zone rurale perdent des médecins généralistes alors que les zones du littoral en gagnent.

En regardant les cartes du zonage des médecins, on s'aperçoit que l'activité des médecins généralistes libéraux se concentre surtout autour et dans les grandes agglomérations ainsi que le long de la Méditerranée(9).

En quelques années, nous constatons des déséquilibres territoriaux de plus en plus marqués avec une intensification de la baisse de la densité médicale dans les zones déjà déficitaires(4). Cependant, les régions dans lesquelles la densité médicale est la plus faible sont les régions où les médecins généralistes ont les revenus les plus élevés. Ainsi par exemple, la région Champagne-Ardenne qui est une région faiblement peuplée en médecins généralistes, gagnent 36 % de plus que les médecins de la région PACA, région la plus densément peuplée en médecins généralistes(10). Dans les zones déficitaires, on retrouve moins de médecins mais leurs activités augmentent davantage.

Il est important de souligner que les départs à la retraite sont insuffisamment compensés par les nouvelles promotions issues du numérus clausus. Celui-ci a disparu depuis 2020, mais les effets bénéfiques n'auront des répercussions que dans une dizaine d'années(7).

Afin de pallier cette faible densité médicale, nous voyons arriver un flux de médecins diplômés à l'étranger (3).

2. Histoire de la nomenclature

La nomenclature des actes médicaux liste l'ensemble des actes médicaux pouvant être effectués par les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes.

Cette nomenclature permet le remboursement des soins dispensés par les médecins aux assurés sociaux si les actes cotés sont inscrits sur cette liste.

Elle est organisée en deux parties : la classification commune des actes médicaux (CCAM) et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La NGAP devient obsolète et tend à disparaître car elle est mal structurée.

La CCAM instaurée en 2005 tend à faciliter les codages, afin d'avoir un système commun que ce soit pour le secteur privé ou public. Cependant, elle n'est pas simple d'utilisation.

Son utilisation permet à la fois de mettre une tarification à l'acte codé, mais elle permet également de suivre l'activité médicale(11).

La CCAM est organisée par plan en grands appareils et non par spécialité. Les plans contiennent les actes thérapeutiques et diagnostiques.

Elle comporte 18 chapitres(12).

La CCAM est mise à jour fréquemment sous la surveillance de l'UNCAM.

La NGAP quant à elle, est désignée par une lettre-clé et un coefficient. Cette lettre-clé est définie avec une valeur monétaire selon les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux(13).

La nomenclature actuelle des actes médicaux est sans nul doute le fruit d'une entité défendue par le syndicalisme médical français depuis ses débuts.

L'Union des syndicats médicaux français (USMF) a été créé dans les années 1880. Son but principal était la défense des intérêts économiques de la profession face aux mutuelles et l'indépendance de la profession.

La base de la fondation de la médecine libérale actuelle repose sur la charte de 1927 lors du congrès des syndicats médicaux.

L'USMF devient la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en 1928(14).

Le 6 décembre 1928 eut lieu l'assemblée constitutive de la Confédération des syndicats médicaux français. De celle-ci en découle plusieurs grands principes de défense de la médecine libérale : libre choix du médecin par le malade, respect du secret professionnel, liberté totale de prescriptions, liberté d'installation, paiement à l'acte et libre entente du prix entre le patient et le médecin et la représentation des syndicats au sein des caisses(15). Encore aujourd'hui, cette charte fait référence pour les représentants des syndicats. Le paiement à l'acte résulte de cette charte.

À cette époque-là, les médecins faisaient payer les patients selon leur revenu(6).

À travers les ordonnances du 4 et 19 octobre 1945, la tarification des actes fut encadrée par la création de la sécurité sociale. Elle est obligatoire et universelle, elle garantit de s'assurer et d'assurer sa famille. Cependant, durant cette année-là également, une régularisation des tarifs a eu lieu avec des conventions départementales. Ceci conduit à des disparités importantes de tarifs entre les départements(6).

En 1960, l'assurance maladie a instauré le conventionnement des médecins, permettant de plafonner les actes, en contrepartie de certains avantages sociaux pour celui qui est conventionné. Toutefois, celle-ci fut refusée par un certain nombre de médecins.

C'est seulement en 1971, lors de la signature de la première convention nationale que les tarifs ont été conventionnés(6).

C'est cette même année que le *numerus clausus* fut instauré. Celui-ci avait été instauré a priori pour contenir les dépenses de santé. Cependant, les syndicats se sont rendu compte qu'il devenait une menace pour les revenus des médecins. Il fut donc drastiquement diminué jusqu'à la fin des années 1990(6).

Les conventions nationales sont issues de négociations entre les syndicats représentant les médecins et l'Union Nationale des caisses Assurance Maladie(16).

Les différentes conventions vont se succéder dont le but principal sera la négociation de la tarification des actes.

La première convention de 1971 – 1975, lie tous les médecins de façon automatique sauf s'ils expriment leurs refus. Elle engage les praticiens conventionnels à revoir la nomenclature des actes servant à l'établissement des tarifs médicaux conventionnels en médecine libérale.

Il y a une instauration de tableaux statistiques permettant de compter l'activité des médecins(17).

C'est la création de la NGAP via l'union nationale des caisses d'assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats des médecins libéraux.

La deuxième convention 1976 – 1981, autorisant la dispense d'avance de frais étendue aux actes coûteux effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé.

Elle présente un rôle économique avec la nécessité d'étudier les incidences de coût pour l'assurance maladie sur le système de soins.

La troisième convention 1980 – 1985, introduit les deux secteurs conventionnels : le secteur 1 dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels, de ne pas dépasser les tarifs opposables en échange d'avantages concernant leurs cotisations sociales personnelles(15) et le secteur 2 composé de médecins qui souhaitent fixer librement ses honoraires tout en renonçant aux avantages sociaux. Il y a également une réglementation sur la nomenclature qui est mise en place avec de nouvelles instances locales de régulations conventionnelles pour la maîtrise des dépenses(17).

En 1986, le premier syndicat de médecins généralistes est créé en France : MG France, dont l'objectif principal sera de revaloriser le statut universitaire et financier de la médecine générale par rapport à la médecine spécialisée.

La quatrième convention 1985 – 1989 dont l'objectif est de faire le lien entre la valeur des lettres clés fixées par la convention et la cotation des actes dans la NGAP(17).

La cinquième convention 1990- 1992, qui a été annulée en 1992. Elle avait gelé le secteur 2. Il faut savoir que durant la période 1985 à 1989, 20 % des médecins ont rejoint le secteur 2(18).

Un avenant de cette convention avait permis la mise en place du « contrat santé » dans lequel les assurés ont la possibilité de s'abonner auprès de leur médecin généraliste avec un système de tiers payant mais ce dernier a été annulé(17).

La loi Teulade du 4 janvier 1993 et la vie conventionnelle (1993-1997), dont l'objectif était de maîtriser l'évolution des dépenses de santé. Différents points étaient inscrits, par exemple : la

fixation des objectifs prévisionnels annuels ; l'encadrement de l'utilisation des références médicales nationales qui sont opposables à chaque médecin, la création d'un système d'information avec codage des actes médicaux, des prescriptions et des pathologies, l'apparition du « dossier médical » et la création des unions professionnelles (URML) devant contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins(17).

La convention 1998- 2005, comprenant la signature d'une convention entre les caisses et le syndicat MG France a introduit une part de capitation en mettant en place le dispositif optionnel « médecin référent ». Cette option matérialisée par la signature d'un contrat entre un patient et « son » médecin généraliste permettait au médecin de percevoir de l'Assurance maladie une indemnité forfaitaire annuelle de 150 francs par patient (environ 23 €) et au patient de bénéficier des tarifs opposables et d'être dispensé de l'avance des frais(15).

Des contrats optionnels sont mis en place avec des forfaits mensuels si le médecin généraliste est le coordinateur de l'équipe de soins palliatifs à domicile.

C'est également dans cette convention, en 1999 que la CMU est instaurée.

La loi de 2004 relative à l'Assurance maladie puis la convention médicale de 2005 ont définitivement clos ce dispositif au profit de celui de « médecin traitant »(15).

La convention 2005-2011

Lors de la convention nationale de 2005, la NGAP et le CdAM sont remplacés par la CCAM et NGAP dite résiduelle(12).

Depuis la loi du 13 août 2004 les actes pris en charge par l'assurance maladie doivent être notés sur la liste des actes et des prestations. Cette liste est séparée en deux parties : d'une part les actes de la CCAM qui regroupent les actes techniques réalisés par le médecin, et d'autre part les actes de la NGAP principalement pour les actes intellectuels(19). Cette dernière tend à disparaître mais il persiste quelques cotations à utiliser dans la NGAP.

Depuis le 31 décembre 2006, l'ensemble des médecins facturent leur acte en CCAM(11).

La CCAM permet une observation des pratiques médicales, de rééquilibrer les honoraires entre les actes(11). La CCAM est basée sur cinq principes : exhaustivité, bijectivité, non ambiguïté des libellés, maniabilité, évolutivité(20).

Les objectifs sont axés autour de l'organisation des soins : un parcours de soins coordonné, l'accès aux soins et d'assurer la continuité des soins(16).

Pour arriver à atteindre les objectifs, le rôle du médecin traitant devient central avec ses missions de prévention, de médecin coordinateur des soins et sur la maîtrise des dépenses de santé. Une rémunération spécifique RMT fixée à 40 euros est instaurée pour le médecin traitant conventionné pour les patients en ALD.

Pour pallier les zones déficitaires, il y a une création d'option conventionnelle afin de favoriser l'installation en zone déficitaire avec une rémunération forfaitaire annuelle.

Le 1^{er} janvier 2011, le tarif de la consultation des médecins généralistes augmente à 23 euros(17).

La convention de juillet 2011

C'est un tournant dans la médecine générale avec l'introduction de la rémunération à la performance conditionnée par des indicateurs, parallèlement au paiement à l'acte qui reste majoritaire. Le principe du parcours de soins coordonné est encore une fois mis en avant entre les professionnels de santé en valorisant le rôle du médecin traitant et celui du médecin correspondant.

Le système des téléservices s'est développé permettant de dématérialiser les procédures.

L'objectif est d'encourager la modernisation des cabinets, mise en place la ROSP, développer la prévention et l'accès aux soins pour tous(21).

La convention de 2016, signée le 25 août par l'assurance maladie et trois syndicats de médecins. Elle fixe les nouveaux tarifs de remboursement des consultations des médecins, ainsi que les autres rémunérations (forfaits et P4P) dont ils font l'objet(22). La revalorisation du tarif de consultation du généraliste qui atteint 25 euros et une revalorisation du tarif de consultation coordonnée avec le spécialiste à 30 euros et certains forfaits ainsi que certaines ROSP sont revalorisés.

La mise en place de la consultation d'adressage dans les 48h a été instaurée « GS + MUT » pour le spécialiste et le médecin généraliste qui adresse le patient(17).

Lors de cette convention, les consultations complexes et très complexes ont été mises en avant.

On peut voir la création de nouveau forfait : un forfait patientèle pour les médecins traitants qui regroupe les rémunérations forfaitaires liées à la prise en charge des patients en affection de longue durée (ALD), de la majoration pour personnes âgées (MPA) et du forfait médecin

traitant (FMT)(22) et d'un forfait structure dont le but est d'inciter les médecins à mettre en place des nouveaux outils et organisation pour optimiser la gestion de leur cabinet.

L'Aide à l'installation dans les déserts médicaux est également mise en avant avec la création d'un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM).

Création d'une visite longue et complexe (VL) réalisée à domicile par le médecin traitant « aux patients en soins palliatifs », extension à la première visite à domicile pour les patients âgés de plus de 80 ans sans médecin traitant, et ceux en ALD ayant des difficultés à se déplacer(17).

Cette convention est organisée en « niveaux de consultation ».

Le premier niveau, c'est la consultation de référence du médecin traitant : « GS ».

Le deuxième niveau, c'est la consultation coordonnée du médecin généraliste adressant le patient vers un confrère spécialiste d'organe.

Les deux autres niveaux représentent les consultations dites complexes (axé sur le dépistage et la prévention(21) et très complexes. Le but est d'améliorer la prise en charge des maladies graves(22).

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

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

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 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 pas l'apparition des ROSP (10).

Pour mémoire, la CCAM constitue une liste de libellés codés décrivant des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle fut créée initialement 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. 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.

3. Les modes de rémunérations

Les modes de rémunération des médecins généralistes évoluent aux fils des années.

En France, le mode de rémunération historique et encore majoritaire est le paiement à l'acte.

Depuis 2004, la classification commune des actes médicaux (CCAM) a constitué une étape importante car elle permet aux médecins généralistes d'utiliser la grille de cotation permettant d'appliquer un tarif différent.

Depuis quelques années, chez les médecins généralistes libéraux, le salariat est en plein essor.

Des systèmes mixtes avec l'intégration des forfaits(23) sont en train de voir le jour également.

Les modes de rémunérations sont utilisés pour améliorer la qualité des soins(23).

Chaque mode de rémunération présente des avantages et des inconvénients.

Il est démontré que l'ensemble des médecins sont sensibles aux incitations produites par les différents modes de rémunérations et qu'ils modifient leurs pratiques dans le sens de ses incitations(23).

3.1. Le paiement à l'acte

C'est un paiement en fonction du nombre de consultations effectué et du prix des actes en se référant à la grille de la CCAM ou de la NGAP.

Le montant de la consultation est fixé selon une convention entre les syndicats et l'assurance maladie. La consultation classique de médecine générale « GS » est à 25 euros et résulte de la convention de 2016.

La nomenclature est très complexe, à chaque convention de nouveaux actes sont ajoutés avec des codages non intuitifs et un risque de non-utilisation(24). Ainsi, le « GS » représente plus de 80% du paiement à l'acte. Le « VGS » représente environ 10% du paiement à l'acte, cependant ce chiffre est en déclin et diffère selon la zone d'activité du médecin(25)(26).

Il permet d'orienter des actions de politiques de santé afin d'améliorer l'offre de soins(27).

Par ce mode de paiement, le médecin peut augmenter sa rémunération en augmentant son temps de travail, donc d'offrir un plus grand volume de soin permettant de répondre à la demande(6).

Il permet également fournir une plus grande quantité de services de soins primaires(28).

Il permet d'assurer des soins de qualité en raison d'un risque d'insatisfaction du patient et la possibilité de changer de médecin à tout moment.

Ce mode de paiement permettrait de moins adresser les patients aux spécialistes(15).

D'après une étude américaine, les patients présentant une pathologie lourde préfèrent consulter un médecin payé à l'acte(29).

En cette période de pénurie, ce système a toute sa place étant donné qu'il permet une plus grande offre de soin.

Ce système ne plaît pas aux économistes en raison d'un risque de dépense majorée. En effet, le médecin peut également inciter à voir ses patients plus souvent, ceci conduirait à augmenter les dépenses de santé tout en augmentant sa rémunération.

Un autre inconvénient est un risque de qualité de consultation moindre et des durées de consultations diminuées.

3.2. Le salariat

Le salariat est basé sur une rémunération fixe avec un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné qui est indépendant de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail(23).

Le salaire est en général basé sur le contrat établi, le niveau de qualification du médecin et de la durée de travail négociée.

Sur le plan économique, il permet de maîtriser en partie le budget.

Ce mode de rémunération permet de séparer l'acte médical et la rémunération.

Ce système permettrait d'avoir une meilleure attention sur son patient, avec une durée de consultation plus élevée.

Cependant, ceci réduit le nombre de consultations avec un volume de soin diminué(30).

Le salariat est associé à un nombre inférieur de procédures par patient, à un débit inférieur de patients par médecin, à des consultations plus longues, à davantage de soins préventifs (31).

Les études incluses ont montré que les médecins salariés avaient tendance à différer en termes de quantité de soins qu'ils fournissaient, par rapport aux médecins rémunérés par l'acte, nombre de consultations inférieur à ceux par acte, moins de demande d'examen complémentaire, moins de demande d'hospitalisation, meilleur en acte de prévention(31).

3.3. Capitation

C'est un mode de rémunération dans lequel le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendant du volume de soin(23).

La rémunération peut aussi dépendre des caractéristiques du patient, on parle alors de capitation pondérée(32).

Les paiements par capitation peuvent encourager les médecins à sélectionner des patients qui nécessitent des niveaux de soins de santé inférieurs afin que le coût du traitement par patient ne dépasse pas le paiement(31)(28). En effet, dans ce mode de rémunération, le praticien sera payé la même somme s'il ne voit pas le patient ou bien s'il le voit plusieurs fois pendant un temps donné.

Ce mode de rémunération permet de maîtriser les frais financiers et personnels, fournir des soins de préventions de qualité et d'améliorer l'éducation thérapeutique(28)(33).

Ce mode de paiement peut inciter le médecin à voir son patient le moins souvent possible.

Cependant, il peut y avoir une incitation à augmenter sa patientèle, avec une population générale plus moins fixe et un risque de concurrence entre médecins(23).

En souhaitant augmenter sa patientèle, il y a un risque de diminution de la durée de consultation qui s'ajoute, ce qui conduit à une augmentation du taux d'adressage vers un spécialiste(23).

Dans ce système, le médecin par peur de perdre des patients, peut avoir des prescriptions inappropriées.

Il peut également essayer d'évincer les patients ayant de lourdes pathologies afin d'éviter de le voir trop fréquemment sauf s'il utilise une capitation pondérée.

Les médecins peuvent limiter la quantité de services fournis dans le but de minimiser les coûts pour rester dans les montants mensuels(28).

Ce système permettrait de réduire de 20% les dépenses de santé par rapport au paiement à l'acte(15).

Les modes de rémunérations par capitation et par salariat diminuent les dépenses de santé, mais offre moins de volume de soins...

3.4. Les paiements forfaitaires

L'objectif des rémunérations par forfait est d'améliorer les pratiques médicales en se basant sur les dernières recommandations, d'améliorer les soins en réduisant les coûts.

Chaque pays dispose de sa propre liste de forfaits.

Le forfait est apparu en France au cours de la convention de 1998, après négociations entre le syndicat MG France et les caisses. Ce mode de paiement est associé au paiement à l'acte a été mis en place en même temps que la mise en place du médecin référent. Une certaine somme est versée pour le suivi du dossier patient, puis il y a eu l'ajout d'une rémunération pour les patients en affection longue durée, la rémunération des gardes(32)...

Il a été remplacé par le forfait médecin traitant en 2005.

En France, les forfaits sont en augmentation depuis les années 2000.

3.5. Le paiement à la performance (P4P)

Ce mode de paiement a vu le jour au début des années 2000. Celui-ci prend en compte l'atteinte d'objectifs sur des indicateurs de qualité. C'est un mode de paiement qui s'additionne aux autres. 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 ont été réalisés dans la prise en charge des patients. Il est surtout utilisé dans les hôpitaux, mais se retrouve également en soins primaires. Il est très utilisé en Grande-Bretagne, et se développe aux États-Unis(30).

La France commence à intégrer le paiement à la performance avec les CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles) depuis 2009(32). C'est un contrat individuel, basé

sur le volontariat, basé sur des soins de prévention, de suivi de maladie chronique et de prescriptions médicales conforme aux données de la science(34). L'objectif était de réduire les dépenses de santé(34).

Cette modalité a été généralisée lors de la convention nationale médicale de 2011, avec la définition de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)(15)(35).

Les ROSP sont facultatives, il faut le notifier auprès de la sécurité sociale si on les refuse.

Les indicateurs de la ROSP sont révisés lors des conventions en général. On peut citer quelques indicateurs de la ROSP (36)(37) :

- Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) qui englobe tous les patients suivis par le médecin traitant en tenant compte des caractéristiques selon l'âge, la pathologie pour le calcul. Une majoration est appliquée en fonction du nombre de patients bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire.
- Forfait structure qui englobe la gestion du cabinet, organisé en 2 volets.
- Majoration personnes âgées qui prend en compte les patients de plus de 80 ans dont le médecin n'est pas le médecin traitant.

Il existe la ROSP médecin traitant adulte et enfant.

- ROSP médecin traitant de l'adulte organisée en 3 volets : suivi des maladies chroniques, prévention, optimisation et efficacité des prescriptions.
- ROSP médecin traitant de l'enfant organisé en 2 volets : suivi des pathologies chroniques et prévention.

Ce mode de rémunération complémentaire représentant 17% de la rémunération des généralistes en 2021(38) est en plein développement, apprécié par les nouvelles générations et commence progressivement à s'intégrer dans le paysage des médecins libéraux séduits(35).

4. La situation à l'étranger

Les modes de rémunérations sont différents d'un pays à l'autre en fonction de l'organisme payeur.

Dans les pays de l'OCDE, les principaux modes de rémunérations sont, le salariat, la capitation et le paiement à l'acte(23).

Rappelons, que tout système de rémunération unique présente à la fois des avantages et des inconvénients.

Les systèmes dits « mixtes » sont en cours de développement dans les différents pays de l'OCDE pour permettre de joindre des indicateurs de quantité et de qualité. L'objectif est de combiner les avantages de chaque système tout en minimisant les inconvénients.

Les modes 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. À 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.

Les médecins généralistes des pays de l'OCDE avec assurance maladie sont indépendants et rémunérés par un paiement à l'acte(1).

LE ROYAUME UNI est basé sur un système de capitation couplé avec du salariat.

Les médecins généralistes sont des indépendants travaillant dans des centres de santé pluridisciplinaire fournissant des services médicaux au service national de santé (NHS)(39). Ce dernier est financé principalement par le budget général de l'état, lui-même financé par les impôts(40).

Ce système permet l'accès aux soins gratuitement à toute personne résidente sur le territoire sans conditions de ressources. Certaines prestations nécessitent de souscrire à une assurance maladie privée pour être prises en charge comme les soins dentaires, ophtalmologiques et pour les médicaments (40).

La rémunération des groupes est basée sur différents paiements : deux tiers est basé sur la capitation, 15% par le paiement à la performance, 10% pour le paiement à l'acte

La grande majorité des généralistes se partagent les bénéfices. Seulement 15% des médecins généralistes sont salariés(1).

Le paiement à la performance QOF (quality and outcomes framework) est sensibilisé sur 4 domaines :

- Clinique (suivi pathologies chroniques)
- Gestion cabinet (communication, gestion)
- Prévention
- Expérience patient qui consiste à faire des sondages auprès des patients pour améliorer le développement du service de soins

C'est le 1^{er} pays à faire des sondages permettant également de rémunérer les médecins généralistes (41).

LES PAYS BAS sont aussi majoritairement basés sur un système de capitation avec un complément de paiement à l'acte(23) depuis 2006. La majorité des médecins généralistes travaillent en groupe indépendant (90%). Ils sont rémunérés à parts égales pour le système de capitation (règlement annuel pour chaque patient selon ses caractéristiques individuelles et géographiques) et un paiement à l'acte pour les visites à domicile et conseils téléphoniques(41). Les médecins peuvent également négocier avec l'assurance maladie une majoration de la rémunération si elle offre une efficacité des soins(41). Depuis 2010, une rémunération appelée chaîne de soins permettant une rémunération pour le suivi de patient atteint de pathologie chronique (BPCO, AVC...) (41) ainsi que pour la permanence de soins. Le système est basé sur une assurance maladie obligatoire, pouvant être complétée par une assurance complémentaire.

Aux ETATS-UNIS les 3 systèmes de rémunération sont présents, avec un salariat marqué dans les Health maintenance organisation (HMO). Mais le paiement à l'acte reste majoritaire(30).

Les HMO ont été mis en place pour fournir des soins médicaux et faire les liens entre la médecine ambulatoire et hospitalière(42).

C'est le seul pays industrialisé à ne pas disposer de système de soins universel(43)

Le système de santé est réparti en assurance maladie publique, Medicaid pour les familles défavorisées ayant des enfants, Medicare pour les plus de 65 ans et les personnes handicapées et les assurances santé privées (HMO par exemple).

En 2014 est mis en place l'Obamacare permettant aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture santé.

L'ALLEMAGNE fait preuve d'un système de paiement à l'acte plafonné avec un schéma de capitation(23) depuis 2009. Dans ce système ce sont les caisses d'assurance maladie qui sont alimentées par les cotisations qui versent de manière régionale des enveloppes financières sur un mode de capitation ; c'est-à-dire selon le nombre de patients traités par médecin de la région. La répartition entre médecins fait intervenir le paiement à l'acte qui sera plafonné avec une valeur de la consultation qui varie selon le nombre de consultations global.

Toute personne ayant un domicile fixe doit obligatoirement être affilié à une caisse d'assurance maladie(44).

Le régime d'assurance maladie est double ; le régime d'assurance maladie général et le privé (soumis à certaines conditions)(44).

AU CANADA, le paiement à l'acte est également majoritaire, avec un paiement forfaitaire qui reste minoritaire(30). Ils exercent majoritairement en libéral, en groupe.

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.

La SUISSE, utilise depuis 2004 un système dit TARMED Ce tarif s'est substitué pour tout le pays à vingt-six tarifs cantonaux. Il comptait 4 300 prestations définies chacune par un nombre de points, correspondant à un coût en matériel et frais généraux d'une part et au temps nécessaire pour réaliser la prestation d'autre part. La valeur du point était fixée canton par canton. Les avantages escomptés étaient d'obtenir une transparence sur la réalité des coûts et de valoriser l'acte médical sur l'acte technique. Depuis, le médecin généraliste est payé pour le temps qu'il consacre à son patient en sa présence ou en son absence, ce qui signifie que le temps administratif nécessaire à la coordination des soins est rétribué.

La Suisse en reste donc au paiement de l'acte et du temps médical par le Tarmed (15).

En ESPAGNE, les médecins généralistes travaillent essentiellement dans des centres de soins pluridisciplinaires dont les médecins sont salariés du système national de santé(20). Certaines régions ont instauré un paiement à la performance qui est directement versé aux médecins(1).

La France est l'un des pays dans lequel la rémunération des médecins généralistes est la plus faible(6).

5. Intérêt de la cotation

Rappelons qu'en France, le mode de rémunération encore majoritaire pour les médecins généralistes reste le paiement à l'acte. Celui-ci est basé sur un système de cotation. Chaque acte correspond à un code répertorié dans la CCAM ou la NGAP.

L'intérêt de la cotation est multiple, elle permet de valoriser la profession, mais également sur le plan intellectuel en diversifier son activité en médecine générale et in fine d'augmenter la rémunération(45).

Les différentes discussions entre l'UNCAM et les différents syndicats permettent de déboucher sur des nouvelles conventions, des nouvelles cotations permettant de valoriser la spécialité avec notamment les actes de prévention, les majorations de sortie d'hospitalisation, le suivi pédiatrique, les visites longues, les consultations complexes ainsi que les actes de petites chirurgies...

La tarification des actes résulte de ces négociations.

L'utilisation adéquate de la nomenclature des actes médicaux apporte une certaine reconnaissance du travail.

L'assurance maladie utilise ses données de codage pour analyser les pratiques médicales, leur fréquence d'utilisation et d'améliorer sa connaissance sur l'activité médicale.

Cela permet également d'améliorer la qualité et l'efficacité de notre système de soin(27).

Cependant, si les actes réalisés ne sont pas cotés, on risque de voir disparaître cette nomenclature par manque d'utilisation.

En 2016, l'assurance maladie et les représentants de médecins ont signé une nouvelle convention(46). Elle fixe les tarifs de remboursements des médecins et les rémunérations (forfaits, ROSP).

Le rôle de prévention avait été mis en avant avec deux nouvelles cotations :

- CCP : consultation de contraception et prévention pour les filles de 15 à 18 ans
- CSO : consultation de suivi et obésité pour les enfants de 3 à 12 ans.

En juillet 2021, l'avenant 9 a été signé. Il vise à renforcer l'accès aux soins, de faire face aux besoins de soins non programmés, de consolider le parcours de soins et de développer la médecine numérique via la téléconsultation(46).

Sur le plan cotation par exemple :

- Un élargissement de la visite longue a été mis en place avec la possibilité de l'utiliser à chaque trimestre ainsi que pour tous les patients de plus de 80 ans et en ALD
- La valorisation du dossier MPDH lors du premier certificat a vu le jour
- Les actes de prévention notamment des maladies sexuellement transmissibles ont été élargis aux jeunes femmes et hommes de moins de 26 ans.
- Les actes de préventions d'aide à l'enfance pour le repérage des signes de troubles du neurodéveloppement ainsi que de la protection de l'enfance(47).

La télé-expertise a également été mise en avant pour celui qui émet une demande et celui qui donne un avis en retour(48).

Cependant, de nombreux médecins, pour ne pas dire la majorité ne sont pas informés de l'existence de ces cotations, ou ne connaissant pas le codage, les délaissent...

Informé, former les médecins généralistes aux cotations existantes permettrait d'apprendre à diversifier leur pratique, d'enrichir leur métier et in fine de revaloriser la profession.

De plus, en France, le médecin généraliste est le médecin de premier recours, permettant d'assurer la coordination des soins ambulatoire et l'accès aux spécialistes. Ils représentent le point d'entrée du parcours de soins coordonnés, introduit en 2004, en assurant la fonction de médecins traitants. Tout en assurant son rôle, le médecin généraliste peut via les différentes cotations valoriser son travail.

II. ARTICLE

Utilisation pratique de la nomenclature des actes médicaux par les médecins généralistes : étude quantitative portant sur 2760 consultations en Lorraine

LISTE DES ABREVIATIONS

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

DREES : La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

OCDE : organisation de coopération et de développement économique

CCAM : classification commune des actes médicaux

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique

ALD : affection de longue durée

CPAM : caisse primaire assurance maladie

IST : infection sexuellement transmissible

FMC : formation médicale continue

ROSP : rémunération sur objectif de santé publique

ABSTRACT

Introduction: Liberal General Medicine in France is still essentially based on fee-for-service using the nomenclature of medical acts. The acts are negotiated between the trade unions and the social security. The "GS" is mainly used in everyday practice. However, the nomenclature of medical acts is very extensive, updated frequently and forgotten by most general practitioners.

A good use of the nomenclature would make it possible to revalue general medicine, to diversify its activity and to increase its fees.

Materials and Methods: A quantitative, retrospective study was carried out concerning the professional practice of general practitioners installed in cabinets in Lorraine.

It related to a month of consultation carried out in May 2021 with 5 volunteer general practitioners.

Results: The GS represents more than 80% of general medicine acts. The non-use as well as the misuse of the nomenclature of medical acts leads to a significant monthly loss of earnings ($P < 0.05$). The most frequent reasons for consultations in general medicine are not coded. There are consultations in the office that can be considered long and do not have coding either. However, among all these consultations, there are consultations that can be characterized as infrequent, for example oriented around prevention, care with the performance of technical gestures, for which there is a rating. These are the ratings that should not be omitted and transmitted to general practitioners who do not use the nomenclature of medical acts.

Conclusion: Proper use of the nomenclature of medical acts would enhance the practice of the general practitioner, but it would also increase his income by about 4.82% more revenue per month, or about 680 euros using only 8 quotations little known to general practitioners and around 900 euros per month using all quotations.

Keywords : Nomenclature of medical procedures, CCAM, general practitioner, general medicine

1. INTRODUCTION

La rémunération actuelle du médecin généraliste libéral en France repose encore essentiellement sur la nomenclature médicale et donc la tarification à l'acte.

On s'aperçoit également que d'autres modes de rémunérations sont en plein développement en France. Le salariat reste une option mais n'est pas sans risque, des risques de licenciement par faute de rendement sont possibles(49). Les forfaits sont en plein essor mais ne représentent qu'un petit pourcentage du chiffre d'affaires des médecins.

La nomenclature des actes médicaux regroupe la CCAM et la NGAP. Elle a été instaurée afin de permettre aux médecins et notamment aux médecins généralistes de l'utiliser afin de diversifier leur activité.

Cependant, sa complexité des codages ainsi que ses mises à jour la rendent très peu utilisée par les médecins généralistes.

La consultation de base « GS » représenterait plus de 80% des consultations(50).

Tous les médecins généralistes peuvent se la procurer, mais très peu l'exploitent réellement(51).

On peut penser que si la nomenclature est bien exploitée, elle permet une amélioration des revenus (5) et peut également permettre de revaloriser la profession.

Le fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAF-PM) a intégré en 2019 des formations de maîtrise des nomenclatures des actes en médecine générale dont l'objectif est d'améliorer la qualité et de favoriser l'excellence des soins.

A travers les diverses conventions, des nouvelles cotations sont mises en place notamment autour de la prévention de soins.

Les cotations sont évidemment applicables étant donné qu'elles sont répertoriées dans la CCAM et dans la NGAP, c'est pourquoi il est important de ne pas les oublier au risque de les voir disparaître un jour, d'autant plus que la consultation de base n'a pas été revalorisée depuis quelques années.

Le paiement à l'acte est encore majoritaire en France de ce fait seule l'utilisation adaptée de la nomenclature permet d'être rémunéré de manière convenable sans devoir augmenter le nombre de consultations et ainsi améliorer l'image de la profession.

A travers cette étude, nous allons mesurer le manque à gagner lorsque les médecins généralistes n'appliquent pas de façon optimisée la nomenclature des actes médicaux.

2. MATERIEL ET METHODE

L'étude réalisée était une étude quantitative, rétrospective concernant la pratique professionnelle des médecins généralistes installés en Lorraine.

Elle portait sur un mois de consultation. Les participants à l'étude étaient des médecins généralistes lorrains. Ils étaient tous volontaires.

Les données ont été recueillies sur les consultations réalisées au mois de mai 2021.

Ce mois a été choisi car il était situé au moment de la période basse de l'épidémie de COVID19 afin d'éviter les nouveaux actes de nomenclatures qui ont été instaurés de manière temporaire pendant cette épidémie.

Dans le panel des cinq médecins, quatre ne cotaient pas les actes et un médecin était pro-cotation (médecin 2).

Les données recueillies sont toutes anonymisées.

Les cinq médecins généralistes ont accepté de me laisser intervenir sur leur ordinateur afin de regarder leur consultation réalisée au mois de mai 2021.

Le but de cette étude était de voir ce que les médecins ont réalisé comme actes durant cette période donnée, de voir la cotation qui a été facturée pour chaque consultation et de comparer avec ce qui aurait pu être fait en se référant à la nomenclature des actes médicaux.

Les critères d'inclusions de l'étude sont des médecins généralistes libéraux volontaires installés en Lorraine.

Le panel choisi a été le plus varié possible, mélangeant hommes et femmes, exerçant en milieu rural ou urbain, d'âges différents.

Analyse statistique : comparaison de plusieurs moyennes réalisées à l'aide du test Chi2. Ces statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel en ligne BiostaTGV.

Le recueil portant sur un très grand nombre de consultations, les motifs ont été classés par pathologie d'organe :

- ORL : toute pathologie touchant les voies aériennes supérieures telles que les rhinopharyngites, les angines, les otites, douleurs dentaires, aphtes...
- Pneumologique : pathologie touchant les voies aériennes inférieures telles que l'asthme, exacerbation de BCPO, pneumopathie...

- Digestif : douleurs abdominales, troubles digestifs, hémorroïdaires...
- Cardiologiques : douleurs thoraciques, décompensation cardiaque aiguë, dyspnée...
- Infectieux : contexte d'hyperthermie sans point d'appel franc
- Orthopédique : tendinite, traumatisme des membres supérieurs et inférieurs
- Ophtalmologique : conjonctivite, chalazion, orgelet...
- Rhumatologique : poussée d'arthrose, douleurs osseuses, crise de goutte...
- Hormonale : dysthyroïdie, atteinte thyroïdienne...
- Dermatologique : eczéma, psoriasis, érythème fessier, lésions mycosiques, lésions herpétiques et zona, dyshidrose, verrue...
- Allergie : urticaire, prurit...
- Gynécologique : lésion du sein, écoulements vaginaux, dysménorrhée...
- Suivi : mensuel des nourrissons, de pathologie chronique telle que l'hypertension artérielle mal équilibrée, suivi annuel de patient sans pathologie, les plaies, les post opératoires...
- Sociale : conflits familiaux, problèmes au travail...
- Vaccination : rappel vaccinal et vaccination des nourrissons
- Courrier consultation spécialiste lorsque la consultation débouche vers un avis chez le spécialiste
- Résultats d'examens biologiques ou d'imageries
- Les renouvellements d'ordonnances des pathologies chroniques notamment des patients diabétiques, hypertendus...
- Les avis d'arrêt de travail initial et prolongation, déclaration accident de travail...
- Les certificats de sport
- Dossier MDPH initial ou renouvellement
- Neurologique, psychiatrique, asthénie, demande cure, urologique...

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques démographiques des médecins

Tableau 1 :

<u>Données démographiques des médecins</u>	MED1	MED2	MED3	MED4	MED5
Âge	49 ans	31 ans	45 ans	41 ans	60 ans
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Homme
Zone d'activité du cabinet	Semi-rurale	Semi-rurale	Rurale	Rurale	Urbaine
Affinité avec la cotation	NON	OUI	NON	NON	NON
Nombre d'actes sur le mois de mai 2021	558	544	542	552	564
Proportion de GS / autres cotations (%)	486 (87,1%)	461 (84,74%)	479 (88,38%)	462 (83,7%)	543 (96,28%)

Le panel de médecin généraliste volontaire est varié. On retrouve des médecins généralistes de tout âge, le sexe ratio est quasi équitable. Leur zone d'activité est également variée.

On s'aperçoit à quelques consultations près, que le médecin le plus âgé est celui qui voit le plus de patients.

Parmi les médecins volontaires, seul un, le plus jeune, a une affinité pour la cotation et qu'il effectue moins de GS en pourcentage.

On s'aperçoit que le « GS » représente plus de 80 % des consultations.

3.2. Caractéristiques des consultations

Tableau 2 :

<u>Patients vus sur le mois</u>	MED1	MED2	MED3	MED4	MED5
Sexe (Homme)	258	282	228	229	278
Sexe (femme)	300	262	314	323	286
Age moyen (écart type)	43,14 (+/- 24,26)	43,32 (+/- 22,87)	52,09(+/- 25,54)	46,74(+/- 25,62)	48,26 (+/- 20,08)

Le ratio de consultation selon le sexe est vraisemblable entre les cinq médecins. Il n'y pas de différence de population.

3.3. Comparaison du chiffre d'affaires sur le mois de mai 2021

Tableau 3 :

<u>Comparaison du chiffre affaires mensuel</u>	MED1	MED2	MED3	MED4	MED5
CA cotation réel (€)	14428,07	14778,61	14038,2	14500,43	14220
CA cotation optimisée (€)	15377,14	14778,61	14858,24	15383,83	15150,2
Manque à gagner (€)	947,07	0	818,04	889,4	930,2

On s'aperçoit que le médecin ayant une affinité pour les cotations à un chiffre d'affaires mensuel plus élevé que les autres médecins en ayant un nombre de consultations moindre. Il n'y a pas de manque à gagner constaté dans ses consultations.

Le manque à gagner moyen pour les autres médecins est de de 896,67 euros pour ce mois.

Tableau 4 : Analyse statistique avec le tableau des effectifs attendus sous H0

<u>Comparaison du chiffre affaires mensuel</u>	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
Chiffre affaire avec la cotation réel	14540,621	14419,144	14097,158	14578,674	14328,403
Chiffre affaire avec la cotation optimisée	15264,379	15136,856	14798,842	15304,326	15041,597

Selon la méthode du test du chi2 utilisé via le logiciel BiostaTGV sur le manque à gagner la valeur du **P (p-value) du test est de 0,00019526533906809.**

La valeur du $P < 0,05$, le manque à gagner est significatif : utiliser la nomenclature des actes médicaux permet d'améliorer les revenus de manière significative.

3.4. Les motifs les plus fréquents de consultations

Tableau 5 :

Motifs les plus fréquents en médecine générale	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5	Total
Renouvellement de traitement	139	133	127	137	121	657
Pathologies ORL	60	48	31	34	36	209
Arrêt de travail, prolongation arrêt de travail	47	26	28	24	43	168
Traumatologie /rhumatologie	47	41	40	43	60	231
Lombalgie/ lombosciatalgie	17	20	24	26	24	111
Pathologies dermatologiques	15	22	32	39	26	134
Résultats d'examens radiologiques/biologiques	24	32	15	13	21	105
Anxiété/Dépression	11	8	6	6	10	41
Pathologies digestives	30	38	29	27	34	158
Total les plus fréquentes /consultation sur le mois (%)	391/558 (70,07%)	368/544 (67,64%)	332/542 (59,92%)	349/552 (63,22%)	375/564 (66,48%)	1814 (65,72%)

3.5. Le panel de cotation non facturées

Tableau 6 :

<u>Nombres de cotations non facturés (prix en euros)</u>	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	MED 5
ALQP003 (69,12€) : test d'évaluation d'une dépression	11		6	6	10
ALQP006 (69,12€) : test d'évaluation d'un trouble cognitif			1		
GS + MIS (55€) : consultation initiale d'annonce d'une pathologie grave	1		1	2	2
GS + MSH (48€) : majoration de sortie hospitalisation d'un patient polypathologique			2	1	1
GS + MIC (48€) : majoration pour consultation d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque	1		1	1	1
COE (46€) : consultation obligatoire enfant (7J,9M,24M)	4		4	5	2
CSO (46€) : consultation de suivi de l'enfant de 3 à 12 ans à risque d'obésité			1	1	
CSE (46€) : consultation de suivi et de coordination d'un enfant autiste					1
CCP (46€) : consultation de contraception et prévention des IST	1			2	
GS + MUT (30€) : rendez-vous chez le spécialiste sous 48 heures	5		3	2	3
QZGA004 (38,29€) : ablation d'un corps étranger superficiel de la peau en dehors du visage et des mains	1			1	1
QAGA003 (47,5€) : ablation d'un corps étranger superficiel de la peau du visage et des mains	1				1
MJPA010 (38,29€) : incision ou excision d'un panaris superficiel	1				1
MZLB001 (26,13€) : infiltration articulation membre supérieur	3		5		

NZLB001 (30,82€) : infiltration articulaire membre inférieur	2		5		
QZJA009(38,29€) : évacuation d'un abcès superficiel					
QZJA011 (47,50€) : évacuation de collection profonde de la peau				1	2
VL + MD (70€) : consultation très complexe réalisé au domicile du patient	4		5	7	3
GS + 0,4K (25,77€) : certificat initial accident de travail	2		1	3	3
Sutures	2		2	1	2
CAGD001 (19,25€) : ablation bouchon de cérumen	2		1		1
AHLB006 (29,48€) : infiltration du nerf médian au canal carpien			2		
GS + MCG (30€) : majoration de coordination généraliste				1	1
TOTAL / consultation du mois (%)	41 (7,34%)		40 (7,38%)	34 (6,15%)	35 (6,2%)

Tableau 7 :

<u>Cotations MED 2 pro cotation</u>	Nombres d'actes
ALQP003 (69,12€)	8
ALQP006 (69,12€)	2
GS + MIS (55€)	1
GS + MSH (48€)	2
GS + MIC (48€)	2
COE (46€)	3
CSO (46€)	1
CCP (46€)	1
GS + MUT (30€)	4
GZGA004 (38,29€)	1
MJPA010	1
NZLB001	1
VL + MD	1
GS + 0,4K	3
Sutures	2
Total / consultation sur le mois (%)	33 (6,06%)

3.6. Les motifs de consultation peu fréquents mais ayant un codage

Tableau 8 :

<u>Motifs les moins fréquents ayant un codage</u>	Nombres d'actes
Sortie hospitalisation pour IC : GS + MIC	5
Sortie hospitalisation pour poly motifs : GS + MSH	5
Retrait de corps étrangers : QZGA004	4
Ablation écharde de la main : QAGA003	2
Excision panaris : MJPA010	2
Frottis : GS + JKHD001	2
Consultation mémoire : ALQP006	3
Suivi obésité enfant : CSO	3
Bouchon de cérumen : CAGD001	3
Consultation obligatoire enfant : COE	18
Primo prescription de pilule : CCP	4
Infiltration membre supérieur/inférieur : MZLB001/ NZLB001	16
Suture	9
Drainage abcès : QZJA009	3
Total	79 actes (2,86% du total des actes)

L'ablation de bouchon de cérumen codé par CAGD001 est une consultation moins avantageuse que le GS habituel.

Il existe également le remplissage du premier dossier MPDH qui représente 10 motifs de consultation environ sur les 2760 consultations, ainsi que la prévention des IST étendue aux hommes qui représente également 10 motifs de consultations, mais non intégré car le nouveau codage est apparu après le recueil de données.

3.7. Les consultations « longues » au cabinet non valorisées

Tableau 9 :

<u>Consultations non valorisées "fréquentes"</u>	Nombres actes
Motifs multiples	29
Suivi annuel d'un patient	27
Première consultation d'un nouveau patient	16
Suivi HTA	10
Problèmes sociaux	10
Initiation sevrage tabac / alcool	14
Total	106 (3,84% du total des actes)

3.8. Les freins à la cotation

En interrogeant oralement les médecins de l'étude qui n'ont pas d'affinité avec les cotations, les réponses étaient souvent les mêmes :

- L'oubli lors de la facturation en discutant avec le patient.
- La méconnaissance de la cotation.
- La complexité du codage avec certaines cotations dont le tarif est très peu différent du GS.
- Ne pas oser demander plus d'argent à leur patient.
- Peur que la cotation ne soit pas payée.

3.9. Les 8 actes fréquents non cotés entraînant une baisse du chiffre d'affaires

Tableau 10 :

	Médecin 1	Médecin 2	Médecin 3	Médecin 4	Médecin 5
ALQP003	11	8	6	6	10
GS + MIS	1	1	1	2	2
GS + MIC	1	2	1	1	1
GS + MSH	0	2	2	1	1
GS + MUT	3	4	3	2	3
COE	4	3	4	5	2
CCP	1	1	0	2	0
VL + MD	4	1	5	7	3
Total mensuel en €	-778€	+ 598,96€	-617,72€	-699,72€	- 699,2€
% de pertes mensuel / CA	-5,39%	+ 4,22%	-4,4%	-4,82%	-4,91%

A travers la nomenclature des actes médicaux, on retrouve 8 actes d'utilisations quotidiennes en médecine générale ne nécessitant aucun geste chirurgical permettant d'améliorer le chiffre d'affaires mensuel moyen de **678,72€ (4,74%)**.

4. DISCUSSION

4.1. Les caractéristiques de l'étude

4.1.1. Points forts

Cette étude est intéressante et originale, elle ne fait l'objet que de peu d'études similaires à l'heure actuelle. La cotation des actes médicaux est au cœur de la pratique quotidienne des médecins généralistes français (52).

En effet, l'étude de la nomenclature des actes médicaux par les médecins généralistes n'a jamais été réellement explorée.

Cette étude a permis de voir directement les cotations réalisées par les médecins généralistes, et non se baser uniquement sur des dires des médecins vis-à-vis des cotations.

4.1.2. Limites et biais

L'échantillon des 5 médecins est certes faible, cependant la valeur statistique n'est pas la préoccupation principale. Dans cette étude, ce qui compte, c'est la méconnaissance et la non-utilisation des cotations qui entraîne un véritable manque à gagner.

Il existe plusieurs moyens pour s'y former et pallier à ce manque à gagner.

La liste de nomenclature des actes médicaux est très longue, des oublis de cotation sont possibles.

La réalisation du recueil de données pendant l'épidémie de COVID19 a peut être majoré le nombre de syndrome anxio-dépressif pouvant créer une sur évaluation du manque à gagner(53). Cependant, dans la thèse du Dr Poissonnet, 63,4% des médecins déclarent ne jamais ou parfois coter la consultation de la dépression(54). Ceci reste similaire à notre étude car dans notre étude elle n'est cotée que dans 24%.

Les cotations existantes pendant l'épidémie de COVID19 n'ont pas été intégrées car celle-ci n'était que provisoire et aurait majoré le chiffre d'affaires ne reflétant peut-être pas la pratique habituelle.

4.2. Validité externe

Le Dr STENECK s'est intéressé à travers un auto-questionnaire à interroger les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône sur leur connaissance concernant certains actes de la nomenclature. Dans ses résultats, on s'aperçoit que plus de 40% des médecins ne connaissaient par l'acte de la visite longue et plus de 30% ne connaissaient pas la cotation de la dépression(55). La consultation de sortie d'hospitalisation d'un patient polypathologique n'était pas connue pour environ 20% des médecins interrogés. Dans cette étude, les données recueillies ne sont que subjectives, contrairement à notre étude qui a été menée directement en analysant les consultations réalisées.

Il n'y a pas d'étude similaire retrouvée en France, d'autres travaux se sont intéressés aux freins des cotations.

D'après d'autres études menées par le Dr POISSONNET et le Dr WATRIN montrent que les freins à la cotation sont bien présent(51)(54). En effet, les médecins n'utilisent pas la nomenclature pour diverses raisons : par oubli de l'acte, méconnaissance, complexité du codage de la consultation, pour ne pas demander trop d'argent à leur patient, par peur de pas être payé ou bien même ne veulent pas rechercher le code de l'acte pour quelques euros en plus.

Le tiers payant pour certaines cotations permettrait de limiter le frein au sujet de l'argent.

4.3. Importance de la cotation

L'utilisation de la nomenclature des actes médicaux est encore trop peu utilisée en France par les médecins généralistes. Nos résultats ont confirmé cette hypothèse.

La connaissance des cotations ne s'invente pas, la formation est primordiale.

Cependant, elle ne s'intègre pas dans un enseignement universitaire.

Les jeunes médecins sont un peu plus sensibles à la formation.

La formation médicale vis-à-vis de la nomenclature peut se faire via des brochures proposées par les syndicats(56)(57), par des associations de formation médicale ou lors de soirées organisées comme l'AMMPPU, MG France(58).

Il existe également des outils d'aide à la cotation comme des applications smartphone Cotation santé, ou bien des sites internet comme Omniprat(59) ou cotaMG(60).

La nomenclature est mise à disposition pour attribuer à chaque acte réalisé un code et une valeur tarifaire incluant une base de remboursement par les régimes d'assurance maladie. L'application de celle-ci présente des intérêts majeurs pour les médecins généralistes, notamment la reconnaissance de la profession ainsi qu'un avantage pécuniaire.

Elle est mise à jour fréquemment, des nouvelles cotations y sont intégrées. Au 1^{er} avril 2022, des nouvelles cotations sont apparues, notamment pour le premier certificat de dossier MPDH, la visite longue est étendue aux patients de plus de 80 ans et en ALD(61) ainsi que la consultation de prévention et contraception étendue aux hommes jusqu'à 25 ans inclus(62).

Dans la pratique quotidienne de la médecine générale, le médecin doit avoir des compétences médicales et techniques. La nomenclature permet de valoriser le travail du médecin généraliste. Il peut également se former par l'intermédiaire de diplômes universitaires supplémentaires payants. Certains matériels ayant un but diagnostique ou thérapeutique sont coûteux.

De ce fait, l'utilisation de la nomenclature permet de mettre en avant la reconnaissance de la compétence du médecin généraliste ainsi que son savoir.

L'utilisation adaptée de la nomenclature permet également de mettre l'accent de manière non négligeable sur l'aspect financier.

La majeure partie des actes présents dans la nomenclature présentent une valeur tarifaire supérieure à celle de la consultation du « GS » qui est au prix de 25 euros.

Prenons l'exemple de quelques actes :

- La consultation de la dépression ALQP003 avec la réalisation d'un test Hamilton à 69,12€
- La consultation mémoire ALQP006 avec la réalisation de test mémoire à 69,12€
- L'excision d'une thrombose hémorroïdaire externe EGJA007 à 62,12€
- La réalisation du premier certificat MPDH, MPH à 60€
- La visite longue, chez les patients de plus de 80 ans et en ALD ou en soins palliatifs, VL + MD à 70€ (13).
- Les consultations pédiatriques obligatoires avec le remplissage du certificat à J8, M9 et M24, COE à 46€
- Les majorations de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH) et de suite d'hospitalisation pour décompensation cardiaque (MIC) au cabinet à 48€ ou à domicile 58€.

- Consultation prévention, contraception et santé sexuelle pour les moins de 26 ans homme ou femme à 46€.
- Les actes de sutures sans oublier la majoration d'urgence M à 26,88€
- Les gestes techniques tels que l'excision de panaris, le drainage d'abcès, l'ablation de corps étrangers à ne pas omettre
- Le rendez-vous de consultation chez le médecin spécialiste sous 48h G + MUT à 30€

L'utilisation de l'électrocardiogramme en médecine générale est encore très discrète. Cependant, son utilisation est facilement cotable et permet d'orienter ou de se conforter dans certain diagnostic. Des freins à son utilisation existent, notamment l'augmentation de la durée de la consultation, la peur d'un mauvais diagnostic...

Il existe aujourd'hui des moyens de s'y former comme pour se former à la nomenclature des actes médicaux. Il existe même des nouveaux systèmes via à un logiciel qui transmet directement le tracé à un cardiologue avec une interprétation en direct. Cela à un coût, mais l'intérêt multiple de l'ECG permet de rentabiliser le logiciel, d'améliorer sa pratique quotidienne et de soigner son patient.

On s'aperçoit que la médecine générale évolue vers un regroupement des médecins dans des maisons de santé pluriprofessionnelle ou dans des cabinets de groupe. Ceci permet de partager les frais de matériel tel que l'électrocardiogramme.

Toutefois, certaines consultations comme la première consultation pour un nouveau patient au cabinet est souvent très longue et ne fait pas l'objet de cotation particulière. Il en est de même pour les patients consultant annuellement pour faire le point sur leur état de santé ou les patients venant pour des motifs multiples. Ces consultations sont aussi en général longues. Il serait intéressant de créer également des cotations pour des consultations « longues » réalisées au cabinet.

Il existe également certains actes ayant une cotation inférieure ; c'est le cas de l'ablation d'un bouchon de cérumen codé CAGD001 à 19,25 euros. Il ne peut pas être additionné au GS.

Malheureusement, je n'ai pas trouvé dans la littérature si dans les autres pays il existait des cotations entraînant une cotation inférieure à l'acte de base.

Des négociations sont en cours pour la prochaine convention afin de revaloriser la consultation de base en France et permettre peut-être de se placer aux mêmes rangs que nos confrères à l'étranger(52)(63).

Selon les données de la CARMF, le BNC des médecins généraliste secteur 1 en 2020 était de 74009 euros annuels(64). En utilisant de manière appropriée la nomenclature des actes médicaux, le chiffre d'affaires mensuel peut être augmenté en moyenne de 6% comme le montre le tableau 3. Cependant, cela nécessite de savoir réaliser certains gestes techniques comme des sutures, des infiltrations etc... En revanche, on peut s'apercevoir qu'en utilisant les 8 actes fréquents du tableaux 9, on peut augmenter le chiffre d'affaires mensuel d'environ 4,7% ce qui n'est pas négligeable. Cela permet de revaloriser la profession tout en continuant de faire le même travail.

Il serait intéressant que chaque médecin généraliste possède une fiche avec ses 8 actes simple d'utilisation après avoir participé à des soirées FMC dont le thème tourne autour de la nomenclature des actes médicaux ou bien qu'elle soit adressée par les syndicats par courrier ou par courriel à leurs adhérents.

4.4. Fiches résumant les principales cotations utiles en médecine générale

Les cotations médicales fréquentes à ne pas oublier :

ALQP003	Test d'une dépression : échelle Hamilton, une fois par an	69,12
GS + MIS	Patient déclaré médecin traitant, annonce pathologie chronique, VIH, cancer	55
GS + MIC	Patient déclaré médecin traitant, sortie hospitalisation pour décompensation cardiaque dans les deux 2 mois : prise en charge 100% ALD, une seule fois	48
GS + MSH	Patient déclaré médecin traitant, sortie hospitalisation pour polyopathie dans le mois : prise en charge 100% ALD, une seule fois	48
GS + MUT	Adressage d'un patient dans les 48h pour avis	30
COE	Consultation obligatoire enfant, 7J, 9 mois, 2ans, tiers payant intégral	46
CCP	Consultation première contraception / information sur les IST homme et femme jusqu'à 25 ans : une seule fois, tiers payant intégral	46
VL + MD	Patient déclaré médecin traitant : Visite à domicile patient > 80 ans et en ALD, tous les trimestres, ainsi que première visite d'un nouveau patient à domicile	70

Les cotations « fréquentes » nécessitant un geste :

GS + DEQP003	Réalisation d'un ECG avec interprétation	39,26
GS + JKHD001	Réalisation d'un frottis cervico vaginal	37,46
JKLD001	Pose d'un Dispositif intra-utérin	38,40
MJPA010	Incision ou Excision d'un panaris	38,29
QZJA009	Évacuation d'un abcès superficiel	38,29
QZJA011	Évacuation d'une collection profonde la peau ou tissus mous	47,50
QAGA003	Extraction d'un corps étranger de la main (écharde++) ou du visage	47,50
QZGA004	Extraction d'un corps étranger hors visage ou main	38,29
MZLB001	Infiltration articulaire ou bourse séreuse du membre supérieur	26,13
NZLB001	Infiltration articulaire ou bourse séreuse du membre inférieur	30,82

Les autres moins fréquentes mais utiles :

GS + MCG	Majoration de coordination généraliste pour patient hors résidences habituelles, rédigé un courrier pour le médecin traitant	30
MPH	Patient déclaré médecin traitant : Premier dossier MDPH ou reprise d'un dossier d'un autre confrère	60
ALQP006	Test évaluation d'un trouble cognitif : une fois par an	69,12
CSO	Suivi de l'obésité chez un enfant de 3 à 12 ans : 2 fois par an	46
Suture	Toujours utiliser le « M »	26,88
MZJB001	Évacuation d'une collection articulaire du membre supérieur	83,6
NZJB001	Évacuation d'une collection articulaire du membre inférieur	60,30
EGJA001	Excision thrombose hémorroïdaire	62,70

III. CONCLUSION

Cette étude nous aura permis de confirmer notre hypothèse de départ. En effet, les médecins généralistes n'utilisent pas ou très peu la nomenclature des actes médicaux.

La méconnaissance de la nomenclature ainsi que ces codages complexes, mais également d'autres freins empêchent les médecins généralistes de bien l'exploiter.

Le paiement à l'acte est encore majoritaire, la nomenclature est toujours d'actualité.

Les mises à jour de celle-ci sont fréquentes. Elle permet une augmentation du chiffre d'affaires mensuel qui est non négligeable. Elle permet également de revaloriser notre profession tout en continuant de réaliser le même travail. En effet, le manque à gagner peut varier en moyenne de 680€ en utilisant les 8 actes fréquents à 900 € brut mensuel en se référant à toute la nomenclature des actes médicaux.

Nous sommes face à une population vieillissante, on assiste à une augmentation des pathologies chroniques.

En effet, le rôle du médecin généraliste n'est pas seulement de soigner des pathologies aiguës. Il est un maillon essentiel du dépistage des pathologies, de l'éducation thérapeutique de ses patients. Il existe un panel de codage permettant de dépister et de suivre l'évolution des pathologies chroniques.

Il serait intéressant de voir sur plusieurs mois, voir sur une année encore le manque à gagner. Mais il serait également intéressant de voir si après avoir suivi des formations si les médecins se mettent ou non à utiliser cette nomenclature sans craindre de ne pas être rémunérés ou de demander plus d'argent à leur patient.

Les modes de rémunérations des médecins généralistes sont en pleine modification.

La plupart des médecins tendent vers un exercice en cabinet de groupe ou en maison de santé pluriprofessionnelle, la location ou l'achat de matériel pour permettre d'utiliser les actes de la nomenclature ne doivent pas être négligés.

On peut conclure que les médecins généralistes ne sont pas formés ni informés vis-à-vis de la nomenclature des actes médicaux. Il serait intéressant de mettre en place des cours ou des formations sur les actes médicaux durant l'internat mais également pour les médecins déjà installés au risque de voir disparaître ces actes. D'autant plus que ces listes d'actes peuvent se réduire à un nombre restreint de cotations.

IV. BIBLIOGRAPHIE

1. Paris V, Devaux M. How physicians are paid in OECD countries. *Trib Sante*. 29 oct 2013;40(3):45-52.
2. Évolution de la population – Bilan démographique 2021 | Insee [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6037741?sommaire=6036447>
3. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? 2021;74.
4. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
5. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 18 mars 2022]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/#>
6. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? *Regards Croises Sur Econ*. 24 avr 2009;5(1):144-58.
7. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Synthèse Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? :3.
8. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? *Econ Stat Econ Stat* [Internet]. mai 2013 [cité 17 mars 2022];(455-456). Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01685914>
9. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=-190408,7138960,1719137,1139212&c=indicator&selcodgeo=54&view=map5>
10. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? *Econ Stat*. 2012;455(1):115-42.

11. 2008-03_actes-ccam-2006_points-de-repere-14_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2008-03_actes-ccam-2006_points-de-repere-14_assurance-maladie.pdf
12. methodo_libelles_04.pdf [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/methodo_libelles_04.pdf
13. Lettres-clés : définition [Internet]. [cité 12 mai 2022]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/362.html>
14. Hassenteufel P. Abstract. Trib Sante. 26 mars 2008;18(1):21-8.
15. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, Cartier T, Vanmeerbeek M, Widmer D, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? 26:11.
16. Les conventions avec les professionnels de santé libéraux - ppt video online télécharger [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/1187110/>
17. Historique des conventions médicales. 2022;44.
18. Batifoulier P, Bien F, Biencourt O. La pratique des honoraires libres en medecine ambulatoire le prix signale-t-il la qualite?. 21 mars 2022;
19. NGAP [Internet]. [cité 17 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/moselle/medecin/exercice-liberal/remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>
20. Pascal P, Varnier F, Coutard J, Dupuy E, Welter G, Durieux B. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. :526.
21. convention-medicale-2016-2021_assurance-maladie.pdf [Internet]. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/488070/document/convention-medicale-2016-2021_assurance-maladie.pdf
22. La Mutualité Française [Internet]. [cité 21 mars 2022]. Convention médicale : les principales mesures. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/convention-medicale-principales-mesures/>

23. Déprez M, Albouy V. Mode de rémunération des médecins. *Économie Prévision*. 2009;188(2):131-9.
24. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral: étude des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie. :91.
25. pourquoidocteur.fr. www.pourquoidocteur.fr. 2014 [cité 18 mai 2023]. Visites à domicile : 12 % de l'activité des médecins. Disponible sur: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/4991-Visites-a-domicile-12-de-l-activite-des-medecins>
26. Colin A. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016.
27. Un an de codage CCAM en secteur libéral : année 2006 | L'Assurance Maladie [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2008-actes-ccam-2006>
28. Impact du mode de paiement sur le comportement des médecins de premier recours : une revue systématique, 2001 [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/1355819011927198>
29. w5796.pdf [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w5796/w5796.pdf
30. 01_Polton_Bousquet.pdf [Internet]. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf
31. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behaviour. *QJM Int J Med*. 1 janv 1999;92(1):47-55.
32. Barlet M, Bellamy V, Guillaumat-Tailliet F, Jakoubovitch S. General practitioners: what do they think of their remuneration? *Rev Francaise Aff Soc*. 16 déc 2011;(2):123-55.
33. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention | Cairn.info [Internet]. [cité 24 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-economique-2004-5-page-901.htm>

34. Silva ND. Do Medical Doctors Need to be Self-Interested to be Motivated? A Critical Analysis of Performance-Based Compensation. *Rev MAUSS*. 3 juin 2013;41(1):93-108.
35. Dormont B. Performance-based payment: contrary to ethics or a service to public health? *Trib Sante*. 29 oct 2013;40(3):53-61.
36. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
37. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
38. Jabri K, Monirijavid S, Renaud T, Lenglard F, Polton D, Bauer-Eubriet V, et al. Sous la direction de Franck Arnaud, Geoffrey Lefebvre, Myriam Mikou et Mickaël Portela. 2021;
39. 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*. 1 juin 2003;64(3):415-23.
40. Profil Médecin [Internet]. 2017 [cité 27 mars 2022]. Médecins en Europe : au Royaume-Uni, le NHS au centre du jeu. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecins-en-europe-au-royaume-uni-le-nhs-au-centre-du-jeu/>
41. Kroneman M, Meeus P, Kringos DS, Groot W, van der Zee J. International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010. *BMC Health Serv Res*. 24 oct 2013;13(1):436.
42. Rodwin VG. Les Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis : un bilan. *Polit Manag Public*. 1985;3(4):39-85.
43. rapport_systeme_sante_us_cle863719.pdf [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_systeme_sante_us_cle863719.pdf

44. partner. Krankenkassen-Zentrale. [cité 27 mars 2022]. Le système de l'assurance maladie en Allemagne. Disponible sur: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-fr>
45. La CCAM : Pourquoi et comment ? - MG France [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/270-la-ccam-pourquoi-et-comment>
46. La convention et ses avenants [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>
47. Avenant 9 : nouveautés tarifaires du 1er Avril - n°1 - MG France [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3131-avenant-9-nouveautes-tarifaires-du-1er-avril-n-1>
48. Avenant 9 : les mesures nouvelles, suite ! - MG France [Internet]. [cité 6 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3136-avenant-9-les-mesures-nouvelles-suite>
49. Une généraliste licenciée par un centre de santé pour « manque de rentabilité » | Le Quotidien du Médecin [Internet]. [cité 4 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/une-generaliste-licenciee-par-un-centre-de-sante-pour-manque-de-rentabilite>
50. 2019_DEHESTRU_Alexandre. :127.
51. Watrin B. Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale. :73.
52. egora.fr [Internet]. 2022 [cité 4 oct 2022]. Négos conventionnelles : le SML veut redonner du temps aux médecins et miser sur le paiement à l'acte. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/syndicalisme/76151-negos-conventionnelles-le-sml-veut-redonner-du-temps-aux-medecins-et>

53. Les cas d'anxiété et de dépression sont en hausse de 25 % dans le monde en raison de la pandémie de COVID-19 [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
54. Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=28ade004-cac4-4ed1-933b-228c94fb1e82>
55. Steneck A. Connaissances et applications des principales cotations médicales. Études portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. :144.
56. Plaquette-Nomenclature-METROPOLE.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/wp-content/uploads/2020/03/Plaquette-Nomenclature-METROPOLE.pdf>
57. Plaquettes tarifaires - MG France [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/3174-plaquettes-tarifaires>
58. Marty H. Quizz Nomenclature. 2021;54.
59. OMNIPrat [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://omniprat.org/>
60. Cotamg [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cotamg.fr/>
61. Avenant 9 : nouveautés tarifaires du 1er Avril - n°1 - MG France [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3131-avenant-9-nouveautes-tarifaires-du-1er-avril-n-1>
62. Beaucoup de changement pour la cotation CCP ! - MG France [Internet]. [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/3119-beaucoup-de-changement-pour-la-cotation-ccp>
63. Franceinfo [Internet]. 2017 [cité 4 oct 2022]. C'est comment ailleurs ? Les tarifs des consultations de généralistes en Europe. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-comment-ailleurs/c-est-comment-ailleurs-les-tarifs-des-consultations-de-generalistes-en-europe_2150410.html
64. Site internet de la CARMF [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2022/bnc2020.htm>

V. ANNEXES

Annexe 1 : guide d'aide à la cotation pratique du médecin généraliste par MG France

NGAP Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Les actes courants

Consultation de base	G(S)	25
Bébé J 8 M9 M24 (Remplir le carnet de santé)*	COE	46
Enfant suivi risque obésité (3-12ans. 2 fois/an)/ ***	CSO	46
Consultation contraception prévention(1 seulefois avant26ans etanonymisable ^Q)****	CCP	46
Acte ponctuel de consultant (sur envoi explicite du MTT)	APC	55

Les actes avec majoration

Acte coordonné (soins itératifs sur envoi MTT)	G(S) + MCG	30
Suite d'hospitalisation pour pathologie chronique (1 fois dans le mois suivant la sortie)**	G(S) + MSH	48
Suite d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque(1 fois dans les 2 mois suivant la sortie)**	G(S) + MIC	48
Consultation initiale d'information cancer ou patho.neurodégénérative***	G(S) + MIS	55
Consultation initiale d'information VIH***	G(S) + PIV	55
Envoi en urgence au spécialiste (RDV sous 48h)*	G(S) + MUT	30
MTT recevant en urgence son patient à la demande du centre de régulation**	G(S) + MRT	40
Remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH***	MPH (connexé en CCE)	60

Les actes de nuits et jours fériés non régulés (cabinet, actes urgents seulement)

20h à 24h et 6h à 8h (appel après 19h, acte après 20h)	G(S) + MN	60
0h à 6h	G(S) + MM	65
Dimanche et jours fériés	G(S) + F	44,06

L'électrocardiogramme

Electrocardiogramme au cabinet	G(S) + DEQP003	39,26
--------------------------------	----------------	-------

Les brûlures (nettoyage ou pansement)

Brûlure < 10 cm2 de surface	K9	17,28
Brûlure < 10 cm2 face ou mains	K9 + 1/2 K9	25,92
Brûlure > 10%de la surface du corps	K16	30,72
Brûlure > 10%de la surface du corps face ou mains	K16 + 1/2 K16	46,08

Télé médecine

Téléconsultation	TOG	25
Téléconsultation médecin correspondant ou éloigné de la résidence habituelle (avec retour au MG traitant)	TOG + MCG	30

* 100%RO ** Médecin traitant uniquement *** Anonymisation logiciel et/ou feuille papier : MIsSet PIV devient MTT, CSO et CSE devient CCX et MPH devient CCE. Pour la téléconsultation (TOG), les majorations MEG, MUT, MRT sont applicables, ainsi que les majorations nuit (MN), nuit profonde (MM), dimanche et jours fériés (F)

BIEN RÉDIGER UNE FEUILLE DE SOINS PAPIER (NGAP+ CCAM)

Exemple de facturation d'un frottis
Attention, cet exemple est une exception à la règle de non cumul de G(s) ou V(s) avec un acte technique

0 2 0 1 2 0 2 0	GS	25	
0 2 0 1 2 0 2 0	J K H D 0 0 1 1	12,46	
37,46			

Une date par ligne Un code par ligne, sur 7 caractères Activité 1 (vous êtes l'effecteur) Frais de déplacement ID+/- IK

LES RÈGLES CCAM

Chaque code CCAM doit être inscrit sur une ligne distincte.

G(S) et VG(S) ne sont pas cumulables avec un acte technique, sauf ECG, frottis ou biopsie cutanée.

Si plusieurs actes sont effectués en CCAM, le second est coté à 50 % et les suivants à 0.

La mention M après le code signale les actes pouvant bénéficier d'une majoration d'urgence. Indiquez M en colonne « Éléments de tarification CCAM »
La majoration M est applicable au cabinet et en visite.

Hors garde, le déplacement se cote ID 3,50 € (la MD ne se cote jamais avec un acte CCAM) et les majorations nuit, dimanche... P, S ou F.

13 rue Fernand Léger 75 020 Paris - 01 43 13 13 13 - www.mgfrance.org - www.mgform.org

CCAM Classification commune des actes médicaux

		Cotation	Tarif	Majoration applicable
Sutures et petite chirurgie				
Parage suture plaie superficielle de la face < 3 cm	QAJA013 + M	58,23		P-S-F
Parage / suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm	QAJA005 + M	101,33		P-S-F
Parage / suture plaie superficielle de la face > 10 cm	QAJA002 + M	109,83		P-S-F
Parage / suture plaie superficielle < 3 cm	QZJA002 + M	52,40		P-S-F
Parage / suture plaie superficielle de 3 à 10 cm	QZJA017 + M	78,64		P-S-F
Parage / suture plaie superficielle > 10 cm	QZJA015 + M	88,56		P-S-F
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	38,29		P-S-F
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	EGFA007	62,70		P-S-F
Tamponnement nasal antérieur	GABD002 + M	54,60		P-S-F
Extraction uni ou bilatérale de bouchon épidermique du méat acoustique interne	CAGD002	30,03		P-S-F
Extraction uni ou bilatérale de bouchon épidermique du méat acoustique externe	CAGD001	19,25		P-S-F
Infiltrations				
Infiltration articulation membre supérieur	MZLB001	26,13		
Infiltration du nerf médian dans le canal carpien	AHLB006	29,48		
Infiltration articulation vertébrale postérieure	LHLB001	34,17		
Infiltration articulation membre inférieur	NZLB001	30,62		
Évacuation collection articulaire du membre inférieur	NZJB001	60,30		P-S-F
Gynécologie				
Pose d'un DIU	JKLD001	38,40		
Changement d'un DIU	JKKD001	38,40		
Ablation ou changement d'implant sous cutané	OZGA002	41,80		
Frottis cervico-utérin	G(S) + JKHD001	37,46		
Dermatologie				
Exérèse d'un naevus ou tumeur maligne < 5 cm2	OZFA036 + FSD	68,80		P-S-F
Ablation d'un corps étranger superficiel peau (visage et main)	QAGA003	47,50		P-S-F
Détresse				
Traitement de 1 ^{er} recours nécessitant des actes techniques (perfusion, O2, réanimation) et une présence prolongée	YYYY010 + M	74,88		P-S-F

Traumatologie				
Contention orthopédique fracture clavicule	MADP001 + M	68,68		P-S-F
Réduction orthopédique luxation scapulo-humérale	MEEP002 + M	66,58		P-S-F
Réduction orthopédique pronation douloureuse coude	MFEP001	31,35		P-S-F
Contention souple d'une articulation membre sup.	MZMP001 + M	58,23		P-S-F
Attelle de posture ou mobilisation poignet et/ou main	MGMP001	44,89		P-S-F
Confection d'attelle posture ou mobilisation genou	NFMP002	47,57		P-S-F
Attelle de posture ou de mobilisation de la cheville	NGMP002	40,87		P-S-F
Contention souple du genou	NFMP001 + M	68,68		P-S-F
Contention souple cheville et/ou pied, ou semelle plâtrée	NGMP001 + M	47,78		P-S-F
Pneumologie				
Spirométrie standard avec enregistrement	GLQP012	40,28		
Polygraphie respiratoire nocturne	GLQP007	145,92		
Neurologie				
Évaluation de dépression par l'échelle de Hamilton (1 fois par an)	ALQP003	69,12		
Test d'évaluation d'un déficit cognitif	ALQP006	69,12		
Séance de rééducation de la fonction vestibulaire labirynthique	CERP002	48,51		
Majorations Urgences				
Majoration : 20h à 24h	P	35		
Majoration : 00h à 08h	S	40		
Majoration : dimanche ou jour férié	F	19,06		
Majoration : urgence au cabinet	M	28,88		

Annexe 2 : site internet permettant l'aide à la cotation OMNIPRAT

OMNIPrat
Outil d'aide à la pratique

Présentation Vidéo Qui sommes-nous ? Fiches pratiques Aide à la cotation Affiche honoraires Contact

01. Contexte des soins 02. Nature des soins 03. Acte(s) à facturer

Type de soins
Cas général

Sexe du patient Féminin Masculin

Âge du patient 26

Je suis le médecin traitant

Lieu Cabinet Visite

Période Jour Nuit Semaine

Garde / urgence Non Garde Urgence

OMNIPrat
Outil d'aide à la pratique

Présentation Vidéo Qui sommes-nous ? Fiches pratiques Aide à la cotation Affiche honoraires Contact

01. Contexte des soins 02. Nature des soins 03. Acte(s) à facturer

Recherche

Acte(s)	Tarif(s)	Code(s)
Consultation	25 €	GS
Téléconsultation	25 €	TCG
Demande de télé-expertise	10 €	RQD
Réponse à une télé-expertise	20 €	TE2
Consultation blanche	25 €	GS
Entretien prénatal précoce du 1er trimestre	57,5 €	C2,5
Consultation des personnes avec handicap	60 €	MPH

- Consultations/visites
- COVID 19
- Sutures
- Abcès/corps étrangers
- Dermatologie
- Orthopédie
- Dépistages/prévention
- Echographie
- Autres actes

01. Contexte des soins

02. Nature des soins

03. Acte(s) à facturer

Cas général Femme 26 ans Médecin traitant Cabinet Semaine Ni garde, ni urgence

Preview

Acte(s)	Code(s)	Tarif(s)	AMO ?	AMC ?
Consultation de spécialiste en médecine générale	GS	25.00 €	17.50 €	7.50 €

Total

Voici votre facturation à reporter sur la feuille de soins.

25.00 € | 17.50 € | 7.50 €

Code parcours de soins : T - Je suis le médecin traitant



Annexe 3 : site internet permettant l'aide à la cotation CotaMG

cotaMG

Acte

Consultation
 Visite
 Régulé
 Je suis le MT

Jour
Semaine ▼

Horaire
12h-20h ▼

Age
6 - 80 ans ▼

Acte 1 - veuillez saisir un acte ou taper un mot-clef
×
▼

Acte 2 - veuillez saisir un acte ou taper un mot-clef
▼

✔

Optimisation

Ajout du modificateur CCAM d'urgence M à 26.88 euros.

dates des actes	actes	activités	C. CS GNPSY V. VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P,...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. ② M.D.	nbre	I.K. montant ③
05/11/2022	QZJA002	1		M	52.4				
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					52.4				

CotaMG© 22/10/2022

VU

NANCY, le **10 septembre 2023**

NANCY, le **14 septembre 2023**

Le Président de Thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13163C**

NANCY, le **20 septembre 2023**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : La médecine générale libérale en France repose encore essentiellement sur le paiement à l'acte en utilisation la nomenclature des actes médicaux. Les actes sont négociés entre les syndicats et la sécurité sociale. Le « GS » est majoritairement utilisé en pratique courante. Cependant, la nomenclature des actes médicaux est très vaste, mise à jour fréquemment et oublié de la plupart des médecins généralistes.

Une bonne utilisation de la nomenclature permettrait de revaloriser la médecine générale, de diversifier son activité et d'augmenter ses honoraires.

Matériels et méthodes : Une étude quantitative, rétrospective a été réalisée concernant la pratique professionnelle des médecins généralistes installés dans des cabinets en Lorraine.

Elle portait sur un mois de consultation réalisé le mois de mai 2021 chez 5 médecins généralistes volontaires.

Résultats : le GS représente plus de 80% des actes de médecine générale. La non-utilisation ainsi que la mauvaise utilisation de la nomenclature des actes médicaux entraîne un manque à gagner mensuel significatif ($P < 0,05$). Les motifs de consultations en médecine générale les plus fréquents sont dépourvus de codages. Il existe des consultations au cabinet qu'on peut considérer comme *longues* n'ayant pas non plus de codages. Cependant, parmi toutes ces consultations, il existe des consultations qu'on peut caractériser de *peu fréquentes* par exemple orienter autour de la prévention, du soin avec la réalisation de gestes techniques, pour lesquels il existe une cotation. Ce sont ces cotations là à ne pas omettre et à transmettre aux médecins généralistes n'utilisant pas la nomenclature des actes médicaux.

Conclusion : Une bonne utilisation de la nomenclature des actes médicaux permettrait de valoriser la pratique du médecin généraliste, mais elle permettrait également d'augmenter ses revenus d'environ 4,82% de recettes en plus par mois, soit environ 680 euros en utilisation seulement 8 cotations peu voir méconnues des médecins généralistes et environ 900 euros par mois en utilisant toutes les cotations.

TITRE EN ANGLAIS : Practical use of the nomenclature of medical acts by general practitioners: quantitative study of 2760 consultations in Lorraine.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE - ANNÉE 2023

MOTS CLÉS : Nomenclature des actes médicaux, CCAM, médecine générale, médecin généraliste

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé

9, avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex
