



HAL
open science

Utilisation des cotations ne nécessitant pas de geste technique par les médecins généralistes libéraux bretons

Danaé Sorel-Guillemot

► To cite this version:

Danaé Sorel-Guillemot. Utilisation des cotations ne nécessitant pas de geste technique par les médecins généralistes libéraux bretons. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02563141

HAL Id: dumas-02563141

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02563141>

Submitted on 10 May 2021

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.

N° d'ordre :



ANNÉE 2019



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Danaé SOREL-GUILLEMOT

Née le 07 mai 1988 à Aubergenville

**Utilisation des
cotations ne
nécessitant pas de
geste technique par
les médecins
généralistes libéraux
bretons.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 10 octobre 2019**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PU-PH, CHU de Rennes / *Président du jury*

Didier MYHIE

Professeur Associé, DMG de la faculté de médecine
de Rennes / *Juge*

Alain CAUBET

MCU-PH, CHU de Rennes / *Juge*

Jocelyne SERVEL

Docteur en Médecine Générale / *Directrice de thèse*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Danaé SOREL-GUILLEMOT

Née le 07 mai 1988 à Aubergenville

**Utilisation des
cotations ne
nécessitant pas de
geste technique par
les médecins
généralistes libéraux
bretons.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 10 octobre 2019**

devant le jury composé de :

Patrick JEGO

PU-PH, CHU de Rennes / *Président du jury*

Didier MYHIE

Professeur Associé, DMG de la faculté de médecine
de Rennes / *Juge*

Alain CAUBET

MCU-PH, CHU de Rennes / *Juge*

Jocelyne SERVEL

Docteur en Médecine Générale / *Directrice de thèse*

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

NOM Prénom	Titre	CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	PU-PH	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL Hélène	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
BENDAVID Claude	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	PU-PH	Urologie
BEUCHEE Alain	PU-PH	Pédiatrie
BONAN Isabelle	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	PU-PH	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Pr Emérite	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER Gilles	PU-PH	Neurochirurgie
BRISSOT Pierre	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE François	PU-PH	Physiologie
CATROS Véronique	PU-PH	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Pr Emérite	Rhumatologie

CORBINEAU Hervé	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	PU-PH	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Pr Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pr Associé	Pédopsychiatrie ; Addictologie
DE CREVOISIER Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER Yves	Pr Emérite	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	PU-PH	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
EDAN Gilles	PU-PH consultant	Neurologie
FERRE Jean-Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FLECHER Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie

GUGGENBUHL Pascal	PU-PH	Rhumatologie
GUILLE François	PU-PH	Urologie
GUYADER Dominique	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN Claire	PU-PH	Anatomie
HOUOT Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JEGO Patrick	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KAYAL Samer	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	PU-PH consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER Alain	Pr Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Pr Emérite	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MENER Eric	Pr Associé	Médecine générale
MEUNIER Bernard	PU-PH	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Pr Emérite	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL Vincent	Pr Associé	Médecine palliative
MOSSER Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	PU-PH	Ophtalmologie
MYHIE Didier	Pr Associé	Médecine générale
ODENT Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PLADYS Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL Célia	PU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR Bertrand	Pr Associé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES Hervé	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	PU-PH	Physiologie
SEGUIN Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

SEMANA Gilbert	PU-PH	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT Louis	Pr Associé	Médecine d'urgence
SULPICE Laurent	PU-PH	Chirurgie générale
TADIE Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive-réanimation
TARTE Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise	Pr Associé	Médecine générale
THIBAUT Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT Vincent	PU-PH	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	PU-PH	Neurologie
VIEL Jean-François	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS :

NOM Prénom	Titre	CNU
ALLORY Emmanuel	MC Associé	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	MCU-PH	Immunologie
AMIOT Laurence	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean Marc	MCU-PH	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	MCU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
BROCHARD Charlène	MCU-PH	Physiologie
CABILLIC Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie	MC Associé	Médecine générale
DAMERON Olivier	MCF	Informatique
DE TAYRAC Marie	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET Laure	MC Associé	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	MCU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GOUIN épouse THIBAUT Isabelle	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	MCU-PH	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	MCU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU Audrey	MCF	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL Vanessa	MC Associé	Médecine générale
LEMAITRE Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS Pedro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	MCU-PH	Urologie
MENARD Cédric	MCU-PH	Immunologie
MICHEL Laure	MCU-PH	Neurologie
MOREAU Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	MCF	Informatique
NAUDET Florian	MCU-PH	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
RENAUT Pierrick	MC Associé	Médecine générale
ROBERT Gabriel	MCU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL Frédéric	MCU-PH	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU Marie	MCU-PH	Neurologie
TURLIN Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE Marie-Clémence	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI Agata	MCF	Philosophie

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick JEGO, de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse malgré sa charge de travail. Merci pour les cours incroyables, toujours empreints de bienveillance et d'humour, que vous nous avez prodigués tout au long de nos études. Vous nous décriviez des pathologies toutes plus complexes et rares les unes que les autres, mais qu'importe, elles paraissaient tellement évidentes et passionnantes lors de vos cours ! Vous savez rendre la médecine encore plus passionnante qu'elle ne l'est déjà. C'est un honneur que vous jugiez mon travail aujourd'hui.

À Monsieur le Professeur Didier MYHIE, de me faire l'honneur de participer à ce jury. Vous êtes un pilier du département de médecine générale, et je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail. Merci pour vos cours qui savent rendre passionnante et montrent la diversité de notre spécialité, qu'est la médecine générale.

À Monsieur le Docteur Alain CAUBET, de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Vos cours mémorables d'histoire de la médecine resteront à jamais gravés dans mon système limbique ! Nous attendions vos cours avec impatience, tous plus facétieux et théâtraux les uns que les autres. Ils étaient une bouffée d'oxygène, au milieu de l'amas de connaissances à absorber en première année. Vous m'avez appris, il y a 14 ans, la biographie d'Hippocrate. Et c'est un honneur pour moi de pouvoir lire son serment devant vous aujourd'hui, à l'achèvement de ces études. La boucle est bouclée.

À Madame le Docteur Jocelyne SERVEL, tout d'abord de m'avoir tant appris en tant que maître de stage, puis de m'avoir permis de trouver mon sujet de thèse, en tant que « reine des cotations » ! Enfin, merci d'avoir accepté d'être la directrice de cette thèse, avec tant d'enthousiasme et d'implication.

Merci à tous ceux qui ont contribué à ce travail de thèse, à ceux qui m'ont soutenue durant mes neuf années d'études - et plus encore -, et en particulier :

Aux médecins que j'ai croisés, hospitaliers ou libéraux, et qui m'ont tant appris durant ces années d'études. Ils ont su me transmettre leur savoir en toute bienveillance, et m'ont permis de garder intacte l'envie d'exercer ce métier si fabuleux qu'est la médecine, et notamment la médecine générale.

À Christine, Clémence, Rozenn et Typhaine, merci de m'accueillir dans votre cabinet. L'équipe de Drôles de Dames que nous allons former promet d'être « archi » sympa (sans aucun jeu de mot personnel évidemment... !).

À Laura, qui fait partie comme moi des « der des der » de promo pour la soutenance, qui a su patiemment répondre à toutes mes questions d'ordre technique !

À Marine, ma traductrice anglaise personnelle, merci pour ta précieuse aide !

À mes amis du lycée : Anne-Sophie, Aurélie, Cécile, Gaëlle et Romain. On dit que les véritables amis se comptent sur les doigts de la main, alors merci à vous 5 d'être mes phalanges. Et à nos amis Grenadiniens, Camille et Antoine, que l'on compte avec les doigts de l'autre main, et que l'on suivrait au bout du monde pour fêter le nouvel an.

À mes deux directeurs artistiques, Maman et Christian, que j'ai inondés d'interrogations au sujet des moindres détails graphiques et linguistiques de cette thèse, et qui m'ont toujours répondu rapidement avec grande précision... avec parfois des avis divergents ! Merci pour votre travail minutieux de relecture (désolée, je n'ai pas employé le subjonctif imparfait !). Merci à Maman pour ton éducation bienveillante et ton soutien permanent.

À mon Papa, le meilleur des conseillers en relations humaines, et qui est toujours présent lorsque j'en ai besoin. Merci de m'apporter ta joie de vivre depuis toujours. (Merci aussi pour les fraises du dimanche !). Merci à toi et Isabelle pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse.

À ma grande sœur Océane, qui a su répondre avec patience à mes questions statistiques... Merci pour le livre de « statistiques pour les nuls », il m'aura bien servi ! J'aurais aimé passer ma thèse il y a trois ans, afin que toi et Matthieu puissiez être présents lors de cette soutenance.

À ma petite sœur Manon, qui n'y connaît rien en cotations, mais qui me fait tout de même la gentillesse de venir de loin et rater les cours pour participer à ma soutenance.

À Arnaud mon petit frère, qui s'est réveillé il y a 3 semaines, en demandant quel était le sujet de ma thèse !

À ma belle-famille, pour votre présence en toutes circonstances, et votre soutien si précieux. Merci de vous être toujours intéressés à ma thèse (Mickaël va probablement dire « on n'y croyait plus ! »). Vous faites pleinement partie de ma famille, merci pour tout.

À Mathieu, mon inestimable mari, qui m'a soutenue tout au long de ces études, qui m'a attendue lors de ma première année, qui m'a supportée lors des examens, qui m'a fait le plus émouvant des cadeaux à la sortie des ECN. Merci de partager ma vie depuis ces 15 merveilleuses années, et de la rendre toujours plus belle. Merci d'être toi tout simplement.

Enfin, à nos trois merveilleux enfants : notre douce Athénaïs, notre joyeuse Apolline, et notre tendre Théodore. Merci à chacun d'entre vous d'illuminer notre vie chaque jour.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	9
Résumé	15
Abstract	16
1. Introduction	17
2. Matériels et méthodes	21
2.1. Type d'étude	21
2.2. Population étudiée	21
2.3. Recueil des données	21
2.3.1. Création du questionnaire	21
2.3.2. Déroulement du questionnaire	22
- Première partie	22
- Deuxième partie et critère de jugement principal	22
- Troisième partie	24
2.3.3. Taux de participation attendu et période d'accessibilité	24
2.4. Analyse des données	24
3. Résultats	25
3.1. Constitution de l'échantillon	25
3.2. Caractéristiques de l'échantillon	27
3.3. Première partie du questionnaire	30
3.4. Deuxième partie du questionnaire	30
3.4.1. Répartition, pour chaque cotation, du nombre de participants connaissant sa signification ...	30
3.4.2. Répartition du nombre de cotations connues par participant	31
- Répartition générale	31
- Nombre de cotations connues selon l'âge	31
- Nombre de cotations connues selon le sexe	33
3.4.3. Fréquence d'utilisation des cotations connues, en situation cotable	33
3.4.4. Fréquence globale d'utilisation des cotations (connues ou inconnues), en situation cotable ..	35
3.4.5. Critère de jugement principal	37
- Création des 4 catégories de scores évaluant le niveau de cotation des participants	37
- Comparaison des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon le sexe	39
- Comparaison des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon l'âge	40
- Comparaison des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon le département	
d'exercice	41
- Autres déterminants	42

3.4.6. Causes de sous-cotation	42
3.5. Troisième partie du questionnaire	48
3.5.1. Avis sur l'information donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations de la convention 2016	48
3.5.2. Connaissance des nouvelles cotations de la Convention 2016	49
4. Discussion	50
4.1. Synthèse des principaux résultats de l'étude	50
4.2. Forces et limites de l'étude	55
4.2.1. Puissance de l'étude	55
4.2.2. Représentativité de l'échantillon et biais de sélection	55
4.2.3. Biais de classement	56
4.3. Confrontation aux données de la littérature	57
4.4. Signification de l'étude	58
4.5. Perspectives	60
5. Conclusion	62
Bibliographie	63
Liste des abréviations	65
Annexes	66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	26
Figure 2 : Répartition des participants selon leur département d'exercice	27
Figure 3 : Répartition des participants par sexe selon leur département d'exercice	28
Figure 4 : Répartition des participants par tranche d'âge et par département d'exercice	28
Figure 5 : Répartition, pour chaque cotation, du nombre de participants connaissant sa signification ..	30
Figure 6 : Répartition du nombre de cotations connues par participant	31
Figure 7 : Nombre de cotations connues par médecin chez les < 40 ans (<i>n (%)</i>)	32
Figure 8 : Nombre de cotations connues par médecin de 40 à 49 ans (<i>n (%)</i>)	32
Figure 9 : Nombre de cotations connues par médecin de 50 à 59 ans (<i>n (%)</i>)	32
Figure 10 : Nombre de cotations connues par médecin chez les ≥ 60 ans (<i>n (%)</i>)	32
Figure 11 : Répartition du nombre de cotations connues par participant dans chaque sexe	33
Figure 12 : Fréquence d'utilisation de la (des) cotation(s) connue(s) , en situation cotable	34
Figure 13 : Fréquence d'utilisation des cotations connues en situation cotable, après cumul des sous-catégories de l'échelle de Likert 2 à 2	35
Figure 14 : Fréquence d'utilisation des cotations au global (incluant la (les) cotation(s) non connue(s) éventuelle(s) dans la catégorie « pas du tout fréquemment ») en situation cotable	36
Figure 15 : Fréquence d'utilisation globale des cotations en situation cotable après cumul des sous-catégories de l'échelle de Likert 2 à 2	37
Figure 16 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation des 288 participants	38
Figure 17 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation des 288 participants : box plot	38
Figure 18 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation en fonction du sexe des participants ..	39
.....	
Figure 19 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation selon l'âge	40
Figure 20 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation selon le département d'exercice	41
Figure 21 : Pour chacune des possibilités de réponse, fréquence globale de répondants concernés l'ayant considérée comme un frein à l'utilisation des cotations	47
Figure 22 : Répartition des réponses à la question portant sur l'information donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations de la Convention 2016	48
Figure 23 : Répartition des réponses portant sur la connaissance des nouvelles cotations de la Convention 2016	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Comparaison des caractéristiques de l'échantillon à la population étudiée	29
Tableau II : Description de l'utilisation des cotations connues (n (%)) en situation cotable, selon échelle de Likert	34
Tableau III : Utilisation globale de chaque cotation en situation cotable (n (%)), après cumul des sous-catégories de l'échelle de Likert 2 à 2	37
Tableau IV : Récapitulatif des réponses (effectifs) à la question « Vous n'avez pas coché "tout à fait fréquemment" à ces cotations, pouvez-vous expliquer pourquoi ? Veuillez y indiquer la (ou les) raison(s) principale(s) »	45
Tableau V : Proportion (%) des causes de sous-cotation déclarées pour chacune des cotations étudiées	46

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Conditions d'utilisation et tarifs des 11 cotations étudiées sous la Convention 2011 (modalités tirées de la NGAP et CCAM)	66
Annexe 2 : Conditions d'utilisation, dates d'application et tarifs des 8 nouvelles cotations de cette étude, apparues sous la Convention 2016 (modalités tirées de la NGAP)	68
Annexe 3 : Lettre d'accompagnement du questionnaire	69
Annexe 4 : Questionnaire	70
Annexe 5 : Texte et tableau récapitulatif de fin de questionnaire	79

RÉSUMÉ

Introduction : En France, les médecins généralistes libéraux conventionnés sont rémunérés en grande partie à l'acte. Les cotations sont des outils mis à leur disposition par l'Assurance Maladie afin de promouvoir la Santé Publique (dépistages, prévention, accessibilité et qualité des soins). Avec leur complexification croissante, utiliser ces outils devient de plus en plus contraignant.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'utilisation des cotations applicables en pratique courante par tout médecin généraliste libéral conventionné. Les objectifs secondaires étaient d'en rechercher les déterminants, et d'évaluer le profil des médecins pour chaque niveau de cotation.

Matériels et méthodes : Cette étude observationnelle, descriptive et transversale, consistait en une analyse des pratiques en matière de cotation auprès des médecins généralistes libéraux bretons conventionnés en secteur 1. Un questionnaire en ligne, accessible entre avril et juillet 2017, leur a été envoyé. Il portait sur les 11 cotations de la Convention médicale 2011 ne nécessitant ni formation ni matériel spécifiques, donc utilisables par tous. Un score (de 0 à 44) représentant le niveau de cotation individuel des participants a été calculé. Les participants ont ensuite été classés selon leur niveau de cotation en quatre catégories, délimitées par les quartiles de ces scores (critère de jugement principal). Les résultats ont été donnés en effectifs et pourcentages. Le test du Chi2 a été utilisé.

Résultats : 288 questionnaires complets ont été analysés. Seules 4 des 11 cotations étaient connues par plus de 50% des participants. En moyenne chaque participant connaissait 6 cotations. Le score médian représentant le niveau de cotation individuel était de 16. Les catégories de scores obtenues grâce aux quartiles étaient : « 0-12 », « 13-16 », « 17-22 », et « 22-44 ». Ainsi, moins d'un quart des participants a obtenu un score >22 (score central possible). Il existait une différence significative entre les sexes dans les catégories « 0-12 » et « 13-16 », les hommes étant moins bons coteurs. Les médecins ≥60 ans avaient également un niveau de cotation plus faible. En enlevant le Finistère (effectif insuffisant), c'est en Ille-Et-Vilaine que l'on trouvait les meilleurs résultats. La cause principale de sous-utilisation des cotations était la méconnaissance même de celles-ci.

Conclusion : Ces cotations ayant un fort enjeu de Santé Publique, pourtant accessibles à tous, sont très largement méconnues des médecins généralistes. Et celles étant connues restent, pour la majorité, largement sous-utilisées en raison de nombreux freins. Il paraît nécessaire de mieux former les médecins à leur utilisation et/ou de simplifier le système.

ABSTRACT

Introduction : In France, private General Practitioners (GPs) with a contract with the Public Health System get most of their remuneration through the fee for service system. Fee-schedules are tools made available to them by the Public Health System (Assurance Maladie) in order to promote Public Health (screenings, preventive care, accessibility and quality of care). Considering their growing complexity, using these tools is becoming increasingly constraining.

Objective : This study's main goal was to assess the use of fee schedules suited to the everyday practices of any private GP with a contract with the Public Health system. The secondary objectives were to look for the determining factors in their use and to assess the profiles of doctors for each level of fee setting.

Materials and Methods : This observational, descriptive and interdisciplinary study consisted in an analysis of the use of the fee schedules by Breton private GPs with a level 1 contract with the Public Health System. An online survey, available between April and July 2017, was sent to them. It was about the 11 fee schedules established by the 2011 Medical Convention which do not require any specific training or equipment, therefore accessible to all GPs. A score - from 0 to 44 - representing the level of the respondents' individual fee setting was calculated. The respondents were then classified according to their fee setting level into 4 categories defined by the quartiles of the scores used as main criteria. Results were given in numbers and in percentages. The Chi2 test was used.

Results : 288 fully-completed surveys were analyzed. Only 4 out of the 11 fee schedules were familiar to more than 50% of the respondents. On average, each respondent knew of 6 schedules. The median score representing the individual level of fee setting was 16. The categories of score obtained thanks to the quartiles were « 0-12 », « 13-16 », « 17-22 », and « 22-44 ». Thus, less than one quarter of the respondents obtained >22 (possible central score). There was a significant gender difference in the « 0-12 » and « 13-16 », categories, as men were less proficient in fee setting. ≥60 years-old doctors also had a lower level. When excluding Finistère (non-representative sample), the best results were found in Ille-Et-Vilaine. The main cause for fee schedule underuse was the lack of knowledge about it.

Conclusion : Being high-level stakes in Public Health, the fee schedules, albeit available to all, are little-known. Besides, those which are known remain largely underused or misused because of many impediments. It appears necessary to improve GPs' training on their use and/or to simplify the system.

1. INTRODUCTION

Il existe trois principaux types de rémunération des médecins dans le monde : la tarification à l'acte, le salariat, et la rémunération au forfait (capitation). Celles-ci sont parfois associées au sein d'un même système de santé.

En France, la tarification à l'acte pour les médecins libéraux conventionnés est appliquée de façon nationale depuis 1972. Elle est régulée par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) depuis 1972 et la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) depuis 2005. Celles-ci fixent l'ensemble des actes médicaux utilisables en France, leurs modalités précises et leurs tarifs. La CCAM décrit les actes techniques réalisés par les médecins (1), et la NGAP regroupe les actes cliniques médicaux ou paramédicaux (2). Ces actes sont issus des Conventions Nationales successives, qui organisent les rapports entre les praticiens libéraux et les organismes d'assurance maladie. Ces Conventions paraissent au Journal Officiel de la République Française, et ont lieu environ tous les cinq ans depuis 1971. La dernière Convention a été publiée au Journal Officiel le 23 octobre 2016 (3), en vue d'un début d'application en 2017.

La CCAM et la NGAP visent notamment à établir une nomenclature neutre, favorisant « *l'équité des tarifs d'actes entre les spécialités médicales* », et au sein d'une même spécialité (4) (5). Cela permet ainsi aux patients de bénéficier sur tout le territoire français, d'un accès équitable aux soins sur le plan tarifaire.

Le risque d'une tarification à l'acte est que les praticiens utilisent abusivement des cotations. Mais pour éviter ces abus, l'Assurance Maladie a délimité de façon très stricte - grâce à la NGAP et CCAM -, les modalités requises pour l'utilisation de chaque cotation. De même, elle procède à des contrôles réguliers auprès des médecins, afin de vérifier si ces modalités sont bien respectées. Par rapport à une activité salariée ou forfaitaire, la tarification à l'acte peut avoir tendance à inciter le médecin à augmenter son temps de travail afin d'augmenter son revenu (6). Cette répercussion a pour conséquence d'accroître l'offre de soin, qui, finalement, est un effet intéressant en cette période de pénurie médicale en France. A l'inverse, en l'absence de tarification à l'acte, le risque est que le médecin limite son effort, diminuant la qualité des soins. On pourrait redouter une limitation du temps clinique hebdomadaire, du temps de consultation ou d'écoute du patient, ou une réduction des actes techniques (matériels ou intellectuels). En outre, le risque est que le médecin sélectionne les cas les plus simples (7).

Le médecin généraliste endosse un rôle de plus en plus consistant, avec la création du parcours de soins coordonnés en 2005, et la volonté plus récente par l'État de limiter la durée des hospitalisations

(avec ce qui a été nommé le « Virage ambulatoire » dans la Convention 2016 (8) (9). C'est un des projets prioritaires du gouvernement, mais qui, de fait, entraîne un surplus d'activité conséquent pour le médecin généraliste, souvent déjà surchargé de travail. Afin de valoriser cette activité, l'Assurance Maladie a modifié leur tarification à l'acte exclusive (10). Nous assistons donc depuis quelques années en France, à un mode de rémunération qui évolue. En effet, au fil des Conventions, nous pouvons voir apparaître un mode de rémunération mixte, avec, en plus de la tarification à l'acte, l'apparition progressive de « forfaits » (par exemple la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), ou le Forfait patientèle Médecin Traitant (MTF) (10)). Ces « forfaits » permettent au médecin de limiter le temps administratif lié à l'utilisation des cotations, et donc de se libérer davantage de temps clinique. Couplés à la tarification à l'acte, ils permettent ainsi d'accroître l'offre de soins (11). Ces forfaits ont également pour objectif d'inciter les médecins à utiliser certains outils, notamment informatiques, afin d'améliorer la coordination des soins. Enfin, ils permettent aux médecins généralistes d'augmenter leurs revenus de façon significative, sans nécessité de fournir d'effort administratif majeur, ni d'effort de mémorisation ou de de recherche (contrairement à l'utilisation des cotations). Par conséquent, ces forfaits permettent de restreindre le déconventionnement des médecins généralistes, et favorisent ainsi l'accès aux soins pour les patients.

Les médecins conventionnés ont passé un contrat avec l'Assurance Maladie. Pour un médecin, utiliser les outils à sa disposition (cotations) relève donc presque d'une action réglementaire. Les missions du médecin traitant sont d'ailleurs listées dans l'article 15.1 de la Convention 2016 (10). L'Assurance Maladie attend donc, des médecins généralistes conventionnés, une validation de ces missions. Elle propose donc différentes cotations en contrepartie de l'engagement des médecins. Celles-ci sont applicables sous certaines conditions (définies dans la CCAM et NGAP). Leur exécution permet de promouvoir une meilleure qualité des soins. Il s'agit ainsi d'une approche indemnitaire par l'Assurance Maladie envers les médecins, pour compenser leurs efforts. Les majorations tarifaires visent ainsi à compenser une contrainte organisationnelle (par exemple cotation MCG (Majoration de Coordination Généraliste) pour un patient en vacances avec courrier à son médecin, ou lors des actes urgents : cotations MU (Majoration d'Urgence) ou MRT (Majoration Régulation médecin Traitant)), ou un préjudice de temps (un grand nombre de cotations nécessite un temps de consultation plus long). Ces consultations dédiées, rémunérées spécifiquement, incitent le médecin à prendre plus de temps pour son patient. Cela contribue donc inéluctablement à une meilleure qualité des soins. Inciter les médecins à utiliser les outils de l'Assurance Maladie comporte plusieurs intérêts. Cela peut tout d'abord permettre aux patients de recourir plus précocement aux examens ou spécialistes nécessaires, avec un enjeu de santé publique. Ainsi, chez les patients en Affection Longue Durée (ALD), la synthèse lors de la Consultation Annuelle (CA) permet de refaire le point sur des actions de prévention ou de dépistage (suivi spécialisé, biologies, vaccinations, dépistages de cancers chez les patients avec terrain à risque par exemple...). Chez l'enfant, les majorations tarifaires (MNO (Majoration Nourrisson), MGE

(Majoration Généraliste Enfant) et FPE (Forfait Pédiatrique Enfant)) incitent le médecin à prendre le temps de remplir le carnet de santé (courbes de croissance) ou les certificats obligatoires, et favorisent ainsi le dépistage de certaines pathologies et un meilleur suivi auprès des différents intervenants. La création récente de cotations pour « consultations complexes » définies par la Convention Médicale 2016 (5) a un intérêt majeur en termes de santé publique. En effet, ces cotations sont dédiées au dépistage et à la prévention de certaines pathologies spécifiques (par exemple, création d'une cotation « Consultation de Suivi d'Obésité » (CSO) de l'enfant, ou « Consultation de Contraception et Prévention des infections sexuellement transmissibles » (CCP) chez l'adolescente). De même, utiliser les cotations peut permettre parfois d'éviter le recours à certaines consultations spécialisées (par exemple, en psychiatrie, utiliser une échelle de dépression (cotation ALQP003) par le médecin généraliste permet un suivi objectif et reproductible, et peut aider à évaluer la nécessité d'instaurer ou de réajuster un traitement antidépresseur).

De plus, pour un médecin, utiliser ces cotations lui permet de valoriser son travail auprès de sa patientèle. En effet, un acte peut parfois paraître imperceptible (ALQP003, MCG, cotations pédiatriques, Visite Longue (VL)...), ou anodin pour le patient et son entourage. Ainsi, prendre le temps d'appeler un confrère pour un rendez-vous urgent est désormais rémunéré (depuis la Convention 2016) avec la cotation MUT (Majoration d'Urgence Médecin Traitant). Il en va de même avec le temps pris pour coordonner un retour à domicile suite à une hospitalisation : cotations MIC (Majoration Insuffisant Cardiaque) et MSH (Majoration de Sortie d'Hospitalisation), etc...

Les bénéficiaires non commerciaux (BNC) des médecins généralistes sont à l'heure actuelle, encore bien inférieurs à ceux de la plupart des autres spécialités (12) (13) (14) (15). Or, devant le mécontentement des syndicats, la ministre de la santé, Madame Marisol Touraine, a déclaré en 2014, qu'en utilisant bien les cotations, et avec les forfaits accordés par l'assurance maladie, la « rémunération des médecins généralistes, ramenée à une consultation, serait de 31,40€ » (16) (pour rappel, en 2016, le tarif d'une consultation était de 23€). L'Assurance Maladie met à disposition des médecins généralistes des outils leur permettant d'augmenter leur BNC en parallèle de l'augmentation de leur charge de travail, mais aussi dans le but de promouvoir certains actes de prévention. La question est de savoir si ces outils sont bien exploités. En effet, avec les Conventions médicales successives relativement rapprochées, et les divers avenants pour chacune d'elles, les médecins assistent à une multiplicité des cotations. Bien coter devient de plus en plus contraignant, et nécessite parfois une grande organisation dans la tenue du dossier patient (notamment pour les cotations soumises à condition de fréquence d'utilisation).

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'utilisation de certaines cotations (celles utilisables en pratique courante par tout généraliste, donc ne nécessitant ni matériel ni formation complémentaires) par les médecins généralistes libéraux bretons conventionnés en secteur 1. Les objectifs secondaires étaient de rechercher les déterminants de l'utilisation de ces cotations, et éventuellement de mettre en évidence le « profil » des médecins utilisant le mieux (et le moins bien) ces cotations.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Type d'étude

Cette étude consistait en une analyse des pratiques en matière de cotation par les médecins généralistes libéraux. Il s'agissait d'une enquête épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale.

2.2. Population étudiée

L'enquête a été réalisée par un questionnaire, adressé aux médecins généralistes libéraux et mixtes exerçant en Bretagne. Un paragraphe en début de questionnaire précisait les critères d'inclusion, à savoir les médecins généralistes libéraux conventionnés secteur 1 (car leur rémunération dépend directement des cotations effectuées), installés en Bretagne depuis au moins le 01/03/2017. Étaient exclus de ce questionnaire, afin de limiter les biais, les médecins généralistes ayant une activité *exclusive* autre que la médecine générale libérale (homéopathie, acupuncture, angiologie, ou activité salariée exclusive par exemple). Il était demandé au préalable, à ceux qui ne remplissaient pas les critères d'inclusion / ou présentaient des critères d'exclusion, de ne pas remplir le questionnaire.

2.3. Recueil des données

2.3.1. Création du questionnaire

Le questionnaire a été créé et hébergé via la plateforme *LimeSurvey*, logiciel d'enquêtes en ligne. Les items de réponses, notamment sur les causes de sous-utilisation des cotations, ont été déterminés par l'expérience personnelle, suivie d'une pré-enquête auprès de dix médecins généralistes, ainsi qu'à l'aide d'une thèse récente portant sur la réalisation de gestes techniques et leur cotation en médecine générale (17). Le test préalable du questionnaire a permis d'établir quelques modifications, et de préciser le temps mis pour le compléter avant de le diffuser à tous. Le temps mis pour y répondre variait de 5 à 10 minutes en moyenne, selon les réponses cochées (selon la réponse à certaines questions, les médecins avaient accès ou non à d'autres questions/possibilités de réponses du questionnaire).

2.3.2. Déroulement du questionnaire

Le questionnaire comportait quasi exclusivement des réponses fermées, afin d'unifier les statistiques. Il se divisait en trois grandes parties. Il est présenté en *annexes 3 à 5*.

- Première partie :

Celle-ci correspondait aux généralités sur les participants : caractéristiques démographiques (sexe, âge, département d'exercice), outils informatiques présents au cabinet, et leur façon d'élaborer les feuilles de soins (électroniques (FSE) ou papiers (FSP), par eux-mêmes ou leur secrétaire).

- Deuxième partie et critère de jugement principal :

Cette partie était la plus importante du questionnaire, car elle comprenait le critère de jugement principal. La première question permettait aux médecins de cocher parmi les 11 cotations étudiées, celle(s) qu'ils connaissaient. N'ont été sélectionnées que les cotations ne nécessitant pas d'achat de matériel, ni formation supplémentaire, ni réalisation de geste spécifiques, en dehors du « C » (Consultation) et « V » (Visite). Il s'agissait ainsi des cotations utilisables par tout médecin généraliste libéral conventionné secteur 1. De plus, en incluant les cotations soumises à matériel (sutures, électrocardiogramme, frottis cervico-utérins...), nous aurions obtenu un biais. En effet, ces actes étaient trop praticien-dépendant, et un médecin pouvait être amené à penser plus facilement à utiliser la cotation associée afin de rentabiliser son achat initial. De même, lors d'un geste technique « visible » par le patient, justifier la cotation supplémentaire auprès de lui pourrait paraître plus aisé. Les majorations de gardes n'ont pas été incluses, en raison d'une trop grande variabilité, certains médecins ne faisant pas partie d'un secteur de garde. Ainsi, les 11 cotations choisies étaient : MNO, MGE, FPE, MSH, MIC, CA, MCG, ALQP003, ALQP006, VL et MU. Les conditions d'utilisation de ces cotations et leurs tarifs sont présentés en *annexe 1*.

Pour la question suivante, ils devaient cocher la fréquence d'utilisation des cotations qu'ils avaient notées connaitre, en situation cotable. Il était précisé « lorsque la consultation le permet », afin d'uniformiser les données, et ne pas prendre en compte le type de patientèle ou de pratique du médecin. La réponse était présentée grâce à une échelle de Likert (« tout à fait fréquemment », « plutôt fréquemment », « plutôt pas fréquemment », ou « pas du tout fréquemment »). Ainsi, grâce à la fonction conditionnelle sous *LimeSurvey*, les médecins n'avaient accès qu'aux cotations qu'ils avaient déclarées connaitre à la question précédente (car une cotation non connue, n'était évidemment jamais utilisée). Ainsi, un médecin qui ne connaissait aucune des 11 cotations, n'avait pas accès à cette question (ni à la question suivante, qui portait sur les principales causes de sous-cotation).

Afin de pouvoir étudier les données, les réponses « tout à fait fréquemment », « plutôt fréquemment », « plutôt pas fréquemment » et « pas du tout fréquemment » ont été par la suite remplacées par les codes suivants (dans l'ordre) : 4, 3, 2, 1 sous Microsoft® Excel. Dans le cadre d'une cotation non connue, le code était de 0. Ainsi, pour chacun des participants, un score évaluant son niveau de cotation était calculé, de 0 à 44 (0 étant le score pour un médecin ne connaissant aucune des 11 cotations, et 44 étant le score pour un médecin connaissant les 11 cotations et les cotant chacune « tout à fait fréquemment »).

Ces scores étaient catégorisés en quatre groupes, délimités par les quartiles de la distribution. Ces catégories comportaient donc chacune, un quart de l'échantillon. Ainsi, un score compris « entre 0 et le score obtenu par le premier quartile », correspondait à la première catégorie (des moins bons coteurs). Le score correspondant à la médiane de la distribution donnait la limite de la catégorie supérieure. Et le score obtenu par la valeur du 3^{ème} quartile correspondait à la limite entre les deux dernières catégories (au-dessus de ce score et jusqu'à 44 : catégorie de score comprenant les participants utilisant le mieux les cotations). Ainsi, dans chaque catégorie, les effectifs étaient équivalents. Il n'était pas possible de calculer à l'avance les limites de ces catégories de scores. En effet, il était présumé que certaines cotations (MNO, MGE, FPE), seraient beaucoup plus connues, et donc largement plus utilisées que d'autres. En pré-établissant des limites arbitraires, les groupes auraient probablement eu des effectifs très disparates. Le score évaluant le niveau de cotation des participants, réparti en quatre catégories, était le critère de jugement principal. Un test Chi2 permettait une comparaison de ces catégories de scores (appariées par âge / sexe / département...), afin d'éventuellement mettre en évidence des facteurs influençant le niveau de cotation.

La troisième question (portant sur les causes de sous-utilisation des cotations) n'était donc accessible, pour chacune des cotations, qu'aux médecins qui connaissaient cette cotation, mais n'avaient pas coché l'utiliser « tout à fait fréquemment » à la réponse précédente. Les médecins étaient invités à expliquer la (les) raison(s) principale(s) pour la(les)quelle(s) ils sous-utilisaient les cotations pourtant connues. Plusieurs choix de réponses fermées étaient possibles (choix multiples), ainsi qu'une case de réponse libre « autre ». Les choix de réponses étaient identiques pour les 11 cotations, mais avec un choix supplémentaire pour celles qui présentaient une contrainte temporelle (par exemple les âges très limités pour pouvoir coter FPE, ou MSH et MIC qui présentaient un délai maximal d'utilisation après une hospitalisation, ou une fréquence maximale d'utilisation annuelle (une fois par an) comme ALQP003, ALQP006, VL ou CA).

- Troisième partie :

Cette dernière partie permettait une rapide ouverture vers la nouvelle convention médicale, dont l'une des cotations devenait applicable à partir du premier mai 2017. La première question permettait de savoir ce que pensaient les participants de l'information donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie sur les nouvelles cotations (question à choix multiples, dont une réponse ouverte « autre »).

La dernière question du questionnaire permettait de faire un bref état des lieux des connaissances des médecins sur les nouvelles cotations (MEG, COE, CCP, CSO, MIS, PIV, MRT et MUT), alors même que certaines devaient commencer à s'appliquer quelques semaines à peine après le lancement de notre questionnaire. Les conditions d'utilisation, dates d'application de ces cotations, ainsi que leurs tarifs sont présentés en *annexe 2*.

2.3.3. Taux de participation attendu et période d'accessibilité

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas pu être calculé en raison du critère de jugement principal, qui ne trouve pas son équivalent dans la littérature. Nous n'avions au début de notre étude, que les effectifs de l'Atlas de Bretagne du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) datant de 2015 (18). Celui-ci dénombrait 2963 médecins généralistes libéraux et mixtes. Il était impossible d'obtenir l'effectif de la population réduit à nos critères d'inclusion et d'exclusion. L'effectif minimal attendu était arbitrairement de 200, ce qui donnait un taux de participation espéré de 7% environ sur l'effectif connu de la population source. En cas d'effectifs insuffisants, deux relances par mail étaient prévues, à un mois d'intervalle.

Le questionnaire était accessible aux participants pendant une période de deux mois et demi, s'étalant du 19 avril au 02 juillet 2017.

2.4. Analyse des données

Les variables quantitatives ont été décrites par des moyennes, écarts-type, médianes et quartiles. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs (N ou n) et pourcentages (%). Les analyses statistiques et les graphiques ont été réalisés avec le logiciel Microsoft® Excel. La distribution de l'échantillon en fonction du sexe et des tranches d'âge, a été comparée à celle de la population de médecins généralistes bretons libéraux et mixtes à l'aide du test du Chi². Les comparaisons de fréquence ont été réalisées avec le test de Chi². Le seuil de significativité α a été fixé à 5% pour l'ensemble des analyses statistiques de cette étude.

3. RESULTATS

3.1. Constitution de l'échantillon

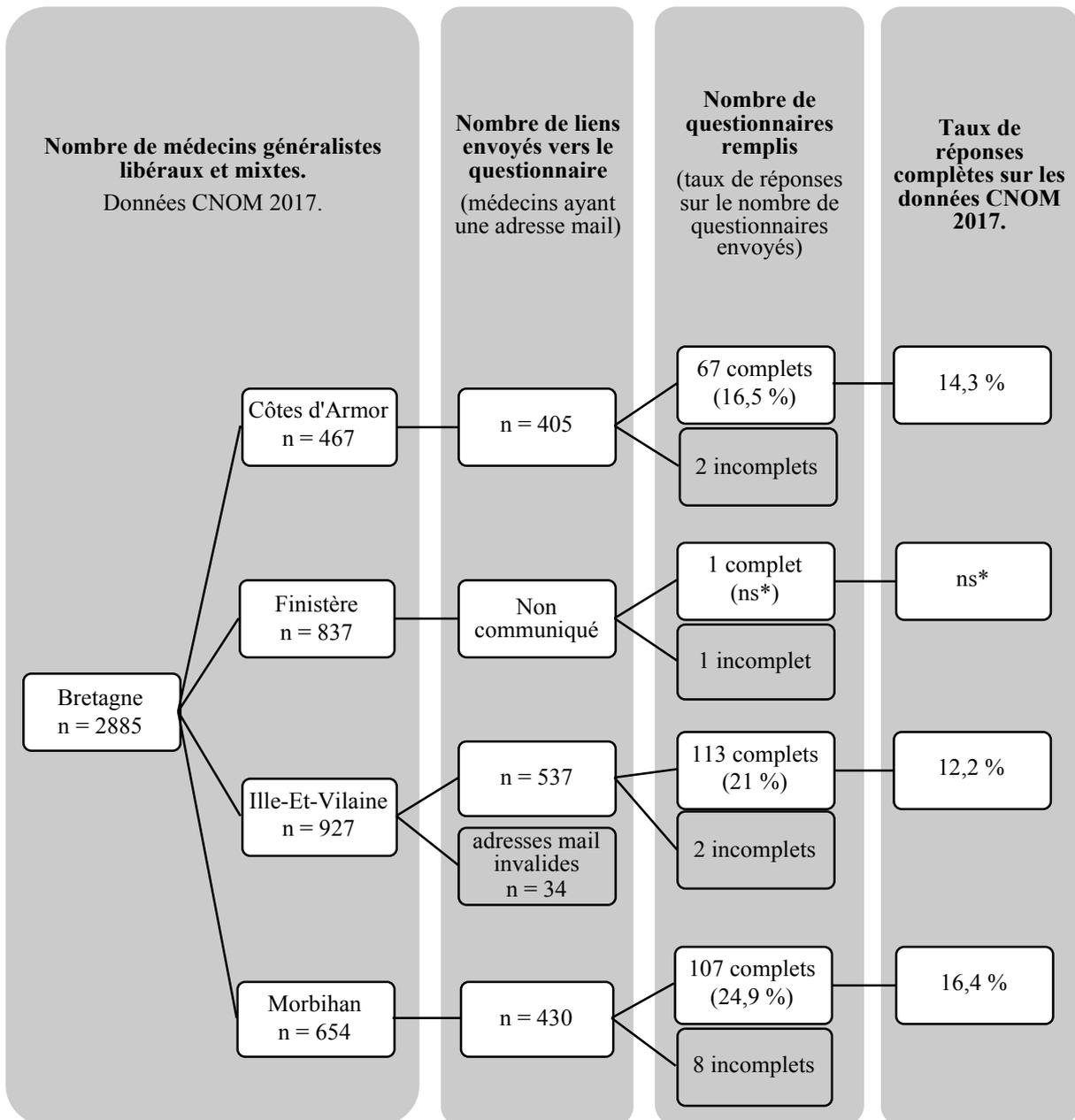
Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Morbihan (56) et celui des Côtes-d'Armor (22) ont transféré le lien vers le questionnaire par courriel à partir du 19 avril 2017, aux 430 et 405 médecins généralistes libéraux de leur département respectif ayant une adresse électronique. 107 réponses complètes et 8 incomplètes ont été reçues pour le Morbihan, ainsi que 67 complètes et 2 incomplètes pour les Côtes-d'Armor.

Le CDOM d'Ille-Et-Vilaine (35) a transmis un fichier contenant les 571 adresses électroniques de leurs médecins généralistes libéraux. Le questionnaire leur a été envoyé directement par mail. 34 adresses mail sont retournées comme introuvables. 113 réponses complètes et 2 incomplètes ont été reçues.

Concernant le CDOM du Finistère (29), celui-ci n'a pas voulu transférer le lien vers le questionnaire par mail aux médecins de leur secteur, les interlocuteurs avaient souhaité le publier dans leur « *newsletter* ». N'ayant reçu aucune réponse de médecins de leur département, ils ont été relancés par mail le 04/05/2017, sans réponse. Après une deuxième relance par mail le 15/06/2017, une réponse a été reçue le 16/06/2017 nous informant qu'effectivement ils avaient occulté la demande, qui n'a jamais paru dans leur *newsletter*. Leur prochaine newsletter ne devant pas paraître avant la semaine suivante, il était trop tard pour répondre au questionnaire dans les temps prévus à la méthodologie initiale. N'ont donc été reçues du Finistère, qu'une seule réponse complète et 1 incomplète (confrères l'ayant reçu d'un autre CDOM ?). Le CDOM du Finistère n'a pas répondu à la demande d'informations concernant les effectifs de leur département recevant cette newsletter.

Au total 301 questionnaires ont été remplis, dont 288 complets. Les 13 questionnaires incomplets ont été exclus de cette étude. Le taux de réponses complètes portant sur les médecins ayant reçu le questionnaire était donc de 21% (sur 1372 adresses mail valides). En considérant le taux global de réponses, portant sur le nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes inscrits à l'ordre en 2017 en Bretagne, on obtenait 10% de réponses (14,1% en enlevant le Finistère).

Figure 1 : Diagramme de flux.

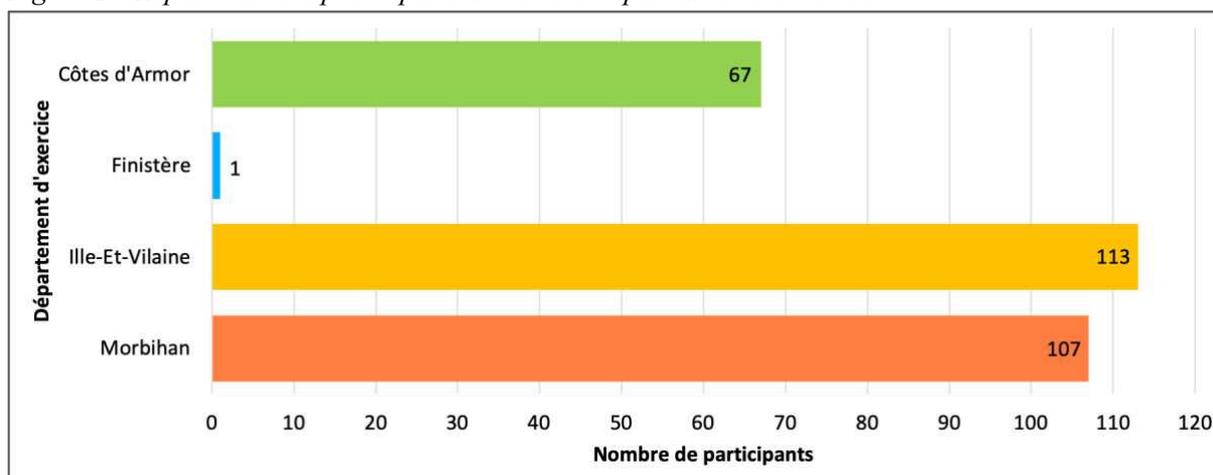


* ns : non significatif.

3.2. Caractéristiques de l'échantillon

Le CNOM a pu fournir, après demande, les données de répartition des médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière pour l'année 2017, en Bretagne. Le dernier Atlas disponible en ligne étant celui de 2015, et la démographie médicale évoluant rapidement, les données 2017 étaient plus fiables pour une comparaison avec notre étude. Néanmoins, les données d'âge fournies pour les hommes étaient erronées, hormis pour les Côtes-d'Armor (les effectifs par âge étaient bien plus élevés que les effectifs globaux par département qu'ils avaient fournis : probable erreur de sélection dans leur logiciel). Après relance, nous n'avons pas eu de réponse. La comparaison n'a donc été faite que pour les Côtes-d'Armor. La *figure 2* indique la répartition des 288 participants à notre étude selon leur département d'exercice.

Figure 2 : Répartition des participants selon leur département d'exercice.



Parmi les participants, il existait une parité quasi parfaite : 146 étaient des hommes (50,7%), 142 des femmes (49,3%). Au total, 82 participants avaient moins de 40 ans (28,5%), 53 entre 40 et 49 ans (18,4%), 93 entre 50 et 59 ans (32,3%), et 60 avaient 60 ans ou plus (20,8%). Les *figures 3 et 4* résument les caractéristiques de sexe et d'âge de notre échantillon selon le département d'exercice.

Figure 3 : Répartition des participants par sexe selon leur département d'exercice.

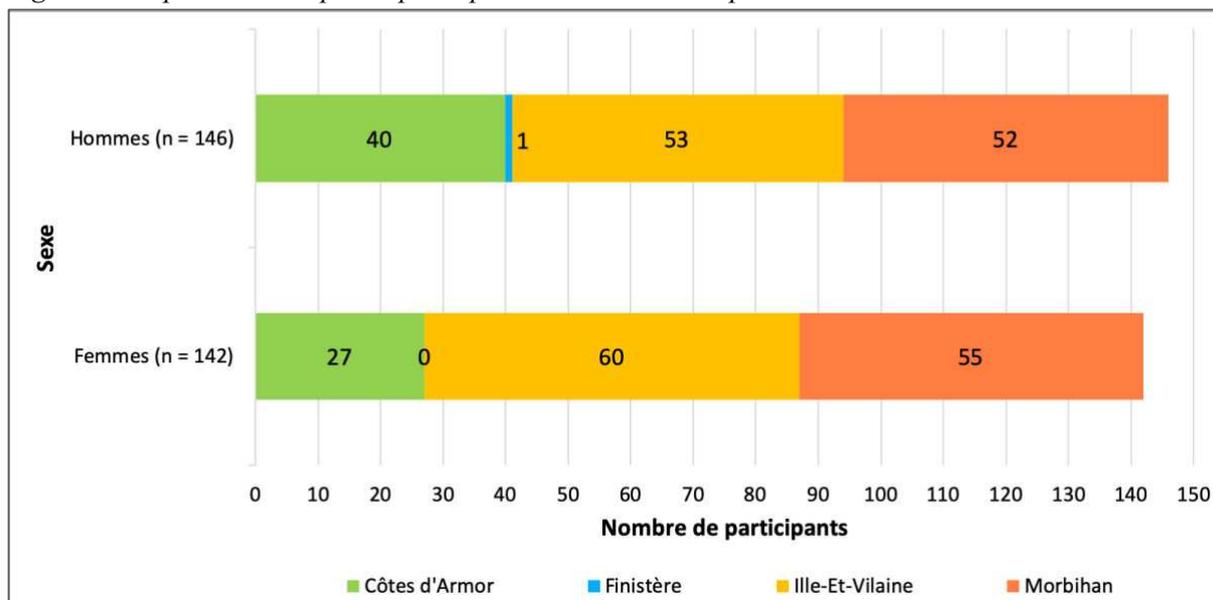
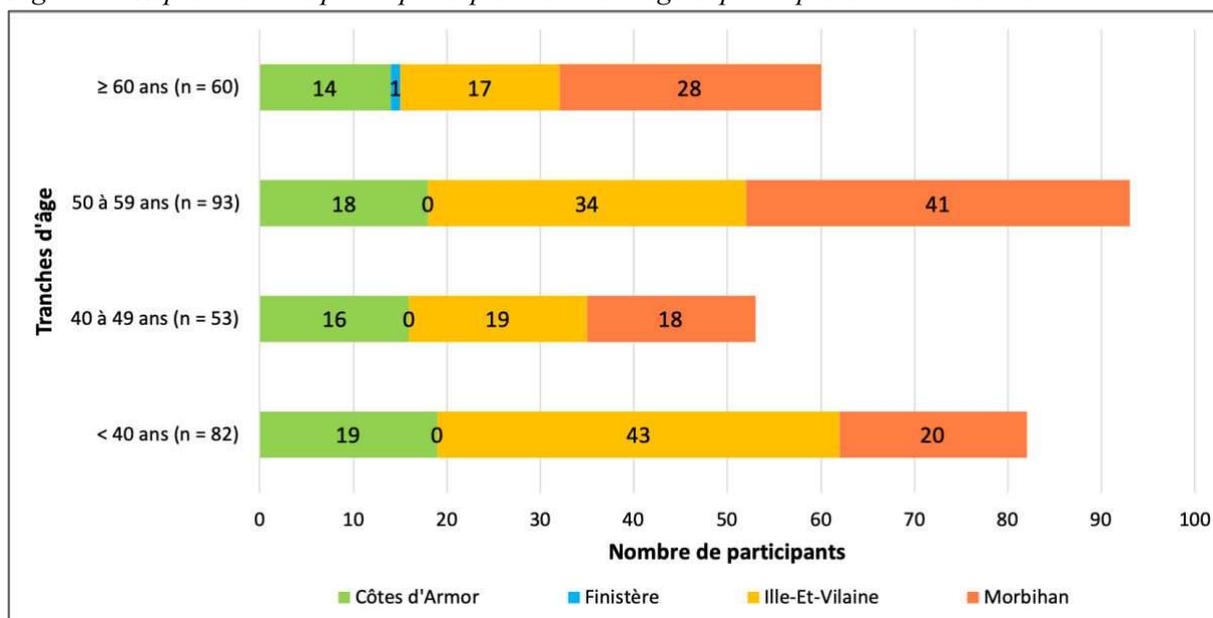


Figure 4 : Répartition des participants par tranche d'âge et par département d'exercice.



Ces caractéristiques ont été comparées par test du Chi2 aux données 2017 fournies par le CNOM. Le tableau I résume la comparaison des caractéristiques de notre échantillon à la population source. Les caractéristiques du Finistère n'ont pas pu être étudiées, étant donné l'effectif trop faible (n=1). Pour les autres, les données appariées par département montraient que l'échantillon était représentatif de la population sur le sexe ($p > 0,05$). En revanche, la comparaison des tranches d'âge montrait une différence significative avec la population pour les Côtes-d'Armor ($p < 0,05$). Effectivement, 35 participants (52,2%) des Côtes-d'Armor avaient 49 ans ou moins, contre 34,7% dans la population source. Les autres départements n'ont pas pu être testés (erreur dans les effectifs envoyés par le CNOM).

Tableau I : Comparaison des caractéristiques de l'échantillon à la population étudiée.

Département	Caractéristiques	Échantillon n (%) * (N = 288)	Population n (%) ** (N = 2885)	Test Chi2 (α 5%) : $X_2 =$
Sexe				
22	Hommes	40 (59,7)	292 (62,5)	0,2 ($p=0,63$)
	Femmes	27 (40,3)	175 (37,5)	
	<i>Total (% de N)</i>	67 (23,3)	467 (16,2)	
29	Hommes	1 (100)	483 (57,7)	<i>n trop faible.</i>
	Femmes	0	354 (42,3)	
	<i>Total (% de N)</i>	1 (0,3)	837 (29,0)	
35	Hommes	53 (46,9)	507 (54,7)	2,8 ($p=0,1$)
	Femmes	60 (53,1)	420 (45,3)	
	<i>Total (% de N)</i>	113 (39,2)	927 (32,1)	
56	Hommes	52 (48,6)	376 (57,5)	3,5 ($p=0,06$)
	Femmes	55 (51,4)	278 (42,5)	
	<i>Total (% de N)</i>	107 (37,2)	654 (22,7)	
TOTAL	<i>Hommes</i>	146 (50,7)	1658 (57,5)	
	<i>Femmes</i>	142 (49,3)	1227 (42,5)	
Age				
22	< 40 ans	19 (28,3)	70 (15,0)	11,8 ($p=0,008$)
	40 à 49 ans	16 (23,9)	92 (19,7)	
	50 à 59 ans	18 (26,9)	163 (34,9)	
	≥ 60 ans	14 (20,9)	142 (30,4)	
	<i>Age moyen (étendue)</i>	48,8 (29-75)	<i>nc</i>	
29	< 40 ans	0		<i>n trop faible.</i>
	40 à 49 ans	0		
	50 à 59 ans	0		
	≥ 60 ans	1 (100)		
	<i>Age moyen (étendue)</i>	63	<i>nc</i>	
35	< 40 ans	43 (38,1)		
	40 à 49 ans	19 (16,8)		
	50 à 59 ans	34 (30,1)		
	≥ 60 ans	17 (15,0)		
	<i>Age moyen (étendue)</i>	47,0 (29-70)	<i>nc</i>	
56	< 40 ans	20 (18,7)		
	40 à 49 ans	18 (16,8)		
	50 à 59 ans	41 (38,3)		
	≥ 60 ans	28 (26,2)		
	<i>Age moyen (étendue)</i>	51,5 (30-69)	<i>nc</i>	
TOTAL (% de N)	< 40 ans	82 (28,5)		
	40 à 49 ans	53 (18,4)		
	50 à 59 ans	93 (32,3)		
	≥ 60 ans	60 (20,8)		
	<i>Age moyen (étendue)</i>	49,1 (29 – 75)	<i>nc</i>	

* Questionnaires complets uniquement.

** Données CNOM 2017 sur les médecins généralistes bretons libéraux et mixtes.

nc : non communiqué

3.3. Première partie du questionnaire

La quasi-totalité des 288 participants disposait à la fois d'un logiciel médical (97,9%), d'internet au cabinet (96,5%), et d'un système de production de FSE (96,2%). Seuls 3 médecins (1%) ont répondu ne bénéficier d'aucun des outils cités ci-dessus.

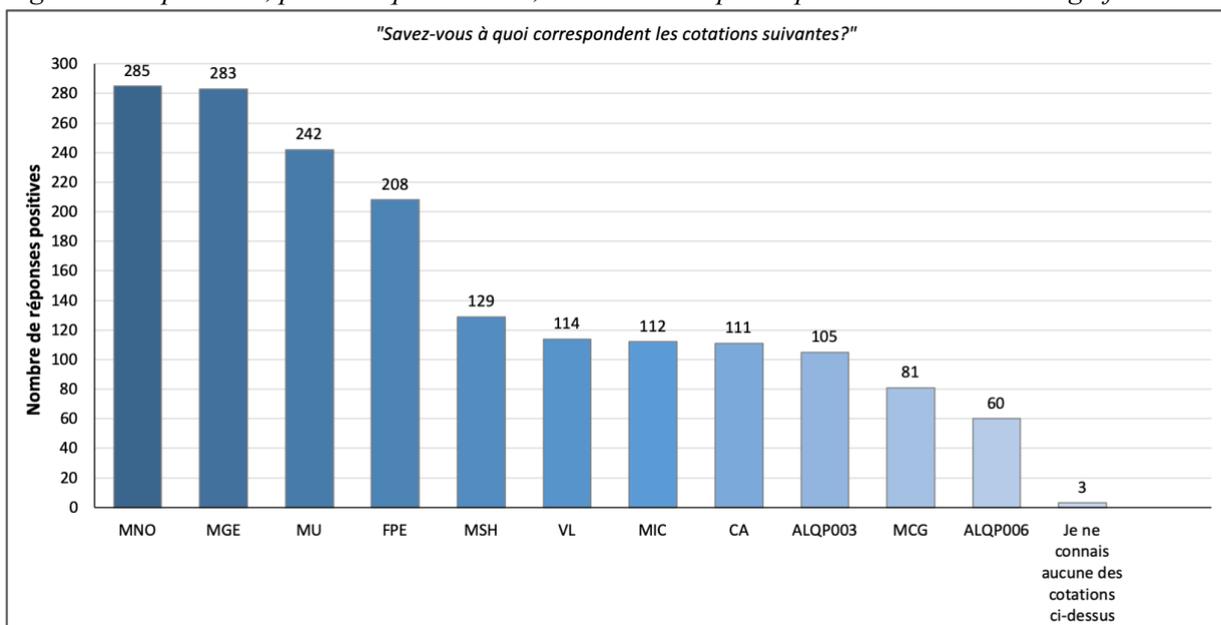
La quasi-totalité des participants (283, soit 98,3%) réalisait des FSE plutôt que des FSP. Celles-ci étaient élaborées par leur secrétaire pour seulement 8 cas (2,8%).

3.4. Deuxième partie du questionnaire

3.4.1. Répartition, pour chaque cotation, du nombre de participants connaissant sa signification

Seuls 3 médecins (1%) déclaraient ne connaître aucune des 11 cotations proposées. Presque tous les participants connaissaient les cotations pédiatriques MNO et MGE (99% et 98,3%). Parmi les cotations relativement bien connues des participants, on trouvait également MU (84%) et FPE (72,2%). La cotation MSH était connue par 44,8% des participants (n=129). Puis on trouvait, à des taux de connaissance relativement similaires, les cotations VL (39,6%), MIC (38,9%), CA (38,5%), et ALQP003 (36,5%). Les cotations les moins connues des médecins étaient MCG (28,1%) et ALQP006, que seul 1 médecin sur 5 connaissait (20,8%). *La figure 5 résume cette question (classement par ordre décroissant).*

Figure 5 : Répartition, pour chaque cotation, du nombre de participants connaissant sa signification.



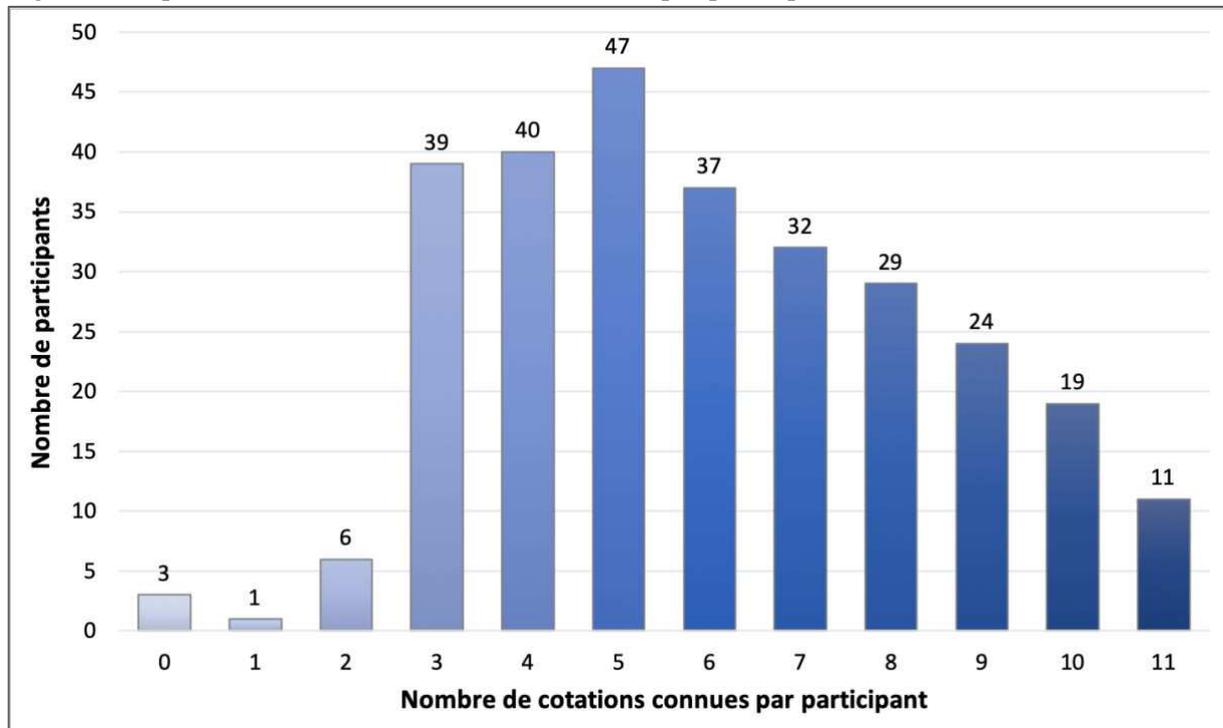
3.4.2. Répartition du nombre de cotations connues par participant

- Répartition générale :

En moyenne, les participants connaissaient 6 cotations sur les 11 proposées (médiane : 6, écart-type : 2,5). Les résultats apparaissent sur la *figure 6*.

Le mode était de 5 cotations connues par participant : il regroupait 47 médecins (16,3%). Seuls 10 participants (3,5%) connaissaient au maximum 2 cotations. Et un nombre équivalent (11 participants) déclarait connaître toutes les cotations proposées. Un peu plus de la moitié des participants (56,6%) connaissait entre 3 et 6 cotations, et les trois quarts (77,8%) connaissaient entre 3 et 8 cotations. Seuls 54 (18,7%) en connaissaient au moins 9.

Figure 6 : Répartition du nombre de cotations connues par participant.



- Nombre de cotations connues selon l'âge :

Chez les moins de 40 ans, en moyenne 6,4 cotations étaient connues par participant (médiane : 6, écart type 2,4). La moyenne était de 5,9 chez les 40-49 ans, (médiane : 6, écart-type : 1,9), 6,2 pour les 50-59 ans (médiane : 6, écart-type : 2,6), et 5,3 chez les ≥ 60 ans (médiane : 5, écart-type : 2,6).

Le nombre de cotations connues en fonction des tranches d'âge est présenté sur les *figures 7 à 10*. Sur le groupe d'âge ≥ 60 ans, un tiers (31,7%) connaissait au maximum 3 cotations (contre 18,3%, 11,3%, et 8,5% dans les groupes respectivement 50-59 ans, 40-49 ans, et < 40 ans). Dans les groupes

<40 ans et 50-59 ans, 1/3 connaissait 8 cotations ou plus (31,7% chez les moins de 40 ans, et 35,5% dans le groupe 50-59 ans), contre 20,7% dans le groupe 40-49 ans, et 21,6% dans le groupe ≥ 60 ans.

Un test d'indépendance du khi-carré (à deux variables) a été réalisé. En raison d'effectifs insuffisants (< 5) dans certaines classes appariées sur l'âge (par exemple, aucun participant de moins de 50 ans ne connaissait 0 ou 1 seule cotation), certaines catégories ont dû être regroupées (≤ 3 et ≥ 9 cotations connues). Il n'existait pas de différence significative dans la répartition du nombre de cotations connues par médecin, selon leur tranche d'âge ($X^2(18ddl) = 25,9$; $p=0,1$). Malgré l'impression donnée par les graphiques, les deux variables étaient indépendantes.

Figure 7 : nombre de cotations connues par médecin chez les < 40 ans (n (%)).

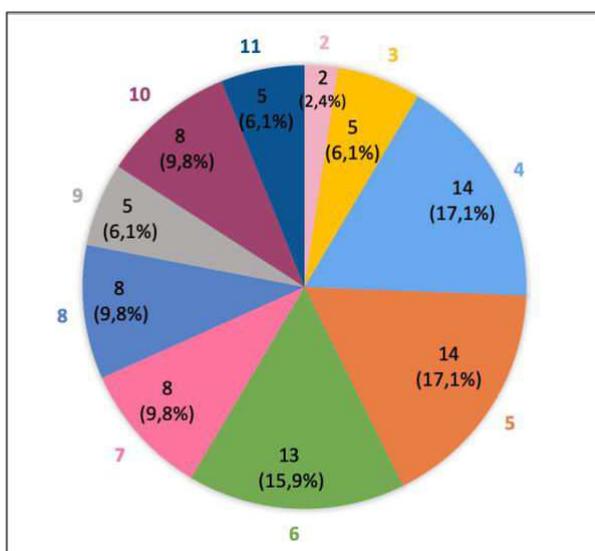


Figure 8 : nombre de cotations connues par médecin de 40 à 49 ans (n (%)).

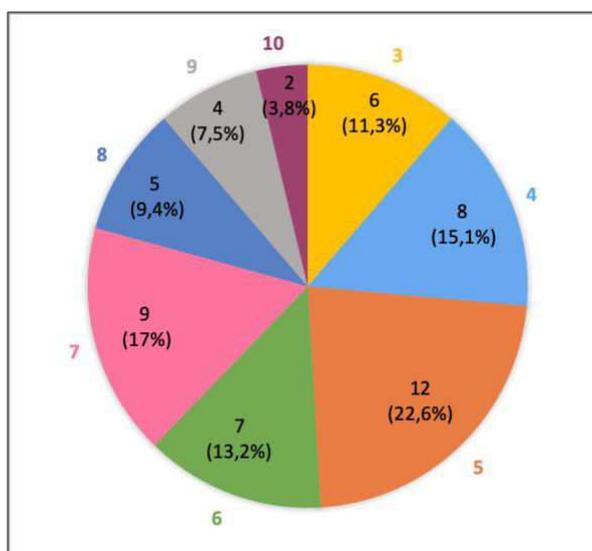


Figure 9 : nombre de cotations connues par médecin de 50 à 59 ans (n (%)).

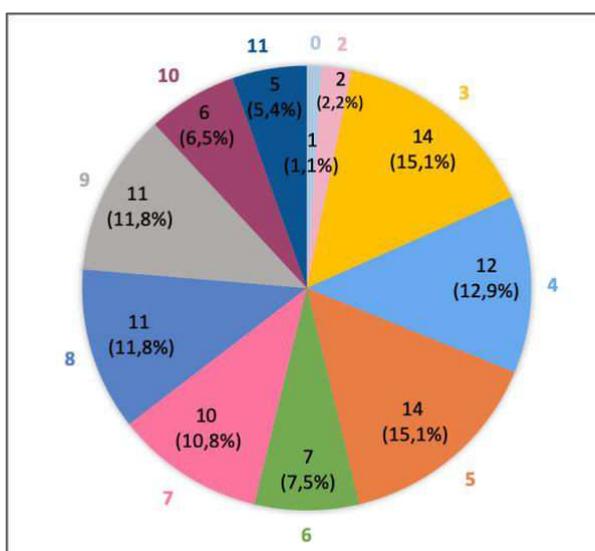
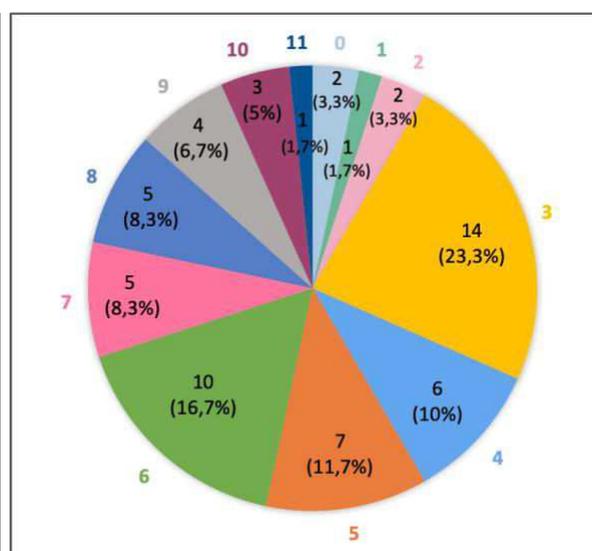


Figure 10 : nombre de cotations connues par médecin chez les ≥ 60 ans (n (%)).

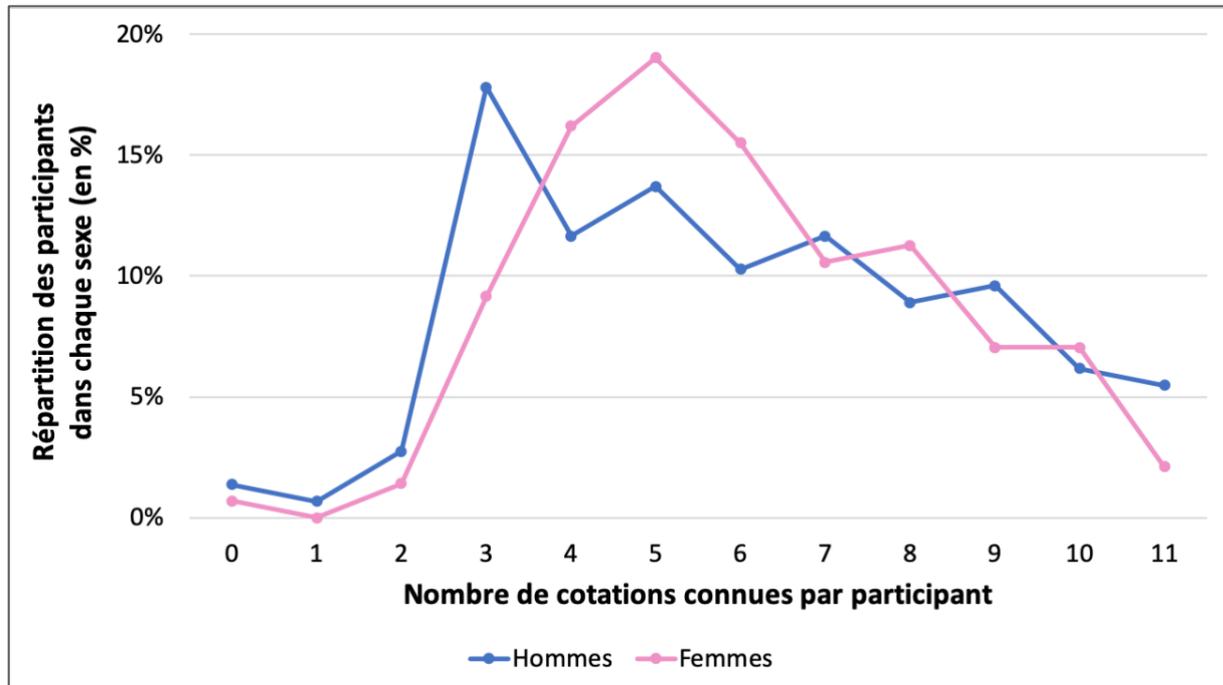


- Nombre de cotations connues selon le sexe :

Moyenne et médiane étaient identiques entre elles, et dans les deux sexes. Elles étaient de 6 cotations connues par participant (écart-type 2,2 pour les femmes, et 2,7 pour les hommes). La classe modale était de 3 cotations connues pour les hommes, et 5 pour les femmes, avec respectivement 26 (17,8% des hommes) et 27 participants (19% des femmes). *La figure 11* représente la répartition du nombre de cotations connues selon le sexe.

Les classes dont les effectifs étaient <5 ont été regroupées en « ≤ 3 » et « ≥ 10 » cotations connues, afin d'effectuer un test Chi2. On ne montrait pas de différence significative du nombre de cotations connues par participant, selon leur sexe ($X^2(7ddl) = 14,1 ; p=0,15$).

Figure 11 : Répartition du nombre de cotations connues par participant dans chaque sexe.



3.4.3. Fréquence d'utilisation des cotations connues, en situation cotable (fig. 12).

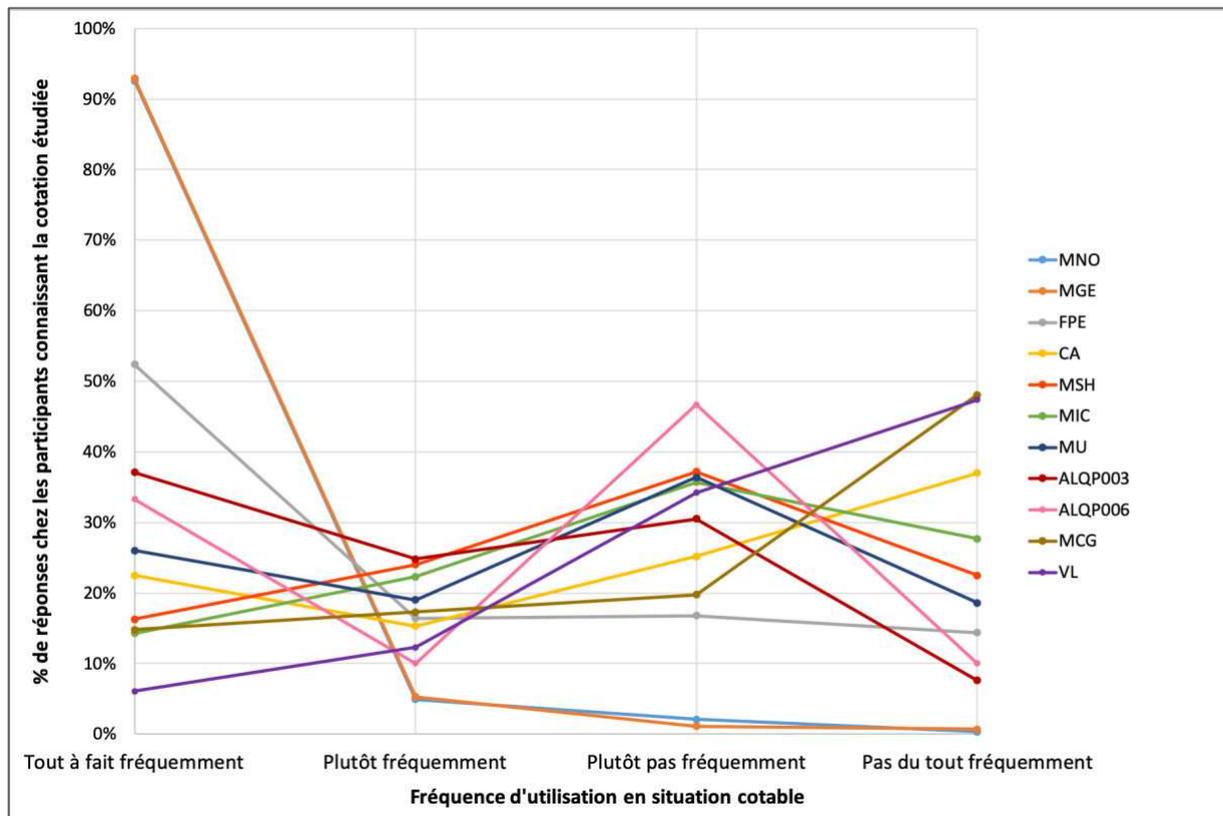
Chez les médecins connaissant ces cotations, MNO et MGE arrivaient largement en tête d'utilisation, avec respectivement 264/285 (92,6%) et 263/283 (92,9%) participants ayant répondu les utiliser « tout à fait fréquemment » en situation cotable.

Les cotations connues les moins utilisées alors que la consultation le permettait, étaient VL et MCG. Seuls 7/114 (6,1%) et 12/81 (14,8%) participants ont répondu les utiliser « tout à fait fréquemment », et près de la moitié de ceux-ci (47,4% et 48,1%) ont répondu les utiliser « pas du tout fréquemment » lorsqu'il était possible de les coter.

Tableau II : Description de l'utilisation des cotations *connues* (n (%)) en situation cotable, selon échelle de Likert.

	MNO	MGE	FPE	CA	MSH	MIC	MU	ALQP 003	ALQP 006	MCG	VL
Tout à fait fréquemment	264 (92,6%)	263 (92,9%)	109 (52,4%)	25 (22,5%)	21 (16,3%)	16 (14,3%)	63 (26%)	39 (37,1%)	20 (33,3%)	12 (14,8%)	7 (6,1%)
Plutôt fréquemment	14 (4,9%)	15 (5,3%)	34 (16,4%)	17 (15,3%)	31 (24%)	25 (22,3%)	46 (19%)	26 (24,8%)	6 (10%)	14 (17,3%)	14 (12,3%)
Plutôt pas fréquemment	6 (2,1%)	3 (1,1%)	35 (16,8%)	28 (25,2%)	48 (37,2%)	40 (35,7%)	88 (36,4%)	32 (30,5%)	28 (46,7%)	16 (19,8%)	39 (34,2%)
Pas du tout fréquemment	1 (0,4%)	2 (0,7%)	30 (14,4%)	41 (37%)	29 (22,5%)	31 (27,7%)	45 (18,6%)	8 (7,6%)	6 (10%)	39 (48,1%)	54 (47,4%)
Total (participants connaissant la cotation)	285 (100%)	283 (100%)	208 (100%)	111 (100%)	129 (100%)	112 (100%)	242 (100%)	105 (100%)	60 (100%)	81 (100%)	114 (100%)

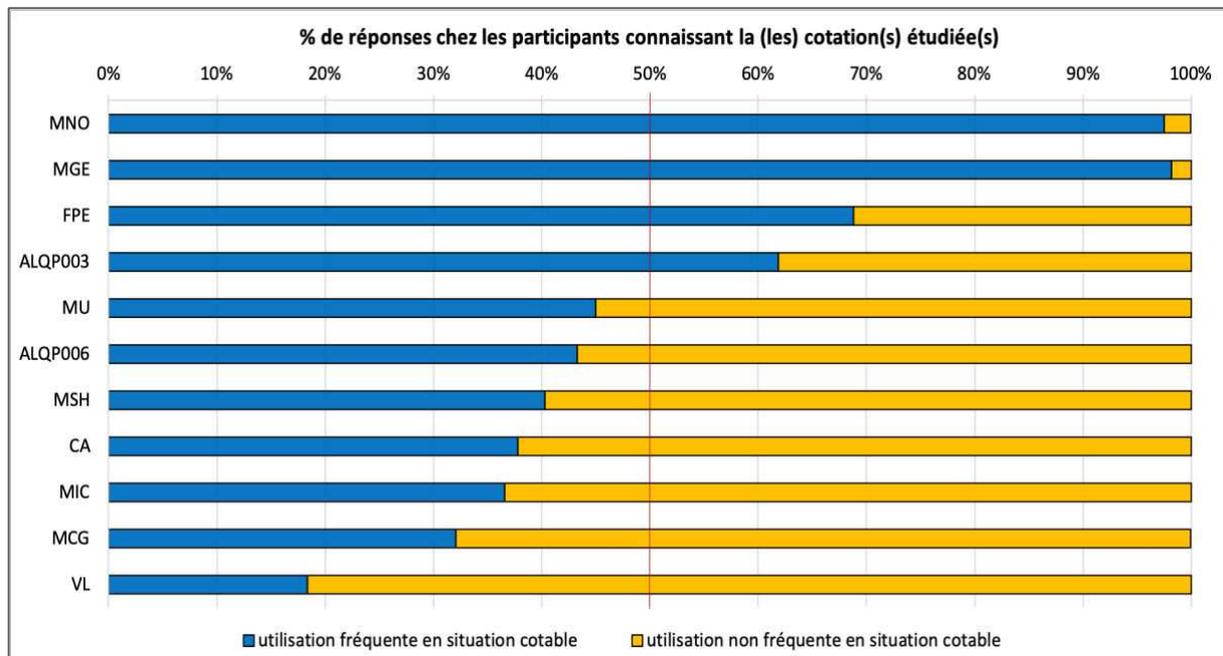
Figure 12 : Fréquence d'utilisation de la (des) cotation(s) *connue(s)*, en situation cotable.



Pour plus de lisibilité, les réponses de l'échelle de Likert concernant la fréquence d'utilisation de chaque cotation ont été regroupées en 2 groupes (figure 13) : « utilisation fréquente » (réponses : utilisation « tout à fait » et « plutôt » fréquemment) et « utilisation non fréquente » (réponses : utilisation « plutôt pas » et « pas du tout » fréquemment). Ainsi, seules 4 cotations connues étaient utilisées « fréquemment » dans plus de 50% des cas : MNO (97,5%), MGE (98,2%), FPE (68,8%), et ALQP003 (61,9%). La cotation VL arrivait en dernier, avec une utilisation « fréquente » en

situation cotable dans 18,4% des cas seulement (pour les autres cotations les taux étaient compris entre 32,1% et 45%).

Figure 13 : Fréquence d'utilisation des cotations *connues* en situation cotable, après cumul des sous-catégories de l'échelle de Likert 2 à 2.



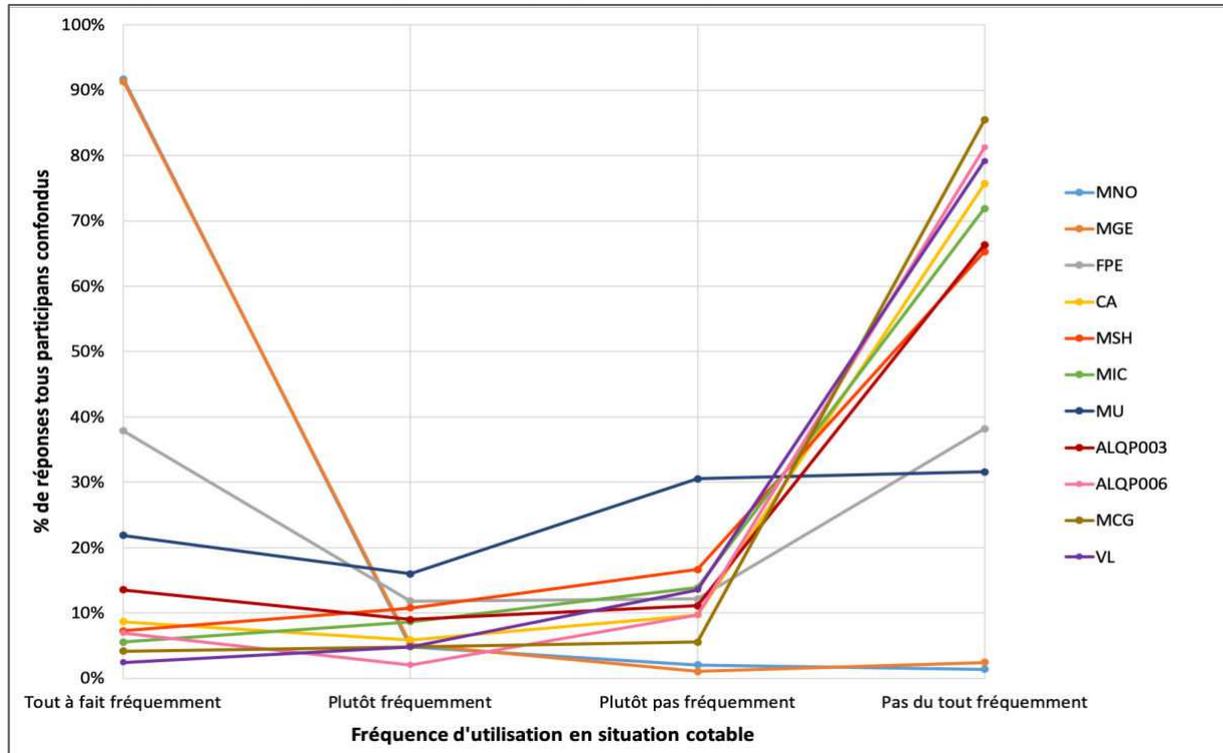
3.4.4. Fréquence globale d'utilisation des cotations (connues ou inconnues), en situation cotable

Les figures 12 et 13 ci-dessus ne prenaient en compte que l'utilisation des cotations *connues* des participants. Afin de créer une vue d'ensemble sur l'utilisation des cotations en situation cotable, les cotations non connues (émanant de la question précédente) ont été incluses dans la catégorie « pas du tout fréquemment ». La figure 14 donne ainsi des courbes complètement différentes de la figure 12. Ainsi, au global, sur les 288 participants, la fréquence de sous-utilisation de certaines cotations est devenue beaucoup plus importante, avec notamment 246 participants (85,4%) n'utilisant « pas du tout fréquemment » la cotation MCG, 234 (81,3%) pour ALQP006, 228 (79,2%) pour VL, 218 (75,7%) pour CA, 207 (71,9%) pour MIC, 191 (66,3%) pour ALQP003, et 188 (65,3%) pour MSH. Pour toutes ces cotations susnommées, le pourcentage de médecins ayant considéré les utiliser « tout à fait fréquemment » lorsque c'était possible, ne dépassait pas 13,5%.

Dans cette configuration plus globale, seules 2 cotations (MNO et MGE) étaient considérées comme utilisées « tout à fait fréquemment » en situation cotable, pour plus de la moitié des médecins ayant répondu. La cotation FPE ne dépassait donc même pas les 50% d'utilisation « tout à fait

fréquente », et quasiment la même proportion la cotait « pas du tout fréquemment » autant que « tout à fait fréquemment » (109 et 110 participants, soit 37,8% et 38,2%)

Figure 14 : Fréquence d'utilisation des cotations au global (incluant la (les) cotation(s) non connue(s) éventuelle(s) dans la catégorie « pas du tout fréquemment ») en situation cotable.



Il a été procédé de même que précédemment, en cumulant les sous-catégories de réponses en 2 classes : « utilisation fréquente » ou « non fréquente » des cotations en situation cotable (figure 15). La comparaison des deux graphiques, permet de visualiser la proportion de cotations utilisées fréquemment, et celles non utilisées car non connues des médecins. Les réponses par effectifs sont exposées dans le tableau III.

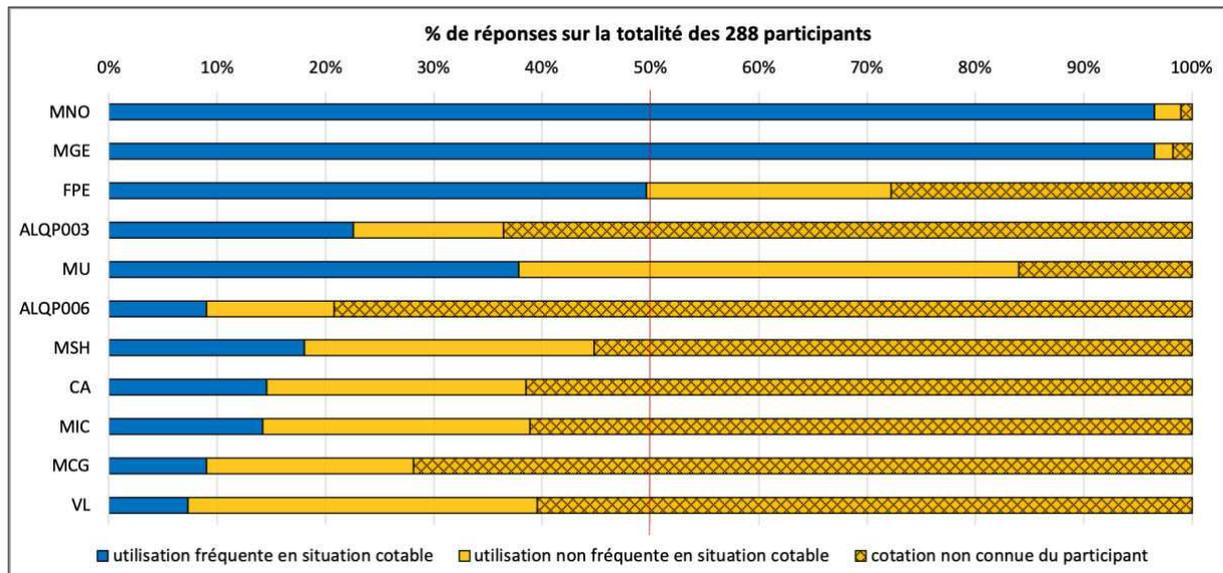
Plus des trois quarts des participants (77,4% à 92,7%) cotaient « non fréquemment » les cotations ALQP003, ALQP006, MSH, CA, MIC, MCG, et VL. Pour chacune de ces cotations, la cause principale de cette sous-utilisation (plus de 50% des cas) était la méconnaissance même de celles-ci. MU n'était utilisée « fréquemment » que par 37,8% des participants ». Pour cette cotation, en revanche, la cause principale n'était pas majoritairement un défaut de connaissance.

Alors que l'étude a mis en évidence de forts taux d'utilisation de MNO et MGE (96,5% chacun), seul 1 médecin sur 2 (49,7%) déclarait coter fréquemment FPE. Et plus de la moitié de cette sous-utilisation était également liée à un défaut de connaissance de FPE.

Tableau III : Utilisation globale de chaque cotation en situation cotable (n (%)), après cumul des sous-catégories de l'échelle de Likert 2 à 2.

	MNO	MGE	FPE	CA	MSH	MIC	MU	ALQP 003	ALQP 006	MCG	VL
Utilisation « fréquente » en situation cotable	278 (96,5%)	278 (96,5%)	143 (49,7%)	42 (14,6%)	52 (18,1%)	41 (14,2%)	109 (37,8%)	65 (22,6%)	26 (9%)	26 (9%)	21 (7,3%)
Utilisation « non fréquente » en situation cotable	7 (2,4%)	5 (1,7%)	65 (22,6%)	69 (24%)	77 (26,7%)	71 (24,7%)	133 (46,2%)	40 (13,9%)	34 (11,8%)	55 (19,1%)	93 (32,3%)
Cotation non connue	3 (1%)	5 (1,7%)	80 (27,8%)	177 (61,5%)	159 (55,2%)	176 (61,1%)	46 (16%)	183 (63,5%)	228 (79,2%)	207 (71,9%)	174 (60,4%)
Total	288 (100%)										

Figure 15 : Fréquence d'utilisation globale des cotations en situation cotable après cumul des sous-catégories de l'échelle de Likert 2 à 2.



3.4.5. Critère de jugement principal

- Création des 4 catégories de scores évaluant le niveau de cotation des participants

Après avoir remplacé les réponses précédentes par un code de 0 à 4 comme prévu à la méthodologie, un seul médecin a obtenu le score maximal de 44. Les 3 médecins ne connaissant aucune cotation ont, à l'inverse, reçu le score de 0.

Les 1^{er}, 2^{ème} (médiane) et 3^{ème} quartiles étaient représentés pour des valeurs respectivement de 12,16, et 22. Ainsi, avec moyenne de 17,7, une médiane de 16, et un écart interquartile de 10 points seulement, la dispersion des scores était plutôt faible (figures 16 et 17). Un peu plus des $\frac{3}{4}$ des scores

(222 participants, soit 77,1%), étaient \leq à 22 (qui correspondait pourtant seulement à la moitié du score maximum de 44). Moins d'un quart des participants a donc obtenu un score supérieur à cette valeur centrale théorique, et seuls 11/288 participants ont obtenu un score très élevé \geq 33 (score obtenu en cotant par exemple « plutôt fréquemment » à chacune des 11 cotations proposées).

Figure 16 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation des 288 participants.

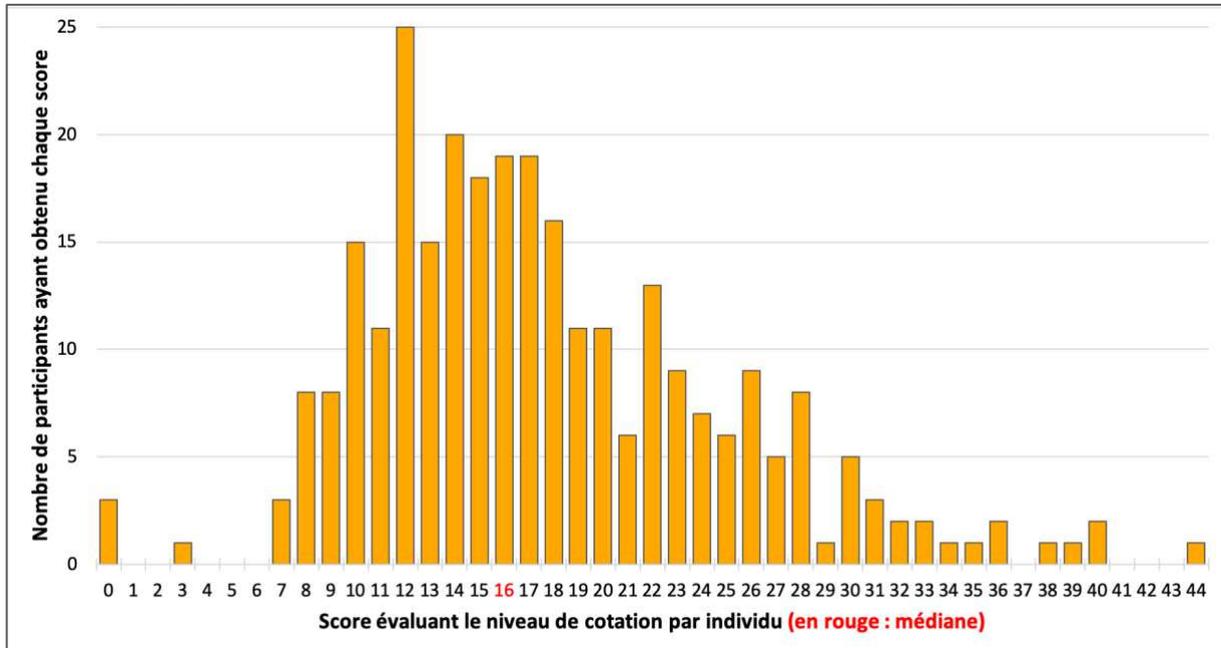
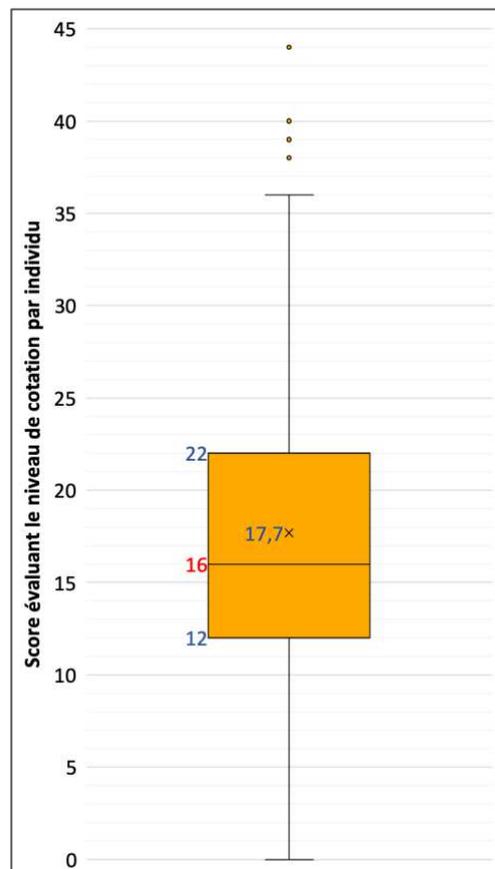


Figure 17 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation des 288 participants : box plot.



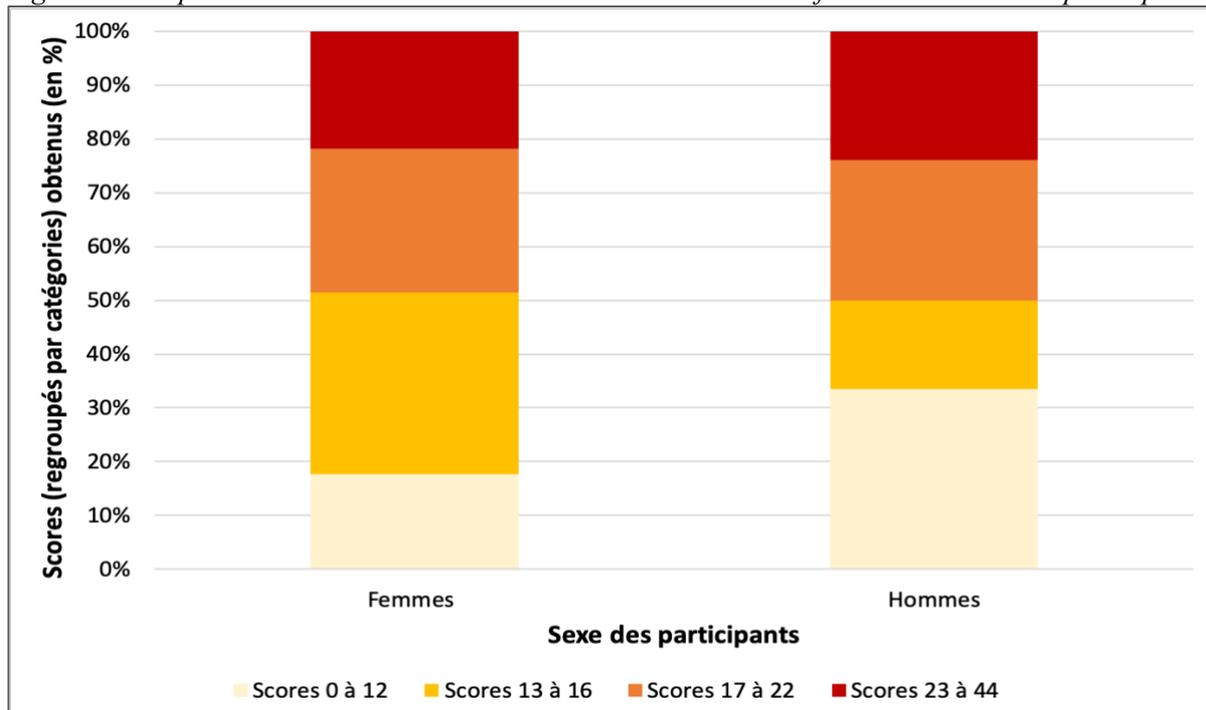
Les participants devaient être regroupés en 4 catégories de scores, dont les limites étaient les quartiles mesurés (12, 16 et 22), qui distinguent donc les quatre quarts de l'échantillon. Les classes limites des quartiles comprenant plusieurs participants, et les classes devant s'exclure deux à deux, les groupes ont été créés afin que les effectifs soient répartis le plus équitablement possible. Ainsi, on obtenait 74 participants (25,7%) pour la classe « Score 0 à 12 », 72 participants (25%) pour la catégorie « score 13 à 16 », 76 participants (26,4%) pour un « score 17 à 22 », et 66 participants (22,9%) dans la classe des meilleurs scores « 23 à 44 ».

- Comparaison des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon le sexe (*figure 18*) :

Les femmes n'étaient que 17,6% (25/142) à avoir un score très faible (0 à 12), contre 33,6% des hommes (49/146). Inversement, 33,8% femmes (n=48) contre 16,4% des hommes (n=24) ont obtenu un score dans la catégorie immédiatement supérieure « 13 à 16 ». Puis, femmes et hommes ont respectivement obtenu 26,8% et 26% dans la catégorie « 17 à 22 », et enfin, 21,8% et 24% dans la meilleure catégorie « 23 à 44 ». Un test Chi2 d'homogénéité montrait une différence significative entre les sexes (Chi2 (3ddl) =16, p=0,001 α =5%).

D'emblée, on pouvait supposer que la différence venait des 2 classes de scores les plus faibles. Cela a été confirmé en les comparant 2 à 2 : entre les deux classes de scores les plus élevées « 17-22 » et « 23-44 », il n'existait pas de différence significative selon le sexe (chi2 (1ddl) =0,13 ; p=0,72). Au contraire, pour les groupes de scores « 0-12 » et « 13-16 », il existait une différence significative selon le sexe (Chi2 (1ddl) =15,8 ; p<0,05).

Figure 18 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation en fonction du sexe des participants.

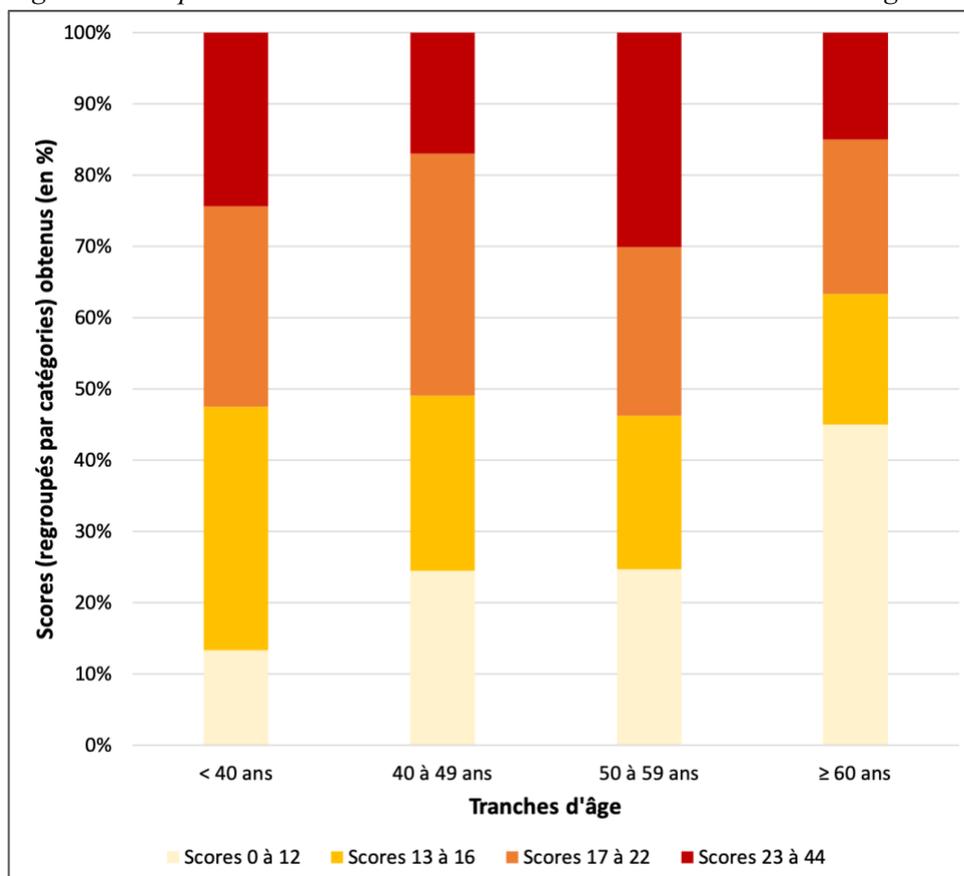


- Comparaison des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon l'âge (*figure 19*) :

Entre les 3 tranches d'âges les plus jeunes, il ne semblait y avoir que peu de disparités, les médianes étaient quasiment les mêmes. Ainsi, dans les catégories « <40 ans », « 40-49 ans », et « 50-59 ans », le score moyen était respectivement de 18,6 (médiane : 17, écart-type : 7,1), 17,2 (médiane : 17, écart-type : 5) et 18,6 (médiane : 18, écart-type : 7,5). Mais chez les ≥ 60 ans, la moyenne était de 15,4 (médiane : 13,5, écart-type : 8,3).

Quasiment la moitié des ≥ 60 ans (45%) a obtenu un score très faible (0 à 12), contre 13,4% des <40 ans, et un quart des « 40-49 » et « 50-59 » ans (24,5% et 24,7%). A l'inverse, la plus grande proportion de meilleurs coteurs (scores 23 à 44), était pour les « 50-59 ans » : près d'un tiers (30,1%) a obtenu des scores ≥ 23 (contre 24,4%, 17%, et 15% respectivement chez les <40, « 40-49 » et ≥ 60 ans). Le test Chi2 montrait une différence significative entre les catégories de scores évaluant le niveau de cotation des participants, selon leur tranche d'âge (Chi2 (9ddl) =24,5 ; p=0,004 $\alpha=5\%$). En enlevant le groupe ≥ 60 ans, la comparaison des effectifs avec un chi2 ne montrait alors plus de différence significative entre les 3 groupes les plus jeunes (Chi2 (6ddl) =9,6 ; p=0,14). C'est donc avec la catégorie des ≥ 60 ans qu'il existait une différence.

Figure 19 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation selon l'âge.



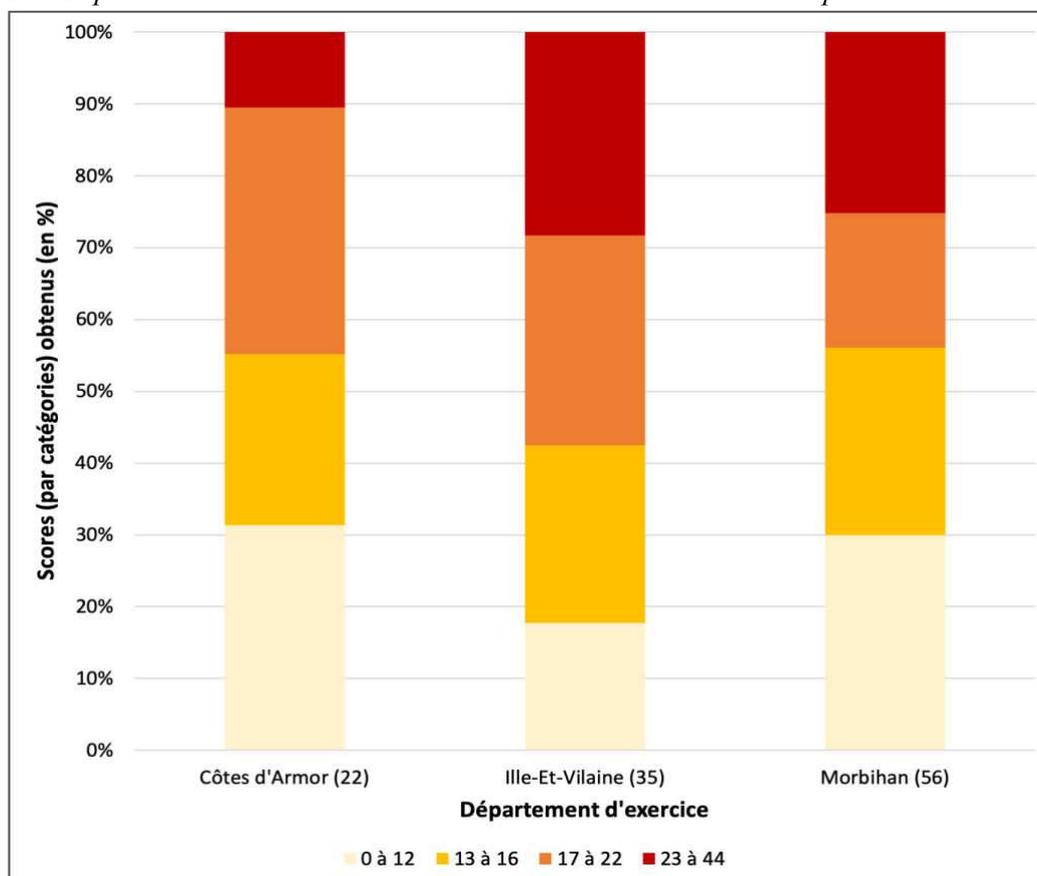
- Comparaison des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon le département d'exercice (*figure 20*) :

L'unique participant du Finistère a été exclu de cette comparaison, pour des raisons évidentes de sous-effectif.

Le département d'Ille-Et-Vilaine semblait avoir obtenu de meilleurs résultats dans l'ensemble, avec plus de la moitié (57,5%) ayant obtenu un score ≥ 17 (contre 44,7% et 43,9% pour respectivement les Côtes-d'Armor et le Morbihan). De plus, c'est en Ille-Et-Vilaine que l'on trouvait le plus faible taux de participants (17,7%) ayant un très faible niveau de cotation (score 0-12), alors que pour les Côtes-d'Armor et Morbihan ce taux était de 31,3% et 29,9%. La catégorie « score 13 à 16 » a donné des résultats semblables dans chaque département (23,9% à 26,2%). En revanche, on trouvait peu de très bons coteurs dans les Côtes-d'Armor (seuls 10,4% ont obtenu « 23 à 44 », contre 28,3% et 25,2% en Ille-Et-Vilaine et Morbihan). Le test Chi2 montrait une différence significative de répartition des catégories de scores évaluant le niveau de cotation, selon le département d'exercice ($X^2(6ddl) = 15,1$; $p=0,02$).

En détaillant les scores, on obtenait une moyenne de 16,6 (médiane 16, écart-type 6,3), 18,8 (médiane 18, écart-type 6,8) et 17,4 (médiane 16, écart-type 8) pour les départements respectivement des Côtes-d'Armor, Ille-Et-Vilaine et Morbihan.

Figure 20 : Répartition des scores évaluant le niveau de cotation selon le département d'exercice.



- Autres déterminants :

Il n'a finalement pas été testé si la présence d'internet, d'un logiciel médical, ou d'un système de production de FSE était déterminant pour le score de cotation, en raison du nombre très faible de réponses négatives (respectivement 6, 10, et 11). De même, quasi la totalité des répondants élaborait les feuilles de soins de façon électronique (283/288) et par eux-mêmes (280/288) et non par leur secrétaire. Les scores n'ont donc pas été testés sur ces déterminants.

3.4.6. Causes de sous-cotation :

Pour rappel, pour cette question, les médecins n'avaient pas accès aux cotations qu'ils ne connaissaient pas, ni à celles qu'ils avaient indiquées coter « tout à fait fréquemment ». Au total, sur les 11 cotations cumulées, on obtenait 891 participants cumulés possibles. Les réponses à la question ainsi que les proportions pour chaque cotation sont résumées dans *les tableaux IV et V*. *La figure 21* permet de donner un aperçu global des freins à leur utilisation, toutes cotations confondues.

C'est la case « **oubli de coter** » qui a été de loin le plus cochée, que l'on prenne chaque cotation indépendamment, mais également toutes cotations confondues. Elle est ainsi la cause de sous-cotation avancée par près de 60% (59,9%) des répondants toutes cotations confondues (534 fois cochée, pour 891 participants cumulés).

Lorsqu'une **contrainte temporelle** était **définie par l'Assurance Maladie**, en moyenne, plus d'un quart des participants (157/602 répondants concernés par cet item pour les 7 cotations concernées) l'ont déclarée comme un frein (jusqu'à 46,5% pour le CA et 31,8% pour la VL).

Presque 1 répondant sur 5 (172/891 soit 19,3%) a considéré son « **appréhension de demander un tarif plus élevé au patient** » comme un frein. À trois reprises et pour différentes cotations, des participants ont précisé que certains patients établissaient leur chèque à l'avance, et qu'ils n'osaient pas leur demander de le refaire.

Seuls 7,6% des répondants cumulés (68/891) ont considéré que « **le bénéfice financier ne leur paraissait pas significatif** » pour les cotations dans leur globalité. En détaillant, on s'aperçoit que cette case a été cochée principalement pour les cotations à faible majoration financière (27,9% (24/86) l'ont cochée pour CA et 14,5% (10/69) pour MCG), hormis pour les cotations pédiatriques.

Environ 1 répondant sur 10 au global a estimé que « **retrouver le code exact de ces cotations pour établir la feuille de soin prenait trop de temps** » et qu'il était « **trop contraignant d'élaborer une feuille de soin papier, car le logiciel/ou TLA (Terminal Lecteur Applicatif) ne connaissait pas cette cotation** » (respectivement 86 (9,7%) et 82 (9,2%) des répondants cumulés).

16,4% (146/891) des répondants cumulés ont considéré que « **les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prenaient trop de temps** ». Certains ont émis un doute sur leur possibilité de coter dans certaines situations. Par exemple, pour MSH et MIC, un participant précisait ne les utiliser que pour les patients de plus de 80 ans (alors qu'il ne s'agit pas d'une condition de la Caisse), ne sachant pas ce que la Caisse appelle « maladie chronique », ou « poly-pathologique », et donc ayant moins de risques de se tromper avec les patients plus âgés.

Un très faible nombre de répondants a coché les cases : « **bénéfice médical insuffisant** », « **peur d'un contrôle de l'assurance maladie** », et « **élaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps** » (respectivement 34 (3,8%), 38 (4,3%), et 46 (5,2%) des 891 répondants cumulés). Plusieurs participants ont précisé avoir été découragés après avoir essayé plusieurs rejets de la Caisse, annulant la totalité du paiement, notamment lorsqu'ils n'étaient pas déclarés comme médecin traitant lors de certaines cotations (cabinet de groupe, déclaration médecin traitant jamais faite...). Pour MU, ou MSH, c'est le doute également sur leur capacité à coter et donc peur d'une annulation de la rémunération par la Caisse qui freinait quelques participants (2 réponses précisées en ce sens).

Outre les réponses fermées proposées dont les résultats ont été évoqués ci-dessus, un espace de réponses libres (« **autres** ») avait été aménagé dans le questionnaire. Bon nombre de réponses libres se révélaient être hors-sujet. Effectivement, certains mettaient en cause la « rareté de l'acte » ou « leur type de patientèle » (peu de visites, peu d'enfants ou de personnes âgées...), alors que la question précisait bien « lorsque la situation le permet », afin justement d'uniformiser les réponses, sans tenir compte du type de pratique. Ainsi, sur les 151 réponses « autres », 63 mettaient en cause la rareté de l'acte (30 pour MU, 8 pour MNO, 5 pour MGE et FPE, 4 pour VL et MCG, 3 pour MIC, 2 pour ALQP006, 1 pour ALQP003 et MSH). Ainsi la quasi-totalité (30) des 39 réponses « autres » pour l'acte MU, l'étaient en raison de la « rareté de la situation » selon les participants. 8/9 des « autres réponses » pour MNO, 5/6 pour MGE, et 8/19 pour FPE mettaient en cause la faible pratique de la pédiatrie. Quelques participants ont néanmoins précisé dans ces cas, mettre en lien « oubli de coter » avec le faible nombre de consultations cotables (selon leur pratique).

Deux participants ont précisé que « les consultations pour dépression étaient très chronophages », et que la gestion de la condition temporelle l'était aussi. Selon eux, cette cotation « devrait pouvoir être applicable plus d'une fois par an ».

Quatre participants ont précisé ne pas utiliser la cotation FPE, car ils cotaient à la place « dépistage visuel + auditif » (actes CCAM), rémunérant plus, mais nécessitant du matériel spécifique.

Parmi les réponses « autres », certaines étaient erronées : un des participants a vraisemblablement confondu DEQP003 avec ALQP003, en signifiant « qu'il ne réalisait pas beaucoup d'électrocardiogrammes ». Sept répondants ont précisé ne pas utiliser MCG, « n'ayant pas eux-mêmes de spécialité particulière », alors qu'il ne s'agissait là que d'une possibilité restreinte pour l'utilisation de MCG, qui pouvait être utilisée dans d'autres conditions. Un participant déclarait coter MNO à la place de FPE en « raison du même tarif ».

Tableau IV : Récapitulatif des réponses (effectifs) à la question « Vous n'avez pas coché "tout à fait fréquemment" à ces cotations, pouvez-vous expliquer pourquoi ? Veuillez y indiquer la (ou les) raison(s) principale(s) ». ».

Cotation étudiée	Nombre de participants ayant accès à la question	Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.	Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.	Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.	Le bénéfice médical me paraît insuffisant.	Oubli de coder.	Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.	Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.	Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.	Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).	Autre	La gestion de la condition temporelle (âges définis par la CPAM, ou délai maximal d'utilisation, ou fréquence est trop compliquée.
MNO	21	1	2	2	1	10	2	0	1	0	9	N/A
MGE	20	1	3	1	2	11	2	0	0	0	6	N/A
FPE	99	8	17	8	3	55	1	12	8	4	19	23
CA	86	21	12	24	10	62	1	7	7	3	4	40
MSH	108	19	30	3	2	89	6	15	5	13	12	24
MC	96	17	17	2	1	74	9	9	3	8	13	20
MU	179	15	42	11	4	90	7	24	12	29	39	N/A
ALQP003	66	11	16	1	0	35	4	8	3	4	9	10
ALQP006	40	8	8	0	0	15	2	2	1	3	11	6
MCG	69	16	8	10	6	32	1	3	4	7	16	N/A
VL	107	29	17	6	5	61	3	6	2	11	13	34
Totaux	891	146	172	68	34	534	38	86	46	82	151	157

N/A : Non Applicable

Tableau V : Proportion (%) des causes de sous-cotation déclarées pour chacune des cotations étudiées.

Cotation étudiée	Nombre de participants ayant accès à la question	Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.	Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.	Le bénéfice financier ne paraît pas significatif.	Le bénéfice médical me paraît insuffisant.	Oubli de coder.	Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.	Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.	Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.	Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).	La gestion de la condition temporaire (éges définis par la CPAM, ou délai maximal d'utilisation, ou fréquence d'utilisation maximale 1/an) est trop compliquée.
MNO	21	4,8%	9,5%	9,5%	4,8%	47,6%	9,5%	0,0%	4,8%	0,0%	N/A
MGE	20	5,0%	15,0%	5,0%	10,0%	55,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	N/A
FPE	99	8,1%	17,2%	8,1%	3,0%	56,6%	1,0%	12,1%	8,1%	4,0%	23,2%
CA	86	24,4%	14,0%	27,9%	11,6%	72,1%	1,2%	8,1%	8,1%	3,5%	46,5%
MSH	108	17,6%	27,8%	2,8%	1,9%	82,4%	5,6%	13,9%	4,6%	12,0%	22,2%
MIC	96	17,7%	17,7%	2,1%	1,0%	77,1%	9,4%	9,4%	3,1%	8,3%	20,8%
MU	179	8,4%	23,5%	6,1%	2,2%	50,3%	3,9%	13,4%	6,7%	16,2%	N/A
ALQP003	66	16,7%	24,2%	1,5%	0,0%	53,0%	6,1%	12,1%	4,5%	6,1%	15,2%
ALQP006	40	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	37,5%	5,0%	5,0%	2,5%	7,5%	15,0%
MCG	69	23,2%	11,6%	14,5%	8,7%	46,4%	1,4%	4,3%	5,8%	10,1%	N/A
VL	107	27,1%	15,9%	5,6%	4,7%	57,0%	2,8%	5,6%	1,9%	10,3%	31,8%
Totaux	891	16,4%	19,3%	7,6%	3,8%	59,9%	4,3%	9,7%	5,2%	9,2%	26,1%

Code couleur de remplissage : ≥ 50% 30 - 49,9% 20 - 29,9% 10 - 19,9% 5 - 9,9% < 5%

Pour cette question, le calcul du % global a été fait uniquement sur le nombre de répondants concernés (n=602)

N/A : Non Applicable

TLA : Terminal Lecteur Applicatif

NB : Le % de réponses « autres » n'a pas été comptabilisé, car pour beaucoup il s'agissait plus d'une précision à une réponse cochée que d'une véritable autre réponse.

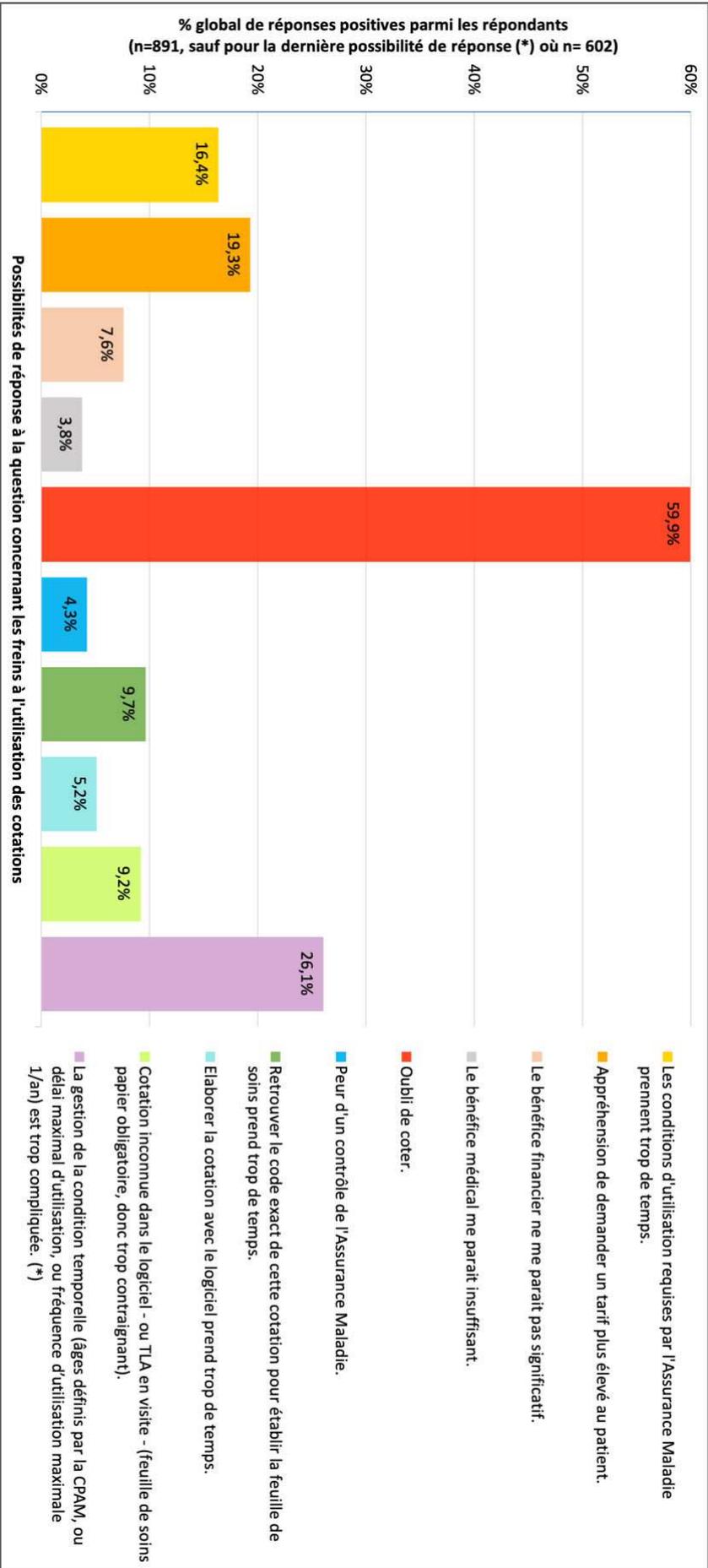


Figure 21 : Pour chacune des possibilités de réponse, fréquence globale de répondants concernés l'ayant considérée comme un frein à l'utilisation des cotations.

3.5. Troisième partie du questionnaire

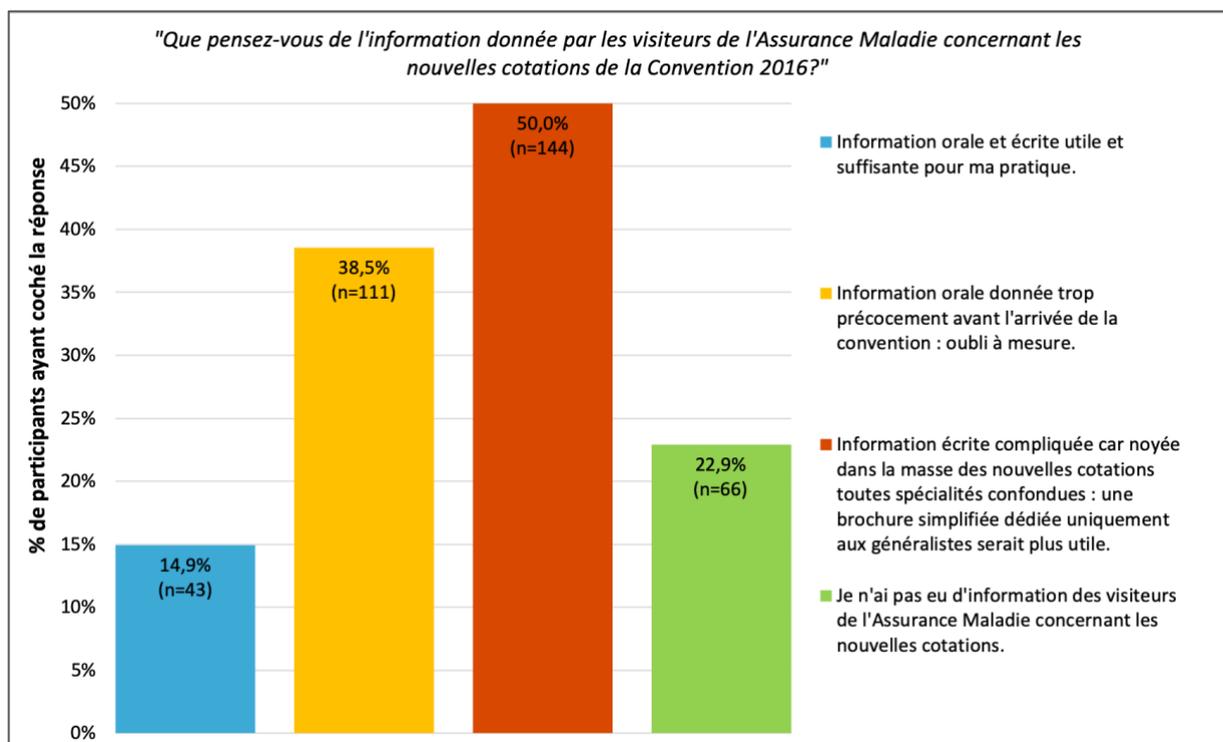
3.5.1. Avis sur l'information donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations de la convention 2016 (figure 22).

Les participants ont répondu majoritairement (items cochés respectivement 111 et 144 fois, soit par 38,5% et 50% des participants) que « l'information *orale* avait été donnée trop précocement avant l'arrivée de la nouvelle convention entraînant un oubli à mesure », et que « l'information *écrite* était compliquée, car noyée dans la masse des nouvelles cotations toutes spécialités confondues : une brochure simplifiée dédiée uniquement aux généralistes serait plus utile ».

43/288 participants (14,9%) ont considéré que « l'information orale et écrite leur avait été suffisante pour leur pratique ». 66 (22,9%) « n'ont pas eu d'information des visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations », mais parmi ceux-ci, 8 ont précisé « refuser de les recevoir ».

16 réponses « autres » ont été cochées. Il s'agissait dans la quasi-totalité des cas de précisions aux items précédents.

Figure 22 : Répartition des réponses à la question portant sur l'information donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations de la Convention 2016.

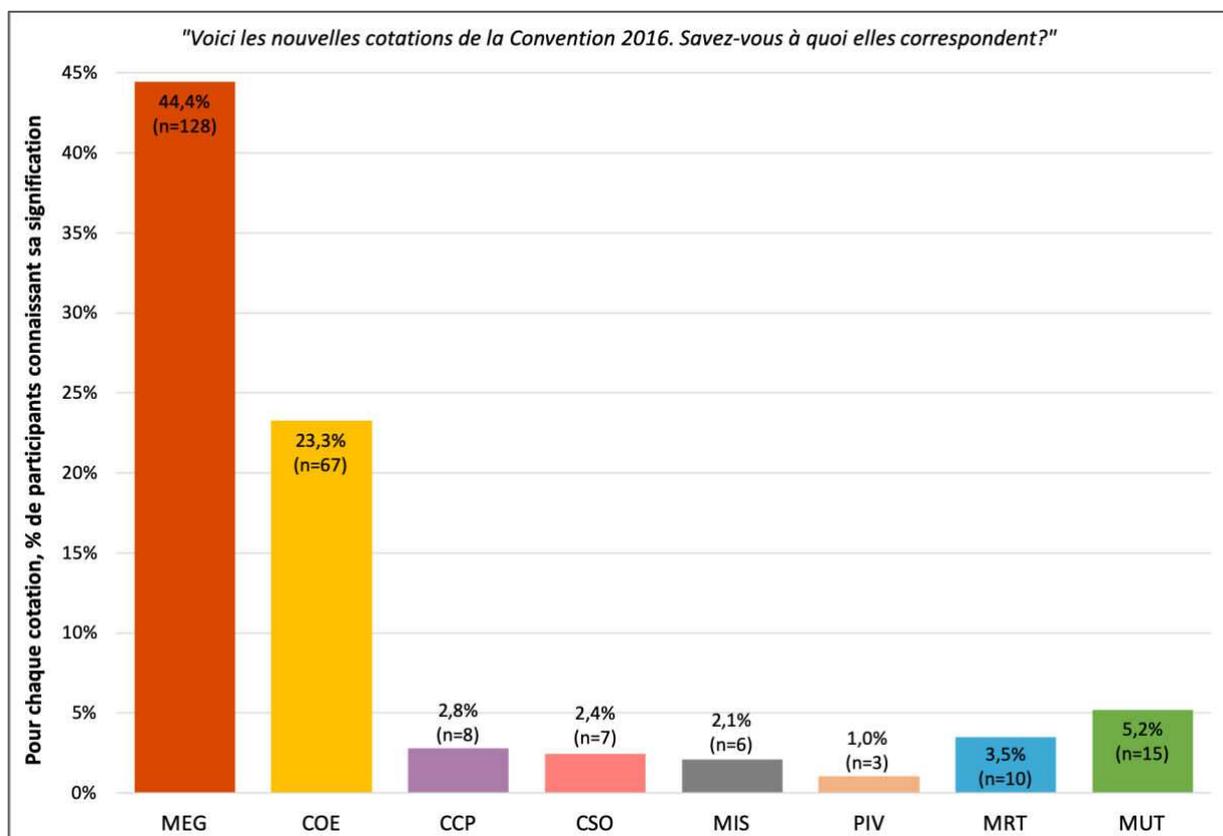


3.5.2. Connaissance des nouvelles cotations de la Convention 2016 (figure 23).

La cotation MEG (Majoration Enfant Généraliste, remplaçant les cotations MNO et MGE) était connue par 128 (44,4%) participants, COE (Consultation Obligatoire de l'Enfant, remplaçant FPE) par 67 (23,3%) des participants.

Pour toutes les autres cotations (CCP, CSO, MIS, PIV, MRT et MUT), seuls 3 à 15 (1% à 5,2%) des participants connaissaient leur signification.

Figure 23 : Répartition des réponses portant sur la connaissance des nouvelles cotations de la Convention 2016.



4. DISCUSSION

4.1. Synthèse des principaux résultats de l'étude

Notre étude, qui ne trouve pas son équivalent dans la littérature, a permis d'étudier la connaissance, puis l'utilisation des 11 cotations de la Convention 2011 applicables par tout médecin généraliste libéral. Sur l'échantillon analysable des 288 médecins généralistes bretons, le constat est assez accablant. Seules deux cotations étaient bien utilisées par les médecins : MNO et MGE.

Connaissance des cotations :

Hormis les cotations pédiatriques (MNO, MGE, et FPE), et la cotation de visite urgente (MU) qui étaient connues par 72,2% à 99% des médecins, les 7 autres cotations étaient largement méconnues (55,2% à 79,2% des participants ne connaissaient même pas leur signification). On peut d'ailleurs s'étonner que plus d'un quart des médecins qui connaissaient MNO et MGE, ne connaissaient même pas la cotation pour les consultations obligatoires de l'enfant (FPE).

En moyenne chaque participant ne connaissait que 6 cotations sur les 11 proposées. Seuls 11 participants (3,8%) les connaissaient toutes. Trois médecins n'en connaissaient aucune. Il n'existait pas de différence significative dans la répartition du nombre de cotations connues par participant selon leur sexe ou leur tranche d'âge.

Fréquence d'utilisation des cotations en situation cotable :

- En prenant uniquement en compte la (les) cotation(s) *connue(s)* par chaque médecin, MNO et MGE étaient les seules très bien utilisées : environ 98% des participants les connaissant déclaraient les utiliser fréquemment en situation cotable. FPE et ALQP003 étaient utilisées fréquemment pour 68,8% et 61,9% des participants les connaissant. Toutes les autres cotations - pourtant connues - étaient majoritairement utilisées « non fréquemment » en situation cotable (de 81,6% (pour VL) à 55% (pour MU) d'utilisation non fréquente alors que la consultation le permettait).

- En prenant également en compte les cotations non connues des participants (en les incluant dans la catégorie « utilisation non fréquente »), il ne restait plus que MNO et MGE qui étaient cotées majoritairement « fréquemment » en situation cotable (par 96,5% des participants). En revanche, FPE (qui faisait pourtant partie des cotations pédiatriques) n'était cotée « fréquemment » lorsque la situation le permettait, que par un médecin sur deux. MU n'était utilisée fréquemment en situation cotable que par 37,8% des participants totaux, et il s'agissait de la seule cotation (hormis MNO et MGE) dont la cause principale de sous-cotation déclarée n'était pas sa méconnaissance par les participants. Pour les 7

autres cotations, plus des trois quarts des participants (77,4% à 92,7%) cotaient chacune d'entre elles « non fréquemment ».

Catégories de scores évaluant le niveau de cotation :

Un score individuel évaluant le niveau de cotation de chaque participant (0 à 44) a été calculé. La médiane était représentée par un score de 16. Moins d'un quart des participants a obtenu un score supérieur à 22, qui était le score central possiblement obtenu (soit la moitié du score maximum de 44). Les médecins ont été regroupés en catégories d'effectifs à peu près équitables, représentant 4 niveaux de cotations, et délimitées par les quartiles : « 0 à 12 », « 13 à 16 », « 17 à 22 » et « 22 à 44 ».

Il existait une différence significative entre les catégories de scores selon le sexe, mais qui ne portait que sur les moins bons coteurs (entre les catégories « 0-12 » et « 13-16 »). Les proportions étaient inversées pour ces 2 catégories : 17,6% des femmes contre 33,6% des hommes avaient un score « 0 à 12 », et 33,8% des femmes contre 16,4% des hommes ont obtenu « 13 à 16 ». Pour les catégories de scores plus élevés « 17-22 » et « 23-44 », il n'existait pas de différence significative de répartition entre les sexes.

Il a été montré une différence significative également selon les tranches d'âge. Ainsi, les 60 ans et plus avaient, de façon significative, un moins bon niveau de cotation par rapport aux autres catégories d'âge. Chez les 60 ans et plus, moyenne (15,4) et médiane (13,5) étaient nettement plus basses que dans les trois tranches d'âge plus jeunes (moyennes entre 17,2 et 18,6, médianes entre 17 et 18). Presque un participant sur deux chez les « 60 ans et plus » a obtenu un score très faible (0-12), contre 13,4% des moins de 40 ans, et ¼ des 40 à 59 ans.

Après exclusion du seul participant du Finistère (effectif insuffisant), il a été trouvé une différence significative de répartition des catégories de scores selon le département d'exercice. Il semble que c'est en Ile-Et-Vilaine qu'il existait les meilleurs résultats. On y trouvait le plus fort taux de participants (57,5%, contre 44% environ pour les 2 autres départements) ayant un bon niveau de cotation (score ≥ 17). C'est également dans ce département que l'on trouvait le plus faible taux de participants ayant un très faible niveau de cotation (17,7% ont obtenu un score « 0 à 12 », contre environ 30% pour les 2 autres départements).

Les scores n'ont pas été testés sur les autres déterminants prévus initialement (internet au cabinet, logiciel médical, types de feuilles de soins, élaboration des feuilles de soins personnellement ou par la secrétaire), en raison d'effectifs quasi exclusifs en faveur de la présence d'outils informatiques au cabinet et de l'élaboration personnelle des feuilles de soins.

Causes de sous-cotation :

Pour toutes les cotations à l'exception de MNO, MGE et MU, la cause principale de sous-cotation était la *méconnaissance* même de celles-ci. Et, alors même que des cotations étaient connues des médecins, nous avons vu qu'elles étaient pour la plupart, très largement sous-utilisées.

Ainsi, lorsqu'une cotation était connue, la cause principale déclarée était tout simplement « *l'oubli de coter* » (au global, cela représentait 60% des réponses). Certains participants ont précisé dans les réponses au questionnaire en cochant la case « oubli », suivi d'une précision sur le type de patientèle ou de pratique qu'ils avaient. On peut effectivement supposer que la sous-utilisation de certaines cotations peut dépendre du type de patientèle : un médecin pratiquant peu la pédiatrie, ou peu de visites à domicile, risque forcément d'occulter de son répertoire les cotations en relation directe avec ces patients (MNO, MGE, FPE, VL, ALQP006...) par manque d'habitude. La rareté de l'acte (notamment MU), a été avancée comme cause par 63 participants. Si les participants ont bien compris la question portant sur la fréquence d'utilisation *en situation cotable*, cette réponse devait probablement sous-entendre que cela favorisait « l'oubli de coter ».

Le deuxième frein avancé à l'utilisation d'une cotation connue (pour 15% à 46,4% des réponses selon la cotation), était « *la difficulté de gestion de la contrainte temporelle* », lorsqu'il y en avait une. En effet, le fait de ne pouvoir utiliser VL ou CA par exemple qu'une fois par an nécessitait une organisation rigoureuse pour ne pas se voir refuser un remboursement par l'Assurance Maladie. Un médecin déclarait que « s'étant trompé en cotant deux fois le CA en une année, l'Assurance Maladie lui aurait annulé le remboursement intégral du CA », et donc « pour 3€ de plus, il préférerait coter « C » et s'assurer d'être rémunéré ». On peut comprendre que cela n'incite plus les médecins à effectuer certaines cotations.

La « *peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie* » n'était pas notée comme un frein majeur, mais plusieurs participants ont tout de même mis en cause les rejets de la Caisse dans la case « autre ». Par exemple, certaines cotations n'étaient remboursées que pour le médecin traitant (VL, MSH, MIC...), ce qui pouvait poser problème dans les cabinets de groupes, ou bien si les déclarations de médecin traitant n'avaient jamais été faites. De plus, dans ces cas, la Caisse annulait l'intégralité du remboursement, y compris la consultation hors majoration. On peut comprendre que certains médecins, après avoir essuyé des rejets, préféreraient être remboursés de 23€ plutôt que rien. Cela dit, la Convention 2011 précisait dans son article 12.3 que : « Lorsque le médecin traitant est indisponible, des modalités particulières s'appliquent, notamment (...) en matière d'exercice en groupe : conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tous les médecins de même spécialité exerçant au sein d'un même cabinet médical peuvent être considérés indifféremment comme médecin traitant pour la patientèle du cabinet » (19). La Convention 2016 précisait : « dès lors qu'ils se sont

enregistrés auprès de l'organisme d'assurance maladie comme exerçant dans ce cadre » (10). Cette clause peut permettre d'éviter ainsi les défauts de remboursement de certains actes en exercice de groupe, encore faut-il faire la démarche de le demander à la Caisse d'Assurance Maladie.

Deux répondants ont précisé avoir cessé de coter MCG après avoir essuyé des rejets de la part de la Caisse d'Assurance Maladie. Cela peut être expliqué par le fait qu'il faille cocher « hors résidence habituelle » sur la feuille de soins afin d'être remboursé correctement. De plus, lors de la mise en application de cette cotation pour les patients hors résidence avec retour d'information au médecin traitant, en 2011, plusieurs Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ont émis un rejet systématique suite à une circulaire de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (20) qui allait contre les textes législatifs parus au Journal Officiel (21). Il a fallu attendre 2016 pour que MCG soit officiellement reconnue par toutes les Caisses d'Assurance Maladie dans ce cadre (22) (23).

« *L'appréhension de demander un tarif plus élevé au patient* » était la troisième cause avancée par les participants concernés (19,3%). Trois participants ont précisé que « face aux chèques pré-remplis, ils n'osaient pas demander de le refaire ». Cela montre bien que les patients, et médecins, n'étaient pas coutumiers des modifications d'honoraires, du moins en dehors de tout geste technique. Dans bien des cas, le patient peut ne pas comprendre la différence entre une consultation « standard », et une consultation rentrant dans le cadre des cotations étudiées, étant donné qu'il n'y a pas de geste technique, et souvent pas de modification évidente pour lui lors de cette consultation.

La méconnaissance ou bien les difficultés d'interprétation de certaines *conditions de cotation*, associées souvent à la peur d'un rejet par la Caisse d'Assurance Maladie, semblaient être un frein pour plusieurs participants. Certains l'ont précisé dans les réponses « *autres* », notamment pour les cotations moins fréquentes ou plus restrictives (MSH, MIC, MU). Ainsi certains médecins se restreignaient d'eux-mêmes pour ces cotations : nous avons eu l'exemple de médecins n'utilisant pas MSH ou MIC avant 80 ans de peur de ne pas rentrer dans les conditions. 7 participants ont précisé ne pas utiliser MCG, « n'ayant pas de spécialité particulière ». Ils ne connaissaient donc de cette cotation que la composante de coordination entre deux médecins (patient adressé pour avis à un autre généraliste), et non la possibilité de coter lorsqu'un patient issu d'un autre département vient à les consulter. Un participant déclarait coter MNO à la place de FPE en « raison du même tarif », alors qu'en réalité, un cumul était possible C+MNO+FPE. Cela nous montre à quel point certaines conditions de cotation peuvent être méconnues, voire mal comprises.

Finalement, très peu de participants ont mis en cause les « *difficultés liées à l'élaboration de la feuille de soin dans le logiciel* », ou le « *bénéfice médical ou financier apporté* » par ces cotations. Cette dernière possibilité de réponse (« *bénéfice financier insuffisant* ») a d'ailleurs été cochée principalement

pour les cotations à faible majoration en dehors des cotations pédiatriques : CA (27,9% des participants concernés l'ont cochée) et MCG (14,5%), rémunérés 3€ de plus qu'une consultation standard. Pour les cotations pédiatriques (faibles majorations de MNO, MGE et FPE : 5 ou 3€), les médecins devaient déjà probablement remplir les conditions sans faire d'effort supplémentaire en pratique, et ils devaient probablement se rendre compte que le nombre fréquent de consultations pédiatriques en médecine générale devait faire augmenter leur rémunération globale de façon significative. Il faut noter que 4 participants ont précisé préférer utiliser le codage de la CCAM « dépistage visuel et auditif » lorsqu'ils avaient le matériel nécessaire, plutôt que FPE, pour une meilleure rémunération (cotations CDRP002+1/2 de BLQP010 rémunérées 61,17€).

Étaient un peu plus fréquemment mises en cause (1 participant concerné sur 10) les « *difficultés pour retrouver le code exact de la cotation* », ou bien le fait que celle-ci n'était « *pas toujours connue du logiciel ou TLA et donc nécessitait d'élaborer une FSP* ». Cela montre à quel point la multiplicité des cotations rend celles-ci difficiles à retenir pour beaucoup de médecins, qui peuvent renoncer et cesser de les coter par manque de temps, d'habitude, et puis par la suite par oubli.

Nouvelles cotations de la Convention 2016 :

Seuls 14,9% des médecins se disaient satisfaits de l'information orale et écrite fournie par les visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations. L'information *orale* a ainsi été donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie plusieurs mois, voire 1 an avant l'application même de ces cotations. L'information *écrite* était une brochure fournie à tous les médecins libéraux (généralistes ou spécialistes) par l'Assurance Maladie (24). Ainsi, l'information spécifique à chaque spécialité était noyée dans la masse de toutes les nouvelles cotations.

Alors même que plus des $\frac{3}{4}$ des participants avaient reçu les visiteurs de l'Assurance Maladie, les résultats montraient que les nouvelles cotations applicables par tous avaient été très mal retenues. En effet, moins de la moitié des participants connaissait MEG, et moins d'un quart connaissait COE, alors même que celles-ci commençaient à s'appliquer quelques semaines après le lancement de notre questionnaire. Pour chacune des autres cotations, seuls 3 à 15 participants sur 288 connaissaient leur signification (moins de 5,2%).

Une brochure spécifique aux médecins généralistes aurait pu les aider à comprendre plus clairement quelles cotations leur étaient accessibles, et quelles en étaient les conditions d'utilisation. Former les médecins après que chaque nouvelle Convention est mise en application pourrait également favoriser son utilisation, en leur permettant de mettre immédiatement en pratique l'information reçue.

4.2. Forces et limites de l'étude

4.2.1. Puissance de l'étude

Si l'on retire le département du Finistère, pour lequel les médecins n'ont pas reçu le questionnaire, on obtenait un taux de participation spontané de 21% (sur le nombre de médecins ayant reçu le questionnaire). Sur le nombre global de médecins généralistes libéraux et mixtes de ces trois départements, le taux était de 14,1%. Ce sont des taux plus élevés que les taux attendus initialement, sans même avoir besoin d'effectuer de relance. Ceci s'explique probablement par l'intérêt des médecins généralistes pour ces cotations, qui plus est, étaient tout à fait d'actualité au moment de l'enquête. En début de questionnaire, il leur était précisé qu'ils pourraient télécharger un tableau récapitulatif des cotations actuelles et à venir, ce qui les a probablement également incités à répondre au questionnaire.

4.2.2. Représentativité de l'échantillon et biais de sélection

Notre échantillon était représentatif de la population sur le sexe, pour les 3 départements (après exclusion du Finistère). Mais on peut évoquer plusieurs biais de sélection :

- Le non-envoi de notre questionnaire à temps aux médecins du Finistère par le CDOM, a entraîné de fait, un gros biais de sélection quant à la population bretonne globale, avec la non-représentativité totale de ce département. Notre étude ne peut donc pas être extrapolée à la Bretagne entière.

- Les départements du Morbihan et Ille-Et-Vilaine n'ont pu être testés sur l'âge en raison d'une erreur d'effectifs envoyés par le CNOM. Nous ne pouvions donc pas conclure sur leur représentativité par tranches d'âge.

- Pour le département des Côtes d'Armor, il existait une différence significative dans la comparaison des tranches d'âge avec la population source. Notre échantillon semblait effectivement plus jeune. Peut-être ceux-ci étaient-ils plus intéressés par la question ? Ou bien les plus jeunes ne sont pas encore lassés par les demandes de questionnaires de thèse ? Ou bien était-ce lié à notre méthodologie ? Effectivement, les médecins ont été contactés par courriel : est-ce que proportionnellement, les médecins les plus âgés auraient moins d'adresses mail, et certains auraient donc échappé à l'envoi du questionnaire ?

- La quasi-totalité des participants a répondu bénéficier d'outils informatiques au cabinet (logiciel médical, internet, système de production de FSE). Le questionnaire ayant été envoyé de façon électronique, cela a pu entraîner un biais de sélection. Dans ce biais lié à la méthodologie, on peut se poser la question de l'influence de la présence d'une adresse mail sur l'accès aux cotations via internet/logiciel, et la pratique des FSE plutôt que FSP. Quoiqu'il en soit, on pourrait s'attendre à ce que cela soit un facteur influençant positivement l'utilisation des cotations. Mais il n'en est rien d'après les résultats de cette étude qui montrent le niveau médiocre d'utilisation des 11 cotations étudiées. Ainsi, il n'est pas sûr qu'avec une méthodologie différente, les résultats aient été meilleurs. Intuitivement, on se dit que cela aurait même pu aggraver les résultats. De plus, avec la politique actuelle, les médecins généralistes sont de plus en plus incités par l'Assurance Maladie à investir dans l'informatique. Ainsi, peu de médecins généralistes sont encore réfractaires aux FSE et à l'informatisation de leur cabinet. Aussi, du fait de ces fréquences très élevées, il n'a pas été possible de réaliser de test afin d'établir si les paramètres informatiques influaient sur le niveau de cotation, certains effectifs étant bien trop petits pour être représentatifs.

4.2.3. Biais de classement

- La précision d'un participant sur une cause de sous-cotation a permis de mettre en évidence un biais de classement. Effectivement celui-ci avait visiblement confondu « ALQP003 » avec « DEQP003 » (qui est la cotation CCAM pour la réalisation d'un électrocardiogramme sur 12 dérivations). Les titres détaillés des 11 cotations étudiées n'avaient volontairement pas été donnés dans le questionnaire, afin de ne pas créer de faux positifs avec de fausses bonnes reconnaissances (notamment pour la question « savez-vous à quoi correspondent les cotations suivantes ? »). Néanmoins, afin d'éviter ce biais de classement, il aurait peut-être fallu rappeler les noms détaillés dans la question portant sur la « fréquence d'utilisation », afin d'éliminer les erreurs de reconnaissance pour la suite du questionnaire. Encore une fois, comme la plupart des autres cotations, ALQP003 reste une cotation très largement sous-utilisée, de par sa méconnaissance même par les médecins. Donc, même dans l'éventualité de plusieurs fausses reconnaissances, cela n'a visiblement pas entraîné de différence majeure sur son utilisation.

- Certains participants ont possiblement mal compris la question portant sur la fréquence d'utilisation des cotations « en situation cotable ». En effet, pour avoir accès à la question des causes de sous-cotation, les participants avaient coché ne pas utiliser « tout à fait fréquemment » la cotation « en situation cotable ». Et 63 réponses libres précisaient comme cause de sous-utilisation « *la rareté de l'acte* ». La rareté d'un acte peut être avancée comme cause de sous-utilisation *globale* d'une cotation, mais ne peut pas être considérée comme une cause de sous-utilisation *en situation cotable*. La question

qui se pose est : la réponse concernant la fréquence d'utilisation des cotations était-elle valable pour eux en situation cotable, ou bien en règle générale du fait de sa rareté ? La question était pourtant claire.

- La nouvelle cotation, MEG a été mise en application le 01/05/2017, de même que le premier temps de la cotation COE (majoration progressive du tarif en 2 temps). Or, notre questionnaire était ouvert du 19/04/17 au 02/07/17. Ces deux cotations ont donc été rendues applicables quelques semaines après lancement de notre questionnaire, et avant même sa clôture. Il s'agissait des nouvelles 2 cotations les mieux connues. On peut se poser la question de savoir si les participants ayant répondu après sa mise en application n'étaient pas mieux informés sur celles-ci, entraînant un biais de classement (à la dernière question posée). Mais la quasi-totalité des réponses au questionnaire ont été reçues dans les 7 à 10 jours après son lancement, soit avant la mise en application de ces nouvelles cotations. De plus, il s'agissait de cotations pédiatriques, et notre étude a permis de montrer que les cotations pédiatriques étaient déjà les cotations les plus connues des médecins, et les mieux utilisées. Donc probablement que les médecins avaient retenu les seules cotations qu'ils utilisaient très bien. Et s'agissant plus d'une question d'ouverture sur les nouveautés, les objectifs principaux et secondaires n'en ont pas été touchés.

4.3. Confrontation aux données de la littérature

Les seules études (thèses) trouvées dans la littérature au sujet des cotations en France sont récentes, ce qui met en évidence la problématique très actuelle de leur utilisation.

Lors de la revue de la littérature initiale, en 2016, nous n'avions trouvé qu'une seule thèse portant sur ce sujet. Mais celle-ci traitait, contrairement à la présente thèse, des cotations impliquant un geste technique (17). Trois thèses de médecine générale portant sur l'utilisation de certaines cotations ont été réalisées depuis (25) (26) (27). Les freins principaux mis en évidence étaient la complexité du système, ou le manque de connaissance et de formation. Elles rejoignent en partie les résultats de notre étude, sans montrer toutefois un si haut niveau de méconnaissance des cotations. Cependant, les quatre autres études incluaient soit les cotations en général sans précision, soit certaines cotations parmi les plus connues des généralistes (électrocardiogramme, frottis, suture, cotations pédiatriques...). Ces thèses incluaient donc des cotations nécessitant du matériel ou l'apprentissage d'un geste technique. Une thèse de 2014 s'intéressait à la cotation VL. Les résultats montraient également que les médecins généralistes ne l'utilisaient que très peu (28).

Nous n'avons trouvé aucune thèse ni étude ayant étudié toutes les cotations accessibles à tout généraliste, c'est à dire sans formation ni matériel spécifique. C'est ce qui fait la force de notre étude : le choix de sélectionner toutes les cotations applicables par tous, permet une analyse exhaustive et

généralisable. Il n'existe ainsi pas de biais lié à la volonté de rentabiliser l'achat d'un matériel, ni biais de sélection des cotations les plus connues. Si nous avons choisi uniquement certaines cotations, sans être exhaustifs, nous aurions eu des résultats tronqués et erronés. Par exemple, en ne sélectionnant que les cotations pédiatriques, nous aurions pu conclure que les médecins généralistes utilisaient bien les cotations. Ce qui, remis dans son ensemble (ainsi que nous l'avons fait), se serait révélé complètement faux. Ainsi la cause principale que nous avons mise en évidence était de loin la méconnaissance de ces cotations, que seule notre étude permet de souligner à un taux aussi élevé.

Quoiqu'il en soit, nos résultats concordent avec les travaux réalisés pour dire que le système est défaillant, trop complexe pour les médecins, et que des solutions doivent être apportées par l'Assurance Maladie en collaboration avec les instances représentatives des médecins.

4.4. Signification de l'étude

Les Conventions médicales sont réétudiées tous les 5 ans environ, et chaque nouvelle Convention est le siège de nombreux avenants. Les médecins généralistes ont du mal à suivre l'évolution des cotations étudiées, qui sont pourtant utilisables par tous. Les changements vont trop vite, et les cotations se complexifient à mesure. Certaines ont été revalorisées par la Convention 2016, avec un changement de sigle : COE à la place de FPE, et MEG à la place de MNO et MGE. La revalorisation financière est appréciée des médecins, mais nécessite de se réapproprier de nouvelles cotations. La VL a été modifiée avec possibilité de la coter trois fois par an au lieu d'une. Mais elle était déjà majoritairement sous-utilisée auparavant - méconnue même -, donc ne bénéficiera probablement qu'au peu de médecins qui l'utilisaient fréquemment. La plupart des autres nouvelles cotations risque fort de tomber dans l'oubli également, en l'absence de modification dans la stratégie d'information employée par l'Assurance Maladie.

L'enquête qui sert de base à la présente thèse ne reflète pas la connaissance actuelle des praticiens sur les cotations puisqu'elle a été effectuée au cours des mois d'avril à juillet 2017, soit concomitamment à la mise en application de la Convention médicale 2016. Étant données les constantes évolutions des cotations, il est impossible de réaliser une étude portant sur les cotations qui soit valable dans ses détails plus de 5 ans. Elle révèle néanmoins les lacunes dans la connaissance des cotations accessibles à tout généraliste, à ce moment crucial de transition et d'information. Elle démontre les insuffisances de formation et d'information des médecins généralistes à l'utilisation des cotations, qu'elles soient anciennes ou nouvelles.

Les logiciels médicaux ne sont souvent pas suffisamment complexes pour bloquer des cotations non cumulables entre elles. Ou encore ceux-ci peuvent ne pas être à jour, empêchant parfois l'utilisation même de nouvelles cotations. Quant aux Caisses d'Assurance Maladie, elles semblent jouer davantage un rôle de réclamation plutôt que d'apprentissage auprès des médecins concernant les cotations. Celles-ci peuvent réclamer aux médecins un remboursement lié à une erreur de cotation jusqu'à 3 ans en arrière. Des médecins, excédés, ont déclaré dans notre étude, mettre de côté certaines cotations pour lesquelles ils se sont fait réprimander ou réclamer des indus, sans même en comprendre la raison.

La mise en application des nouvelles cotations risque d'être compliquée, tant du côté médecin, mais probablement aussi du côté patient. Ces derniers, habitués à un tarif de consultation fixe depuis l'apparition du conventionnement secteur 1, peuvent parfois avoir du mal à accepter de rémunérer plus un médecin en l'absence de geste technique physique. Effectivement, lorsqu'il s'agit d'un acte non palpable, il peut être plus difficile de demander une majoration tarifaire, que lorsqu'un médecin réalise un acte physique (frottis, électrocardiogramme, suture, infiltration...). Dans le cas d'un acte physique, le patient peut comprendre plus aisément la notion de majoration (utilisation du matériel, temps pris pour réaliser un geste...). Chez des médecins peu habitués à pratiquer les cotations étudiées, lorsqu'on demande à leurs patients pour la première fois une majoration tarifaire, les réactions peuvent être l'étonnement, voire parfois l'incompréhension ou l'énervement. Chez les médecins habitués à bien utiliser ces cotations, les patients sont coutumiers des différents tarifs, il est souvent ainsi plus facile de leur demander un tarif plus élevé. Certains médecins affichent ces cotations en salle d'attente, ce qui permet d'éduquer les patients à ces actes non physiques. Quoiqu'il en soit, bien souvent les patients comprennent la tarification dès lors qu'on leur explique que l'Assurance Maladie rémunère les médecins pour certains actes qui prennent plus de temps, ou avec un intérêt de Santé Publique, ou dans un but d'uniformisation du suivi, et qu'eux-mêmes seront remboursés par la suite. Mais encore une fois, ces explications prennent du temps sur la consultation, et les médecins ne devraient pas avoir à se justifier auprès de leurs patients pour leurs tarifs.

Des études comme la nôtre peuvent permettre aux médecins généralistes et aux instances administratives de se rendre compte à quel point bien coter devient difficile, et nécessite d'adopter une gymnastique intellectuelle et organisationnelle. Une fois cette gymnastique rendue routinière par un médecin, elle permet de s'approprier bon nombre de cotations et d'y penser plus régulièrement. Proposer un panneau en salle d'attente avec les tarifs de ces cotations peut être facile à réaliser. Celui-ci permettrait déjà de limiter l'appréhension de demander une majoration tarifaire au patient. Il pourrait permettre également de valoriser le travail du médecin généraliste en exposant aux patients les conditions des différentes majorations proposées (et remboursées) par l'Assurance Maladie. Cela permettrait aux patients de comprendre qu'il n'existe pas qu'un tarif unique lors d'une consultation chez le médecin généraliste. Et cela pourrait aider le généraliste à ne pas oublier d'appliquer ces différents

tarifs, en ayant une synthèse sous les yeux. Mais encore faut-il avoir la volonté de repartir presque de zéro, 5 ans après, à l'occasion d'une nouvelle Convention Médicale... C'est là tout l'intérêt de formations récurrentes qui pourraient être organisées par l'Assurance Maladie.

4.5. Perspectives

Les résultats des différentes thèses sur le sujet concordent pour dire que le système de cotation est trop complexe pour les médecins généralistes. Quelles solutions pourraient être envisagées ?

Une intégration de certaines cotations par exemple dans les forfaits annuels pourrait être envisagée (pas de rejet de l'Assurance Maladie, pas d'oubli...). Ce serait plus simple et plus valorisant pour le médecin, avec amélioration de ses revenus, et cela permettrait un gain de temps pour tous. Les médecins croulent déjà sous un amas administratif ; en cette période de pénurie médicale, une simplification du système leur libérerait du temps clinique. Le gouvernement actuel souhaite favoriser les forfaits. Mais ce mode de rémunération ne paraît pas souhaitable à lui seul, comme nous l'avons évoqué en introduction. Néanmoins, cela pourrait être envisagé pour certaines cotations. En effet, autant certaines cotations étudiées incitent à utiliser des outils (carnet de santé, échelles de dépression ou cognition...), ou bien à prendre le temps de discuter avec l'aidant ou le patient (MSH, VL...), autant d'autres cotations peuvent paraître ineptes. Ainsi, notamment parmi les cotations apparues sous la Convention 2016, certaines valorisent désormais des actes qu'un médecin généraliste est sensé réaliser naturellement dans sa pratique (par exemple pour la consultation de 1^{ère} contraception (CCP), l'annonce d'une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) (cotation PIV : Prise en charge Infection VIH), ou l'annonce d'un cancer (cotation MIS : Majoration Information et Stratégie thérapeutique)). Le temps passé ou les outils utilisés, sont a priori, les mêmes qu'avant l'existence de ces cotations. Et on ne peut pas redouter de pré-sélection de patientèle de cas les « plus simples » par le médecin, car il s'agit ainsi d'un évènement intercurrent dans la vie de ses patients. De plus, pour ces consultations (CSO, PIV, MIS), il ne paraît pas aisé de demander un tarif supérieur au patient, alors que bien souvent il s'agit d'une consultation d'annonce déjà difficile pour le patient... et le médecin. Certains médecins mettent ainsi la FS en attente, et se font régler une fois l'ALD acceptée. Pour ces consultations, il pourrait être judicieux qu'une majoration tarifaire soit déclenchée automatiquement par la demande d'ALD du patient pour une pathologie donnée (cancer, pathologie neurodégénérative, VIH...), de façon à remplacer les cotations MIS ou PIV notamment.

Aussi, l'Assurance Maladie a déjà mis en place une majoration automatique pour toute consultation de patients âgés de plus de 80 ans (Majoration Personne Âgée - MPA). Alors pourquoi ne

pas mettre en place l'équivalent chez l'enfant ? Étant donné les très forts taux d'utilisation des cotations MNO et MGE, les rendre automatiques ne changerait en rien la pratique des médecins, et simplifierait le système.

La rémunération des médecins évolue vers un mode de rémunération mixte, avec multiplication des forfaits pour les médecins traitants notamment. Mais la rémunération à l'acte foisonne également, et en l'absence d'application assidue par les médecins, leur revenu restera quasiment inchangé. Pour certaines cotations étudiées dans cette thèse, une rémunération automatique par l'Assurance Maladie pourrait permettre un lissage des majorations forfaitaires sur les médecins généralistes, étant données les grandes disparités et médiocrité dans leur utilisation.

Une multiplication des tarifications au forfait pourrait permettre de simplifier la gestion des cotations. Mais une rémunération forfaitaire seule entraînerait un indéfectible lien entre les médecins et l'Assurance Maladie, avec des contraintes de résultats et de moyens que l'on pourrait supposer comme rigides. Cela entraînerait une perte d'autonomie des médecins libéraux, voire une entrée dans la salarisation des médecins par l'Assurance Maladie. Ainsi, il paraît nécessaire de simplifier le nombre de cotations sans entraver l'autonomie des médecins généralistes vis-à-vis de l'Assurance Maladie. Il existe ainsi d'autres moyens, simples et peu coûteux, qui pourraient permettre de rehausser le niveau de cotation des médecins généralistes. Ainsi, des séances récurrentes de formation par l'Assurance Maladie quant à l'utilisation de ces cotations paraissent primordiales. « Récurrentes », d'une part, afin d'asseoir les acquis, mais également pour permettre aux médecins de suivre les évolutions au fil des Conventions médicales. De plus, un support papier synthétique, listant uniquement les cotations applicables par les médecins généralistes, et ne nécessitant aucun geste technique pourrait facilement être diffusé. L'information écrite « synthétique » portant sur la Convention 2016 apportée par l'Assurance Maladie (24) comporte 68 pages. On peut comprendre que ce document peut paraître indigeste et illisible pour les médecins généralistes.

La majoration franche du tarif de consultation (G) en supprimant la plupart des cotations ne nécessitant pas de formation supplémentaire pourrait être une solution, envisagée d'ailleurs par les syndicats médicaux. Mais le risque est de voir diminuer l'offre de soins. Cette solution ne semble pas obtenir la faveur des politiciens.

5. CONCLUSION

La Convention 2016 prétendait offrir aux médecins libéraux une meilleure rémunération pour les consultations complexes ou longues, en y ajoutant 6 nouvelles cotations, et en remplaçant les 3 cotations pédiatriques par 2 nouvelles. L'intérêt de ces cotations est de promouvoir la Santé Publique. Mais cette étude montre que les 11 cotations existantes, accessibles à tout médecin généraliste, ont déjà beaucoup de mal à se faire une place auprès des médecins généralistes conventionnés bretons. Effectivement, nous avons montré que 9 des 11 cotations étudiées étaient majoritairement sous-utilisées en situation cotable (seules MNO et MGE étaient utilisées fréquemment par plus de 50% des participants). Les scores obtenus, évaluant le niveau de cotation des médecins, étaient très médiocres. La cause principale à la sous-utilisation des cotations est leur méconnaissance même par les médecins. Et le peu de cotations connues des médecins est largement sous-utilisé en raison de nombreux freins. Il paraît nécessaire d'organiser des formations à leur utilisation auprès des médecins généralistes, et/ou de simplifier le système de rémunération.

Nous pourrions conclure cette étude en reprenant les termes de certains médecins généralistes dans les réponses libres de notre questionnaire : « *Il y a, avec la nouvelle convention, trop de cotations* », et certains considéraient déjà à l'avance « *la plupart comme inapplicables* ».

BIBLIOGRAPHIE

1. L'Assurance Maladie. Classification Commune des Actes Médicaux [Internet]. ameli.fr. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>
2. Assurance Maladie. La nomenclature générale des actes professionnels - NGAP [Internet]. ameli.fr. 2019 [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/ngap>
3. Ministère des affaires sociales et de la santé. 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. JORF, NOR AFSS1629881A oct 20, 2016.
4. Bilan financier de la CCAM. France; 2009 juin p. 4.
5. Ministère des affaires sociales et de la santé. 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. JORF. Sect. Article 28, NOR AFSS1629881A oct 20, 2016.
6. Albouy V, DEPRES M. Mode de rémunération des médecins. Ministère de l'Économie, de l'Industrie et de l'Emploi, DGTPE, Bouyoux P, éditeurs. Trésor-Éco. sept 2008;(n°42):8.
7. Grignon M, Paris V, Polton D. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins. Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
8. Ministère des affaires sociales et de la santé. 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. JORF. Sect. 2.1, NOR AFSS1629881A oct 20, 2016.
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Parcours de santé, de soins et de vie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
10. Ministère des affaires sociales et de la santé. 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. JORF. Sect. Article 15, NOR AFSS1629881A oct 20, 2016.
11. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés Sur Léconomie. 24 avr 2009;(5):144-58.
12. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé - édition 2016. DREES Pour Gd Conférence Santé Paris. 2016;fiche 07-les revenus des médecins libéraux:160.
13. Bénéfices non commerciaux 2017 des médecins libéraux [Internet]. carmf.fr. 2019 [cité 20 août 2019]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2019/bnc2017.htm>
14. Pla A. Médecins libéraux : une hausse modérée de leurs revenus entre 2011 et 2014. DREES. sept 2017;(1022).
15. Pla A, Mikol F. Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Insee Réf - Édition 2015. févr 2015;18.
16. Guichard G, Lagoutte C. Marisol Touraine: «S'il faut préciser et améliorer la loi, je le ferai». Le Figaro. 18 nov 2014;
17. Noël C, Brun J-F. Pratique et cotation des gestes techniques effectués au cabinet par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine : étude observationnelle, descriptive, transversale, sur un échantillon de 166 médecins généralistes. Rennes 1; 2016.
18. Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Bretagne - situation en 2015. Cons Natl Ordre Médecins. nov 2015;Atlas 2015 de la région Bretagne:69.
19. UNCAM. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011. Sect. 12.3 juill 26, 2011 p. 90.
20. DDGOS. Circulaire. CIR-19-2011. Sect. II.2.a oct 26, 2011 p. 31.
21. Talbot R. La CNAMTS réécrit discrètement la Convention à sa sauce... [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2016 [cité 10 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/la-cnamts->

reecrit-discretement-la-convention-a-sa-sauce.html

22. Talbot R. N'hésitez plus à coter la MCG [Internet]. Fédération des Médecins de France. 2016 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/n-hesitez-plus-a-coter-la-mcg.html>
23. DDGOS. Circulaire. CIR-24-2016. Sect. 3.2.1 nov 28, 2016 p. 28.
24. L'Assurance Maladie. La Convention Nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie - Synthèse [Internet]. convention2016.ameli.fr. 2016 [cité 1 avr 2017]. Disponible sur: http://convention2016.ameli.fr/wp-content/uploads/2016/11/Assurance-Maladie_Synthese_Convention_2016.pdf
25. Poissonnet C. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire. - PDF. Nantes; 2017.
26. Peltier J. Les freins à l'utilisation de la classification commune des actes médicaux par les médecins généralistes: étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
27. Watrin B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la Classification Commune des Actes Médicaux. 2017.
28. Villerbu C, Durel G. Intégration de la visite longue et complexe dans la stratégie de prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer par les médecins généralistes d'Ille et Vilaine. Rennes 1; 2014.
29. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine [Internet]. ameli.fr. 2015 [cité 19 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>
30. UNCAM. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011. juill 26, 2011 p. 90.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection Longue Durée

BNC : Bénéfices Non Commerciaux

C : Consultation au cabinet du médecin généraliste jusqu'au 30/04/2017.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

FSE : Feuille de Soins électronique

FSP : Feuille de Soins Papier

G : Consultation au cabinet du médecin généraliste à partir du 01/05/2017.

MD : Majoration de Déplacement lors des visites à domicile

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

TLA : Terminal Lecteur Applicatif

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

V : Visite au domicile du patient par le médecin généraliste jusqu'au 30/04/2017.

VG : Visite au domicile du patient par le médecin généraliste à partir du 01/05/2017.

ANNEXES

Annexe 1 : Conditions d'utilisation et tarifs des 11 cotations étudiées sous la Convention 2011 (29) (modalités tirées de la NGAP (30) et CCAM (1)).

- ACTES DE LA CCAM (NON CUMULABLES AVEC C OU V) :

ALQP003 (test d'évaluation d'une dépression, créé en 2005) : 69,12€. Nécessité de réaliser et inscrire dans le dossier, une échelle psychiatrique parmi MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI.

ALQP006 (test d'évaluation d'un déficit cognitif, créé en 2005) : 69,12€. Nécessité de réaliser et inscrire dans le dossier, l'un des tests listés dans la CCAM (selon le type de pathologie : Alzheimer, syndrome frontal, trouble de la mémoire, trouble du langage, négligence visuospatiale, agnosie visuelle...)

- ACTES DE LA NGAP :

(Pour rappel, la consultation (C) et visite (V) étaient de 23€ sous la Convention 2011).

MNO (Majoration Nourrisson, créée en 2005) : 5€ cumulable avec C : 28€ (ou avec V+MD (Majoration Déplacement) : 38€). Applicable pour les consultations (ou visites) chez les enfants de 0 à 24 mois inclus avec examen complet et mise à jour du carnet de santé.

MGE (Majoration Généraliste Enfant, créée en 2006) : 3€ cumulable avec C : 26€ (ou avec V+MD : 36€). Applicable pour les enfants entre le 2ème et le 6ème anniversaire, avec examen complet et mise à jour du carnet de santé.

FPE (Forfait Pédiatrique Enfant, accessible aux généralistes en 2003) : 5€, cumulable avec C+MNO : 33€ (ou avec V+MD+MNO : 43€). Elle est utilisable pour les consultations des 3 examens obligatoires de l'enfant (8ème jour, 9 mois et 2 ans). Elle ne peut être utilisée qu'à des périodes précises : dans les huit jours suivant sa naissance, au cours du 9ème ou 10ème mois, et au cours du 24ème au 25ème mois. Ces consultations nécessitent de réaliser un examen complet de l'enfant, de remplir son carnet de santé, et de rédiger un certificat adressé au médecin de PMI (Protection maternelle et infantile) sous pli confidentiel dans les 8 jours.

MSH (Majoration de Sortie d'Hospitalisation, créée en 2013) : 23€, cumulable avec C : 46€ (ou avec V+MD : 56€). Réservée au médecin traitant. Elle est utilisable par le médecin traitant dans les 30 jours suivant une hospitalisation avec notion de sévérité (patients avec comorbidités) en court séjour

ou psychiatrie, pour une chirurgie ou une pathologie chronique grave. *« Cette consultation, longue et complexe, concerne les patients polypathologiques, présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché (...) et la coordination avec au moins un intervenant paramédical (...). Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation : il évalue l'état médical du patient et son autonomie (...), sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans (...), il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement (...) ».*

MIC (Majoration Insuffisant Cardiaque, créée en 2013) : 23€, cumulable avec C : 46€ (ou avec V+MD : 56€). Réservée au médecin traitant. *« (...) La consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet, réalisée par le médecin traitant, en présence des aidants (...), concerne les patients insuffisants cardiaques polypathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés (...) pour un épisode de décompensation (...). A réaliser avant la fin du 2ème mois suivant la sortie d'hospitalisation, le médecin traitant : évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, des signes d'alarme et de son traitement, réévalue (...) l'efficacité ainsi que la tolérance du traitement, met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue (...) permettant d'éviter une réhospitalisation en urgence (...) ».* Elle n'est pas cumulable avec MSH.

MCG (Majoration de Coordination Généraliste, créée en 2011) : 3€ cumulable avec C : 26€ (ou avec V+MD : 36€). Elle s'applique lors d'une coordination entre généralistes. Elle est utilisable pour un patient adressé par son médecin traitant, avec retour d'information à ce dernier (notifié dans le dossier). Elle est donc valable également lorsque le patient consulte hors résidence habituelle (avec information du médecin traitant). Il est nécessaire que le patient ait déclaré un médecin traitant.

MU (Majoration d'Urgence, créée en 1998) : 22,60€ cumulable avec V seule : 45,60€. Applicable lorsqu'un médecin généraliste est amené à réaliser une visite urgente nécessitant de quitter immédiatement son cabinet et d'interrompre ses consultations.

CA (Consultation Approfondie annuelle, créée en 2002) : 26€ non cumulable. Il s'agit d'une consultation au cabinet, permettant au médecin généraliste de réaliser un bilan approfondi une fois par an chez un patient en ALD exonérée. *« Elle fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination de ses soins, (...) et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique (...). Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis ».*

VL (Visite Longue, créée en 2011) : 46€, cumulable avec MD seule : 56€. Réservée au médecin traitant. Elle ne peut être facturée qu'une fois par an sauf en cas d'aggravation. *« Visite très complexe réalisée par le médecin traitant au domicile du patient en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée particulièrement (...) maladie*

d'Alzheimer et maladie de Parkinson. (...) Le médecin traitant réalise une évaluation de l'état du patient (...), de la situation sociale. Il repère chez les aidants d'éventuels signes d'épuisement (...). Il informe le patient et les aidants sur les coordinations possibles avec d'autres intervenants (...), les structures d'accueil (...), la possibilité de protection juridique. Il doit inscrire ses conclusions dans le dossier médical du patient ».

Annexe 2 : Conditions d'utilisation, dates d'application et tarifs des 8 nouvelles cotations de cette étude, apparues sous la Convention 2016 (modalités tirées de la NGAP (2)).

(Pour rappel, le tarif d'une consultation (G) et visite (VG) est passé à 25€ sous la Convention 2016).

MEG (Majoration Enfant Généraliste) : 5€, cumulable avec G : 30€ (ou avec VG+MD : 40€). Applicable pour les consultations de l'enfant de 0 à 6 ans, remplace MNO et MGE (supprimés), sous mêmes conditions. Applicable à partir du 01/05/17.

COE (Consultation Obligatoire de l'Enfant) : 46€ (non cumulable avec G ni VG ni MEG. Cumulable avec MD seule en visite). Remplace C+MNO+FPE sous mêmes conditions. Applicable sous ce tarif définitif à partir du 01/11/17 (mais utilisable dès le 01/05/2017 au tarif temporaire de 39€).

CCP (Consultation Contraception et Prévention) : 46€ (non cumulable avec G ni VG, cumulable avec MD seule en visite). Première consultation de contraception, qui concerne les jeunes filles de 15 à 18 ans (utilisable qu'une seule fois par patiente). Le médecin a un rôle d'information sur les différents types de contraception et les infections sexuellement transmissibles. Il prescrit la contraception choisie. Applicable à partir du 01/11/17.

CSO (Consultation Suivi Obésité) : 46€ (non cumulable avec G ni VG ni MEG. Cumulable avec MD seule en visite). Applicable 2 fois par an pour les enfants de 3 à 12 ans ayant un risque avéré d'obésité. Le médecin a un rôle d'information sur le diagnostic, le suivi et la coordination de la prise en charge. Il doit également procéder au dépistage de comorbidités ou de souffrance psychologique éventuelles. Le code « CSO » doit être inscrit dans le dossier patient, mais nécessité de transmettre sous le code anonymisé « CCX » à l'Assurance Maladie. Applicable à partir du 01/11/17.

MIS (Majoration Information et Stratégie thérapeutique) : 30€, cumulable avec G : 55€ (ou VG+MD : 65€). Applicable qu'une seule fois par patient. Il s'agit d'une majoration utilisable lors d'une

consultation initiale suite à l'annonce d'une pathologie grave (neurodégénérative, neurologique sévère, cancer). Le médecin informe et organise la prise en charge d'un patient. Les données doivent être consignées dans le dossier. Le code « MIS » doit être inscrit dans le dossier patient, mais nécessité de transmettre sous le code anonymisé « MTX » à l'Assurance Maladie. Applicable à partir du 01/11/17.

PIV (Prise en charge Infection VIH) : 30€, cumulable avec G : 55€ (ou VG+MD : 65€). Applicable qu'une seule fois par patient. Il s'agit d'une consultation d'information, et d'orientation d'un patient suite à l'annonce d'une infection par le VIH. Un compte-rendu doit être inscrit dans le dossier médical. Le code « PIV » doit être inscrit dans le dossier patient, mais nécessité de transmettre sous le code anonymisé « MTX » à l'Assurance Maladie. Applicable à partir du 01/11/17.

MRT (Majoration Régulation médecin Traitant) : 15€, cumulable avec G : 40€ (ou VG+MD : 50€. Mais aussi avec COE, VL, CCP). Réservée au médecin traitant, qui accepte de voir en urgence l'un de ses patients à la demande de la régulation (centre 15, ou 116 117). Applicable à partir du 01/01/18.

MUT (Majoration d'Urgence médecin Traitant) : 5€, cumulable avec G : 30€ (ou VG+MD : 40€. Mais aussi avec COE, VL, CCP). Réservée au médecin traitant, qui adresse son patient à un médecin correspondant, qui le reçoit dans les 48h. Applicable à partir du 01/01/18.

Annexe 3 : Lettre d'accompagnement du questionnaire.

« Cher confrère,

À l'heure de la Nouvelle Convention Médicale, nous assistons à une multiplicité des cotations. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, nous avons choisi, avec le Docteur Jocelyne SERVEL (directrice de thèse) d'évaluer l'utilisation des cotations ne nécessitant aucun matériel ni geste technique (donc utilisables par tout médecin généraliste libéral).

En fin de questionnaire, nous avons créé pour vous un tableau récapitulatif de ces cotations (actuelles et nouvelles), afin de vous aider à les utiliser.

Si vous souhaitez participer, merci de cliquer sur le lien ci-dessous (temps nécessaire pour y répondre : entre 5 et 10 minutes). »

Annexe 4 : questionnaire.

Utilisation des cotations ne nécessitant pas de geste technique par les médecins généralistes libéraux Bretons.

« Bonjour,

Ce questionnaire est établi dans le cadre d'une thèse de médecine générale portant sur une question d'actualité : l'usage fait des cotations par les médecins généralistes. Ce questionnaire n'étudie que les cotations ne nécessitant ni geste technique ni matériel supplémentaire : en somme, les cotations utilisables par tout médecin généraliste conventionné.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes libéraux conventionnés secteur 1, installés en Bretagne depuis au moins le 01/03/2017.

Sont exclus de ce questionnaire, afin de limiter les biais, les médecins généralistes ayant une activité EXCLUSIVE autre que la médecine générale libérale (homéopathie, acupuncture, angiologie, ou activité salariée exclusive, par exemple). Si vous ne remplissez pas les critères d'inclusion, merci de ne pas remplir ce questionnaire.

Merci pour votre participation.

Danaé GUILLEMOT. »

Généralités

* Etes-vous :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Une femme
- Un homme

* Age (en années) :

i Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

* Département d'exercice (en tant que médecin généraliste libéral) :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Côtes d'Armor (22)
- Finistère (29)
- Ille-et-Vilaine (35)
- Morbihan (56)

* Au cabinet, bénéficiez-vous :

i Cochez la ou les réponses

- D'un logiciel médical?
- D'internet?
- D'un système de production de FSE (feuilles de soins électroniques)?
- Aucun des outils cités ci-dessus.

Concernant les feuilles de soins : sont-elles la plupart du temps :

*

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

i Cette question est obligatoire

- Electroniques?
- ou papier?

*

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

i Cette question est obligatoire

- Elaborées par vous-même?
- ou par votre secrétaire?

Savez-vous à quoi correspondent les cotations suivantes?

Cochez la ou les réponses

- MNO
- MGE
- FPE
- CA
- MSH
- MIC
- MU
- ALQP003
- ALQP006
- MCG
- VL
- je ne connais aucune des cotations ci-dessus

NB : n'avaient accès aux cotations de la question suivante, que les médecins ayant indiqué les connaître à la question ci-dessus.

Lorsque la consultation le permet, utilisez-vous les cotations suivantes :

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

MNO :

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

MGE :

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

FPE :

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*CA :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*MSH :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*MIC :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*MU :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*ALQP003 :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*ALQP006 :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*MCG :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

*VL :

i Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- Tout à fait fréquemment
- Plutôt fréquemment
- Plutôt pas fréquemment
- Pas du tout fréquemment

NB : n'avaient accès aux cotations de la question suivante, que les médecins ayant indiqué ci-dessus ne pas les utiliser « tout à fait fréquemment ».

Vous n'avez pas coché "tout à fait fréquemment" à ces cotations, pouvez-vous expliquer pourquoi?

Veillez y indiquer la (ou les) raison(s) principale(s).

*MNO :

i Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre:

*MGE :

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*FPE :

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (âges définis par la CPAM) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*CA :

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (fréquence d'utilisation maximale : 1/an) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*MSH :

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (délai maximal d'utilisation) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*MIC :

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (délai maximal d'utilisation) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*MU :

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*ALQP003 :

[Cochez la ou les réponses](#)

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (fréquence d'utilisation maximale : 1/an) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*ALQP006 :

[Cochez la ou les réponses](#)

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (fréquence d'utilisation maximale : 1/an) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*MCG :

[Cochez la ou les réponses](#)

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre :

*VL:

Cochez la ou les réponses

- Les conditions d'utilisation requises par l'Assurance Maladie prennent trop de temps.
- La gestion de la condition temporelle (fréquence d'utilisation maximale : 1/an) est trop compliquée.
- Appréhension de demander un tarif plus élevé au patient.
- Le bénéfice financier ne me paraît pas significatif.
- Le bénéfice médical me paraît insuffisant.
- Oubli de coter.
- Peur d'un contrôle de l'Assurance Maladie.
- Retrouver le code exact de cette cotation pour établir la feuille de soins prend trop de temps.
- Elaborer la cotation avec le logiciel prend trop de temps.
- Cotation inconnue dans le logiciel - ou TLA en visite - (feuille de soins papier obligatoire, donc trop contraignant).
- Autre:

La nouvelle convention médicale commencera à s'appliquer à partir de mai 2017.

*Que pensez-vous de l'information donnée par les visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations de la convention 2016?

Cochez la ou les réponses

- Information orale et écrite utile et suffisante pour ma pratique.
- Information orale donnée trop précocement avant l'arrivée de la convention : oubli à mesure.
- Information écrite compliquée car noyée dans la masse des nouvelles cotations toutes spécialités confondues : une brochure simplifiée dédiée uniquement aux généralistes serait plus utile.
- Je n'ai pas eu d'information des visiteurs de l'Assurance Maladie concernant les nouvelles cotations.
- Autre:

Voici les nouvelles cotations de la convention 2016. Savez-vous à quoi elles correspondent? (cochez en cas de réponse positive).

Cochez la ou les réponses

- MEG (application au 01/05/17)
- COE (application au 01/11/17)
- CCP (application au 01/11/17)
- CSO (application au 01/11/17)
- MIS (application au 01/11/17)
- PIV (application au 01/11/17)
- MRT (application au 01/01/18)
- MUT (application au 01/01/18)

Annexe 5 : Texte et tableau récapitulatif de fin de questionnaire.

« Merci pour le temps que vous avez consacré à ce questionnaire. Si vous le souhaitez, nous avons créé un tableau récapitulatif afin de vous aider à utiliser les cotations (actuelles et nouvelles). Le tableau est téléchargeable (en PDF) sur le lien ci-dessous (pour rappel, il ne s'agit que des cotations ne nécessitant pas de matériel spécifique ni geste technique). »

Cotation	Conditions	Tarif actuel	Nouvelle convention 2016 (NB : la consultation passe de 23€ à 25€)		
			Modifications éventuelles	Tarif	Date application
MNO (Majoration Nourrison)	0-2 ans.	+5€ (H-Cou VMD)			
MGE (Majoration Générale Enfant)	2-6 ans.	+3€ (H-Cou VMD)	Remplacés par MEG (Majoration Enfant Généraliste) de 0 à 6 ans.	+5€ (H-C=30€)	01/05/2017
FPE (Forfait Pédiatrique Enfant)	18,9€ mois et 24€ mois.	+ 5€ (C-MNO+FPE=33€)	Remplacé par COE (Consultation Obligatoire Enfant)	46€	01/11/2017
CA (Consultation Annuelle)	Remise d'une synthèse au patient ALD. 1x/an.	26€	Supprimé.		
MSH (Majoration Sortie Hospitalisation)	Dans le mois après sortie hospitalisation (patient poly pathologique)	+23€ (H-C ou V+M/D)			
MIC (Majoration Insuffisant Cardiaque)	Dans les 2 mois après sortie hospitalisation pour insuffisance cardiaque.	+23€ (H-C ou VMD)			
MU (Majoration d'urgence)	Visite urgente. Pas de cumul avec MD.	+ 22,60€ (V+M/U=45,60€)			
ALOP003 (Evaluation d'une dépression)	Test de dépression (Hamilton, MADRS...)	69,12€			
ALOP006 (Evaluation d'un déficit cognitif)	Test de cognition (15 mots de Rey, DBS de Mattis...)	69,12€			
MCG (Majoration Coordination Générale)	Patient hors département. Retour d'information au médecin traitant (lettre, tél...)	+3€ (H-C= 26€)		+5€ (H-C=30€)	01/07/2017
VL (Visite longue)	Pathologie neurodégénérative avec ALD. Présence de l'aidant en visite. 1x/an.	46€ (V+M/D=56€)		60€ (H+M/D=70€)	01/11/2017
CCP (CS Contraception et Prévention ST)	1ère consultation contraception/prévention. Filles de 15 à 18 ans.			46€	01/11/2017
CSO (CS Suivi Obésité)	Enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité. 2x/an.			46€	01/11/2017
PIV (Prise en charge Infection VIH)	Consultation initiale.			+30€ (H-C=55€)	01/11/2017
MIS (Majoration Information et Stratégie Thérapeutique)	CS initiale pour cancer, pathologie neurologique grave ou neurodégénérative.			+30€ (H-C=55€)	01/11/2017
MRT (Majoration Régulation médecin Traitant)	CS en urgence sur demande du 15.			+15€ (H-C=40€)	01/01/2018
MUT (Majoration d'Urgence Médecin Traitant)	Patient adressé dans les 48h chez un spécialiste par le médecin traitant.			+5€ (H-C=30€)	01/01/2018

SOREL-GUILLEMOT, Danaé. Utilisation des cotations ne nécessitant pas de geste technique par les médecins généralistes libéraux bretons.

79 feuilles, 1 illustration, 23 graphiques, 6 tableaux. - Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2019 ; N° .

Introduction : En France, les médecins généralistes libéraux conventionnés sont rémunérés en grande partie à l'acte. Les cotations sont des outils mis à leur disposition par l'Assurance Maladie afin de promouvoir la Santé Publique (dépistages, prévention, accessibilité et qualité des soins). Avec leur complexification croissante, utiliser ces outils devient de plus en plus contraignant.

Objectif : L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'utilisation des cotations applicables en pratique courante par tout médecin généraliste libéral conventionné. Les objectifs secondaires étaient d'en rechercher les déterminants, et d'évaluer le profil des médecins pour chaque niveau de cotation.

Matériels et méthodes : Cette étude observationnelle, descriptive et transversale, consistait en une analyse des pratiques en matière de cotation auprès des médecins généralistes libéraux bretons conventionnés en secteur 1. Un questionnaire en ligne, accessible entre avril et juillet 2017, leur a été envoyé. Il portait sur les 11 cotations de la Convention médicale 2011 ne nécessitant ni formation ni matériel spécifiques, donc utilisables par tous. Un score (de 0 à 44) représentant le niveau de cotation individuel des participants a été calculé. Les participants ont ensuite été classés selon leur niveau de cotation en quatre catégories, délimitées par les quartiles de ces scores (critère de jugement principal). Les résultats ont été donnés en effectifs et pourcentages. Le test du Chi2 a été utilisé.

Résultats : 288 questionnaires complets ont été analysés. Seules 4 des 11 cotations étaient connues par plus de 50% des participants. En moyenne chaque participant connaissait 6 cotations. Le score médian représentant le niveau de cotation individuel était de 16. Les catégories de scores obtenues grâce aux quartiles étaient : « 0-12 », « 13-16 », « 17-22 », et « 22-44 ». Ainsi, moins d'un quart des participants a obtenu un score >22 (score central possible). Il existait une différence significative entre les sexes dans les catégories « 0-12 » et « 13-16 », les hommes étant moins bons coteurs. Les médecins ≥60 ans avaient également un niveau de cotation plus faible. En enlevant le Finistère (effectif insuffisant), c'est en Ille-Et-Vilaine que l'on trouvait les meilleurs résultats. La cause principale de sous-utilisation des cotations était la méconnaissance même de celles-ci.

Conclusion : Ces cotations ayant un fort enjeu de Santé Publique, pourtant accessibles à tous, sont très largement méconnues des médecins généralistes. Et celles étant connues restent, pour la majorité, largement sous-utilisées en raison de nombreux freins. Il paraît nécessaire de mieux former les médecins à leur utilisation et/ou de simplifier le système.

Rubrique de classement : ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE

Mots-clés : cotations, CCAM, classification, nomenclature, rémunération, tarification à l'acte, médecine générale

Mots-clés anglais MeSH : fee-schedule, classification, nomenclature, remuneration, fee for service, general practice

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur Patrick JEGO
Assesseurs :	Madame le Docteur Jocelyne SERVEL [Directrice de thèse] Monsieur le Professeur Didier MYHIE Monsieur le Docteur Alain CAUBET