



HAL
open science

Connaissances et applications des principales cotations médicales. Études portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône

Aurélien Steneck

► **To cite this version:**

Aurélien Steneck. Connaissances et applications des principales cotations médicales. Études portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02968821

HAL Id: dumas-02968821

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02968821v1>

Submitted on 16 Oct 2020

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.

**Connaissances et applications des principales cotations médicales. Etudes
portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 11 Juin 2020

Par Monsieur Aurélien STENECK

Né le 26 juillet 1990 à Paris 04eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SAMBUC Roland	Président
Monsieur le Professeur DISDIER Patrick	Assesseur
Monsieur le Professeur BOYER Laurent	Assesseur
Monsieur le Docteur NUSSLI Nicolas	Assesseur
Monsieur le Docteur SWINIARECK Thibault	Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DUFOUR Michel
	ALDIGHERI René		DUMON Henri
	ALESSANDRINI Pierre		ENJALBERT Alain
	ALLIEZ Bernard		FAVRE Roger
	AQUARON Robert		FIECHI Marius
	ARGEME Maxime		FARNARIER Georges
	ASSADOURIAN Robert		FIGARELLA Jacques
	AUFFRAY Jean-Pierre		FONTES Michel
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FRANCES Yves
	AZORIN Jean-Michel		FRANCOIS Georges
	BAILLE Yves		FUENTES Pierre
	BARROT Jacques		GABRIEL Bernard
	BARROT André		GALINIER Louis
	BERARD Pierre		GALLAIS Hervé
	BERGOIN Maurice		GAMERRE Marc
	BERLAND Yvon		GARCIN Michel
	BERNARD Dominique		GARNIER Jean-Marc
	BERNARD Jean-Louis		GAUTHIER André
	BERNARD Pierre-Marie		GERARD Raymond
	BERTRAND Edmond		GEROLAMI-SANT'ANDREA André
	BISSET Jean-Pierre		GIUDICELLI Roger
	BLANC Bernard		GIUDICELLI Sébastien
	BLANC Jean-Louis		GOUDARD Alain
	BOLLINI Gérard		GOUIN François
	BONGRAND Pierre		GRILLO Jean-Marie
	BONNEAU Henri		GRISOLI François
	BONNOIT Jean		GROULIER Pierre
	BORY Michel		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOTTA Alain		HASSOUN Jacques
	BOURGEADE Augustin		HEIM Marc
	BOUVENOT Gilles		HOUEL Jean
	BOUYALA Jean-Marie		HUGUET Jean-François
	BREMOND Georges		JAQUET Philippe
	BRICOT René		JAMMES Yves
	BRUNET Christian		JOUVE Paulette
	BUREAU Henri		JUHAN Claude
	CAMBOULIVES Jean		JUIN Pierre
	CANNONI Maurice		KAPHAN Gérard
	CARTOUZOU Guy		KASBARIAN Michel
	CAU Pierre		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHABOT Jean-Michel		LACHARD Jean
	CIAMLIAN Albert		LAFFARGUE Pierre
	CHARPIN Denis		LAUGIER René
	CHARREL Michel		LE TREUT Yves
	CHAUVEL Patrick		LEVY Samuel
	CHOUX Maurice		LOUCHET Edmond
	CIANFARANI François		LOUIS René
	CLAVERIE Jean-Michel		LUCIANI Jean-Marie
	CLEMENT Robert		MAGALON Guy
	COMBALBERT André		MAGNAN Jacques
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALLAN- MANCINI Josette
	CORRIOL Jacques		MALMEJAC Claude
	COULANGE Christian		MARANINCCI Dominique
	DALMAS Henri		MARTIN Claude
	DE MICO Philippe		MATTEI Jean François
	DESSEIN Alain		MERCIER Claude
	DELARQUE Alain		METGE Paul
	DEVIN Robert		MICHOTÉY Georges
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUÇASSOU Jacques		MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MONTIES Jean-Raoul	VANUXEM Paul
	NAZARIAN Serge	VERVLOET Daniel
	NICOLI René	VIALETES Bernard
	NOIRCLERC Michel	WELLER Pierre-Jean
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	STAHL André	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THOMASSIN Jean-Marc	
	UNAI Daniel	
	VAGUE Philippe	
	VAGUE/JULIAN Irène	

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JULIAN-YAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	MÉTRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVÈS Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019
2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018
2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
2019		
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUI Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHIEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikael	LECHEVALIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKIRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BIONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHIER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGÉON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHIARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OOUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCH Antoine	TRIGLIA Jean-Michel
PANUEL Michel	ROCHWERGER Richard	TROPIANO Patrick
PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	TSIMARATOS Michel
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	TURRINI Olivier
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Pascal	VALERO René
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROUDIER Jean	VAROQUAUX Arthur Damien
PELLETIER Jean	SALAS Sébastien	VELLY Lionel
PERRIN Jeanne	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VEY Norbert
PETIT Philippe	SARLES/PHILIP Nicole	VIDAL Vincent
PHAM Thao	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PIQUET Philippe	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIRRO Nicolas	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
POINSO François	SEITZ Jean-François	VIEHWEGGER Heide Elke
RACCAH Denis	SIELEZNEFF Igor	VIVIER Eric
RANQUE Stéphane	SIMON Nicolas	XERRI Luc
RAOULT Didier	STEIN Andréas	
REGIS Jean	TAIEB David	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THIRION Xavier	
REYNAUD Rachel	THOMAS Pascal	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THUNY Franck	
ROCHE Pierre-Hugues	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	FOUILLOUX Virginie	PESENTI Sébastien
BELIARD Sophie	FRANKEL Diane	RADULESCO Thomas
BENYAMINE Audrey	FROMONOT Julien	RESSEGUIER Noémie
BERGE-JEFRANC Jean-Louis	GASTALDI Marguerite	ROBERT Philippe
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUTVARCHI Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélemy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	ZATTARA/CANNONI Héène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUBOURG Grégory	NGUYEN PHONG Karine	
DUCONSEIL Pauline		
DUFOUR Jean-Charles		

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) POUGET Benoît (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU-PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MACAGNO Nicolas (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) <i>SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité</i></p>	<p>CHARREL Rémi (PU-PH) DRANCCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)</p> <p>LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoît (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (B7ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH) GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) ROMANET Pauline (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>FRANKEL Diane (MCU-PH) GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH) DRH Campus Timone</p>	

MAJ 01.09.2019

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Sumombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU-PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

BARBARARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mhammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Sumombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Sumombre*
 FLECHER Xavier (PU-PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Sumombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU-PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

<p>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</p> <p>COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004</p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</p> <p>ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)</p>	<p>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</p> <p>BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>retraite au 25/11/2019</i> BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Sumombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)</p>
<p>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH) LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p>PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>	<p>GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>
<p>DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003</p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH) DELAPORTE Emmanuel (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) CROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p>	<p>GENETIQUE 4704</p> <p>BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p>
<p>DUSI</p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p> <p>BOURRIQUEN Maryline (MAST) EVANS-VIALLAT Catherine (MAST) LUCAS Guillaume (MAST) MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST) MELLINAS Marie (MAST) ROMAN Christophe (MAST) TRINQUET Laure (MAST)</p>	<p>NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNON Hélène (MCU-PH)</p>
<p>ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</p> <p>BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU-PH)</p>	<p>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</p> <p>AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) <i>Sumombre</i> BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
---	---------------------------------------

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELS/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
--

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anna-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
--

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
--

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascal (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH) détachement
 MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BON/NGUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
CASSAGNE Carole (MCU-PH)	MATHIEU Marion (MAST)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)	
TOGA Isabelle (MCU-PH)	
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)	BREGEON Fabienne (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)	GABORIT Bénédicte (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)	MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)	TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)	BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)	BONINI Francesca (MCU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)	BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)	DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
	DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
COZE Carole (MCU-PH)	
FABRE Alexandre (MCU-PH)	RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BAILLY Daniel (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)	BARLESI Fabrice (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)	CHANEZ Pascal (PU-PH)
CERMOLACCE Michel (MCU-PH)	GREILLIER Laurent (PU-PH)
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
AGHABABIAN Valérie (PR)	TOMASINI Pascale (MCU-PH)
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	RHUMATOLOGIE 5001
BARTOLI Jean-Miche (PU-PH)	GUIS Sandrine (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)	LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)	PHAM Thao (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)	ROUDIER Jean (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)	
MOULIN Guy (PU-PH)	
PANJEL Michel (PU-PH)	
PETIT Philippe (PU-PH)	
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)	
VIDAL Vincent (PU-PH)	
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)	VILLANI Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)	
ROCH Antoine (PU-PH)	
HRAIECH ORH (2 annes) Timone	DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
	UROLOGIE 5204
	BASTIDE Cyrille (PU-PH)
	KARSENTY Gilles (PU-PH)
	LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
	ROSSI Dominique (PU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS

« Commence par faire le nécessaire puis ce qu'il est possible de faire et tu réaliseras l'impossible sans t'en apercevoir. »

Saint François d'Assise

A Mr le Professeur Sambuc Roland.

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre investissement constant dans la formation universitaire.

A Mr le Professeur Disdier Patrick.

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre implication dans la formation des futurs praticiens.

A Mr le Professeur Boyer Laurent.

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre implication dans la formation en santé publique des futurs praticiens.

A Mr le Docteur NUSSLI Nicolas .

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse.

Veillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre implication dans la formation des futurs praticiens de médecine générale.

A mon directeur de thèse, et mon ami , le Docteur Swiniarek Thibaut.
Tu as bien voulu diriger mes travaux, je t'en remercie de ta confiance.
Puisse la suite être palpitante !

Au Docteur Breyton Martin,
Merci de m'avoir aidé de ton savoir et de ton expérience. Je n'ai pas été simple !

A mes parents qui m'ont vu grandir.
Sans leur amour ni leur soutien inconditionnel, je ne serai rien !

A mon frère Julien et à ma sœur Marie.
J'ai dû être un petit et grand frère espiègle mais c'est parce que je vous aime bien !

A mes grands-parents, aux souvenirs d'une enfance merveilleuse à Ria et à Pont-Sainte-Maxence.
J'ai grandi avec votre amour ! Vous êtes des grands-parents uniques.

A ma famille.
Les souvenirs sont là et n'attendent qu'à être renouvelés !

A mes amis, avec lesquels je suis devenu qui je suis.
Chaque souvenir avec vous est important !
A mes amis depuis mon enfance : Flavien (« c'est excellent, n'est-ce pas ? »), Aymeric et Sihem.
A mes amis que j'ai rencontrés durant la PACES, la Diskate Team : PD (« messire ») , Pierre (« nos discussions sans fin post écurie ») , Julien (alias le « capitaine électricien ») , Julien, Hugo, Thibaut (alias « God ») , Cédric, Damien, Kim et Christelle.

A mes amis que j'ai rencontré durant mes études : Malik (« BG hawaïen »), Guillaume (« je t'ai vu sourire ! ») Benjamin, Julien, Tristan, Manon, George...

A mes amis que j'ai rencontré durant l'internat : Thomas et Alexis (nos souvenirs à la Ciotat et tant d'autres)

A Fred,

J'en oublie c'est certain !

« L'amitié, c'est comme un lien qui se forme entre nous. On ne peut la briser car elle reste marquée dans notre cœur éternellement... »

A mes maitres de stages,

le Dr Robert et le Dr Lemoine avec qui j'ai découvert la vie du cabinet et dont j'ai énormément appris sur le plan médical et humain. Je vous remercie.

A tous mes anciens co-internes de services et personnels des services hospitaliers,

J'ai appris, grandi, pleuré, souri, rebondi...de belles leçons de vie !

A ma grand-mère, partie trop tôt, qui a toujours su trouver les mots justes pour avancer et dont la bienveillance est digne d'une Sainte. Tu m'inspires tous les jours.

A Claire, qui m'a soutenu depuis le début avec mes moments d'oisiveté, de stress et mes égarements... Tu m'as permis de mesurer l'importance d'une bonne organisation avec ce qu'on appelle un « planning ». Tu m'as montré que chaque petit geste, cumulé, fait de nous des êtres extraordinaires ! Je suis heureux de t'avoir rencontrée.

Je t'aime.

J'espère te le montrer chaque jour de ma vie.

Marseille, le 11/11/2020

Table des matières

REMERCIEMENTS	18
LISTE DES ABREVIATIONS	25
REVUE DE LA LITTÉRATURE DES MODES DE REMUNERATIONS	27
I. Démographie médicale en France et dans les Bouches-du-Rhône du médecin généraliste libéral	28
1. L'effectif	28
2. L'âge	30
3. Le sexe	30
4. Lieu d'exercice	31
II. La nomenclature médicale et le paiement à l'acte en France	32
1. Définitions	32
a. Acte médical	32
b. Nomenclature médicale	32
c. CCAM	33
d. NGAP	35
2. Histoire de la nomenclature médicale et de la médecine libérale en France à travers les conventions	36
3. Intérêt du paiement à l'acte	38
III. Autres modes de rémunérations du médecin généraliste en France	39
1. Salariat	39
2. Capitation	40
3. Mode de rémunération complémentaire du médecin généraliste libéral : Forfait et paiement à la performance	40
IV. Mode de rémunération à l'étranger du médecin généraliste	43
1. Le Royaume-Uni	43
2. L'Allemagne	44
3. Les Pays-Bas	45
4. Les Etats-Unis	45
INTRODUCTION	47
MATERIEL ET METHODES	49
I. Présentation de l'étude	49
1. Type d'étude	49
2. Population cible	49
II. Bibliographie	50
III. Choix méthodologique	50

1.	Elaboration du questionnaire.....	50
2.	Validation du questionnaire	54
3.	Diffusion du questionnaire.....	55
IV.	Saisie des données, variables et analyses.....	55
	RESULTATS	58
I.	Participation à l'étude	58
II.	Caractéristiques des participants	59
1.	Sexe	59
2.	Age.....	60
3.	Lieu d'exercice.....	60
4.	Type d'exercice.....	60
5.	Particularités du cabinet et autres types d'activités	61
III.	Le codage des actes en pratique	61
1.	La pratique des actes médicaux	61
2.	La connaissance et la pratique du codage des actes.....	63
a.	La méconnaissance du codage des actes	64
b.	La pratique du codage des actes	66
3.	Analyse selon deux groupes pour 6 codages d'actes fréquents	68
IV.	Freins aux codages des actes.....	71
1.	Analyse descriptive.....	71
2.	Analyse des freins selon l'âge et selon la distinction « bons » et « mauvais » codeurs	73
a.	Analyse des freins selon l'âge.....	73
b.	Analyse des freins selon les groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs »	74
V.	Les outils d'aide au codage des actes.....	75
	DISCUSSION.....	77
I.	Résultats principaux	77
1.	Représentativité de l'étude.....	77
a.	Sexe	77
b.	Age.....	77
c.	Lieu d'exercice	78
d.	Type d'exercice.....	78
e.	Autres types d'activités	78
2.	La pratique des actes est hétérogène	79
3.	Le codage des actes est complexe	81
a.	Méconnaissance du codage des actes	81
b.	Pratique hétérogène du codage des actes.....	83

4.	Les freins au codage des actes	86
a.	Appréhension de la réaction du patient non-informé du tarif au préalable	86
b.	Manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes	87
c.	Manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux et peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie.....	88
d.	Tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués.....	88
e.	manque d'optimisation du logiciel médical informatique	89
f.	Manque de temps et Oubli de coder	90
5.	Les outils d'aide au codage des actes.....	91
II.	Choix méthodologiques, points forts et limites de l'étude	92
1.	Choix méthodologiques de l'étude, du questionnaire et de l'analyse.....	92
a.	Type d'étude.....	92
b.	Elaboration et validation du questionnaire.....	93
c.	Diffusion du questionnaire.....	94
d.	Analyse des données	95
e.	Conception des groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs »	96
2.	Points forts de l'étude	96
3.	Limites et biais de l'étude.....	97
III.	Professionnalisation du codage des actes	98
1.	L'intérêt du codage pour les médecins généralistes libéraux.....	98
2.	L'intérêt du codage pour la Sécurité Sociale	99
3.	Formations adaptées et visibles pour tous	99
4.	Professionnalisation du codage par un tiers	100
IV.	Rémunérations alternatives, une autre solution?	102
V.	Apport personnel	104
	CONCLUSION	105
	BIBLIOGRAPHIE	107
	ANNEXES	114
	Annexe 1 : Questionnaire.....	114
	115
	Annexe 2 : Hypothèses et orientation d'analyses.....	136
	Annexe 3 : Répartition par tranches d'âges des actes pratiqués	138
	Annexe 4 : Répartition selon le sexe des actes pratiqués	138
	Annexe 5 : Répartition par type de zone des actes pratiqués	139
	Annexe 6 : Analyse univariée des gestes techniques en urgence selon l'âge, test chi-2.....	139
	Annexe 7 : Analyse univariée des visites à domicile selon le lieu d'exercice, test chi-2.....	139

Annexe 8 : Boxplot des résultats à la pratique du codage des actes	140
Annexe 9: Analyse des freins au codage selon les tranches d'âges, test Chi-2.....	140
Annexe 10: Analyse des freins au codage selon les groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs », test de Chi-2	141
Annexe 11: Analyse univariée de l'utilisation d'outils d'aide et les « groupes bons et mauvais codeurs », test de Fischer.....	141
RESUME	143

LISTE DES ABREVIATIONS

Agence Régionale de Santé (ARS)

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Catalogue des Actes Médicaux (CdAM)

Caisse Nationale Assurance Maladie (CNAM)

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi)

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)

Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)

Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)

Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du
ministère de la santé (DHOS)

Développement Professionnel Continu (DPC)

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des
Statistiques (DREES)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

Maitre de stage universitaire (MSU)

Mode d'exercice particulier (MEP)

National Health Service (NHS)

Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

Organisation de Coopération et de Développement Economique
(OCDE)

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Question à choix multiples (QCM)

Quality and Outcomes Framework (QOF)

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG)

Technicien d'information médicale (TIM)

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)

Union Régionale des Professionnels de Santé de médecins libéraux
Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS-ML PACA)

Union des syndicats médicaux français (USMF)

REVUE DE LA LITTÉRATURE DES MODES DE REMUNERATIONS

Le médecin est au centre du système de santé. Il génère à lui seul près de 90% des dépenses de soins et biens médicaux. (1)

La rémunération du médecin est donc un enjeu crucial des politiques de santé.

Il existe 3 modes de rémunérations dites classiques : le paiement à l'acte, le salariat et la capitation. (2)

Ces modes de rémunération ont été étudiés pour identifier et évaluer l'incitation sur la pertinence des soins. (3) (4) (5)

Chacun de ces modes ne présentent pas les incitations à un comportement dit « vertueux » en termes de volume de soins suffisants, de qualité et de meilleurs coûts.

Pour y palier, les économistes ont préconisé une diversification des modes de rémunérations des médecins. (2)

L'objectif est de tendre vers l'efficience des soins.

Ainsi il s'est donc mis en place à partir des années 2000 une diversification des modes de rémunérations dans les pays de l' Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) dont la France.

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

Le mode de rémunération principale et historique est le paiement à l'acte.

I. Démographie médicale en France et dans les Bouches-du-Rhône du médecin généraliste libéral

1. L'effectif

La France dénombrait 296 755 médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins en janvier 2018, dont 11 877 dans les Bouches-du-Rhône. (6)

Parmi les médecins inscrits au niveau national, on remarquait plusieurs profils selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (début 2018) :

- retraité sans activité (21%)
- retraité ayant conservé une activité (5.9%)
- non retraité sans activité (2%)
- activité intermittente comprenant les remplaçants (4.4%)
- activité régulière (67.7%)

Les médecins en activité régulière étaient de 66.7% alors qu'en 2007 ils représentaient 78%.

Cette part a diminué au profit des retraités actifs et ceux ayant une activité intermittente.

Cela s'explique par le vieillissement de la population médicale qui poursuit ou non son activité à la retraite et l'attrait des nouveaux médecins pour le remplacement en début d'activité. (7)
(8)

De plus, les départs à la retraite sont insuffisamment compensés par les nouvelles promotions dépendantes du numérus clausus et l'effet de la disparition du numérus clausus prévue en 2020 n'aura des effets ressentis que bien plus tard. Il faut également apprécier dans ce flux l'arrivée de médecins diplômés à l'étranger venant exercer sur le territoire français.

Pour évaluer au mieux les médecins dits actifs, il faut donc modifier la méthodologie.

Selon la méthodologie de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), les médecins en activité en France sur la même période étaient de 226 000 en début 2018 avec 45% de médecins généralistes soit 103 000.

Ces critères cumulent activité régulière, remplaçant et retraité ayant conservé une activité.(7)

L'activité libérale représentait 63% des médecins généralistes combinant activité libérale exclusive et mixte.

En fin 2019, il y avait 58 534 médecins généralistes libéraux dont 2274 dans les Bouches-du-Rhône selon l'Agence Régionale de Santé (ARS). (9)

L'effectif national de médecins selon le CNOM a progressé de 13.5% entre 2010 à 2018 et de 2% entre 2017 et 2018.

Sur cette même période 2017-2018, l'effectif des Bouches-du-Rhône a également progressé de 2.1%. (6)

A l'instar, la part de médecin généralistes actifs selon la DREES a stagné à 0.7% de 2012 à 2018 au profit des autres spécialités. (7)

Sur cette même période, la proportion de médecins généralistes libéraux a reculé de 1.9% alors qu'elle augmentait de 2.6% pour les médecins généralistes salariés. (10)

Le mode d'exercice salarié est une tendance parmi les jeunes médecins au détriment du libéral exclusif ou mixte. (6) (11) Cela révèle un manque d'attractivité de la médecine générale libérale et aggrave les difficultés d'accès aux soins de premiers recours.

A l'image de la démographie nationale de médecins généralistes libéraux, le département des Bouches-du-Rhône a vu son effectif baisser malgré une croissance démographique.

Ainsi de 2015 à 2017, l'effectif de médecins généralistes libéraux a baissé de 5.8% selon l'Union Régional des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de Provence-Alpes-Côte-D'azur (URPS-ML PACA). (12)

La densité médicale paraît pertinente pour faire un état des lieux des effectifs selon la population générale.

La densité médicale est le nombre de généraliste ayant une activité libérale et mixte pour 100 000 habitants. La densité médicale dans les Bouches-du-Rhône reste au-dessus de celle nationale, de 88, mais à tendance à diminuer pour se situer en fin 2019 à 112. (12) Cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025.

On peut noter que la population générale est passée de 66 774 482 à 67 063 703 de 2017 à 2020 soit une augmentation de 1%. (13)

Dans les Bouches-du-Rhône, on estimait à 2 034 469 habitants en 2020.

L'ensemble des données révèle malgré une augmentation globale du nombre de médecins une carence en soins primaires par la diminution des médecins généralistes libéraux et l'augmentation de la population et son vieillissement, en France et dans les Bouches-du-Rhône.

Selon les données de la DREES (8), la baisse du nombre de généralistes libéraux devrait se poursuivre jusqu'en 2025 et repartir à la hausse.

2. L'âge

En 2018, la moyenne d'âge des médecins actifs en France était de 51.2 ans (7).

Parmi les médecins généralistes libéraux, 52.7% ont plus de 55 ans dont 31.4% ont plus de 60 ans. (9)

Cela s'explique par la forte proportion de médecins proche de la retraite issus du numérus clausus des années 70 avec des générations suivantes ayant subi une baisse drastique par le numérus clausus. Cette évolution devrait s'inverser avec l'augmentation du numérus clausus et sa disparition programmée en 2020.

A cela il faut rajouter les médecins à la retraite ayant continué leurs activités qui est de ce fait en forte hausse (+43.6% de médecin retraités de 2010 à 2018). (6)

Cela confirme une population médicale vieillissante.

Autre fait notable sur un âge plus avancé chez les médecins généralistes libéraux est la perte d'attractivité de la médecine générale au dépend des autres spécialités et de la médecine libérale au dépend du salariat (6) (7)

Dans les Bouches-du-Rhône, l'évolution est identique avec 55.9% des généralistes libéraux qui ont plus de 55 ans et 34% qui ont plus de 60 ans. (12)

Actuellement, il y a 1.8 fois plus de médecins âgés de plus de 50 ans par rapport à ceux de moins de 50 ans.

3. Le sexe

En 2018, les femmes représentaient 47% des médecins actifs en France. (7) La population est majoritairement féminine avant 50 ans.

Avec la féminisation de la profession, cette tendance est à la hausse même si elles sont moins représentées chez les libéraux (6)

Selon les données de l'ARS, le taux de féminisation des généralistes libéraux était de 40.5% en 2019 dont 39.4% dans les Bouches-du-Rhône. (9)

De 2015 à 2019, la féminisation de la population médicale a progressé de 5%, de même dans les Bouches-du-Rhône.

4. Lieu d'exercice

Selon les données de l'ARS, l'activité des médecins généralistes libéraux se concentre autour et dans les grandes agglomérations ainsi que le long de la Méditerranée. (9)

La répartition des médecins libéraux sur le territoire est hétérogène et principalement en zone urbaine, c'est-à-dire dans une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200m entre deux constructions) de plus de 2 000 habitants selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). (14)

Ainsi l'Île-de-France comptabilise près de 15% des médecins généralistes libéraux en 2018. (10)

L'attractivité territoriale au fil des années concerne majoritairement la bordure Atlantique, les DOM-TOM et la frange Est de la région Auvergne Rhône Alpes, même s'il existe une nuance au niveau départemental. (6)

Cette attractivité est à confronter avec la qualité de vie, la sédentarité des médecins par rapport à leurs lieux d'études et aux informations personnelles (profession du conjoint, enfant en bas âge, etc...) qui influent le lieu d'installation.

Les mesures incitatives des politiques actuelles ont tenté de mieux les répartir, avec un faible impact. (15)

Dans les Bouches-du-Rhône, l'activité se localise principalement à Marseille avec 850 médecins généralistes libéraux soit 43% des effectifs du département et secondairement à Aix en Provence avec 170 médecins généralistes libéraux soit 9%. (9)

Cela conforte une activité majoritairement en zone urbaine, avec plus de la moitié des médecins généralistes libéraux dans la Métropole Aix-Marseille.

II. La nomenclature médicale et le paiement à l'acte en France

1. Définitions

a. Acte médical

Un acte médical est « un acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence. » (16)

b. Nomenclature médicale

La nomenclature est définie par le Larousse (17) comme « l'ensemble des mots en usage dans une science, un art, ou relatifs à un sujet donné, présentés selon une classification méthodique ».

La nomenclature médicale est la liste de l'ensemble des actes médicaux que peuvent effectuer les professionnels de santé avec l'indication de leur valeur respective.

Elle permet le remboursement des soins dispensés par les praticiens aux assurés sociaux.

Elle est organisée actuellement pour les professionnels de santé dont le médecin libéral en deux catégories :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM)
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

Les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur ces listes.

c. CCAM

La classification commune des actes médicaux (CCAM) (16) a été mise en place lors de l'Arrêté du 21 mars 2005.

Elle a supplanté deux nomenclatures coexistantes et incompatibles :

-La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), pour définir les tarifs des actes utilisés essentiellement en secteur libéral. Elle n'était ni structurée ni codée et surtout obsolète.

-le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM), pour décrire l'activité des établissements de santé lors de la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en 1985. Elle était codée mais non tarifant et non exhaustive.

Celles-ci ne permettaient pas d'établir une description unique de l'activité, modernisée et codée. (18)

L'objectif d'une nouvelle nomenclature était double :

-une nomenclature codée, commune au secteur public et privé ;

-une nomenclature cohérente et neutre pour la refonte des honoraires médicaux.

Cette refonte s'est inspiré des travaux du Département de santé publique d'Harvard, à Boston (19) . Pour garantir la neutralité tarifaire de la nomenclature, il fallait se baser sur les ressources mobilisées par le médecin. Celles-ci sont de deux types : le travail médical fourni avec le « point travail » et le coût de la pratique.

Ainsi les travaux techniques ont débuté de 1997 à 2002 mettant en relation la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du Ministère de la Santé (DHOS), l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), la Caisse Nationale Assurance Maladie (CNAM) et de nombreux experts pour aboutir aux 7 600 libellés actuels, avec hiérarchisation du travail médical et fixation de la valeur du « point travail » à l'origine des tarifs. (20)

Après validation devant un comité de pilotage en 2004, la négociation a abouti à un protocole d'accords entre les partenaires conventionnés signé le 25 février 2005.

La CCAM englobe de manière exhaustive les actes techniques médicaux, communs pour le secteur public et privé.

Elle a remplacé en partie la NGAP et en totalité la CdAM, progressivement sur plusieurs années.

C'est un outil exclusivement de description et de codage de l'activité, même si elle permet d'adjoindre un tarif à l'acte réalisé. (19)

Il ne faut pas oublier que l'utilisation de la CCAM ne sous-entend pas la réalisation parfaite du libellé selon les standards dans sa description.

Les chapitres sont organisés au sein d'un même appareil par un plan type. Ils comprennent les actes diagnostiques et thérapeutiques.

Il existe 18 chapitres organisés en sous-chapitre, puis en paragraphes et sous paragraphes pour finir par les libellés.

Les chapitres 1 à 16 sont définis par le système anatomophysiologique, l'appareil anatomique ou la topographie sur lequel porte l'action.

Les deux autres chapitres ne répondent pas à cette logique de classement.

Le chapitre 17 comporte les actes non répertoriés par le système ou l'appareil concerné.

Le chapitre 18 comporte les listes distinctes de gestes complémentaires et des modificateurs.

La liste est exhaustive et bijective sans être ambiguë. Chaque acte est défini dans sa globalité avec les gestes nécessaires à sa réalisation sous le libellé.

Elle fait l'objet de procédure permanente de mise à jour sous l'égide de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Le libellé est codé par 7 caractères, dans l'ordre : (21) (16)

- 4 premières lettres correspondent à la topographie dans le système intéressé, de l'organe cible, l'action réalisée et l'accès ou la technique utilisée
- 3 derniers chiffres différencient les actes ayant le même code anatomique, même code d'action et le même code d'abord et de technique.

Le code est complété par le code « activité » différenciant les gestes réalisés au cours de l'acte par des médecins différents, et par le code « phase de traitement », distinguant les différentes phases si le traitement est en plusieurs parties.

A cela, peuvent s'ajouter :

-un à quatre codes modificateurs, permettant des majorations de tarifs liées à certains critères de réalisation de l'acte.

-le code « association », indiquant une réduction du tarif à appliquer à partir du deuxième acte si plusieurs actes sont réalisés en même temps.

-le code « remboursement exceptionnel » pour les actes remboursables selon circonstance.

Elle a ainsi permis de connaître la nature et la fréquence des actes réalisés par les médecins libéraux.

Elles ne représentaient que 5% des actes réalisés par les médecins généralistes.

d. NGAP

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) a été fondée en 1972 à la suite de la première convention nationale entre l'UNCAM et les syndicats représentant les médecins libéraux. (22)

Elle définissait les tarifs des actes médicaux essentiellement utilisés en médecine libérale, pris en charge dans le cadre du régime d'assurance maladie.

Cependant elle n'était ni codée, ni structurée et l'absence de mise à jour la rendait obsolète et source de conflit entre les caisses et les professionnels de santé. (19)

La création de la CCAM en 2005, qui regroupe les actes techniques, a laissé en vigueur une NGAP dite résiduelle avec les actes cliniques médicaux, non repris par la CCAM. (23)

Tout acte de la NGAP est défini par une lettre clé et un coefficient. (23)

La lettre clé est définie pour un acte avec une valeur monétaire fixée selon les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux. Selon l'acte la lettre clé varie.

Le coefficient est défini comme la valeur relative de chaque acte professionnel.

A cela peut s'ajouter des codes modificateurs qui permettent une majoration des tarifs selon certains critères.

Cette liste fait également l'objet de procédure de mise à jour.

2. Histoire de la nomenclature médicale et de la médecine libérale en France à travers les conventions

On ne pourrait étudier la genèse de la nomenclature médicale sans aborder le syndicalisme médical en France, défenseur de la médecine libérale. (24) (25)

La matrice des syndicats médicaux a vu le jour par la revue le Concours Médical en 1881 avec l'établissement de quatre notions : établissement d'un tarif d'honoraires, leur recouvrement, la révision de la législation et la lutte contre l'exercice illégale.

Ces notions ont été le cœur de défense des syndicats médicaux constitués autour de l'Union des syndicats médicaux français (USMF), à l'époque, face à l'émergence des mutuelles, le rapport aux caisses et à la pratique illégale de la médecine.

Ils ont défendu les intérêts économiques de la profession, l'indépendance de la profession et acquis le monopole sur l'exercice des soins. (25)

Une scission s'est opérée au sein de l'Union vis-à-vis du rapport aux assurances sociales ce qui donna naissance à la Fédération Nationale des Syndicats de Médecins de France après la première guerre mondiale.

Les fondations de la médecine libérale actuelle reposent sur la charte de 1927 lors du congrès des syndicats médicaux porté par la Fédération. Elle présentait 7 principes : (2)

- libre choix du médecin par son malade,
- respect du secret professionnel,
- liberté de prescription,
- liberté d'installation,
- le paiement à l'acte par le malade sur le principe d'une libre entente sur les tarifs,
- le contrôle des malades par la caisse et celui des médecins par les syndicats et la commission médicale d'arbitrage,
- représentation des syndicats de médecins au sein des caisses.

Ce cinquième point a conduit au développement du paiement à l'acte comme principal mode de rémunération des médecins généralistes.

Le tarif de la consultation correspondait à la somme des actes médicaux réalisés, peu régulés à l'époque.

Le tarif des actes a été encadré par la création de la Sécurité Sociale le 19 octobre 1945 avec l'ordonnance numéro 45/2454. (26) (27)

La Sécurité Sociale inspiré du modèle Bismarckien était obligatoire et universelle. Elle a inscrit le remboursement des actes médicaux des assurés sociaux avec négociations des tarifs lors de conventions départementales annuelles entre celle-ci et les représentants des médecins. La première nomenclature a ainsi vu le jour. (28)

Il y avait cependant de fortes disparités de tarifs entre départements.

L'Assurance Maladie a mis en place le conventionnement des médecins en 1960, refusé par une partie des médecins.

Cela a permis de plafonner les actes, dit opposables, en contrepartie d'avantages sociaux pour le médecin conventionné et du remboursement des patients.

Plus tard, en 1980, le conventionnement s'est élargi aux autres médecins qui l'avaient refusé initialement par la création d'un deuxième secteur conventionnel lors de la troisième convention nationale. Ce deuxième secteur n'offrait pas droit aux avantages sociaux contre des tarifs libres. (28)

Finalement, la première convention nationale de 1972 (Loi du 3 février 1971) a mis en place la première nomenclature nationale, la NGAP, qui organisait le tarif des actes au niveau nationale entre les syndicats des médecins libéraux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) (22).

Elle définissait à l'époque l'ensemble des actes possibles et de leurs tarifs opposables pris en charge par l'Assurance Maladie et fixant la rémunération des médecins généralistes libéraux.

Elle a permis de garantir une égalité dans l'accès aux soins pour les assurés.

La convention nationale devait être valable pour une durée de 5 ans.

En 1985, une autre nomenclature a vu le jour : le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM).

Elle était utilisée dans le cadre de la PMSI, dans le secteur hospitalier.

Puis lors de la convention nationale de 2005, la NGAP et le CdAM sont remplacés par la CCAM et NGAP dite résiduelle. (23)

Depuis 2016, l'ensemble des tarifs opposables modernes sont décrits au sein de la NGAP, essentiellement des actes médicaux, et au sein de la CCAM, essentiellement des actes techniques. (29)

Leur liste est exhaustive et évolutive.

Ainsi les conventions nationales ont fixé le tarif des actes des médecins libéraux depuis 1971 par les nomenclatures.

3. Intérêt du paiement à l'acte

Le paiement à l'acte est une rémunération basée sur le nombre d'acte du médecin, qu'il soit médical ou technique, organisé respectivement au sein de la NGAP ou de la CCAM. (1)

C'est le mode historique de rémunération des médecins libéraux et le plébiscitent encore. (30)

Il est reconnu pour augmenter la productivité des médecins car la rémunération est basée sur l'acte et donc le nombre de consultations. Cela a donc un effet incitatif. (2)

Il permet d'augmenter l'offre de soins selon deux leviers : diminuer la durée de la consultation ou augmenter le temps de travail. Quand on associe les deux, on parle d'effet revenu.

En pénurie de médecin, il permet donc d'augmenter l'offre de soin.

Cet effet incitatif a également un effet décrié, connu empiriquement.

Si la demande de soin baisse dans une zone à forte densité médicale, le médecin peut augmenter artificiellement cette demande en faisant revenir le patient. Il induit la demande ce qui conduit à une surproduction de soins. (2) (4)

Pour éviter cela, l'expertise pourrait être partagée entre le patient et le médecin.

Il est reconnu que ce mode augmente les dépenses de soins par rapport aux autres modes de rémunération, sans évaluation précise sur un effet négatif ou positif sur la qualité des soins.

On peut soulever un autre effet controversé sur la qualité ressentie des soins car la durée de la consultation est intimement liée à cette forme de qualité. Si on diminue celle-ci pour la productivité, la qualité ressentie peut s'en trouver amoindrie.

En termes de santé publique, le paiement à l'acte conventionné autour des listes de la CCAM et de la NGAP est un outil statistique pertinent d'observation des pratiques pour les pouvoirs publics. (18) Les actes sont codés comme expliqués précédemment et fournissent une information détaillée.

Il permet d'orienter des actions de politiques de santé afin d'améliorer l'offre de soins d'où les nomenclatures évolutives.

Afin de favoriser le dépistage du cancer du col de l'utérus, les médecins ont pu cumuler l'acte de consultation avec l'acte technique JKHD001 dès 2011. (31)

Enfin, il valorise la compétence du médecin par la pléthore d'actes possibles au sein des deux nomenclatures, qui ne sont pas théoriquement figées face à l'évolution des pratiques.

Elle a permis de donner une place primordiale d'accès aux soins primaires par le médecin généraliste à travers les cotations possibles. (29)

III. Autres modes de rémunérations du médecin généraliste en France

1. Salariat

Le salariat est une rémunération basée sur un temps de travail donné. Il ne prend pas en compte l'intensité de l'activité en termes d'actes et de patients vus. (1) Le revenu est donc garanti.

Il n'incite pas à la productivité.

On peut y voir un avantage par le fait d'éviter une demande induite qui augmenterait artificiellement les dépenses de soins en cas d'une diminution de la demande de soins et en absence de clientélisme. On peut y voir aussi un inconvénient car il diminuerait l'offre de soin avec un nombre moindre de patients vus. (3)

Le médecin salarié n'est pas incité à augmenter l'intensité de son travail car non objectivé par un tiers ou non rémunéré, et peut au contraire la diminuer. (5)

Il n'a jamais été établi une différence significative sur la qualité des soins avec cette rémunération.

C'est la rémunération en France des médecins généraliste travaillant au sein des centres de santé de certaines structures d'exercice particulier (société d'exercice libérale).

Il attire les jeunes médecins devant une meilleure qualité de vie et une déconnexion de la rémunération à l'acte médical. (4)

2. Capitation

La capitation est une rémunération basée sur le nombre de patients suivis à son cabinet sur une période donnée et selon leurs caractéristiques socio-démographiques. (1)

Cette rémunération ne prend pas en compte le volume de soins en actes.

Il pousse à la productivité en mettant l'accent sur la prévention pour diminuer le nombre de consultation par patient : il faut voir les patients le moins souvent possible. (4)

En termes de prévention, il offre parmi les modes de rémunération une incitation plus marquée pour la prévention. (32)

Il expose le médecin au risque de concurrence, et donc de satisfaire aux demandes du patient pour ne pas perdre sa patientèle sur lequel dépend son forfait.

Cela peut aboutir également soit à sélectionner ses patients, en évitant les patients à pathologies lourdes, soit à les adresser trop rapidement aux spécialistes ou à l'hôpital. (2) (3)

Pour éviter une sélection des patients et un forfait inadapté pour les patients à pathologies lourdes, un ajustement est nécessaire sur les caractéristiques socio-démographiques. On parle de capitation pondérée.

Ce mode de rémunération permet de diminuer les dépenses de soins de 20% par rapport au paiement à l'acte. (2)

3. Mode de rémunération complémentaire du médecin généraliste libéral : Forfait et paiement à la performance

L'objectif des rémunérations complémentaires est d'uniformiser et d'améliorer les pratiques selon les dernières recommandations (Evidence-Based Medecine) et d'accroître l'efficience

des soins avec réduction des coûts mais aucune des revues scientifiques n'ont permis d'évaluer strictement un effet négatif ou positif autant sur le plan économique que qualitatif des soins. (2) (3) (33)

En 2010, une méta-analyse a montré une efficacité variable de négative à positive des programmes P4P avec une prudence d'interprétation des preuves nombreuses sur l'efficacité clinique et l'équité des soins. (34)

En France, ils ont vu le jour à la suite de l'analyse des expérimentations faites à l'étranger, dont le Royaume-Uni et les Etats-Unis sans en faire une transposition totale. (3) (35)

Le paiement à l'acte devait logiquement s'accompagner de forfait et de P4P avec une refonte du système de santé et sa structure territoriale.

Le forfait est apparu au cours de la convention de 1998, après négociations entre le syndicat MG France et les caisses. (2)

La rémunération forfaitaire fonctionne selon le modèle de la capitation.

Il a été introduit dans un premier temps par le forfait médecin référent qui offrait une rémunération forfaitaire par patient.

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

Le paiement à la performance est apparu en 2009, sur la base du volontariat, par le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi). Ce système a permis d'expérimenter le paiement à la performance avant sa généralisation.

Le médecin perçoit ainsi un forfait selon les objectifs atteints prédéfinis.

Il a été remplacé et généralisé par inclusion d'office malgré la faible proportion à avoir participer au Capi en 2011 par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). (31)

Les indicateurs du ROSP ont été revus et modernisés à plusieurs reprises depuis sa création.

La dernière convention de 2016 (29) ajustée par des modifications en 2018 (36) comprend ainsi :

- forfait patientèle médecin traitant (FPMT) qui englobe tous les patients suivis par le médecin traitant en tenant compte des caractéristiques selon l'âge, la pathologie pour le calcul. Une majoration est réalisée selon la part de patients bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire avec un plafond à 25%.

- forfait structure qui englobe la gestion du cabinet. Il est organisé en 2 volets avec l'équipement du cabinet et les démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients.
Ainsi 12 indicateurs sont répartis dans les deux volets et représentent 735 points en pour un gain de 5 145^e maximum.
- Majoration personnes âgées qui prend en compte les patients de plus de 80 ans dont le médecin n'est pas le médecin traitant.
- la ROSP, qui évalue la qualité de la pratique médicale par des indicateurs.
Il existe la ROSP médecin traitant adulte et enfant.
 - ROSP médecin traitant de l'adulte organisés en 3 volets : suivi des maladies chroniques, prévention, optimisation et efficacité des prescriptions.
Il existe 29 indicateurs pour un total de 940 points soit un gain maximal de 6 580^e
 - ROSP médecin traitant de l'enfant organisé en en 2 volets : suivi des pathologies chroniques et prévention. Il existe 10 indicateurs pour un total de 305 points soit un gain maximal de 2 135^e

L'évaluation de la ROSP de 2018 selon la CNAM suggère une bonne évolution des pratiques selon les indicateurs avec une augmentation de la rémunération des médecins. (37)

En 2017, les forfaits représentaient 13% de la rémunération des médecins généralistes libéraux selon la CNAM. (38) Ce pourcentage est remis en question par le syndicat UFML (33).

Ce mode de rémunération complémentaire est voué selon la CNAM à prendre une part significative dans la rémunération du médecin généraliste libéral mais il persiste une réticence à ce mode de rémunération au nom de l'indépendance de la profession et de sa réelle pertinence.

A partir de 2019, les forfaits pathologies chroniques dont la maladie rénale chronique et le diabète, autre pierre angulaire de la diversification des modes de rémunérations, sont mis en place. (3)

Ce mode de rémunération complémentaire est cependant plébiscité par les nouvelles générations et s'inscrit progressivement dans le paysage des médecins libéraux, avec ou sans eux. (39) (40)

IV. Mode de rémunération à l'étranger du médecin généraliste

Les modes de rémunérations diffèrent d'un pays à l'autre selon le payeur (système national de santé ou assurance obligatoire ou assurances privées) mais tous ont en commun une diversification des modes de rémunération des médecins. (1)

Il n'existe pas de système préférentiel pour l'efficacité des soins et la qualité, chaque système a un impact sur les comportements avec des inconvénients. (3)

Cependant tous les pays s'accordent pour la mise en pratique de paiement à la performance sauf l'Allemagne. (41)

Comme vu précédemment, la France sous l'égide de l'assurance maladie rémunère principalement les médecins généralistes libéraux par le paiement à l'acte associé à des forfaits et un paiement à la performance pour favoriser l'efficacité et la qualité des soins. (2)

Sans être exhaustif, voici quelques autres pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) ayant des modes de rémunération différents.

1. Le Royaume-Uni

Le système de santé publique du Royaume-Uni s'organise autour d'un système de santé nationale, le National Health Service (NHS), qui est financé majoritairement par les impôts. Identique sur le plan du fonctionnement, il en existe un pour chaque nation propre du Royaume-Uni.

Une souscription à une assurance maladie privée est possible.

Il permet à tous l'accès aux soins gratuitement sauf pour les soins dentaires, ophtalmologiques et les médicaments. (42)

La quasi-totalité des médecins dont les médecins généralistes travaillent pour la NHS.

Les médecins généralistes travaillent principalement dans des centres de santé souvent pluridisciplinaires. 85% d'entre eux, travailleurs indépendants, ont un contrat avec la NHS et sont rémunérés par capitation avec du paiement à l'acte, du paiement à la performance et autres. (1) (43)

Seulement 15% des médecins généralistes sont salariés de la NHS, qui est en augmentation croissante (44).

Ainsi le mode de rémunération des médecins généralistes allie capitation avec paiement à la performance principalement ou salariat. (4)

Le paiement à la performance, initié avec un succès mitigé en 2004 par la Quality and Outcomes Framework (QOF) (35), fait également parti des objectifs de la Health and Social Care Act 2012. Il vise à passer d'un financement à la production à un financement à la performance, basés sur des indicateurs de résultats. (43)

2. L'Allemagne

Le système de santé allemand s'organise depuis 2009 autour d'un système dual d'assurance maladie, obligatoire : public ou privé. (45) Ils sont financés par les cotisations, gérées par le gouvernement qui les redistribue.

Alors que l'assurance maladie publique est accessible à tous, celles privées sont soumises à certaines conditions. (46)

Une assurance complémentaire peut être contractée.

La plupart des médecins généralistes conventionnés sont libéraux et adhèrent à une union régionale de médecins. Ils travaillent la plupart seuls. (1)

Les caisses d'assurance maladie rémunèrent les unions régionales de médecins par une enveloppe budgétaire, après négociation collective du budget selon l'utilisation des ressources de l'année précédente. (47)

La répartition entre médecin se fait par paiement à l'acte qui dépend de l'activité du médecin, en respectant un plafond d'activité spécifique à chaque médecin. (45)

Au-delà d'un certain nombre d'actes remboursables, les tarifs sont dégressifs. Ainsi, il n'y a pas de limite dans le nombre de services remboursables.

A cela s'ajoute des rémunérations forfaitaires spécifiques minoritaires.

L'Allemagne présente un système de rémunération avec un paiement à l'acte plafonné et des rémunérations forfaitaires. (44)

3. Les Pays-Bas

Le système de santé des Pays-Bas s'érige autour de l'assurance maladie obligatoire depuis 2006 parmi les assurances privées et publiques. (3) (45) Elle peut être complétée par une assurance complémentaire.

L'Etat s'est progressivement retiré du rôle de gestion du soin avec l'assurance sociale santé publique à la suite des réformes de 2006 et 2014 pour se cantonner à certains assurés.

La majorité des médecins généralistes travaillent en groupe en libéral. (48)

Le cabinet est rémunéré à part égale par de la capitation et du paiement à l'acte. De plus la structure peut percevoir un forfait appelé chaîne de soins pour certaines pathologies chroniques (diabète par exemple) et un budget pour la permanence des soins, ... Certaines rémunérations sont négociées avec l'assurance maladie si cela accroît l'efficacité des soins (elle représente 8 à 12% des revenus). (44)

Les médecins généralistes considérés comme travailleurs indépendants, se partagent les revenus du cabinet. (1)

Il existe une part moindre (12%) de médecins généralistes salariés des médecins généralistes indépendants.

Les Pays-Bas ont un mode de rémunération des médecins généralistes basée sur une part importante de capitation pondérée associée à du paiement à l'acte et une part minoritaire de frais de soins intégrés. La part de rémunération par salariat est moindre. (4)

4. Les Etats-Unis

Il existe un système de santé complexe aux Etats-Unis (45) : assurances maladies publiques telles que Medicare (pour les plus de 65 ans et les personnes gravement handicapées) et Medicaid (pour familles pauvres avec enfants) et principalement les assurances maladies privées (67.5% de la population américaine) organisées en Health Maintenance Organizations, Preferred Provider Organizations et les Indemnity Insurances. (49)

Depuis 2014 avec l'introduction de « l'Affordable Care Act », il est devenu obligatoire de s'assurer.

Aux USA, tous les modes de rémunération sont présents de manière significative. (4)

On remarque une évolution des modes de rémunérations vers une part importante de paiement à la performance qui valorise les performances cliniques (satisfaction des patients, efficacité des pratiques en terme de prévention et de suivi des maladies chroniques, incitation à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information,...) par les assureurs privés et le Medicare (35)

Avec la Medicare Access and Children's Health Insurance Reauthorization Act of 2015, les médecins sont plus incités à participer à des modes rémunération complémentaires tel que le paiement à la performance. (50)

En termes de structure des soins, il existe une évolution de l'activité des médecins vers les « Health Maintenance Organizations » dont les médecins sont salariés. Ce sont des structures de soins intégrés.

INTRODUCTION

Il existe différents modes de rémunération pour les systèmes de santé : le salariat, la capitation et le paiement à l'acte.

La France présente un système de rémunération mixtes avec pour le médecin libéral le paiement à l'acte comme principal mode de rémunération. (4)

Ce mode de rémunération est historique et plébiscité par le médecin généraliste libéral. (30)

Pour ce faire, le médecin conventionné réalise l'acte et code celui-ci. Il est payé par l'Assurance Maladie selon les nomenclatures : la NGAP et la CCAM.

Il faut donc coder correctement pour que le codage reflète au mieux la pratique.

Le codage des actes médicaux, outil statistique pertinent (18), permet de valoriser le travail du médecin et d'orienter des actions pour optimiser l'offre, la qualité et la pertinence des soins.

Cependant l'évolution rapide des nomenclatures au cours des Conventions (29) et sa complexité entraînent une méconnaissance.

Peu d'études se sont penchées sur la nomenclature médicale et plus particulièrement sa connaissance.

La plupart des études ont moins de 5 ans.

La thèse récente du Dr René en 2019 sur la nomenclature médicale a montré que les médecins généralistes libéraux des Midi-Pyrénées ne la connaissaient pas de manière optimale. (51) Cette méconnaissance est variable selon l'âge du praticien et son activité.

Ce travail quantitatif à travers un questionnaire type question à choix multiples (QCM) sur différents actes réalisés en pratique courante a permis d'aboutir à une moyenne 9.19/15 +/- 2.34 avec une note minimale à 2/15 et une note maximale à 14/15.

Cela aboutit à ne pas valoriser la pratique et même à délaisser certains actes techniques jugés chronophages (52).

Elle aboutit également à une mauvaise valorisation de la profession. (30)

On peut se référer également aux thèses du Dr Peltier, du Dr Poissonnet et mon étude récente qui ont identifié aux niveaux régional et national des freins. (53) (54) (55)

Il ressortait que la complexité de coder et le manque de formation faisaient partie des principaux freins. Ces freins variaient en fonction de l'âge, du type d'activités, etc...

Des moyens ont pourtant été mis en œuvre pour aider le praticien à coder.

On peut se poser la question de la pertinence de ces moyens au vu de la difficulté encore actuelle de coder de manière optimale.

Il n'existe pas d'étude sur la pratique réelle du codage des actes médicaux par le généraliste libéral.

Ainsi, j'ai réalisé une étude complémentaire sur la connaissance et l'application des principales cotations médicales par le médecin généraliste libéral dans les Bouches-du-Rhône.

L'objectif était d'évaluer en pratique l'utilisation de la nomenclature médicale des principaux actes par les médecins généralistes installés dans les Bouches-du-Rhône et secondairement, d'étudier la connaissance de ces actes et les freins au codage des actes médicaux.

MATERIEL ET METHODES

I. Présentation de l'étude

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, déclarative et transversale. (56)

Elle se basait sur un auto-questionnaire type questionnaire à choix unique et à choix multiple envoyé par mail électronique.

Les résultats étaient anonymisés.

Le but de l'étude était d'évaluer en pratique l'utilisation de la nomenclature médicale des principaux actes par les médecins généralistes installés des Bouches-du-Rhône et secondairement, d'étudier la connaissance de ces actes et les freins au codage des actes médicaux.

2. Population cible

La population cible de l'étude était l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés des Bouches-du-Rhône.

Les critères d'inclusions étaient : les médecins ayant une activité libérale, généralistes, thésés, installés dans le département des Bouches-du-Rhône depuis le 1^{er} janvier 2020.

Ont été exclus les médecins :

-non thésés

-non installés dans le département des Bouches-du-Rhône

-pratiquant une spécialité autre que médecine générale

-ne travaillant pas en secteur libéral

II. Bibliographie

La recherche bibliographique s'est effectuée avec les moteurs de recherche bu.univ-amu , Medline, le catalogue Sudoc, em-consult, et le CAIRN.

Les mots clés utilisés avec équivalents en anglais étaient : cotations / nomenclature médicales / rémunérations / CCAM / NGAP / paiement à l'acte / tarification / acte / codage / honoraires / argent / médecine générale / généraliste / libérale / histoire de la nomenclature / France / étranger...

Le site de l'Assurance Maladie (Ameli.fr), de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), du Ministère des Solidarités et de la Santé, de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) ainsi que de divers syndicats dont MG France et Union Régionale des Professionnels de Santé de Médecins Libéraux Provence-Alpes-Côte d'Azur (URPS-ML PACA) ont été consulté.

III. Choix méthodologique

1. Elaboration du questionnaire

L'auto-questionnaire, anonymisé, comportait 37 items au sein de 5 groupes de questions.

Il y avait 36 items obligatoires dont 3 items conditionnels, à remplir selon le choix de la réponse à la question précédente.

La dernière question était optionnelle et demandait l'adresse mail des participants afin de fournir les résultats de l'étude.

On ne pouvait changer de groupe de questions sans avoir répondu au préalable aux questions obligatoires. Cela était automatiquement notifié par le logiciel avec la question à remplir.

Les réponses étaient sous forme de cases à cocher sauf pour la partie deux avec la disposition sous forme de menu déroulant.

Dans certains items une réponse ouverte était disponible afin de palier à des informations non exhaustives lors de la réalisation du questionnaire (réponse type Autre).

Un avis d'un médecin de santé publique a été demandé pour la formulation des questions et des réponses.

Le contenu du questionnaire s'est basé sur plusieurs articles de thèses étudiant les cotations médicales et plus particulièrement l'évaluation des connaissances et les freins au codage. (51) (54) (53)

Le choix des questions portant sur les principaux actes médicaux réalisées en cabinet de médecine générale s'est basé sur les travaux du Dr René qui avait choisi des questions à choix multiples pour l'évaluation des connaissances du codage des actes en définissant une situation clinique.

Deux problématiques se sont posées :

-quantifier la pratique du codage des actes en distinguant si l'acte était réalisé ou pas, si le codage de l'acte était connu ou pas, et cela de manière rétrospective.

-identifier des actes représentatifs de la pratique du médecin généraliste libéral installé, en abordant un champ large de pratiques possibles.

Après analyse de la littérature scientifique (51) (52) (18) (57) (7) (2) , plusieurs actes ont été identifiés parmi la CCAM et NGAP autour de 3 champs :

-consultations en cabinet (NGAP)

-visites à domicile (NGAP)

-actes techniques au cabinet (CCAM)

13 actes avec leurs cotations ont été choisis.

Pour la visite à domicile, les sutures et/ou parages et la majoration de garde, leurs définitions ont été larges pour englober toutes les situations.

Ces questions n'étaient pas exhaustives de la pratique mais offraient un panel original et représentatif de pratiques par le généraliste installé.

Une fois les cotations identifiées, il était important de savoir et de distinguer au cabinet des actes non connus ou des actes non réalisés. La première question de cette partie permettait

d'y répondre avec une redondance de cette information dans chaque item de cotation par une réponse expliquant qu'il ne pratiquait pas l'acte en question.

Pour le codage qu'il ne connaissait pas, la réponse 0 était défini.

Toutes les autres réponses de 1 à 10 permettaient d'établir la pratique de la cotation parmi l'évaluation des dix dernières consultations avec l'acte.

Le choix des freins au codage des actes s'est fait devant la pertinence, la clarté et la redondance de freins cités. (53) (54)

L'oubli et la complexité n'ont pas été relevés car ils n'apportaient aucune donnée pertinente.

Ont été retenu :

- le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes ;
- peur de rejet ou de pénalité de la part de l'Assurance Maladie ;
- manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux ;
- appréhension de la réaction des patients non informés du tarif au préalable ;
- tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués ;
- manque d'optimisation du logiciel médical informatique ;
- manque de temps ;

Une réponse ouverte a été ajoutée (Autre) pour étoffer le choix des freins qui n'étaient pas exhaustifs à mon sens.

Le questionnaire se présentait sous 5 parties : (Annexe 1)

- la première partie du questionnaire (Profil du participant) comportait des données épidémiologiques de l'échantillon : sexe, âge, durée d'installation, lieu d'installation, type d'installation, présence d'horaires élargis, la pratique d'un mode d'exercice particulier exclusif ou non, la participation à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), titre de Maître de Stage Universitaire (MSU), la présence d'un secrétariat et la délégation du codage ou non;

- la deuxième partie du questionnaire (Pratique et connaissance des actes médicaux) portait sur l'auto-évaluation des connaissances sur 13 principales cotations avec au préalable une évaluation de la pratique du médecin.

Le médecin devait estimer de manière rétrospective sur les dix dernières consultations avec l'acte identifié, le nombre de codage exacte réalisé.

Les 13 situations étaient :

- réalisation d'un électrocardiogramme au cabinet ;
- l'examen d'un enfant de moins de six ans ;
- réalisation d'un frottis cervico-vaginal ;
- réalisation de suture et/ou parage ;
- examens obligatoires du nourrisson ;
- examen d'un patient dépressif ;
- visite à domicile ;
- visite à domicile en urgence ;
- consultation d'un patient poly pathologique dans le mois de sa sortie d'hospitalisation par le médecin traitant ;
- visite à domicile d'un patient en soins palliatifs par le médecin traitant ;
- consultation d'un patient hors domicile avec envoi d'un courrier à son médecin traitant ;
- réalisation d'une garde ;
- consultation d'un patient en situation d'urgence avec la réalisation d'un ou de geste(s) technique(s) et d'une surveillance prolongée.

- la troisième partie du questionnaire (Freins à la cotation des actes médicaux) comportait les données sur les freins pour le codage des actes médicaux et savoir si un frein au codage pouvait empêcher de réaliser un acte.

Chaque médecin avait la possibilité de choisir au maximum 4 freins au codage parmi la liste précédemment citée.

- la quatrième partie du questionnaire (Codage des actes médicaux) comportait des données sur la connaissance de deux nomenclatures, sur la réalisation du codage des actes afin de savoir qui réalisait le codage des actes et, si cette pratique nécessitait une formation ou un outil d'aide au codage des actes.

Une liste d'outil d'aide était proposée :

- paramétrage des codages préférentiels par le logiciel
- plaquette d'aide réalisée par soi-même, un syndicat ou autre organisme
- application mobile
- le site AMELI

Une réponse ouverte a été ajoutée (Autre).

- la cinquième partie du questionnaire a été créée face aux risques d'inclure des médecins ayant des critères d'exclusion. Cette partie servait à les identifier pour les exclure.

2. Validation du questionnaire

Un médecin de santé publique a été sollicité pour la conception et la validation du questionnaire. Des hypothèses ont été définies afin de mener au mieux ce travail.

Le questionnaire a été testé par un échantillon de plusieurs médecins afin d'avoir un avis sur la compréhension, la formulation et la pertinence des questions et des réponses afin de le modifier pour le rendre simple, clair et pertinent.

Le déroulement du questionnaire sur Limesurvey a également été évalué.

Le délai de réalisation du questionnaire n'était pas de plus de 5 minutes.

3. Diffusion du questionnaire

Le logiciel Limesurvey a été utilisé pour créer le questionnaire sous format électronique et le diffuser par voie informatique à la population cible.

Le questionnaire a été diffusée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Bouches-du-Rhône.

La participation était sur la base du volontariat sans aucune rémunération. Le participant était informé au préalable du caractère anonyme et confidentiel des réponses. Les relances dans ce contexte ont été possibles avec le paramétrage du logiciel pour qu'il n'y ait pas de réponses successives d'une même adresse IP grâce à l'activation des cookies.

La diffusion du questionnaire a débuté le 12 février 2020.

Elle devait durer un mois et finir le 13 mars 2020 mais au vu de l'actualité, la diffusion a été prolongée jusqu'au 13 avril avec de multiples relances soit 9 semaines.

IV. Saisie des données, variables et analyses

Le recueil des données et l'analyse de celles-ci ont été faites depuis le transfert des réponses recueillies sur Limesurvey à Excel et sur le logiciel python 3.7 avec l'aide du médecin de santé publique.

Une fiche d'hypothèses et d'orientation d'analyse lui a été fournie. (Annexe 2)

Les variables sont présentées sous forme d'effectif absolu (nombre) et relatif (pourcentage).

La comparaison de deux variables qualitatives a été faite par le test Chi-2 et si l'effectif théorique du tableau de contingence présentait un effectif inférieur à 5, le test non paramétrique de Fisher était réalisé. (58)

Dans tous les cas, la valeur du p est indiquée pour chaque analyse comparative. Lorsque p est supérieur à 0.05 la différence est jugée non significative. Le risque de première espèce alpha est fixé à 5%.

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la pratique du codage des principaux actes réalisés au cabinet du médecin généraliste du département des Bouches-du-Rhône.

Il a été défini en premier lieu les actes que le médecin pratiquait lors de la première question de la partie 2.

Si le médecin ne pratiquait pas l'acte, il était exclu de l'analyse de la pratique du codage qu'il ait répondu « 0 » ou la réponse « je ne fais pas... ».

Cependant si le médecin avait répondu qu'il ne pratiquait pas l'acte mais qu'il codait entre [1 ;10] à cet acte, on considérait qu'il pratiquait l'acte après correction.

La pratique de certains actes (réalisation de frottis, réalisations de gestes techniques en urgence et visite à domicile) a été comparée selon l'âge, le sexe et le lieu d'exercice.

L'analyse de la pratique du codage s'est faite parmi les réponses « [1 ;10] fois » aux questions sur le codage des actes de la partie 2, après l'ajustement.

Pour affiner l'analyse, il a été défini arbitrairement « bon codeur de l'acte » et « mauvais codeur de l'acte ».

Le bon codeur avait répondu à une question « supérieure à 8 » tandis que le mauvais codeur avait répondu « strictement moins de 8 fois » en retirant le « 0 fois », considéré comme une méconnaissance du codage. Toutefois 10 participants ont été exclus des groupes car ils n'avaient pas répondu à au moins un codage d'acte.

L'analyse des groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs » s'est portée sur l'association de pratiquer un ECG, d'examiner un enfant de moins de 6 ans, de réaliser des sutures et/ou parages, l'examen obligatoire du nourrisson, des visites à domicile et des gardes. Les bons codeurs avaient répondu au moins 8 fois à chaque question.

Si le médecin ne pratiquait pas un de ces actes, il n'était pas exclu.

Ces actes ont été choisis car ils étaient les mieux et les plus pratiqués. Ils ont été secondairement comparés et analysés selon les caractéristiques des participants.

Pour les objectifs secondaires :

- L'étude de la connaissance du codage des actes : l'analyse portait sur la méconnaissance au codage de l'acte. Il a été défini comme la « réponse 0 » aux questions de la partie 2. Il était considéré que quelqu'un qui pratiquait le codage le connaissait. Il avait donc mis au moins une fois le bon codage sur les dix derniers pour l'acte.

Il y a eu vérification que le médecin avait bien répondu qu'il pratiquait l'acte dans la première question de la partie 2. Si ce n'était pas le cas, on considérait que le médecin ne pratiquait pas l'acte et on excluait la réponse « 0 ».

- L'étude des freins au codage des actes : les freins ont été dans un premier temps décrits puis analysés selon l'âge. Puis les groupes bons et mauvais codeurs ont été analysés selon les freins.

Enfin, les outils d'aide au codage ont été décrits, puis une analyse univariée a été réalisée parmi les groupes bons et mauvais codeurs par le fait d'utiliser ou non un outil d'aide au codage.

RESULTATS

I. Participation à l'étude

Le questionnaire était destiné aux médecins généralistes libéraux installés des Bouches-du-Rhône soit 2274 médecins généralistes libéraux selon les données de l'Agence Régionale de Santé (ARS) en 2019. (9)

Au cours de la diffusion du questionnaire du 12 février au 13 avril 2020, il y a eu 127 réponses.

Parmi les réponses, 49 ont été exclus car 12 étaient non thésés et 37 n'étaient pas du département.

Au vu des effectifs peu nombreux pour les tranches d'âges supérieures à 45 ans et rendant ininterprétable ces tranches d'âge, ils ont été exclus des analyses soit 4 participants.

Il y a eu donc 74 participants inclus avec 62 réponses complètes.

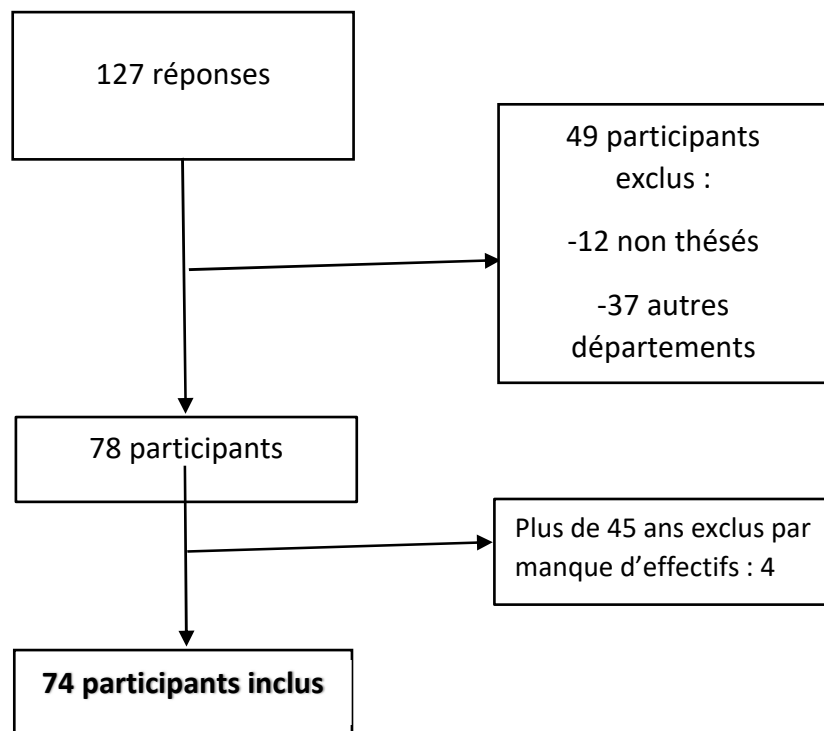


Figure 1 : Organigramme de l'échantillon

Cela correspond à un pourcentage de 3.25% de la population cible.

II. Caractéristiques des participants

Variable	Modalités	Effectifs (%)
Sexe	Féminin	38 (51.4)
	Masculin	36 (48.6)
Age	entre 25 et 34 ans	56 (75.7)
	entre 35 et 44 ans	18 (24.3)
Zone d'exercice	zone rurale	30 (41.1)
	zone urbaine	43 (58.9)
Type d'exercice	Autre	5 (6.9)
	en cabinet de groupe	44 (61.1)
	maison de santé pluridisciplinaire	11 (15.3)
	seul(e)	12 (16.7)
Cabinet à horaires élargis	Non	49 (68.1)
	Oui	23 (31.9)
Pratique d'un exercice particulier	Non	68 (94.4)
	Oui	4 (5.6)
PDSA	Non	33 (45.8)
	Oui	39 (54.2)
MSU	Non	62 (86.1)
	Oui	10 (13.9)
« Bon codeur »	Non	17 (26.6)
	Oui	47 (73.4)

Tableau 1 : Description de l'échantillon des médecins généralistes libéraux installés des Bouches-du-Rhône

1. Sexe

L'échantillon trouvait une part équivalente de médecins de sexe masculin et féminin avec un effectif de 38 participantes et de 36 participants soit respectivement 51.4% et 48.6%.

2. Age

Initialement les effectifs de plus de 45 ans ont été exclus car il n'y avait que 3 médecins pour la tranche d'âge [45 ;54] et 1 pour la tranche d'âge [55 ;64] ce qui rendait l'échantillon représentatif des jeunes médecins.

On retrouvait la majorité des participants dans la tranche d'âge [25 ;34] avec 56 (75.7%).

Ensuite il y avait 18 (24.3%) pour la tranche d'âge [35 ;44].

3. Lieu d'exercice

La majorité des participants étaient installés en zone urbaine avec un effectif de 43 (58.9%).

Il y avait donc 30 (41.1%) participants en zone rurale.

4. Type d'exercice

L'activité principale était en cabinet de groupe avec 44 médecins (61.3%). Puis on retrouvait 11 médecins (15.3%) en maison de santé pluridisciplinaire.

Seule une minorité des médecins de l'échantillon travaillaient seuls : 12 (16.7%).

5 médecins avaient donné un autre type d'exercice assimilé à :

-une activité en groupe : 3 avec « permanence de soins »,

-une activité seule : « mon cabinet » et « solo »

5. Particularités du cabinet et autres types d'activités

Certains cabinets avaient des horaires élargis. Ils étaient 23 (31.9%) sur les 74 médecins participants.

Parmi les autres types d'activités, on remarquait :

-4 médecins avaient un mode d'exercice particulier (5.6%)

-10 médecins étaient MSU (13.6%)

-39 médecins participaient à la permanence des soins ambulatoires (54.2%)

III. Le codage des actes en pratique

1. La pratique des actes médicaux

Les résultats de la pratique des actes au sein de l'échantillon sont présentés dans la figure 1 ci-dessous.

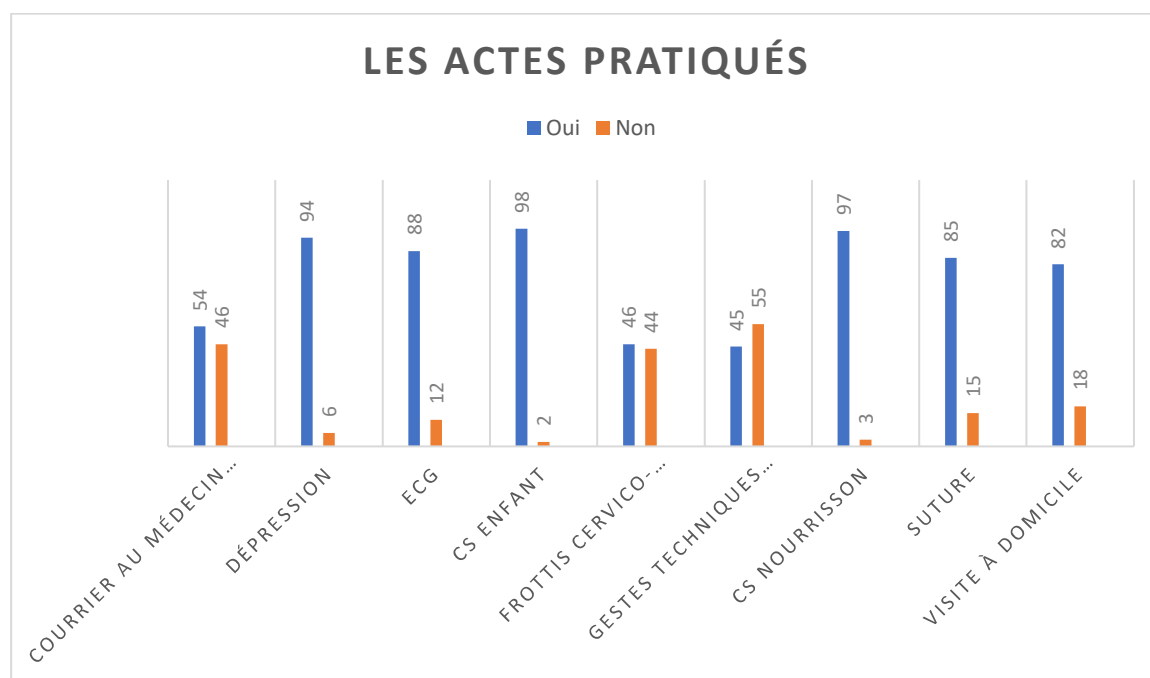


Figure 1 : Résultat à la pratique des actes dans l'échantillon

On retrouvait par ordre décroissant : consultation de l'enfant de moins de 6 ans (64 soit 98%) ; consultation obligatoire du nourrisson (63 soit 97%) ; prise en charge d'une dépression avec échelle d'évaluation (61 soit 94%) ; réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) (57 soit 88%) ; réalisation de sutures (55 soit 85%) ; visites à domicile (53 soit 82%) ; réalisation de courrier au médecin traitant (35 soit 54%) ; réalisation de frottis cervico-vaginal (30 soit 46%) et réalisation de gestes techniques d'urgence (29 soit 45%).

À la suite de ces résultats, une comparaison par graphique a été réalisée selon l'âge, le sexe et le lieu d'exercice (Annexe 3, 4 et 5).

Selon les tranches d'âges, les plus grandes différences étaient pour la réalisation du frottis cervico-vaginal, la réalisation d'ECG et la réalisation de gestes techniques d'urgences. (Annexe 3)

Selon le sexe, les plus grandes différences étaient pour la réalisation du frottis cervico-vaginal, la réalisation de gestes techniques en urgence et la réalisation de visites à domicile. (Annexe 4)

Selon le lieu d'exercice, les plus grandes différences étaient pour la réalisation de courrier au médecin traitant et la réalisation de sutures. (Annexe 5)

Je me suis intéressé aux gestes techniques en urgence selon l'âge, à la réalisation du frottis selon le sexe et aux visites à domicile selon le lieu d'exercice. (Tableau 2 et Annexe 6 et 7)

Un seul des trois résultats a montré une association statistiquement significative : la réalisation de frottis et le sexe féminin.

FROTTIS	NON (%)	OUI (%)
SEXE		
FEMININ	10 (31%)	22 (69%)
MASCULIN	25 (76%)	8 (24%)

p= 0.0008089414179311639

avec p = probabilité p avec seuil significativité < 5% (p-value)

Tableau 2 : Analyse univariée entre la réalisation du frottis et le sexe, test-chi 2

Il y avait 69% des praticiens de sexe féminin soit 22 qui pratiquaient le frottis alors qu'il y avait 24% des praticiens de sexe masculin soit 8 qui le pratiquaient avec $p < 0.001$.

Il y avait une association statistiquement significative entre le fait d'être une praticienne et de réaliser des frottis cervico-vaginaux.

On ne retrouvait pas d'association entre les gestes techniques réalisés en urgence et les tranches d'âges et entre les visites à domicile et le lieu d'exercice ($p > 0.05$). Il n'y avait pas de différence dans leurs répartitions. (Annexe 6 et 7)

2. La connaissance et la pratique du codage des actes

CODAGE DES ACTES (effectif=74)	Nombre de fois NC	Nombre de fois NP	Réponse la plus fréquente	Effectif de la réponse la plus fréquente	Nombre de variables
ECG	2	8	10	31	10
Enfant	0	0	10	48	10
Frottis cervico-vaginal	0	35	NP	35	3
Sutures	2	10	10	35	9
Nourrisson	7	8	10	32	11
Dépression	19	4	NC	19	10
Visite à domicile	4	12	10	43	5
Visite en urgence	19	15	NC	19	10
Sortie d'hospitalisation	11	8	10	16	12
Soins palliatifs	24	17	NC	24	10
Courrier médecin traitant	10	30	NP	30	7
Gardes	5	14	10	40	7
Gestes techniques en urgence	4	36	NP	36	6

NP=non pratiqué ; NC=non connu et qui correspond à la réponse 0. Parmi l'échantillon, 10 effectifs ,avec des données manquantes, ont été exclus. Le nombre de variables prend en comptes réponse de [1 ;10] ; NP ; NC et donnée manquante.

Tableau 3 : Description du codage des actes par les médecins généralistes libéraux

Sur les 13 codages d'actes, il n'y avait pas de distribution Normale avec des diagrammes en boîte à moustaches (Annexe 8), sauf pour le codage des visites pour des patients en soins palliatifs. Cela mettait en évidence un probable biais de mémorisation, avec de nombreuses valeurs aberrantes, rendant les boxplots incomplets voire inexistantes selon les actes. Cela rendait impossible une comparaison de moyennes avec écart-type sur la pratique du codage.

a. La méconnaissance du codage des actes

Il était considéré que si le médecin avait répondu 0 fois pour la réalisation des dix derniers codages adéquats de l'acte, il ne connaissait pas ce codage (NC).

On retrouvait 3 actes pour lesquels le codage était le moins connu : (Tableau 4)

-VL+MD : visite à domicile d'un patient en soins palliatifs dont je suis le médecin traitant avec 24 médecins (42.1% de l'effectif pratiquant l'acte)

-VGS+MU : visite à domicile en urgence avec 19 médecins. (38.8% de l'effectif pratiquant l'acte)

- ALQP003 : consultation d'un patient anxiodépressif avec l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la dépression. Il y avait 19 médecins. (31.7% de l'effectif pratiquant l'acte)

On retrouvait secondairement :

-G+MSH pour consultation d'un patient polypathologique dans le mois de sa sortie d'hospitalisation avec 11 médecins (19.6%) ;

-G+MCG pour la consultation d'un patient hors domicile avec réalisation d'un courrier pour son médecin traitant avec 10 médecins (29.4%) et le codage ;

-COE pour l'examen obligatoire du nourrisson avec 7 médecins (12.5%) ;

-YYYY010 pour la consultation d'un patient en situation d'urgence avec la réalisation d'un ou de geste(s) technique(s) pour 4 médecins (14.3%).

Le codage des actes les mieux connus avec aucun médecin ayant répondu 0 fois était :

-le codage pour les enfants de moins de 6 ans avec G+MEG ;

-la réalisation d'un frottis cervico-vaginal avec G+JKHD001.

Il y avait eu moins de 5 médecins ne connaissant pas le codage de l'ECG (3.6%), de la suture et/ou parage selon la localisation, la profondeur et l'horaire (3.7%), d'une majoration de garde selon l'heure, le type de jour et si régulé par le centre 15 (10%) ou pas et la visite à domicile (7.7%).

CODAGE DES ACTES (n=effectif l'acte)	Méconnaissance du codage n(%)
ECG (n=56)	2 (3.6)
Enfant(n=64)	0
Frottis cervico- vaginal(n=27)	0
Suture (n=54)	2 (3.7)
Nourrisson (n=56)	7 (12.5%)
Dépression (n=60)	19 (31.7)
Visite à domicile (n=52)	4 (7.7)
Visite en urgence (n=49)	19 (38.8)
Sortie d'hospitalisation (n=56)	11 (19.6)
Soins palliatifs (n=57)	24 (42.1)
Courrier médecin traitant (n=34)	10 (29.4)
Garde (n=50)	5 (10)
Gestes techniques en urgence (n=28)	4 (14.3)

Parmi l'échantillon, 10 effectifs avec données manquantes ont été exclus.

Tableau 4 : Description de la méconnaissance du codage chez les médecins généralistes libéraux

b. La pratique du codage des actes

J'avais émis l'hypothèse que la réalisation d'un ECG, l'examen d'un enfant de moins de 6 ans, l'examen obligatoire du nourrisson et la visite à domicile étaient les mieux codés.

Utiliser exactement le codage adéquat à l'acte correspondait à la « réponse 10 fois ».

Il fallait également prendre en compte que chaque codage n'avait pas le même effectif de médecins réalisant l'acte.

On retrouvait ainsi par ordre décroissant 7 codages pour lesquels la réponse 10 fois avait été la plus fréquente : (Tableau 5)

-l'examen d'un enfant de moins de 6 ans avec 48 médecins de l'échantillon ayant mis systématiquement G+MEG. Cela représentait 75% des médecins pratiquant l'acte.

-la visite à domicile avec 43 médecins ayant mis systématiquement VG+MD avec les indemnités kilométriques. Cela représentait 83% des médecins pratiquant l'acte.

-la majoration de garde selon l'heure, le type de jour et si régulé par le centre 15 ou pas avec 40 médecins de l'échantillon. Cela représentait 80% des médecins pratiquant l'acte.

- la suture et/ou parage selon la localisation, la profondeur et l'horaire avec 35 médecins de l'échantillon. Cela représentait 64.8% des médecins pratiquant l'acte.

-l'examen obligatoire du nourrisson avec 32 médecins ayant mis COE. Cela représentait 57.1% des médecins pratiquant l'acte.

-la réalisation d'un ECG avec 31 médecins ayant mis systématiquement G+DEPQ003. Cela représentait 55.4% des médecins pratiquant l'acte.

-la réalisation du frottis cervico-vaginal avec 27 médecins ayant mis systématiquement G+JKHD001. Cela représentait 93% des médecins pratiquant l'acte.

CODAGE DES ACTES (Effectif total pratiquant l'acte)	réponse 10 fois n(%)
ECG (n=56)	31 (55.4)
Enfant(n=64)	48 (75)
Frottis cervico- vaginal(n=27)	27 (93)
Suture (n=54)	35 (64.8)
Nourrisson (n=56)	32 (57.1)
Dépression (n=60)	12 (20)
Visite à domicile (n=52)	43 (83)
Visite en urgence (n=49)	15 (30.6)
Sortie d'hospitalisation (n=56)	16 (28.6)
Soins palliatifs (n=57)	4 (7)
Courrier médecin traitant (n=34)	13 (38.2)
Garde (n=50)	40 (80)
Gestes techniques en urgence (n=28)	15 (53.6)

Parmi l'échantillon, 10 effectifs avec données manquantes ont été exclus.

Tableau 5 : Description de la bonne pratique du codage des actes chez les médecins généralistes libéraux

Les actes pour lesquels les médecins pratiquaient au mieux les cotations adéquates étaient :

- la réalisation du frottis cervico-vaginal (93%) ;
- la visite à domicile (83%) ;

-la réalisation de garde (80%).

On retrouvait secondairement l'examen d'enfant de moins de 6 ans (75%), la réalisation de suture et/ou parage (64.8%), l'examen obligatoire du nourrisson (57.1%), la réalisation d'un ECG (55.4%) et la réalisation de gestes techniques en urgence (53.6%).

Les codages les moins bien pratiqués étaient par ordre décroissant :

-la visite à domicile pour un patient en soins palliatifs (7%) ;

-la consultation d'un patient avec réalisation d'une échelle de dépression (20%) ;

-la consultation d'un patient polyopathologique dans le mois de sa sortie d'hospitalisation (28.6%) ;

-la visite à domicile en urgence (30.6%) ;

-la consultation d'un patient hors domicile avec réalisation d'un courrier à son médecin traitant (38.2%).

3. Analyse selon deux groupes pour 6 codages d'actes fréquents

Selon la définition expliquée, le « bon codeur » était défini comme le médecin ayant eu plus de 8 aux réponses sur le codage des actes les plus fréquents. Le « mauvais codeur » avait répondu strictement moins de 8 à ces questions.

Il y a eu 10 répondants qui n'ont pu être incorporés par manque d'au moins une réponse aux questions sur le codage de ces actes.

Ainsi, il y avait 47 (73.4%) de « bons codeurs » et 17 (26.6%) de « mauvais codeurs ». (Tableau 1)

Quelles étaient les caractéristiques du groupe « bons codeurs » ?

Une analyse a été réalisée selon les données épidémiologiques de l'échantillon. (Tableau 6)

Initialement, j'avais émis l'hypothèse d'une différence selon l'âge mais par le manque d'effectif supérieur à 45 ans, ceux-ci ont été exclus.

Je n'ai pu confirmer ou infirmer mon hypothèse. Je n'ai pas trouvé de différence statistiquement significative entre les tranches [25 ;34[et [35 ;45[, qui restent inférieures à la moyenne d'âge des médecins généraliste d'environ 51 ans.

On ne retrouvait pas de variations d'effectifs et donc de différence selon le sexe, la zone d'exercice, le type d'exercice, le cabinet à horaires élargis et le MEP entre les groupes « bons » et « mauvais » codeurs.

J'avais émis l'hypothèse d'une association entre les « bons codeurs » et être MSU et pratiquer la PDSA.

On retrouvait une association entre les bons codeurs et le fait de pratiquer la PDSA ($p < 0.05$).

Il y avait 13 « mauvais codeurs » et 16 « bons codeurs » qui ne pratiquaient pas la PDSA tandis que 4 « mauvais codeurs » et 31 « bons codeurs » la pratiquaient.

Le fait d'être MSU n'était pas associé au fait de mieux coder ($p = 0.051$) dans l'échantillon.

Variable	Modalités	« Mauvais » Codeur** (n=17)	« Bon » Codeur** (n=47)	p-value (test Chi 2)
Sexe	Féminin(%)	5 (29.4)	27 (57.4)	p = 0.088
	Masculin(%)	12 (70.6)	20 (42.6)	-
Age	25 - 34 ans(%)	15 (88.2)	32 (68.1)	p = 0.198*
	35 - 44 ans(%)	2 (11.8)	15 (31.9)	-
Zone d'exercice	Zone rurale(%)	5 (29.4)	23 (48.9)	p = 0.25
	Zone urbaine(%)	12 (70.6)	24 (51.1)	-
Type d'exercice	Autre(%)	1 (5.9)	3 (6.4)	p = 0.929*
	Cabinet de groupe(%)	10 (58.8)	29 (61.7)	-
	Maison de santé(%) pluridisciplinaire(%)	2 (11.8)	7 (14.9)	-
	Seul(e) (%)	4 (23.5)	8 (17.0)	-
Cabinet à horaires élargis	Non(%)	10 (58.8)	35 (74.5)	p = 0.343
	Oui(%)	7 (41.2)	12 (25.5)	-
Pratique d'un exercice particulier	Non(%)	17 (100.0)	44 (93.6)	p = 0.559*
	Oui(%)	0 (0.0)	3 (6.4)	-
PDSA	Non(%)	13 (76.5)	16 (34.0)	p = 0.005
	Oui(%)	4 (23.5)	31 (66.0)	-
MSU	Non(%)	17 (100.0)	37 (78.7)	p = 0.051*
	Oui(%)	0 (0.0)	10 (21.3)	-

*Test non paramétrique **Un bon codeur est défini par une note moyenne ≥ 8 fois sur 10 pour le codage des actes routiniers (consultations enfant ou nourrisson, ECG, suture, visite, garde). 10 médecins ne répondaient ni aux critères de bons codeurs ni aux critères de mauvais codeurs et ont été exclus.

Tableau 6 : Analyse univariée des groupes « bons » et « mauvais » codeurs selon les données épidémiologiques de l'échantillon

IV. Freins aux codages des actes

1. Analyse descriptive

Les résultats des freins au codage des actes sont présentés dans le tableau 7 et la figure 2 ci-dessous.

Freins à la cotation	Effectifs (%)
le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes	28(45.2)
peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie	20 (32.3)
manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux	4 (6.5)
appréhension de la réaction des patients non-informés du tarif au préalable	38 (61.3)
tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués	18 (29)
manque d'optimisation du logiciel médical informatique	21 (33.9)
manque de temps	24 (38.7)
autres :	13 (20.9)
-«oubli »	9 (14.5)
-« je fais payer le tiers payant pour les cotations spé... »	1 (1.6)
-« cote toujours »	1 (1.6)
-« je cote à chaque fois que je peux »	1 (1.6)
-« pour les ik je n'y pense pas toujours »	1 (1.6)

Tableau 7: Description des freins au codage des actes connus de l'échantillon

Le frein au codage des actes les plus représentés était l'appréhension de la réaction des patients non informés du tarif au préalable (61.3%).

Les autres freins principaux par ordre décroissant étaient :

-le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes (45.2%) ;

-le manque de temps (38.7%).

Puis on retrouvait comme freins : le manque d'optimisation du logiciel médical informatique (33.9%), peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie (32.3%), tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués (29%).

Le frein au codage des actes les moins représentés était le manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux (6.5%).

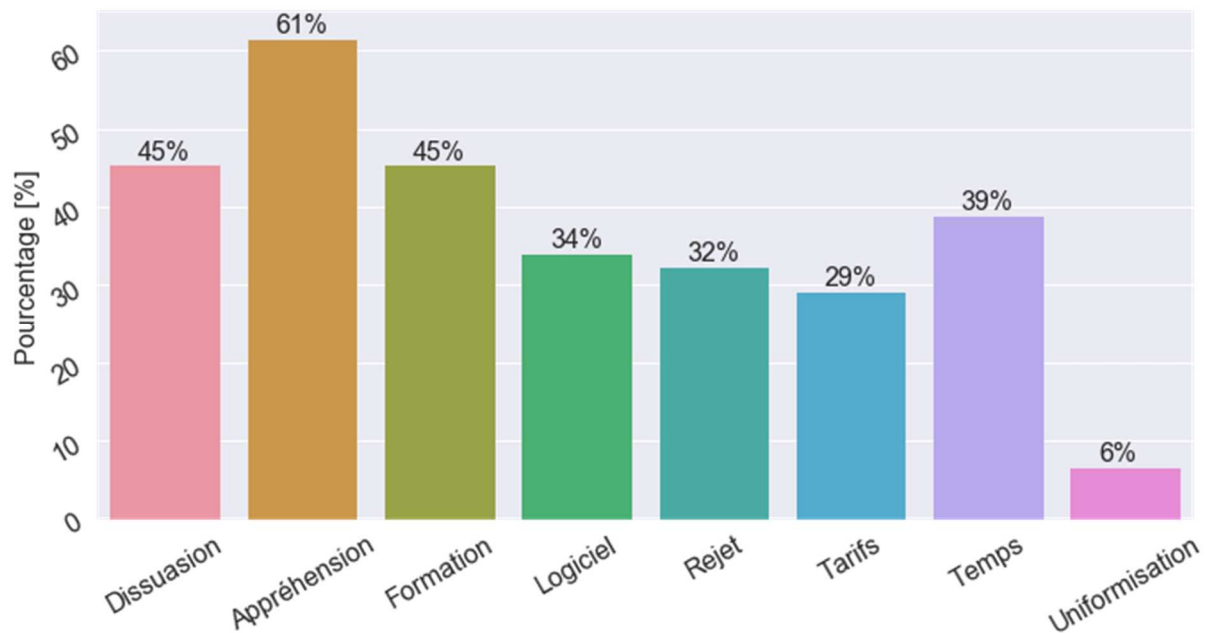


Figure 2: Représentation graphique des freins au codage et de la dissuasion liée aux freins de réaliser certains actes en pratique

13 participants avaient noté dans la réponse libre d'autres freins dont « l'oubli » revenant 9 fois (20.9%). (Tableau 7)

45% des médecins interrogés ont considérés qu'un frein au codage de l'acte pouvait dissuader à réaliser l'acte.

2. Analyse des freins selon l'âge et selon la distinction « bons » et « mauvais » codeurs

a. Analyse des freins selon l'âge

J'avais émis l'hypothèse que l'âge influençait la formation, l'appréhension et les tarifs de certains actes comme freins au codage des actes. Cela étant, les effectifs supérieurs à 45 ont été exclus car peu nombreux et rendant ininterprétables toute comparaison.

Une comparaison par graphique des groupes [25 ;34[et [35 ;45[a été réalisée. (Figure 3)

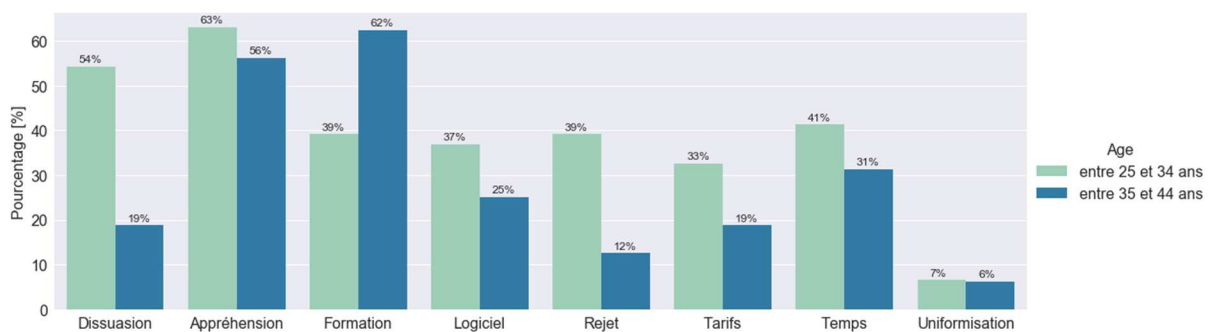


Figure 3: Répartition des tranches d'âges parmi les freins au codage des actes

On retrouvait de fortes différences en termes de proportions pour le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes (39% des moins de 34 ans contre 62% des plus de 35 ans), peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie (39% des moins de 34 ans contre 12% des plus de 35 ans), manque d'optimisation du logiciel médical informatique (37% des moins de 34 ans contre 25% des plus de 35 ans) et tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués (33% des moins de 34 ans contre 19% des plus de 35 ans).

Les proportions étaient plus ou moins équivalentes pour l'appréhension de la réaction des patients non-informé du tarif au préalable (63% des moins de 34 ans et 56% des plus de 35 ans), le manque de temps (41% des moins de 34 ans et 31% des plus de 35 ans) et manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux (7% des moins de 34 ans et 6% des plus de 35 ans).

Les données qualitatives ont été ensuite analysées par test Chi-2 et si non possibles par test de Fisher (Annexe 9).

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative d'un des freins au codage avec une tranche d'âge inférieure à 45 ans.

Il existait une association entre les tranches d'âges et le fait d'être dissuadé de réaliser un acte à cause d'un frein au codage ($p < 0.05$). 54.3% des [25 ;34[ans l'approuvaient contre 18.8% des [35 ;44[ans.

b. Analyse des freins selon les groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs »

J'avais émis l'hypothèse qu'être « bon codeur » influençait le manque de temps comme frein au codage des actes.

Une comparaison par graphique des groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs » a été faite (Figure 4)

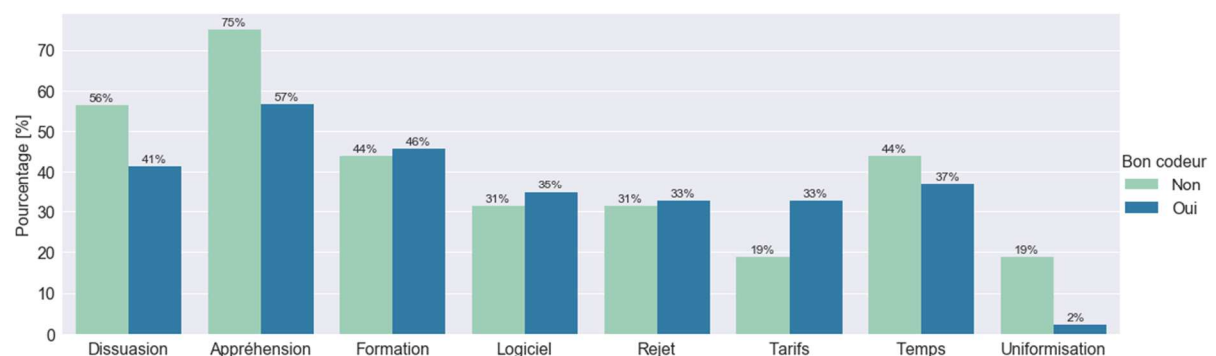


Figure 4: Répartition des « groupes bons et mauvais codeurs » parmi les freins au codage des actes

On retrouvait de fortes différences en termes de proportions pour l'appréhension de la réaction des patients non-informé du tarif au préalable (75% des mauvais codeurs et 57% des bons codeurs), manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux (19% des mauvais codeurs et 2% des bons codeurs) et tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués (19% des mauvais codeurs et 33% des bons codeurs).

Les proportions étaient plus ou moins équivalentes pour, le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes (44% des mauvais codeurs et 46% des bons codeurs), peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie (31% des mauvais codeurs et 33% des bons codeurs), manque d'optimisation du logiciel médical informatique

(31% des mauvais codeurs et 35% des bons codeurs) et le manque de temps (44% des mauvais codeurs et 37% des bons codeurs).

Les données qualitatives ont été ensuite analysées par test Chi-2 et si non possibles par test de Fisher (Annexe 10).

On ne retrouvait pas de différence statistiquement significative d'un frein au codage et le fait d'être bon codeur, mis à part le manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux ($p=0.049$).

V. Les outils d'aide au codage des actes

Les résultats aux réponses sont présentés dans la figure 5 ci-dessous.

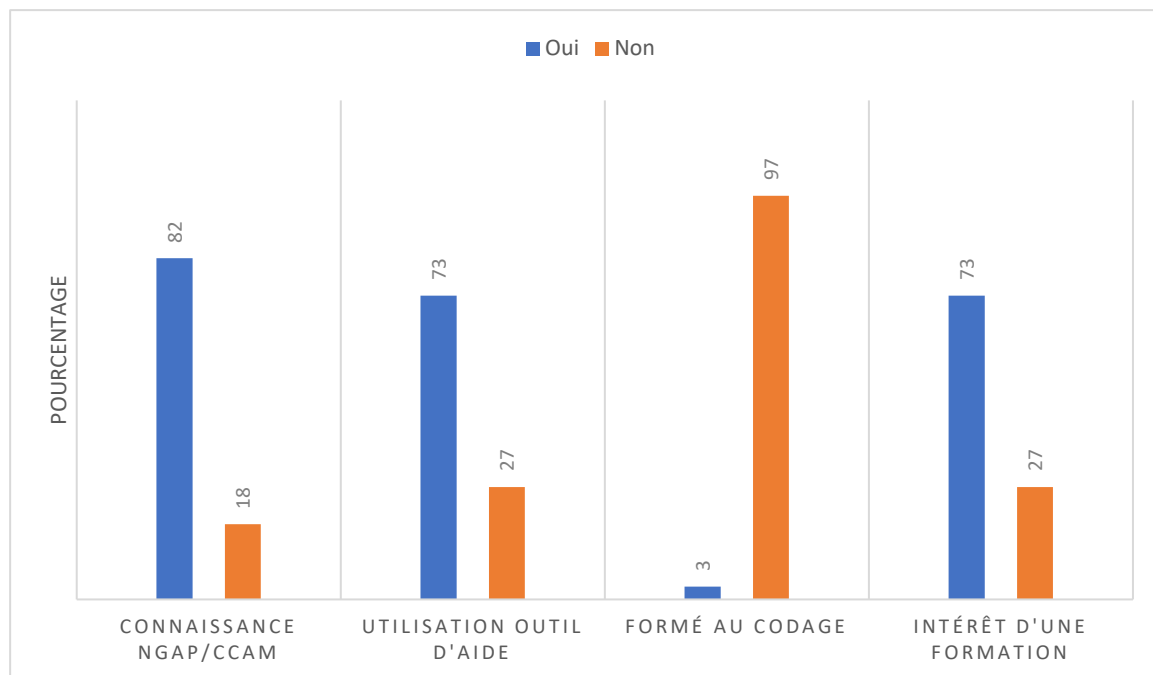


Figure 5: Résultats aux questions portant sur les outils d'aide au codage des actes

La distinction en deux nomenclatures était connue majoritairement (82%) de l'échantillon. Ils étaient 45 participants à utiliser un ou des outils d'aide au codage soit 73%.

Cependant très peu déclaraient avoir reçu une formation sur le codage des actes, seulement 2 soit 3% de l'échantillon. La majorité des participants (45 soit 73%) souhaitaient une formation sur cette thématique.

A noter que la totalité de l'échantillon ne délégait pas le codage des actes à un tiers.

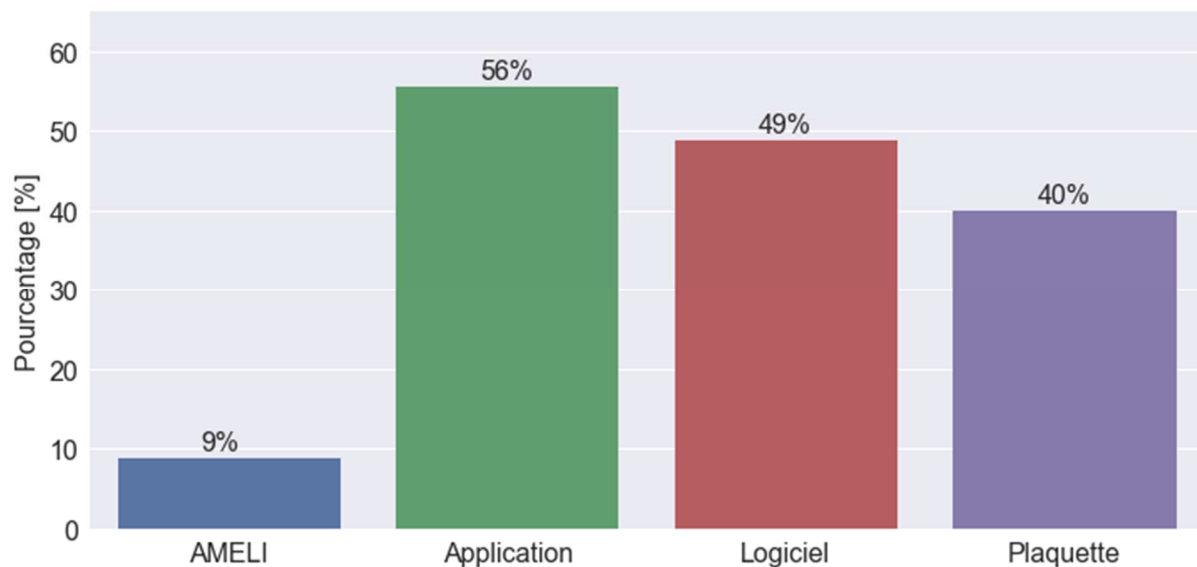


Figure 6: Description des outils d'aide au codage des actes

Parmi les médecins utilisant un ou plusieurs outils d'aide au codage (73% de l'échantillon), on retrouvait par ordre décroissant : application mobile (35 soit 56%), paramétrages préférentiels des codages par le logiciel (35 soit 49%), l'utilisation d'une plaquette d'aide (25 soit 40%) et l'utilisation du site Améli (6 soit 9%).

Deux médecins avaient choisi la réponse libre pour l'outil d'aide qu'ils utilisaient : ils avaient exprimé un outil numérique (« Google » et « internet ») sans donner de détail.

Au début de l'étude j'avais émis l'hypothèse qu'il existait une association entre l'utilisation d'un outil d'aide au codage et être bon codeur. Après analyse par le test de Fisher, ce n'était pas le cas avec $p > 0.05$. (Annexe 11)

DISCUSSION

I. Résultats principaux

1. Représentativité de l'étude

a. Sexe

Le taux de féminisation des médecins généralistes libéraux était de 39.4% dans les Bouches-du-Rhône (9)

Parmi les moins de 40 ans, il représentait 62.1% alors qu'il était de 18.4% parmi les plus de 60 ans.

On retrouve un pourcentage plus élevé (51.4%) de l'échantillon que celui de la population cible. Cela est corrélé probablement à la prépondérance de médecins jeunes de l'échantillon.

b. Age

La moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux actifs était de 51.2 ans en 2018 selon l'étude de la DREES. (7)

Ainsi selon les données de l'ARS de 2019, 52.8% des médecins généralistes libéraux de France avait plus de 55 ans et 55.9% dans le département des Bouches-du-Rhône. (9)

Or j'ai exclu les participants de plus de 45 ans par manque d'effectif. Ils n'étaient que 4. L'explication de cette non-représentativité est due au mode de diffusion qui engendrait un manque d'effectif. Il m'a été difficile de viser ma population cible. Le mode de diffusion par voie électronique sans avoir les adresses mails ont pénalisé mon travail de recherches.

Il se peut également que le contexte exceptionnel pendant la période de diffusion a perturbé mon recrutement.

c. Lieu d'exercice

En considérant selon l'ARS (9), que plus de la moitié (51%) des médecins généralistes libéraux sont situés sur Marseille et Aix-en-Provence, on déduit que la zone urbaine (14) est majoritaire dans les Bouches-du-Rhône.

Dans l'étude, 58.9% de l'échantillon avait une activité en zone urbaine ce qui est similaire à la population cible et probablement surestimé par la population jeune de médecins.

d. Type d'exercice

Depuis 2019, 61% des médecins généralistes libéraux travaillent en groupe. (57)

Cela s'accroît avec un âge jeune du praticien. 81% des moins de 50 ans sont dans ces cas.

Ce pourcentage est cependant variable selon le territoire et est plus faible dans les Bouches-du-Rhône.

Cela est surestimé dans l'échantillon avec seulement 12 des médecins en activité seul, auxquels il faut rajouter 2 médecins l'ayant indirectement dit dans la réponse Autre. Cela fait 18.9%. Il y a donc 81.1% qui ne travaillent pas seul. Il se rapproche en fait des jeunes praticiens.

e. Autres types d'activités

En 2018, il y avait 9 440 MSU. Cela représente 15.9% des médecins généralistes libéraux. (59)
On retrouve un pourcentage de 13.9% parmi l'échantillon qui est équivalent.

En 2020, MG France prédit que le mode d'exercices particuliers concerne 25% des médecins généralistes (11). Ce mode d'exercice est moins représenté dans l'échantillon avec seulement 5.6%. On peut se demander si cette sous-estimation est légitime car certains modes d'exercices particuliers peuvent être exclusifs.

En 2018, selon les données Ordigard, le taux de participation à la permanence des soins ambulatoires s'élevait à 38.6% des médecins généralistes libéraux en France. (60)

L'échantillon présente une participation à la permanence des soins plus élevée avec 54.2% des médecins.

En conclusion, l'échantillon n'est pas représentatif de la population cible mais des jeunes médecins généralistes libéraux des Bouches-du-Rhône.

2. La pratique des actes est hétérogène

Lors de l'étude, il y avait une hétérogénéité des actes pour la médecine générale de ville avec la NGAP et la CCAM, avec la prédominance des actes cliniques de la NGAP (18).

Cette part évolue selon la pratique du médecin en premiers recours (pratique en permanence de soins ambulatoires) ; selon les conditions d'exercice ; selon l'information du patient des actes réalisés et selon la compétence du médecin (pratique d'un exercice particulier). (53)

La consultation classique codée G n'a pas été prise en compte et représente la principale cotation de la NGAP.

Dans l'analyse de la pratique des actes, on retrouvait la consultation d'enfants de moins de 6 ans (98% des participants), la consultation obligatoire du nourrisson (97%) et la visite à domicile (82%) comme principaux actes pratiqués de la NGAP.

Selon une étude sur l'activité et les pratiques du généraliste de 2010 (61), les médecins généralistes libéraux pratiquaient essentiellement des actes cliniques. Ainsi 90% avaient une activité supérieure de consultation et visite à 95% de leur activité totale. Ils pratiquaient plus de consultations (78%) que de visites (22%) et encore plus rarement en institution. Cela est à réactualiser avec l'apparition depuis de nouvelles cotations de la NGAP. Cependant les situations cliniques définies par les nouvelles cotations restent minoritaires.

L'acte faisant parti de la NGAP, le moins pratiqué, était le courrier au médecin traitant quand le patient était hors domicile, par exemple en vacances. (54%) Cet acte est codé depuis peu par MCG. (29)

Sa faible réalisation pouvait s'expliquer par le codage récent méconnu qui n'incite pas à le faire pour compenser ce temps pris pour informer le médecin traitant de la consultation. Il faut de plus se retrouver dans la situation où le patient est loin de son domicile et donc de son

médecin traitant. Cela dépend enfin du type d'activité du médecin qui, par exemple en permanence de soins, aura plus tendance à le réaliser.

Les actes techniques de la CCAM étaient également présents avec principalement la prise en charge d'une dépression avec l'échelle d'évaluation adéquate (94% des participants), la réalisation d'un ECG (88%), la réalisation de suture (85%).

Les gestes techniques en médecine générale font partie d'une mission de premier recours, et permettent de désengorger les urgences et d'éviter des retards de prise en charge selon les délais des spécialistes.

Au sein de la médecine générale de ville, ce sont les modes d'exercices particuliers qui réalisent le plus d'actes techniques. Cependant les médecins généralistes libéraux restent minoritaires par rapport aux autres spécialités pour les actes de la CCAM. (18)

Le principal acte technique tout omnipraticien confondu est l'ECG.

Les actes de la CCAM les moins pratiqués étaient la réalisation de frottis cervico-vaginal (46%) et la consultation avec urgence vitale et réalisation de gestes techniques (45%).

Ce sont des actes très techniques dont les obstacles sont nombreux pour leurs pratiques.

L'étude du Dr Khar en 2013 (62) sur les obstacles à la pratique de gestes techniques en cabinet de ville et celle du Dr Boulard en 2013 (63) sur les gestes techniques en ville mettaient en évidence : le manque de temps, les risques médico légaux, l'accessibilité à un spécialiste et aux urgences, absence de demande du patient, le matériel, le manque de compétence et d'expérience, l'absence de rentabilité, la réticence des spécialistes, le manque d'intérêt, l'arrêt des gardes, et la perte de confiance des patients.

L'étude n'a montré qu'une association entre la réalisation de frottis cervico-vaginal et le fait d'être praticienne ($p < 0.05$). Cela rejoignait les observations (61) retrouvant un lien entre l'âge des praticiens et ceux des patients. Les médecins femmes avaient plus de consultations de patientes et donc de frottis cervico-vaginal. Les jeunes médecins avaient plus de consultations d'enfants.

Il n'y a pas eu d'autres associations, pourtant une étude démontrait que les gestes techniques sont plus pratiqués par des médecins de sexe masculin, âgés et MSU. La pratique de ces actes techniques est corrélée à l'éloignement de service d'accueil des urgences donc en activité rurale et dans des centres de groupe. (63)

L'étude n'a pas pris en considération la téléconsultation, qui prend une part croissante d'actes dans la pratique quotidienne.

3. Le codage des actes est complexe

a. Méconnaissance du codage des actes

J'avais défini le fait de ne pas connaître la cotation par la réponse 0 fois malgré le fait de pratiquer l'acte initialement. Prendre en compte les médecins ne pratiquant pas l'acte n'avait aucun intérêt parce qu'il n'avait pas à le coder. La limite pouvait se porter par un praticien connaissant l'acte mais n'ayant pas codé correctement les dix dernières fois. Cela me paraissait extrêmement rare comme situation.

L'utilisation d'au moins une fois du codage sur les dix derniers actes réalisés sous-entendait que le médecin connaissait la cotation. Cependant, je ne pouvais déterminer depuis quelle date le médecin connaissait la cotation.

Le fait de pratiquer un nouvel acte avec un codage distinct ou la création d'un nouveau codage pour un acte assimilé à G, telle que la majoration MCG pour le courrier au médecin traitant d'un patient hors domicile, lors de la Convention Nationale de 2016, (29) pouvaient être des situations à l'origine d'une absence de connaissance du codage.

On retrouvait 4 types d'actes pour laquelle la cotation n'était pas connue par au moins 30% des participants :

-VL+MD : visite à domicile d'un patient en soins palliatifs par son médecin traitant (42.1%).

-VG+MU : visite à domicile en urgence (38.8%).

-ALQP003 : consultation d'un patient anxiodépressif avec l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la dépression (31.7%).

-G+MCG consultation d'un patient hors domicile avec réalisation d'un courrier pour son médecin traitant (29.4%).

Dans chacun des actes cités, la proportion correspond aux médecins de l'échantillon pratiquant l'acte mais ne le codant pas. Il y a trois actes cliniques de la NGAP : VL+MD, VG+MU et G+MCG et un acte technique de la CCAM : ALQP003.

On retrouve des résultats similaires pour la cotation ALQP003 avec l'étude du Dr René qui retrouvait une mauvaise réponse à la cotation dans 38.4% des cas, et l'étude du Dr Poissonnet qui retrouvait 40.8% des médecins de son échantillon ne réalisant par se codage, malgré l'acte

pratiqué. Les différences observées peuvent être dues à un biais de mémorisation. De plus, l'étude du Dr René n'évaluait que la connaissance du codage sans distinction de la pratique ou pas de l'acte et avait donc tendance à surestimer la méconnaissance du codage par l'absence de pratique de l'acte. La connaissance du codage n'a d'intérêt que si l'acte est pratiqué.

Les cotations VL+MD et G+MCG étaient des cotations récentes avec une définition bien précise et restrictive et pouvaient méconnaître ce codage. On remarquait également que leurs actes cliniques n'étaient pas forcément pratiqués. L'étude du Dr René retrouvait un résultat similaire pour la cotation VL+MD, avec 41.6% de mauvaises réponses.

Etonnement la cotation VG+MU était peu connue avec 38.8% de l'échantillon. Elle définissait la situation typique et crainte du cabinet de ville, où le médecin devait quitter en urgence son cabinet pour une visite le jour même. Cela restait une majoration de rémunération non négligeable.

Il y avait également deux types d'actes pour lesquels aucun répondant n'a opté pour 0 fois et donc connaissait la cotation pour l'avoir mis au moins une fois sur leurs dix derniers actes :

-examen d'un enfant de moins de 6 ans pour lequel les médecins interrogés pratiquaient l'acte c'est-à-dire 64 avec des réponses variables ;

-réalisation d'un frottis cervico-vaginal pour lequel peu de médecins (29 médecins) le réalisaient.

Cela rejoint l'étude du Dr René qui retrouvait parmi 365 répondants peu de fautes de cotation pour les consultations portant sur la pédiatrie ou associant la réalisation d'un frottis cervico-vaginal. Il en déduisait que les médecins connaissaient bien ces cotations. (51) Cela allait dans le même sens que l'étude du Dr Poissonnet qui avait fait le même constat pour ces deux actes. (54)

Ce sont deux situations intéressantes avec pour l'un, l'acte clinique de la nomenclature NGAP le plus pratiqué après le codage G donc forcément connu (61) et le second, un acte technique de la nomenclature CCAM nécessitant une compétence. Ce sont souvent des actes qui nécessitent un temps plus long qu'une consultation type et un codage plus rémunérateur. Cela est une incitation à bien coder.

La réalisation du frottis a été revalorisée dans le cadre d'un plan de dépistage (31), ce qui a pu inciter à connaître la cotation.

Ainsi la connaissance d'un codage passe par la pratique répétée de l'acte et par la compétence technique, gestuelle, de l'acte même peu fréquent qui impose de se former à la cotation.

Cette formation passe par la pratique avec l'utilisation d'outil d'aide au codage, de manière systématique au début de la pratique, et avec des formations théoriques. Cela est fortement relayé dans les dernières études sur le sujet avec la thèse du Dr René et du Dr Poissonnet. (51,54)

Le reste des actes avait une proportion de méconnaissance variant de 3 à 10% de participants pratiquant l'acte.

b. Pratique hétérogène du codage des actes

La moyenne avec écart-type n'était pas réalisable au vu de la disposition des résultats ne répondant pas à une loi Normale (Annexe 8).

J'avais donc décidé d'étudier le fait de coder parfaitement c'est-à-dire répondre 10 fois. Une réponse moindre correspondait à une mauvaise pratique, perfectible.

Cette bonne pratique était hétérogène pour les actes présentés dans le questionnaire allant de 93% à 7%.

Ainsi la réalisation du frottis cervico-vaginal (93%), la visite à domicile (83%), la réalisation de garde (80%) et l'examen d'un enfant de moins de 6 ans (75%) étaient les situations ou actes où le codage était le mieux pratiqué.

Cela correspondait aux codages les plus connus de l'échantillon.

On retrouvait une moins bonne pratique pour la réalisation de suture et/ou de parage (64.8%), l'examen obligatoire du nourrisson (57.1%), la réalisation d'un ECG (55.4%), la réalisation de gestes techniques en urgence (53.6%), la consultation d'un patient polypathologique dans le mois de sa sortie d'hospitalisation (28.6%), la visite à domicile en urgence (30.6%) et la consultation d'un patient hors domicile avec réalisation d'un courrier à son médecin traitant (38.2%).

La réalisation de l'ECG était pourtant un acte très répandu et plutôt connu. Comment se faisait-il que seul 55.4% des pratiquants de l'échantillon le cotaient systématiquement ?

Les codages les moins bien pratiqués par le peu de réponses 10 fois étaient la visite à domicile pour un patient en soins palliatifs (7%) et la consultation d'un patient avec réalisation d'une échelle de dépression (20%).

Le codage récent VL+MD correspondait à un acte peu pratiqué dans le quotidien et peu connu comme codage au vu des résultats précédents. Sa mauvaise utilisation était probablement en lien avec le fait qu'il soit récent. (64)

Le codage ALQP003 correspondait au contraire à un acte très pratiqué mais peu connu comme codage. Il y avait 80% des médecins qui le connaissaient mais ne le mettaient pas systématiquement.

Cela correspondait aux codages les moins connus.

On retrouvait ainsi une concordance entre le fait de connaître ou pas le codage et le fait de bien pratiquer ou pas le codage.

Le manque de formation comme frein majeur pouvait expliquer les similitudes pour le codage d'un acte en termes de connaissance et de pratique.

Les autres freins tel que le manque de temps, la peur de rejet ou l'appréhension de la réaction du patient non-informé du tarif voire le manque de pratique pouvaient expliquer les variations observées sur la pratique du codage.

Pour rechercher un profil sur la pratique du codage, j'avais décidé de créer de groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs » selon 6 actes cliniques les plus fréquents. La distinction se faisait selon une réponse supérieure ou strictement inférieure à 8 fois aux codages d'actes. Cela permettait d'avoir un effectif plus conséquent. Le choix était donc arbitraire et si l'effectif avait été plus conséquent cette distinction aurait pu porter sur la réponse 10 fois. En soit coder au moins 8 fois sur 10 avec le bon code de l'acte n'était pas si préjudiciable pour dire qu'on codait mal.

Dans l'étude du Dr Poissonnet, des groupes avaient été constitués de codeurs assidus et épisodiques sur 6 questions de codage avec des réponses selon l'échelle de likert de « jamais à toujours ». La distinction portait sur au moins 4 réponses sur 6 avec les cases « souvent » ou « toujours ». Le choix avait été également arbitraire. (54)

J'ai ainsi trouvé une association entre les « bons codeurs » et le fait d'avoir une activité en permanence de soins ambulatoires ($p < 0.05$). Cela rejoint le fait que 80% des médecins pratiquant des gardes de l'échantillon avaient un codage estimé parfait.

La garde est contraignante en termes d'horaires mais rémunératrice par ses majorations. De moins en moins de médecins pratiquaient la permanence des soins ambulatoires au vu de l'étude du CNOM avec 38.6% de volontaires (60)

Est-ce que la rémunération donc le codage incite à l'acte quand le médecin perd l'intérêt ?

Je n'avais pas d'autres associations selon le profil dont l'âge qui était ininterprétable au vu de mon échantillon. Il y avait cependant pour les MSU, une absence d'association avec le fait de « bien coder » avec $p = 0.51$.

Probablement avec un effectif plus grand et représentatif, d'autres associations, dont le maître de stage universitaire, auraient été trouvées.

L'étude du Dr Poissonnet (54) avec un effectif de 1201 médecins avait montré également une association entre le fait de bien coder et de pratiquer une activité en permanence de soins ambulatoires. Il y avait également pour un codeur assidu le fait d'être MSU, être jeune et être de sexe masculin.

Cela est conforté par l'étude du Dr René (51) qui retrouvait un meilleur codage des actes parmi les jeunes médecins.

Au niveau des freins, les codeurs assidus de la précédente étude avaient moins choisi le manque de formation. Je n'ai pas retrouvé cette association.

Il y a donc bien un intérêt dans la formation pour mieux pratiquer le codage des actes tout comme le connaître. Cette formation pourrait se baser sur la pratique du médecin afin d'identifier les codages ou bien utiliser des outils d'aide au codage.

4. Les freins au codage des actes

a. Appréhension de la réaction du patient non-informé du tarif au préalable

L'appréhension de la réaction du patient non-informé du tarif au préalable était le principal frein de l'étude (61.3% des participants). Cela rejoint la conclusion de l'étude du Dr Poissonnet de 2017 (54) avec une part plus importante de ce frein parmi les jeunes médecins or mon échantillon est représentatif des jeunes médecins avec des médecins inclus de moins de 45 ans par défaut d'effectif supérieur à 45 ans.

Cela peut s'expliquer par le parcours universitaire hospitalo-centré où le salariat règne et donc la déconnexion entre la rémunération et l'activité s'opère.

En arrivant dans le milieu libéral le jeune médecin se heurte à ce rapport à l'argent qui lui semble contraire à ses devoirs de générosité et d'humanité.

Le virage ambulatoire, induit par la réforme du troisième cycle (65), avec l'ouverture à des stages en libéral, devrait résoudre cette inquiétude des jeunes confrères.

D'autre part, la non-information des tarifs passe par l'affichage des tarifs en salle d'attente, qui est une obligation légale depuis le 12 février 2009. (66)

Certaines études préconisaient de créer une affiche plus visible et lisible en salle d'attente. (54) Ainsi les patients informés sont moins réticents au prix et plutôt reconnaissant quand cela peut éviter de rallonger la prise en charge via les urgences et les spécialistes.

Une autre façon de répondre à la culpabilité financière serait d'utiliser le tiers payant généralisé pour éviter une avance de frais élevés. Cette solution a été évoquée dans d'autres thèses (53) (54).

Cette appréhension est moins retrouvée lors de réalisation actes techniques et donc par les médecins exerçant en mode d'exercice particulier.(18)

b. Manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes

Le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes est le 2^{ème} frein le plus représenté avec 45.2% des participants de l'étude. Ce frein a aussi été mis en évidence dans l'étude du Dr Peltier et du Dr Poissonnet. (53) (54)

La nomenclature est complexe par la diversité des pratiques du médecin généraliste. Les médecins préconisaient des outils et une formation, tout comme dans l'étude avec 73% de formation plébiscitée et d'outils d'aide utilisés.

D'autres études ou articles appuient cette nécessité de formation durant les études et après les études : une formation sur la nomenclature (51) (67) et sur les outils d'aide au codage (68).

La formation médicale actuelle ne rend pas obligatoire de telles formations.

Ces formations restent hétérogènes et dépendantes du parcours personnel du médecin.

L'étude n'a pas trouvé d'association selon l'âge ni selon le fait d'être « bon codeur » alors que l'étude du Dr Poissonnet de 2017 (54) avait mis en avant une association avec le fait d'être MSU et être un codeur assidu. Mon manque d'association est probablement dû aux limites de l'étude. On pourrait imaginer qu'avec des données plus pertinentes un bon codeur, déjà formé, aurait tendance à moins choisir ce frein.

De plus, la formation du codage est intimement liée à la formation aux gestes techniques et donc à sa pratique de la médecine. Ainsi pour bien coder, il faut dans certains cas se réappropriier les actes. La thèse du Dr Peltier l'avait mis en avant. (53)

Avec le recul, on remarque que les mesures prises depuis n'ont pas changé la situation ce jour car peu de médecins se sont formés. Est-ce lié à un manque de visibilité de cette problématique ?

Ne devrait-on pas se tourner vers une professionnalisation du codage des actes ?

c. Manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux et peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie

La peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie était le 5^{ème} frein avec 32.3% des participants.

La peur du refus de l'assurance maladie est liée à une définition stricte du codage, source d'erreur.

Cela engendre une perte de temps et de retard voire de paiement.

De plus ils pouvaient exister une ignorance de la part des employés de la sécurité sociale souligné dans l'étude du Dr Peltier (53)

Le frein le moins représenté était le manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux avec 6.5% des participants.

On retrouvait une association entre ce frein et être dans le groupe « mauvais codeur » (selon le test de Fisher avec $p=0.49$). Ceux qui codaient moins bien trouvaient ce frein plus problématique. Est-ce lié à la mauvaise pratique du codage ? à un manque de formation ?

Ce frein dépend de la définition et de l'interprétation du codage.

Ce frein peut s'expliquer par une discordance selon les Caisses Départementales de l'Assurance Maladie pour la définition de l'acte de son codage. Ainsi le codage de la visite à domicile en urgence VG+MU est autorisé dans les Bouches-du-Rhône avec une définition bien plus large.

Certaines cotations sont acceptées dans un département et non dans d'autre.

d. Tarif de certains actes non incitatifs et sous-évalués

Ce frein, moins fréquent, était le 6^{ème} avec 29% des participants.

Certains actes tel que l'extraction de bouchons de cérumen sont considérés comme sous-évalués malgré le fait qu'ils peuvent être fréquents et source de consultations vers les spécialistes si refusés.

Les actes techniques médicaux représentaient le deuxième type d'actes les plus fréquents pour les omnipraticiens, derrière l'échographie. On retrouve les gestes techniques chirurgicaux en troisième position. (61)

De même la réalisation du frottis cervico-vaginal malgré une révision de la cotation cumulable avec le code G (31) est considéré comme sous-coté.

Cela engendre une perte de rentabilité mise en avant dans de nombreuses études telle que l'étude du Dr Peltier qui évaluait les freins au codage ou du Dr Khar qui évaluait les obstacles à la réalisation d'actes techniques. (62) (53)

Les médecins souhaitent une revalorisation des consultations.

Certains proposent une revalorisation de la consultation de base codée G supérieure à 25^e.

Une étude récente du Dr Dehestru (30) a mis en avant que les médecins, même si attachés au paiement à l'acte, souhaitaient une part plus importante de la forfaitisation et du paiement à la performance. Cela correspondait plus à une rémunération adaptée à la médecine de ville même si la rémunération mixte actuelle est décriée (33).

Cette alternative à une revalorisation de l'acte est plébiscitée plus par les jeunes médecins (40) Dans la thèse du Dr Reumaux de 2013, les internes en médecine générale Nantais considéraient que la rémunération n'était plus adaptée à la pratique du médecin généraliste. (69)

e. Manque d'optimisation du logiciel médical informatique

Le manque d'optimisation du logiciel médical était le 4^{ème} frein au codage des actes avec 33.9% des participants.

Le logiciel médical reste un outil précieux et incité voire obligatoire par la Sécurité Sociale avec le Forfait Structure. (29) Dans l'étude, il est utilisé par 49% des participants comme outil d'aide au codage.

Il existe une multitude de logiciels médicaux et chacun nécessite un temps de formation et donc à la cotation sur le logiciel. Peu de médecins sont formés à l'utilisation de leurs logiciels. (70)

Des études ont mis en avant cette nécessité d'aider à l'amélioration de leur utilisation par la formation durant les études (maîtrise de stage par exemple) ou lors de formation par les éditeurs de logiciel, comme déclaré dans l'étude du Dr Wattez. (68)

Les éditeurs de logiciel ont une responsabilité importante pour rendre l'utilisation du logiciel plus facile. Cela passe par une formation et des mises à jour en collaboration avec les praticiens.

L'étude n'a pas mis en avant d'association selon l'âge au vu du manque d'effectif et de la non-représentativité selon l'âge mais plusieurs études montrent une plus grande informatisation chez les plus jeunes. (70) (68)

f. Manque de temps et Oubli de coder

Le manque de temps était le troisième frein le plus représenté avec 38.7% des participants.

L'action de coder reste longue d'autant qu'il faut chercher l'information dans le bon outil puis inscrire le code. Cela est démontré dans la littérature (53,54,62,63).

Cela peut être résolu soit par l'utilisation d'outils d'aide tel que le paramétrage préférentiel des codes utilisés qui est un réel gain de temps soit par la délégation de la tâche à un tiers, par exemple à la secrétaire médicale. Dans l'étude, aucun des médecins déléguaient le codage.

L'étude n'a pas montré de différence selon l'âge et au vu de la non-représentativité de l'échantillon, par manque d'effectif de plus de 45 ans, il était impossible de conforter le manque de temps choisi préférentiellement par les médecins plus âgés de l'étude du Dr Poissonnet. (54)

Le manque de temps au codage est intimement lié au manque de formation et de pratique mais aussi à l'organisation du cabinet.

Il n'y avait pas de différence entre les bons et mauvais codeurs sur ce frein au codage mais au vu des limites de l'étude, on peut se poser la question que la bonne pratique diminue la représentation de ce frein.

Un autre frein que je n'avais pas mentionné a été mis dans les commentaires libres : « Oubli » avec 14.5% de participants.

Ce frein avait été noté dans l'étude qualitative du Dr Poissonnet.

Je ne l'avais pas mis car l'oubli est assez dépendant du manque de temps ou du manque de formation. Le manque de temps avec la nécessité de se dépêcher dans des plages horaires longues et variées pouvaient entraîner un oubli, tout comme le manque de pratique par le manque de formation pouvait entraîner un oubli. En soit l'oubli est humain, le considérer comme frein serait mettre en cause le simple fait de coder soi-même et donc prôner par une automatisation du codage par un tiers, humain ou pas.

5. Les outils d'aide au codage des actes

Les nomenclatures existent depuis 2005 (23). L'étude montrait que 82% des participants faisaient la distinction.

En 2017, l'étude quantitative régionale du Dr Poissonnet montrait que seulement 63% des médecins interrogés connaissaient ces deux nomenclatures. (54)

Il y a donc une amélioration de la connaissance des nomenclatures, même si cela peut être surestimé car les participants sont intéressés par la thématique et donc mieux informés.

Le codage des actes est complexe et nécessite un outil d'aide au codage. C'était le cas pour 73% des participants.

Comme prérequis, il faut une formation pour accéder à l'information sur les outils d'aide, mis en avant dans l'étude qualitative du Dr Peltier (53). Il aurait été intéressant de faire un état des lieux des outils d'aide utilisés afin de les rendre visibles.

A l'ère du numérique, les outils numériques sont majoritaires avec l'application mobile (56%) et le paramétrage préférentiel des codages par le logiciel (49%).

L'utilisation du logiciel médical nécessite une formation dont l'utilisation du codage. Cela avait été soulevé par plusieurs études. (70) (68) Des formations par les éditeurs des logiciels médicaux dont la facturation et ainsi le codage informatique sont disponibles. Ces formations peuvent compter comme une formation médicale continue, par exemple, celle de l'éditeur du logiciel WEDA. (71)

On retrouve comme application mobile Honoraires sur smartphone, facile d'accès qui permet de lister également les actes courants en MG et de mettre des favoris. Elle est cependant payante.

L'utilisation de plaquette d'aide (40%) est possible soit sous format papier soit numérique via sites. Le site MG France (72) permet de lister les actes courants en médecine générale ou encore le site OmniPrat (73).

Enfin le site Améli était très peu utilisé (9%) car ne répond pas à la demande de simplicité des médecins même avec un guide de lecture. (16)

L'utilisation de l'outil d'aide ne rend pas forcément la facturation moins chronophage sauf pour le paramétrage préférentiel dans le logiciel métier.

Certaines études suggèrent qu'une minorité des médecins délèguent le codage à leur secrétaire médicale (74) alors que dans mon étude on ne retrouvait pas de délégation de tâche. Cela est peut-être sous représenté par le manque de représentativité de l'échantillon.

II. Choix méthodologiques, points forts et limites de l'étude

1. Choix méthodologiques de l'étude, du questionnaire et de l'analyse

a. Type d'étude

Dans la thématique « cotation médicale », on retrouvait des études sur la connaissance du codage au niveau régional (51) et sur les freins au codage des actes au niveau régional. (53) (54) (54)

Il n'y avait aucune étude sur la pratique du codage des actes en France.

Personne n'avait estimé le nombre de codages non réalisés.

J'avais réalisé une étude sur les freins du codage au niveau national également. (55)

Ma recherche bibliographique et mes contraintes m'ont conforté dans la réalisation d'une étude quantitative et rétrospective au niveau départemental afin d'estimer la fréquence des codages non réalisés.

Une autre étude, prospective, aurait pu être menée en étudiant le codage des actes pratiqués sur une période définie avec un récapitulatif par journée via appels téléphoniques et en couplant ces données avec celles de la télétransmission. Il aurait fallu trouver des praticiens souhaitant bien être suivis, tout en étant représentatif de la population cible.

b. Elaboration et validation du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide d'un médecin de santé publique et selon la méthodologie de la littérature. (56)

Le projet de thèse avait défini les grandes lignes : profil des participants, pratique et connaissance du codage, freins au codage des actes et les outils d'aide.

Une hypothèse a été formulée à chaque question afin de construire de manière pertinente, claire et concise le questionnaire. Les formulations des questions et des réponses ont été travaillées pour qu'elles soient simples et sans ambiguïté.

Pour évaluer la pratique du codage en absence de données de la sécurité sociale et de suivi des médecins généralistes, j'avais opté pour définir sur les dix derniers actes ceux pour lesquels le médecin avait fait le bon codage. Ces données étaient faciles d'analyses mais nécessitaient aux médecins de se remémorer les dix derniers codages des actes en question.

Si le médecin répondait zéro, il ne connaissait pas la cotation. Ainsi la méconnaissance du codage de l'acte était évaluée.

Les actes ont été choisis afin de représenter au mieux la pratique du généraliste sans être exhaustif. Il y avait des actes CCAM et NGAP les plus fréquents et d'autres choisis pour leur pertinence, nouveauté dans la nomenclature et représentatif d'une pratique variée. (18)

J'avais également mené un questionnaire sur les codages fréquemment utilisés auprès de médecins sur le groupe « le divan des médecins » des actes les plus fréquemment réalisés.

Enfin les freins et les outils d'aide au codage ont été formulés à partir des travaux du Dr Poissonnet. (54) Certains freins énoncés n'ont pas été pris en compte tel que l'oubli ou la complexité du codage car n'apportant aucune donnée exploitable.

La pratique du codage aurait pu être évaluée de manière prospective avec le suivi des actes d'un échantillon sur une période définie couplé aux données de la sécurité sociale les rendant plus fiables que des estimations.

J'aurais pu également différencier les freins pour chaque acte de codage mais pour un souci de simplicité, j'ai préféré définir les freins pour l'ensemble des actes codés avec plusieurs réponses possibles.

J'ai opté pour un auto-questionnaire numérique type question à réponse unique et multiples. Cela permettait d'éviter des réponses imparfaites et une écriture illisible comparé au format papier.

Le format question à réponse unique et multiples avait l'avantage d'offrir également des données simples d'analyse.

J'ai laissé une réponse ouverte dans certaines parties que je ne jugeais pas exhaustive.

L'anonymat était respecté et intégré dans Limesurvey.

Le questionnaire était concis, simple, clair et court de réalisation. Il était agréable visuellement.

Il a été testé par plusieurs médecins et internes de mon entourage et modifié selon les remarques faites sur la formulation et la pertinence des questions et des réponses.

c. Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire a été problématique pour plusieurs raisons.

J'avais contacté l'URPS-ML PACA qui n'a pas rendu un avis favorable.

Je suis passé par le CDOM des Bouches-du-Rhône, qui ne diffusait plus les thèses et mémoires aux praticiens mais les mettaient sur leur site, peu visibles.

Ensuite, un évènement majeur a perturbé la diffusion de mon questionnaire : la pandémie liée au Covid-19. L'intérêt pour mon étude en était amoindri.

La diffusion devait durer un mois du 12 février au 13 mars 2020. Je l'ai prolongé jusqu'au 13 avril.

Le taux de réponses de 3.25% de la population des médecins généralistes libéraux peut s'expliquait par ces deux facteurs.

Avoir le mailing-list des médecins généralistes libéraux du département aurait permis un meilleur taux de réponses parmi la population cible.

d. Analyse des données

L'analyse des données a été complexe liée au biais de diffusion, à un évènement majeur non prévu, au biais de formulation et au biais de mémorisation.

Mon effectif était initialement de 78 participants mais seulement 4 médecins avaient plus de 45 ans. Cela rendait ces tranches d'âges ininterprétables et j'ai décidé de les exclure pour l'étude. Je ne pouvais ainsi comparer mes données selon l'âge comme prévu.

Je me suis retrouvé avec 12 réponses incomplètes incorporées. Certaines associations retrouvées dans d'autres études n'ont pu être montrées par manque de puissance. Cela m'a imposé un test non paramétrique de Fisher quand l'effectif était trop faible pour le test du Chi-2 lors de comparaison de données qualitatives.

Dans la pratique des actes, certains participants avaient répondu qu'ils ne pratiquaient pas l'acte mais qu'ils le codaient. J'ai dû corriger leurs réponses en estimant que le fait d'avoir codé voulait signifier qu'il pratiquait l'acte sans pouvoir le vérifier.

Un autre point majeur a été les données liées à la pratique du codage. Mon étude s'est basée sur une estimation des dix derniers codages de l'acte pratiqué. Se baser sur la mémoire pouvait surestimer le codage d'actes fréquemment réalisés et sous-estimer ceux peu réalisés. C'est le biais de mémorisation. Cela est responsable d'une distribution non Normale de mes résultats mise en avant par l'absence de diagramme en boîte à moustache complète (Annexe 8).

Cette visualisation graphique de mes résultats a été intéressante. Seul un résultat donnait un diagramme en boîte à moustache : les visites à domicile pour des patients en soins palliatifs. Pour les autres, le diagramme était soit incomplet soit inexistant.

Il m'était impossible d'utiliser des moyennes avec écart-type.

J'ai pu analyser la pratique du codage des actes pratiqués en me basant sur la réponse 10 fois qui correspondait au codage idéal puis rechercher des associations en distinguant deux groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs ».

J'aurai pu définir l'évaluation des pratiques sur une période donnée afin de limiter ce biais et ainsi pouvoir exploiter des moyennes avec écart-type.

e. Conception des groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs »

L'analyse des résultats a permis de dégager deux groupes de codeurs définis arbitrairement entre « bon » et « mauvais » codeur. Avoir une réponse supérieure à 8 définissait le bon codeur.

Cette distinction a porté sur 6 actes les plus fréquemment réalisés : pratiquer un ECG, examiner un enfant de moins de 6 ans, réaliser des sutures et/ou parages, réaliser l'examen obligatoire du nourrisson, faire des visites à domicile et réaliser des gardes.

Cela permettant d'avoir un effectif plus conséquent qu'une distinction sur le fait de bien coder (réponse 10 fois) ou pas. De plus le codage de ces actes n'était ni exhaustif ni représentatif de toutes les pratiques.

Ces deux groupes ont servi de base pour étudier la pratique, les freins et les outils d'aide au codage.

Dans le cadre d'un effectif plus important j'aurais pas faire la distinction sur le fait de coder parfaitement ou pas (réponse 10 fois) pour la constitution des deux groupes.

J'aurais pu également faire cette distinction sur la moyenne générale aux différents codages des actes si la distribution était selon une loi Normale, ce qui n'était pas le cas dans mon étude. (Annexe 8)

2. Points forts de l'étude

L'étude était novatrice et originale car c'est la seule existante sur la pratique du codage en libéral. Elle se positionne sur une thématique peu étudiée et pourtant sujet de forts échanges au sein des conventions nationales (27) (24).

Cette étude peut aboutir à d'autres idées et projets sur la pratique du codage telle que l'élaboration d'une formation, un état des lieux de la rémunération à l'acte, la professionnalisation du codage en libéral et les solutions pour améliorer la connaissance et la pratique du codage.

3. Limites et biais de l'étude

L'étude était déclarative et sur la base du volontariat. Les médecins devaient se remémorer leurs codages.

Cela peut expliquer certains biais :

-biais de sélection par le mode de diffusion électronique. Les médecins généralistes libéraux des Bouches-du-Rhône représentent 2 274 médecins généralistes libéraux selon les données de l'Agence régionale de Santé (ARS) en 2019. (9)

Je n'ai pas pu envoyer à chaque praticien mon questionnaire dans leur boîte mail en absence d'aval de l'URPS-ML PACA. Le CDOM des Bouches-du-Rhône n'envoyait plus aux praticiens et mettait les questionnaires de thèses sur leur site.

Tous les praticiens ciblés n'ont pas pu voir mon questionnaire car pas forcément informés de sa présence sur le site du CDOM des Bouches-du-Rhône et d'autres pas forcément informatisés.

Cela explique que seul 3.25% des médecins généralistes libéraux ont répondu au questionnaire.

-biais d'information car le questionnaire était basé sur le volontariat. Seules les personnes intéressées par mon questionnaire y ont répondu.

C'est un biais qu'on ne peut exclure dans une étude déclarative.

- biais de formulation sur certaines réponses. Certains praticiens ont déclaré qu'ils ne faisaient pas certains actes alors qu'ils pratiquaient le codage et l'inverse est également retrouvé. Mettre les questions du codage au conditionnel s'ils faisaient l'acte dans leur pratique aurait pu être une solution.

-biais de mémorisation. Les réponses au codage des actes dépendant des souvenirs du médecin sur ces dix derniers codages de l'acte en question. Les dix derniers codages de l'acte pouvaient être espacés sur une durée très longue surtout en cas d'actes peu réalisés. Ainsi l'estimation pouvait surestimer ou sous-estimer le codage réel.

III. Professionnalisation du codage des actes

Historiquement, le médecin généraliste libéral est attaché au paiement à l'acte. (27) (24) (30)

La nomenclature médicale regroupe l'ensemble des actes. Chaque acte présente un code et un tarif qui est remboursé par l'Assurance maladie.

C'est une tâche complexe pour laquelle il faut se former. Très peu de médecins de l'échantillon ont reçu une formation sur le codage des actes (3%) alors que la majorité des participants (73%) plébiscitaient une formation.

Le codage des actes évolue au fil des Conventions nationales, telle que la dernière modification en 2018 de la Convention de 2016 (36) ou encore une adaptation transitoire du codage à la pandémie de 2020 (75).

Cette évolution nécessite donc une professionnalisation du codage.

1. L'intérêt du codage pour les médecins généralistes libéraux

Le codage permet de valoriser la compétence du médecin généraliste.

La médecine générale est une spécialité médicale. Elle offre un panel d'activités et de formations complémentaires dont certaines aboutissent à des modes d'exercice particulier.

Elle dispose d'une variété de pratiques allant d'actes techniques à la consultation dite complexe et en passant à la prévention.

Ce savoir-faire est ainsi valorisé par le codage auquel correspond une valeur tarifaire unique à chaque acte codé.

Le Dr Peltier a mis en évidence cette valorisation perçue par le médecin. (53)

Cette valorisation de compétence est liée à une valorisation financière.

Le code le plus fréquemment utilisé est le G en consultation dite classique à 25^e. La réalisation d'une première consultation avec une échelle d'évaluation de la dépression permet de coter ALQP003 qui équivaut à une rémunération à 69.12^e. Le juste codage de la pratique permet d'accroître les revenus du médecin.

Elle offre de plus une équité interprofession. Tous les médecins ont les mêmes nomenclatures, la distinction se fait selon les compétences. Cela permet d'ancrer la médecine générale comme spécialité à part entière. (19)

2. L'intérêt du codage pour la Sécurité Sociale

A la base, la nomenclature devait permettre d'observer les pratiques médicales en secteur privé et en secteur public, comme outil statistique fiable et pertinent. (18)

Au vu des études elles restent sous-utilisées. (67) (51) (55) (54)

Le codage des actes est un outil épidémiologique pour la sécurité sociale.

Il permet la gestion de l'offre de soins en ville et la régulation des dépenses de santé. Il permet également le remboursement possible de l'assuré. (38)

L'UNCAM décide de la modification, création ou suppression des codes pour la CCAM ou la NGAP. (23) (36) (29) Elle définit ainsi les tarifs directement voire indirectement.

Elle a de plus remplacé les anciennes nomenclatures par la CCAM et la NGAP (23).

Avec l'effet revenu du paiement à l'acte, elle incite à l'augmentation des actes des praticiens pour répondre à la diminution des effectifs de médecins (2)

Les représentants des médecins négocient lors des Conventions Nationales les modifications mais la décision est souvent unilatérale pour l'UNCAM.

Professionnaliser le codage en ambulatoire offrirait des données de qualité et fiable pour orienter les politiques de santé publique.

C'est pour cette raison que la nomenclature peut être perçue par les médecins comme un outil de contrôle de l'activité.

3. Formations adaptées et visibles pour tous

La formation a deux cibles : l'étudiant en médecine générale et le docteur en médecine générale. Elle doit être complémentaire pour les deux et adaptée selon la maturité du projet professionnel car le codage va dépendre du type d'activité.

Durant les études médicales et plus particulièrement le Troisième cycle de médecine, il n'existe pas de formation intégrée obligatoire. (65) (76)

La formation se réalise lors du stage chez le praticien ou en SASPAS avec la tenue d'un carnet de stage dont l'un des objectifs est la réalisation d'une feuille de soin électronique.

L'étude du Dr Peltier a mis en avant l'apprentissage informel et inégalitaire durant les stages chez le praticien. (53)

Il peut exister des modules sur la cotation médicale dans certaines facultés.

Ainsi, on pourrait imaginer une formation sous forme de modules ou lors des réunions de groupes lors de la maîtrise de stage sur le codage des actes.

En 2012, une étude de la DREES montrait que les médecins consacraient en moyenne 13 demi-journée par an à la formation et en moyenne 2h de lecture de journaux ou d'articles médicaux. (74) Le médecin généraliste dispose d'un temps de formation continue, c'est une obligation. (77)

D'ailleurs, pour 45.2% des participants, le manque de formation était un frein pour coder.

Cette étude et d'autres montrent que les médecins généralistes libéraux plébiscitent (73% de l'échantillon) une formation sur la cotation médicale. (54) (55)

La formation est hétérogène actuellement et peu visible. En général, le médecin se forme de manière empirique avec des outils d'aide au codage.

Le médecin peut aussi se former lors d'une formation de Développement Professionnel Continu (DPC) ou par son syndicat. (72)

En ce qui concerne la cotation numérique dans les logiciels médicaux, les éditeurs mettent en place des formations payantes pouvant s'apparenter à une formation de Développement Professionnel Continu (DPC). Un exemple parmi plusieurs, une formation pour le logiciel WEDA par son éditeur accessible aux médecins et pouvant compter comme une DPC. (71)

Ainsi, on pourrait imaginer une formation en partenariat avec la sécurité sociale pour appréhender la cotation médicale de manière plus pratique et adaptée à chaque médecin.

Si le médecin les utilise parfaitement, la Sécurité Sociale disposera de données fiables.

4. Professionnalisation du codage par un tiers

On peut se poser la question d'une professionnalisation du codage comme dans le secteur hospitalier à la suite de la T2A instaurée en 2004 avec les techniciens d'information médicale (TIM).

Les TIM codent l'activité médicale permettant la rémunération des structures hospitalières. (78)

Peut-on transposer une telle professionnalisation en libéral ?

Il existe déjà une délégation minoritaire du codage des actes par la secrétaire chez certains médecins libéraux, sans réelle formation. (74)

D'autre part plusieurs études font part d'un souhait de délégation de tâches à un personnel formé. (54) (55)

Cela semble plus plausible en activité de groupe. Or cette activité séduit de plus en plus les jeunes médecins.

En 2019, ils étaient 61% parmi les médecins généralistes libéraux tous âges confondus à travailler en groupe et 80% parmi les moins de 50 ans. (57)

Cette activité de groupe permet la mutualisation des charges et de dégager plus de temps médical.

En 2012, une étude de la DREES (74) faisait part que parmi les médecins travaillant en groupe 76% avait un secrétariat. Dans 80% des cas, le secrétariat était physique et dans 14% des cas on lui déléguait la facturation.

La présence d'un secrétariat physique était plus prépondérante si le médecin était jeune, avec une forte charge de travail et travaillant en groupe.

Il y a une part de plus en plus croissante et majoritaire de médecins souhaitant une activité de collaboration avec leurs confrères et les autres professionnels de santé, en présence d'un secrétariat.

Or avec le plan Ma santé 2022, le gouvernement veut rendre les professionnels de santé acteurs du territoire sous l'égide de l'ARS avec l'organisation en Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). (79) (80)

A cela s'ajoute, les équipes de soins primaires permettant une meilleure collaboration pour une patientèle au sein de maisons de santé pluridisciplinaires par exemple.

Cette structuration de l'ambulatoire entre professionnels de santé offre les conditions pour la délégation du codage ou professionnalisation du codage.

Mais qui sera ce nouveau professionnel ?

A défaut d'une formation tels que pour les TIH, il existe des formations pour les médecins.

Une formation pourrait être créée et ouverte à tout professionnels de santé avec une rémunération au sein de structures telle qu'une CPTS regroupant plusieurs équipes de soins

primaires ou au sein d'une structure privée ou publique ayant plusieurs équipes de soins primaires.

Sur une échelle plus petite, la délégation pourrait être à une secrétaire médicale ou une assistante médicale au sein d'une équipe de soins primaires.

C'est l'un des objectifs de nouveaux postes d'assistants médicaux qui pourront assurer la facturation des actes. (79)

Le tiers payant généralisé pourrait favoriser le codage en décalé de l'acte médical dans des structures ambulatoires de grandes tailles en déconnectant l'acte de la rémunération. (79)

IV. Rémunérations alternatives, une autre solution?

Au vu des résultats, la pratique du codage des actes était hétérogène parmi l'échantillon avec des profils identifiés codant mieux.

Les freins au codage et les outils d'aide pour y palier existaient et persistent actuellement.

Ne doit-on pas se tourner vers d'autres modes de rémunérations ?

Historiquement, les médecins généralistes libéraux sont attachés au paiement à l'acte. (24) (2) Leurs pratiques sont régies par un mode de rémunération mixte (29) (36) avec une part de forfaits et de rémunération à la performance, le ROSP.

Ils ne sont cependant pas satisfaits du modèle actuel et pour preuve la revalorisation continue des tarifs des actes médicaux par les représentants des médecins.

L'étude du Dr Dehestru sur les modes de rémunération forfaitaires en 2019 (30) concluait que les médecins de l'échantillon n'étaient pas satisfaits des modes de rémunérations actuels malgré l'attachement au paiement à l'acte et que presque la moitié des médecins généralistes français étaient favorables à une augmentation de la part forfaitaire de leur rémunération dont principalement les jeunes.

Cela rejoint la position du jeune syndicat, le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG). (40)

Ces modes de rémunération complémentaires permettent une rémunération globale du patient ou de la pathologie et du temps non médical non pris en compte par le paiement à l'acte.

Ainsi, l'étude du Dr Dobigny sur la structuration de la rémunération du médecin généraliste en France en 2018 (81) estimait à 12% du temps de travail (temps de travail hebdomadaire évalué dans l'étude à 54.6 heures) dédié à l'administratif. En 2012, ce temps était estimé à 7% du temps de travail hebdomadaire moyen, selon une étude de la DREES. (74)

La thèse du Dr Peltier (53) met aussi en évidence que le paiement à l'acte des actes NGAP tel que le code G ne prend pas en compte le taux horaire d'une consultation. Cela est à nuancer pour le tarif des actes techniques de la CCAM.

Depuis les nomenclatures ont évolué et se sont dotées de codages pour des consultations complexes telle que la majoration de suivi de sortie d'hospitalisation MSH. Cette revalorisation est à nuancer pour des codages peu connus et peu utilisés.

Il n'a jamais été pris en compte qu'une consultation en médecine générale peut être à plusieurs motifs d'autant plus que l'on soit médecin traitant.

En l'absence de définition précise de l'acte G, la définition non dite est qu'un acte G équivaut à un motif de consultation.

Le déploiement des rémunérations alternatives depuis 1998 et jusqu'à la dernière modification en 2018 de la Convention nationale de 2016 (36) a permis une revalorisation de la rémunération des médecins libéraux généralistes à défaut du tarif des actes selon :

- le nombre de patient tels que forfait médecin traitant, forfait personnes âgées ;
- le type de pathologie tel que forfait pathologies chroniques ;
- l'organisation du cabinet avec le forfait structure ;
- des indicateurs de performances de la ROSP.

Elles représentaient 13% de la rémunération du médecin généraliste libéral en 2017. (38)

Cette montée en force des rémunérations alternatives est corrélée à l'organisation sur le territoire en groupe des praticiens avec notamment l'équipe de soins primaires et la CPTS. (80)

Une étude américaine récente de 2020 (50) montre que l'organisation structurelle des médecins influence l'utilisation de rémunérations alternatives.

Au niveau international, de nombreux pays tel que les Pays-Bas, le Royaume-Uni ou encore les Etats-Unis présentent des modes de rémunérations alternatives. (3)

Il faut relativiser de son utilité, avec en parallèle une réticence des médecins généralistes libéraux qui ont peur d'une perte d'indépendance de la profession. (33)

Aucune étude actuelle n'a démontré un avantage en termes économique et en termes d'efficacité des soins. (2) (34)

Au contraire, cela pourrait augmenter les dépenses de soins (50) prouvé par l'expérimentation anglaise du QOF avec un bond des dépenses de santé de la NHS de 2002 à 2005. (41)

La revue Lancet a conclu en 2017 que le système à la performance n'était pas associé à un changement significatif de la mortalité au Royaume-Uni. (82)

De même, une autre étude américaine de 2018 remet en question ce mode de rémunération avec un risque d'exacerber la disparité des soins. (83)

V. Apport personnel

Ce travail de recherche m'a permis de mieux aborder la recherche bibliographique, la méthodologie d'une étude et la lecture critique d'articles.

J'ai découvert la construction d'un questionnaire.

J'ai répondu à ma soif de savoir sur la cotation médicale et j'ai découvert au gré de mes recherches bibliographiques l'histoire du libéralisme médical en France, les balbutiements des nomenclatures jusqu'à nos jours, émaillées par les conventions.

J'ai appris énormément sur les modes de rémunérations en France et dans d'autres pays de l'OCDE. Je me suis penché sur les expérimentations des uns et des autres pour la qualité et l'efficacité des soins.

Cela aboutit à d'autres questionnements telle que l'interaction du mode de rémunération sur ma pratique.

CONCLUSION

En France, la rémunération est mixte pour les médecins généralistes libéraux, avec une part principale et historique de paiement à l'acte.

Le paiement à l'acte dépend du codage. Il est régi par la nomenclature médicale, constituée de la Classification Commune des Actes Médicaux et de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Le médecin libéral n'est pas directement rémunéré selon son acte, mais selon le codage de l'assurance maladie qu'il va appliquer.

Il faut donc une connaissance et une application correcte du codage, pour qu'il reflète au mieux la pratique du médecin. Cela n'est pas le cas en réalité au vu des résultats.

Cette étude quantitative, novatrice, avait pour but d'évaluer la pratique et la connaissance du codage des actes médicaux ainsi que ses freins chez les médecins généralistes libéraux des Bouches-du-Rhône.

Les 74 participants ont ainsi montré la complexité de la pratique du codage.

La connaissance du codage de l'acte passait par la pratique de l'acte. Tous les actes n'étaient pas pratiqués et de ce fait l'absence de pratique pouvait surestimer l'absence de connaissance du codage. J'ai donc fait la distinction dans mon étude.

Ainsi on retrouvait une forte disparité de connaissance des codages avec des similitudes aux études plus anciennes (51,53,54).

La pratique du codage des actes se définissait de base par sa connaissance. Elle était également hétérogène. Les praticiens étaient plus assidus en permanences de soins ambulatoire.

Cette disparité des connaissances et des pratiques sont liés à des freins identifiés et connus avec principalement le manque de formation, l'appréhension du regard du patient non informé du tarif et le manque de temps.

Ces freins n'ont pas sensiblement évolué par rapport à l'étude du Dr Poissonnet (54).

On retrouvait une prépondérance de l'appréhension dans un échantillon jeune.

Ainsi les médecins généralistes libéraux ne sont pas assez formés ni informés au vu de mes résultats. Il faut faire la promotion des outils d'aide au codage et mettre en place de formations adaptées dès le 3^{ème} cycle des études médicales.

Le codage est un métier. Au sein des structures hospitalières, ce sont les techniciens d'informations médicale qui codent l'activité médicale. Ne pourrait-on pas s'en inspirer pour une professionnalisation du codage dans le secteur libéral ?

La complexité du codage est peut-être la limite du paiement à l'acte, dans le système actuel français. Comment faire pour être rémunéré à sa juste pratique, en libéral ?

Ne doit-on pas se tourner vers les modes de rémunération alternatifs ? Certains pays européens ont franchi le pas avec un succès mitigé tel que le Royaume-Uni.

Initialement, le codage se voulait être un outil descriptif et exhaustif des pratiques afin d'uniformiser les tarifs remboursables des conventionnés. Le tarif unitaire, lié à chaque code, dépendait du coût de la pratique et du travail médical. (19) Il devait permettre la rémunération juste des médecins. Cet outil n'aurait-il pas perdu progressivement sa fonction, au vu de la complexité actuelle de son utilisation ?

Le rapport de force entre l'UNCAM et les représentants de médecins est devenu inégal.

Il n'y a pas eu de juste revalorisation des tarifs des nomenclatures mais sa complexité par de nouvelles cotations, peu utilisées en pratique. (29) (36)

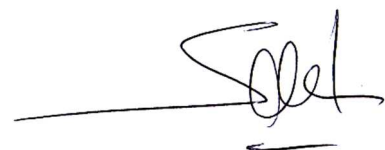
La médecine libérale a donc perdu un de ses fondements. (24)

Elle a perdu son indépendance.

Les nomenclatures, utilisées pour le conventionnement des médecins, ont pu participer à la crise existentielle de la médecine libérale. L'absence de formation et la complexité actuelle du codage des actes représentent l'une des difficultés actuelles de gestion de l'entreprise médicale. Elle peut être un frein à l'installation en libéral des jeunes médecins, qui sont pourtant essentiels aux soins de premiers recours. (7)

Une étude complémentaire pourrait se porter sur évaluation des outils d'aide au codage.

Professeur Roland Sambuc



BIBLIOGRAPHIE

1. Paris V, Devaux M. Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE. Trib Santé. 2013;40(3):45.
2. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? Exercer. 2015;(119):52-61.
3. Polton Bousquet. Les modèles de rémunération : un regard international [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf
4. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 2009;(188(2)):131-9.
5. Grignon M, Paris V, Polton D, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. L'influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficacité du système de soins. Saskatoon: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002.
6. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
7. Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier. 10 000 médecins de plus depuis 2012 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2018 mai. Report No.: 1061. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/communiques-de-presse/article/demographie-des-professionnels-de-sante-qui-sont-les-medecins-en-2018-quelle>
8. Barlet M., Marbot C. Portait des professionnels de santé. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2016 févr. (Etude et Recherche). Report No.: 134.
9. ARS. cartosanté [Internet]. cartosanté. 2019. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
10. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. Data.drees. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps#Publications-de-la-DREES>
11. Syndicat MGFRANCE. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialiste en hausse. 2014.
12. URPS ML PACA. Schéma de la Démographie Médicale Régionale – Médecine générale [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-8-juin-2018.pdf

13. Population de 1999 à 2020 | Insee [Internet]. 2020 [cité 26 mars 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012713#tableau-TCRD_004_tab1_departements
14. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicomcommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicomcommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. INSEE. 2020 [cité 15 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
15. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? 2012;(455-456):115-42.
16. CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX : guide de lecture et de codage [Internet]. ATIH. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1678/guide_lecture_complet_01082008.pdf
17. Larousse. In: Le Grand Larousse illustré 2019. 2019. p. 2106p.
18. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Un an de codage CCAM en secteur libéral premiers résultat sur une année complète : 2006. Point Repère [Internet]. mars 2008;(14). Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__14.pdf
19. Aliès-Patin A, Debeugny G, Weissmann H. Évaluation des éléments nécessaires à la construction des honoraires. Ann Pathol. 2004;Vol 24:57-9.
20. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Méthodologie : élaboration des libellés de la classification commune des actes médicaux (CCAM) [Internet]. 2002. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/methodo_libelles_04.pdf
21. Deloffre B. La CCAM : Pourquoi et comment ? [Internet]. Syndicat MG FRANCE. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/270-la-ccam-pourquoi-et-comment>
22. Arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. mars 31, 1972 p. 3282-309.
23. UNCAM. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/455831/document/ngap_27.09.18.pdf
24. Hartmann L. Les conventions médicales. Lett Collège. 2010;(21 (3)):2-4.
25. Hassenteufel P. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. Trib Santé. 2008;n° 18(1):21.
26. Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. p. 6721-31.
27. Véronique Suhard. Historique des conventions médicales. Cent Doc L'Irdes. sept 2019;42.
28. Samson A-L. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards Croisés Sur L'économie. 2009;5(1):144.

29. 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. NOR : AFSS1629881A oct 23, 2016.
30. Dehestru Alexandre. Intérêt pour la rémunération forfaitaire et son évolution : enquête quantitative auprès de 816 médecins généralistes libéraux français en 2018 [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Strasbourg]: Faculté de Médecine; 2019.
31. Lignot-Leloup M, De Cadeville O. Décision UNCAM du 20 septembre 2011 concernant la Liste des Actes et Prestations (LAP) et modifiant la NGAP et la CCAM (V26) [Internet]. France: Assurance Maladie, Caisse Nationale; 2012 mars. Report No.: Rapport no. : CIR-6/2012. Disponible sur: <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2012/CIR-6-2012.PDF>
32. Franc C, Lesur R. Systèmes de rémunération des médecins et incitations à la prévention. Rev Économique. 2004;55(5):901.
33. ROSP: qui croit encore au père Noël ? [Internet]. Syndicat de l'Union française pour une médecine libre. 2017 [cité 19 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ufml-syndicat.org/rosp-croit-pere-noel/>
34. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res. 23 août 2010;10:247.
35. Bras PL, Duhamel G. Rémunérer les médecins selon leurs performances: les enseignements des expériences étrangères. Inspection générale des affaires sociales; 2008 juin. Report No.: Rapp N°RM2008-047P.
36. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. NOR: SSAS1821639A août, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037306389>
37. Carriau P, Fize C. La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018. Contacts Presse Caisse Natl L'Assurance Mal. 2019;21.
38. Tremoulu R (DREES/SEEE/BCPE). Les dépenses de santé en 2017 > édition 2018 > DREES. :2.
39. Dormont B. Le paiement à la performance : contraire à l'éthique ou au service de la santé publique ? Trib Santé. 2013;40(3):53.
40. « Le paiement à l'acte est à bout de souffle », pour les jeunes MG [Internet]. Les Généralistes-CSMF. 2016 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2016/01/07/le-paiement-a-lacte-est-a-bout-de-souffle-pour-les-jeunes-mg/>
41. da Silva N. Faut-il intéresser les médecins pour les motiver ? Une analyse critique du paiement à la performance médicale. Rev MAUSS. 2013;41(1):93.
42. Médecin en Europe : au Royaume Uni, le NHS au centre du jeu, [Internet]. Profil Médecin. 2017. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/medecins-en-europe-au-royaume-uni-le-nhs-au-centre-du-jeu/>

43. Adrien Dozol, Camille Léandre, Adeline Townsend, Florence Pinelli, Marie-Camille Lenormand. Mission d'étude sur l'expérimentation par la NHS anglais de nouveaux modes d'organisation et de financement intégrés. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016 juill.
44. Kroneman M, Meeus P, Kringos DS, Groot W, van der Zee J. International developments in revenues and incomes of general practitioners from 2000 to 2010. BMC Health Serv Res. 24 oct 2013;13(1):436.
45. Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE | OECD iLibrary. 2019.
46. Le système de l'assurance maladie en Allemagne [Internet]. Krankenkassen Zentrale. 2020. Disponible sur: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-fr#>
47. Jean-Marie VANLERENBERGHE, Yves DAUDIGNY. Organisation et financement de la médecine de ville en Allemagne [Internet]. 2016 sept [cité 18 avr 2020]. Report No.: n° 867 (2015-2016). Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r15-867/r15-867_mono.html
48. Pays-Bas : un système de santé performant [Internet]. Fondation iFRAP. 2016 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/pays-bas-un-systeme-de-sante-performant>
49. Le système de santé aux Etats-Unis : organisation et fonctionnement [Internet]. France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. 2018 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/diplomatie-scientifique-et-universitaire/veille-scientifique-et-technologique/etats-unis/article/le-systeme-de-sante-aux-etats-unis-organisation-et-fonctionnement>
50. Ouayogodé MH, Frazee T, Rich EC, Colla CH. Association of Organizational Factors and Physician Practices' Participation in Alternative Payment Models. JAMA Netw Open. 1 avr 2020;3(4):e202019-e202019.
51. Pierre-Jean René. Les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées connaissent-ils la nomenclature médicale [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Toulouse]: Faculté de médecine; 2019.
52. Anne-Sophie Lecler, Amandine Diserbo. Les freins et motivations des médecins généralistes d'Isère et Savoie à la réalisation d'actes techniques cotés par la classification commune des actes médicaux: sutures, petite chirurgie, et gestes de dermatologie: enquête qualitative auprès de médecins généralistes installés [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Grenoble]: FACULTE DE MEDECINE; 2017.
53. Peltier Jérémie. Les freins à l'utilisation de la classification commune des actes médicaux par les médecins généralistes [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Lille]: Faculté de Médecine; 2015.
54. Charline Poissonnet. Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Nantes]: Faculté de médecine; 2017.
55. STENECK Aurélien. Freins et leviers du codage des actes médicaux en médecine générale en France [mémoire de DES médecine générale]. [Marseille]: Faculté de Médecine; 2020.

56. Frappé P. Initiation à la recherche : Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Edition 2011. 2011. (La revue du praticien).
57. Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2019 mai. Report No.: n°1114.
58. Les tests de significativité : comment faire ? [Internet]. Quanti IHMC. [cité 9 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.quanti.ihmc.ens.fr/Les-tests-de-significativite.html>
59. CNGE/SNEMG. Poursuite de la progression du nombre de maîtres de stage des universités de médecine générale [Internet]. 2018 [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cngesnemg_juin_2018_poursuite_de_la_progression/
60. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
61. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes [Internet]. Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-55.htm>
62. Khar S. Exploration des obstacles à la pratique de gestes techniques en cabinet de médecine générale: étude qualitative réalisée auprès de 11 médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Lille]: Faculté de Médecine; 2013.
63. Boulard B. Réalisation des gestes techniques en cabinet libéral : Etudes des pratiques des médecins généralistes en Haute-Normandie [Internet] [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Université de Rouen]: UFR de médecine-pharmacie; 2013. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960899/document>
64. Visite longue, nouvelle version - MG France [Internet]. 2019 [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2035-visite-longue-nouvelle-version>
65. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Journal Officiel de la République Française du 28 avril 2017.
66. Décret n 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé [Internet]. France: Journal officiel de la république française; 2009 févr. Report No.: NOR ECEC0823755D. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/jo-decret-2009-152.pdf
67. Baptiste WATRIN. COMPORTEMENT ET REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Nancy]: Faculté de médecine; 2017.
68. Wattez J. Enseignement de la bureautique informatisée au Département de médecine Générale de Rennes : Besoins des internes et des jeunes remplaçants et modalités d'acquisition des

- compétences actuelles et futures [These d'exercice]. [Université de Rennes]: UFR médecine; 2014.
69. Reumaux B. Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes Nantais en 2013 [Thèse de doctorant]. [Université de Nantes]: Faculté de médecine; 2014.
 70. Bray P. L'informatisation du cabinet de médecin généraliste : est ce que toutes les possibilités du logiciel métier et des autres technologies de l'information et de la communication sont exploitées ? [Internet] [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Lille]: Faculté de Médecine; 2014. Disponible sur: <https://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/b03d0a31-8e31-461c-a9aa-2a8fffcf2a8b>
 71. PLANNING FORMATIONS WEDA FAF-PM [Internet]. WEDA. 2019 [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <https://weda.fr/planning-formations-weda-faf/>
 72. Syndicat MGFRANCE. Les lettres clés [Internet]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/2268-les-lettres-clef>
 73. Outil d'aide à la pratique [Internet]. OMNIPrat. [cité 11 mai 2020]. Disponible sur: <https://omniprat.org/>
 74. Marie-Christine BOURNOT Steve JAKOUBOVITCH, Elodie CERCIER, François TUFFREAU. Les emplois du temps des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012 mars p. 8. Report No.: 797.
 75. syndicat MGFRANCE. Nouveauté cotation Covid-19 - MG France [Internet]. 2020 [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/2532-enquete-mgf-covid-19-2eme-partie-a-vous-de-jouer-2>
 76. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Journal Officiel de la République Française du 14 avril 2017.
 77. Décret n° 2019-17 du 9 janvier 2019 relatif aux missions, à la composition et au fonctionnement des Conseils nationaux professionnels des professions de santé. 2019-17, NOR: SSAH1808219D janv 9, 2019.
 78. Technicien d'information médicale [Internet]. Orientation pour tous. [cité 30 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.orientation-pour-tous.fr/>
 79. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma Santé 2022 Un Engagement collectif. Dossier de Presse [Internet]. 19 août 2018; Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
 80. Ministère des Solidarités et de la Santé. Instruction no DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires ESP et aux communautés professionnelles territoriales de santé CPTS. Santé publique, AFSH1637810J déc 2, 2016.
 81. Audrey Dobigny. COMMENT EST STRUCTURÉE LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN FRANCE : Évolution de la rémunération depuis l'année 2005, évolutions "souhaitables", réajustement par rapport au temps de travail et comparaison avec quelques pays européens. [Diplôme d'Etat de Docteur en médecine]. [Tours]: Faculté de Médecine; 2018.

82. Ryan AM, Krinsky S, Kontopantelis E, Doran T. Long-term evidence for the effect of pay-for-performance in primary care on mortality in the UK: a population study. *The Lancet*. 16 juill 2016;388(10041):268-74.
83. Roberts ET, Zaslavsky AM, McWilliams JM. The Value-Based Payment Modifier: Program Outcomes and Implications for Disparities. *Ann Intern Med*. 20 févr 2018;168(4):255.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

27/04/2020

Connaissances et applications des principales cotations médicales par le médecin généraliste installé dans les Bouches-du-Rhône...

Connaissances et applications des cotations médicales par le médecin généraliste installé dans les Bouches-du-Rhône

Ce questionnaire de thèse a pour but d'évaluer en pratique l'utilisation de la nomenclature médicale actuelle pour les principaux actes courants en médecine générale d'un médecin installé en activité libérale.

Il y a 37 questions dans ce questionnaire.

Profil du participant

1/ Vous êtes : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

2/ Vous avez : *

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 25 ans
- entre 25 et 34 ans
- entre 35 et 44 ans
- entre 45 et 54 ans
- entre 55 et 64 ans
- plus de 65 ans

3/ Vous êtes installé depuis : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- moins de 1 an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans
- 4 ans
- 5 ans
- 6 ans
- 7 ans
- 8 ans
- 9 ans
- 10 ans
- 11 ans
- 12 ans
- 13 ans
- 14 ans
- 15 ans
- 16 ans
- 17 ans
- 18 ans
- 19 ans
- 20 ans
- plus de 20 ans

4/ Vous êtes situé en : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- zone rurale
- zone urbaine

5/ Vous exercez :

*

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- seul(e)
- en cabinet de groupe
- maison de santé pluridisciplinaire

Autre

6/ Avez-vous un cabinet à horaires élargis ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

7/ Vous pratiquez un autre mode d'exercice particulier (angiologue, homéopathe...): *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si oui, de manière : *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '7 [MEP]' (7/ Vous pratiquez un autre mode d'exercice particulier (angiologue, homéopathe...):)

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- partielle
 exclusive

8 / Participez-vous à la PDSA ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

9/ Êtes-vous maître de stage universitaire ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

10/ Vous avez un secrétariat médical : *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si oui, gère-t-il le codage des actes médicaux ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '11 [SECRETAIRE]' (10/ Vous avez un secrétariat médical :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Pratique et connaissance des actes médicaux

Les exemples pris ne sont pas exhaustifs de la pratique en médecine libéral mais reflètent au mieux les champs d'applications possible de la profession.

Dans ma pratique courante : *

! Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je fais des ECG
 J'examine des enfants de moins de 6 ans
 Je fais des frottis cervico-vaginal
 Je suture
 J'examine des nourissons (moins de 24 mois)
 Je prends en charge des dépressions
 Je fais des visites à domicile
 Je réalise des gestes technique en cas d'urgence (perfusion, administration d'oxygène...)
 J'envoie des courriers au médecins traitants

1/ Lors de mes 10 dernières consultations avec un ECG, j'ai coté **G+DEPQ003 (39.26^e)** : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas d'ECG

2 / Lors de mes 10 dernières consultations d'un enfant de moins de 6 ans, j'ai coté **G+MEG (30°)** : *

📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas d'examen d'un enfant de moins de 6 ans

3/ Lors de mes 10 dernières consultations avec réalisation d'un frottis cervico-vaginal, j'ai coté **G+JKHD001 (37.46^e)** : *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas de frottis cervico-vaginal

4/ Lors de mes 10 dernières consultations avec réalisation d'une **suture et/ou d'un parage**, j'ai coté selon la localisation, la profondeur et l'horaire : *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas de suture ni de parage

5/ Lors de mes 10 derniers examens obligatoires du nourrisson (8^e jour, 9^e mois, 24 mois), j'ai coté **COE (46^e)** : *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas d'examen du nourrisson

6/ Lors de mes 10 dernières consultations d'un patient dépressif déjà vu au maximum 2 fois au cours de l'année, j'ai coté **ALQP003 (69.12^e)** : *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne réalise pas d'évaluation de la dépression

7/ Lors de mes 10 dernières visite à domicile, j'ai coté **VG+MD (35°)+IK** adéquat : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne réalise pas de visite à domicile

8/ / Lors de mes 10 dernières visite à domicile en urgence, je cote **VGS+MU (47.6°)** : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas de visite à domicile

9/ Lors de mes 10 dernières consultations d'un patient, dont je suis le médecin traitant, polypathologique dans le mois de sa sortie d'hospitalisation, j'ai coté **G+MSH (48^e)** : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne suis pas médecin traitant

10/ Lors de mes 10 dernières visites à domicile d'un patient en soins palliatif dont je suis le médecin traitant, j'ai coté **VL + MD (70^e)** : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne suis pas médecin traitant
- Je ne fais pas de visite à domicile

11/ Lors de mes 10 dernières consultations d'un patient en vacances avec envoi d'un courrier à son médecin traitant, j'ai coté **G+MCG (30°)** : *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je n'envoie pas de courrier au médecin traitant

12/ Lors de mes 10 dernières gardes, j'ai coté une **majoration de garde** selon l'heure, le type de jour et selon la régulation centre 15 ou pas : *

❶ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne fais pas de garde

13/ Lors de mes 10 dernières consultations d'un patient en situation d'urgence avec la réalisation d'un ou de geste(s) technique(s) et d'une surveillance prolongée, j'ai coté **YYYY010 + M (74.88€) :** *

❗ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 0 fois
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- 5 fois
- 6 fois
- 7 fois
- 8 fois
- 9 fois
- 10 fois
- Je ne réalise pas de geste d'urgence

Frein à la cotation

1/ Quand je ne cote pas l'acte adéquat des exemples cités mais que je connais la cotation, cela est lié à : *

❶ Cochez la ou les réponses

❷ Veuillez sélectionner 4 réponses maximum

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes
- peur de rejet ou de pénalité de la part de l'assurance maladie
- manque d'uniformisation nationale du codage des actes médicaux
- appréhension de la réaction des patients non-informé du tarif au préalable
- tarif de certains actes non incitatif et sous-évalué
- manque d'optimisation du logiciel médical informatique
- manque de temps

Autre:

2/ Est-ce que le(s) frein(s) au codage des actes médicaux peuvent vous dissuader de réaliser certains actes en pratique courante ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Codage des actes médicaux

1/ Savez-vous qu'il existe deux cotations NGAP et CCAM ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

2/ Déléguez-vous le codage des actes médicaux ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Utilisez-vous un outil d'aide à la cotation ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question '30 [DELEGATION]' (2/ Déléguez-vous le codage des actes médicaux ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Parmi ce listing, quels sont vos principaux outils d'aide à la cotation des actes ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '31 [AIDECODAGE]' (Utilisez-vous un outil d'aide à la cotation ?)

❗ Cochez la ou les réponses

❗ Veuillez sélectionner 2 réponses maximum

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- paramétrage des codages préférentiels par le logiciel
 plaquette d'aide réalisé par soi-même, un syndicat ou autre organisme
 application mobile
 le site AMELI

Autre:

3 / Avez-vous participé à une formation sur la cotation d'actes médicaux ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

4/ Etes-vous intéressé par une formation ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Etes-vous thésé(e) ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Votre code postal est : *

Veuillez écrire votre réponse ici :

Je souhaite avoir les résultats de l'étude :

Veuillez écrire votre réponse ici :

Veuillez indiquer votre adresse mail (optionnel)

27/04/2020

Connaissances et applications des principales cotations médicales par le médecin généraliste installé dans les Bouches-du-Rhône...

Je vous remercie de votre contribution.

27.04.2020 – 09:58

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 2 : Hypothèses et orientation d'analyses

Intitulé de thèse : " Connaissances et applications des principales cotations médicales. Etudes portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône"

Question de recherche : Comment le médecin généraliste installé des Bouches-du-Rhône applique-t-il le codage des actes ?

Objectifs :

-**primaire** : Evaluer en pratique l'utilisation de la nomenclature médicales des principaux actes par les médecins généralistes installés des Bouches-du-Rhône

-**secondaire** : Etudier la connaissance de ces actes et les freins au codage des actes médicaux.

Partie 1 : profil du participant

Quelles sont les caractéristiques des participants (sexe, âge, lieu d'exercice, type d'exercice, organisation du cabinet=horaires à élargis, autres types d'activités=MEP,MSU et PDSA) ? (effectif et %)

Partie 2 : PRATIQUE ET CONNAISSANCE DES ACTES MEDICAUX

- **pratique des actes**

Quels actes font les médecins de l'échantillon principalement par ordre décroissant dans leurs pratiques courantes ? (effectif et %)

Y a-t-il une association entre :

-femme et réalisation de frottis ?

-âge et gestes techniques ?

-lieu d'exercice (rurale/urbain) et visite à domicile ?

- **connaissance et pratique du codage**

La méconnaissance du codage à l'acte est définie par la réponse 0 et la pratique de l'acte.

Quelles sont les principales cotations que les médecins ne connaissent pas ?

J'é mets l'hypothèse que la dépression, les visites à domicile en urgence, les soins palliatifs sont des codages méconnus.

Est-ce que les jeunes méconnaissent plus ces codages ?

La pratique du codage de l'acte correspond aux réponses [1 ;10] avec la pratique de l'acte.

Quelles sont les réponses à la pratique de chaque codage ? Lesquels sont celles où les médecins réalisent le plus souvent un bon codage ?

J'émetts l'hypothèse que l'ECG, l'enfant, le nourrisson, visite à domicile sont les mieux codé en pratique.

- **Définir groupe Bon/mauvais codeur :**

Le bon codeur se définit par une réponse supérieure à 8 aux questions de la partie 2

Comparaison des groupes bon et mauvais codeur en associant les actes ECG, enfant, suture, visite, garde, nourrisson

-Est-ce que l'âge est associé à une bonne pratique de ces cotation (bon codeur/mauvais codeur) ?

J'émetts l'hypothèse qu'il y a une différence dans l'âge.

-Y a-t-il une association entre bon codeurs et pratique de la PDSA, MEP et être MSU ?

J'émetts l'hypothèse qu'un bon codeur pratique plutôt la PDSA, une MEP et est MSU.

Partie 3 : FREIN A LA COTATION

- **Description**

Quels sont les freins par ordre décroissant ? Les participants ont-t-ils noté d'autres freins ? lesquels ?

Combien considèrent qu'un frein au codage de l'acte peut dissuader de réaliser l'acte ?

- **Association freins avec âge et bon codeurs**

-Est-ce que l'âge est associé avec un frein ?

J'émetts l'hypothèse que l'âge influence la formation, l'appréhension et les tarifs.

-Quel est le profil bon/mauvais codeur vis-à-vis des freins ?

J'émetts l'hypothèse qu'un bon codeur ne trouve pas le manque de temps comme frein ni la formation.

Partie 4 : CODAGE DES ACTES MEDICAUX

- **Description des résultats :**

-Connaissent-ils les deux nomenclatures ?

-Y a-t-il délégation du codage ?

-Combien utilisent un outil d'aide au codage ? le(s)quels sont prédominants ? Y en a-t-il noté dans la partie Autre ?

-Certains se sont-ils formés au codage des actes ?

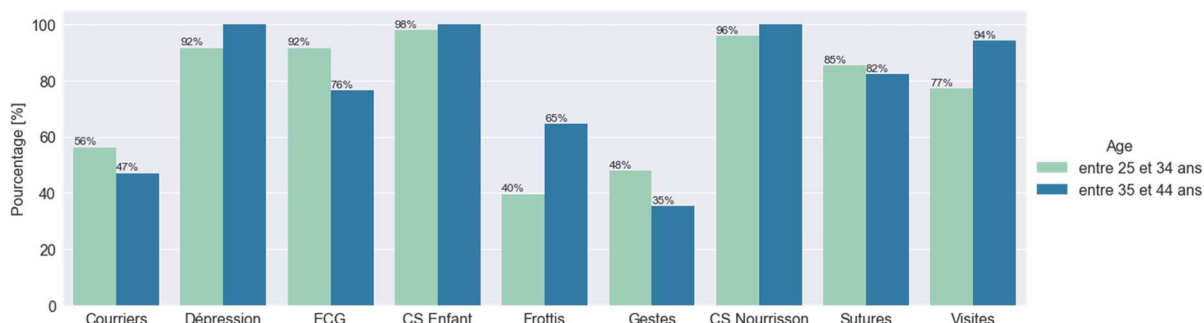
-Les médecins souhaitent-ils une formation ?

- **Outils d'aide au codage et connaissances et pratiques du codage :**

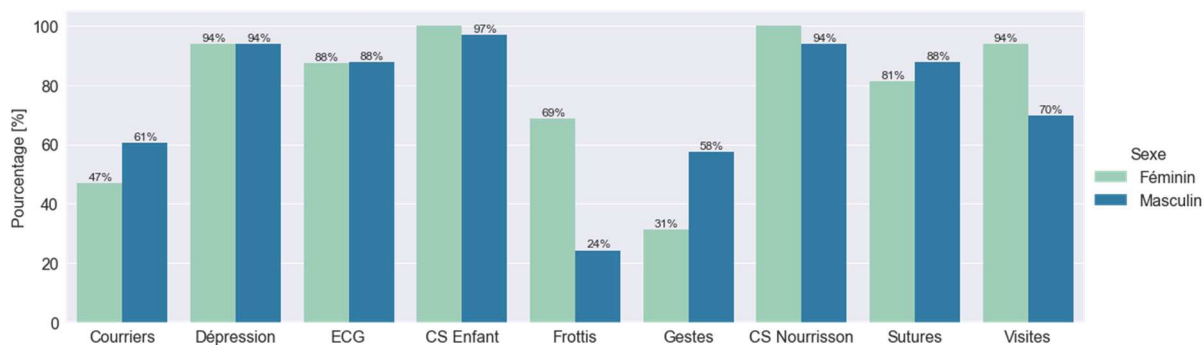
-Y a-t-il une association entre l'utilisation d'outils d'aide au codage (réponse Oui) et d'être bon codeur?

J'é mets l'hypothèse que l'outil d'aide au codage permet de mieux coter ces actes

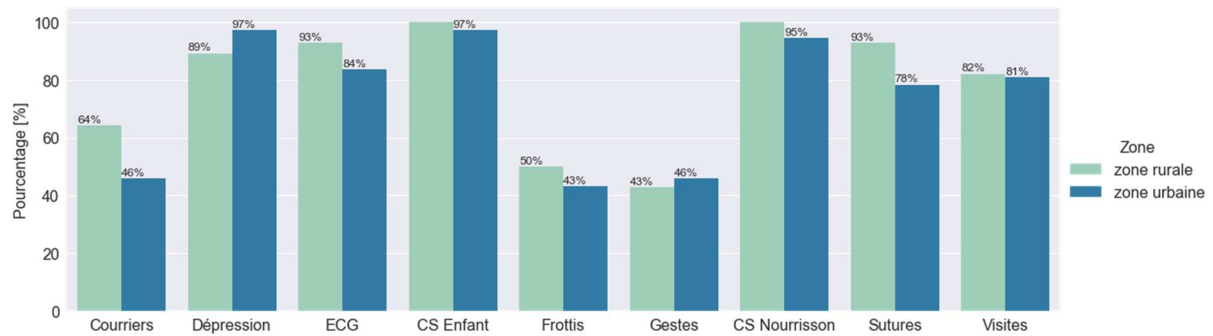
Annexe 3 : Répartition par tranches d'âges des actes pratiqués



Annexe 4 : Répartition selon le sexe des actes pratiqués



Annexe 5 : Répartition par type de zone des actes pratiqués



Annexe 6 : Analyse univariée des gestes techniques en urgence selon l'âge, test chi-2

GESTES TECHNIQUES	NON (%)	OUI (%)
AGE		
[25 ;34[25 (52%)	23 (48%)
[35 ;44[11 (65%)	6 (35%)

p= 0.5380164359210355

avec p = probabilité p avec seuil significativité < 5% (p-value)

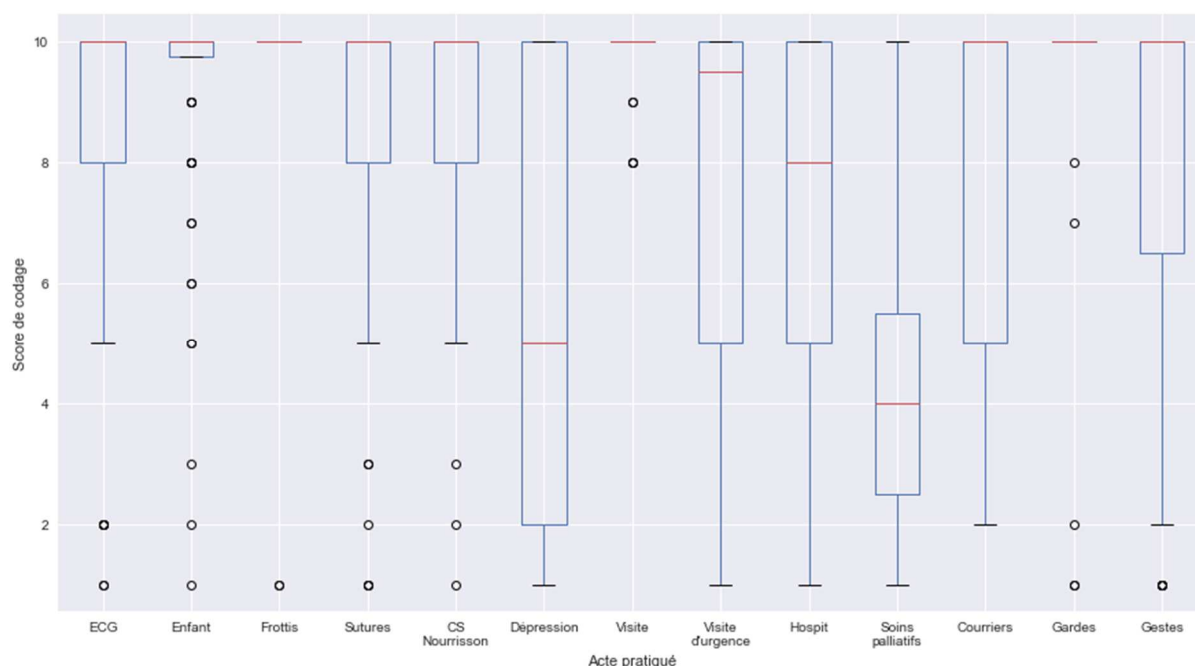
Annexe 7 : Analyse univariée des visites à domicile selon le lieu d'exercice, test chi-2

VAD	NON (%)	OUI (%)
LIEU D'EXERCICE		
Zone rurale	5 (18%)	23 (82%)
Zone urbaine	7 (19%)	30 (81%)

p= 1.0

avec p = probabilité p avec seuil significativité < 5% (p-value)

Annexe 8 : Boxplot des résultats à la pratique du codage des actes



Annexe 9: Analyse des freins au codage selon les tranches d'âges, test Chi-2

Freins	Modalité	entre 25 et 34 ans	entre 35 et 44 ans	p-value
formation	Non	28 (60.9)	6 (37.5)	p = 0.154
	Oui	18 (39.1)	10 (62.5)	-
rejet	Non	28 (60.9)	14 (87.5)	p = 0.065
	Oui	18 (39.1)	2 (12.5)	-
uniformisation	Non	43 (93.5)	15 (93.8)	p = 1*
	Oui	3 (6.5)	1 (6.2)	-
appréhension	Non	17 (37.0)	7 (43.8)	p = 0.767
	Oui	29 (63.0)	9 (56.2)	-
tarifs	Non	31 (67.4)	13 (81.2)	p = 0.355*
	Oui	15 (32.6)	3 (18.8)	-
logiciel	Non	29 (63.0)	12 (75.0)	p = 0.539
	Oui	17 (37.0)	4 (25.0)	-
temps	Non	27 (58.7)	11 (68.8)	p = 0.56
	Oui	19 (41.3)	5 (31.2)	-

*Test non paramétrique

Annexe 10: Analyse des freins au codage selon les groupes « bons codeurs » et « mauvais codeurs », test de Chi-2

Freins	Modalité	« Mauvais codeur »**	« Bon codeur »**	p-value
formation	Non	9 (56.2)	25 (54.3)	p = 1
	Oui	7 (43.8)	21 (45.7)	-
rejet	Non	11 (68.8)	31 (67.4)	p = 1
	Oui	5 (31.2)	15 (32.6)	-
uniformisation	Non	13 (81.2)	45 (97.8)	p = 0.049*
	Oui	3 (18.8)	1 (2.2)	-
appréhension	Non	4 (25.0)	20 (43.5)	p = 0.232
	Oui	12 (75.0)	26 (56.5)	-
tarifs	Non	13 (81.2)	31 (67.4)	p = 0.355*
	Oui	3 (18.8)	15 (32.6)	-
logiciel	Non	11 (68.8)	30 (65.2)	p = 1
	Oui	5 (31.2)	16 (34.8)	-
temps	Non	9 (56.2)	29 (63.0)	p = 0.744
	Oui	7 (43.8)	17 (37.0)	-

*Test non paramétrique **Un bon codeur est défini par une note moyenne ≥ 8 fois sur 10 pour le codage des actes routiniers (consultations enfant ou nourrisson, ECG, suture, visite, garde).

Annexe 11: Analyse univariée de l'utilisation d'outils d'aide et les « groupes bons et mauvais codeurs », test de Fischer

GRUPE OUTIL D'AIDE	MAUVAIS CODEURS	BON CODEURS
NON	3	14
OUI	13	32

p= 0.5197938049633452

avec p = probabilité p avec seuil significativité < 5% (p-value)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



RESUME

Titre : Connaissances et applications des principales cotations médicales. Etudes portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

Introduction : La France présente un mode de rémunération mixtes pour les médecins généralistes libéraux, avec le paiement à l'acte comme principale rémunération. Pour se faire, les médecins conventionnés utilisent la nomenclature médicale pour coder leurs actes et être rémunéré. La rémunération ne dépend donc pas de leurs actes mais du codage. L'évolution permanente du codage, au sein de la NGAP et de la CCAM, rend celle-ci complexe pour les médecins et engendre une méconnaissance de la cotation. L'objectif était d'évaluer en pratique l'utilisation de la nomenclature médicale des principaux actes par les médecins généralistes installés des Bouches-du-Rhône et secondairement, d'étudier la connaissance de ces actes et les freins au codage des actes médicaux.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive, déclarative et transversale par l'intermédiaire d'un questionnaire, envoyé par voie électronique. La population incluse était les médecins généralistes libéraux installés des Bouches-du-Rhône, du 12 février au 13 avril 2020.

Résultats : 74 médecins ont été inclus. L'échantillon était représentatif des jeunes médecins. La pratique des actes portait sur 13 actes représentatifs, au sein de l'échantillon. Elle était hétérogène. Les actes les plus fréquents étaient la consultation pédiatrique, la prise en charge d'une dépression et la réalisation de l'électrocardiogramme. Les femmes médecins avaient significativement tendance à réaliser plus de frottis cervico-vaginaux. Les cotations les plus méconnues étaient : prise en charge d'un patient en soins palliatifs à domicile (42.1% de l'effectif pratiquant l'acte) ; visite à domicile en urgence (38.8%) ; consultation avec réalisation d'une échelle d'évaluation de la dépression (31.7%). A l'opposé les codages les plus connus (100%) étaient : l'examen d'un enfant de moins de 6 ans et la réalisation du frottis. Les actes pour lesquels les médecins pratiquaient au mieux les cotations adéquates étaient la réalisation du frottis cervico-vaginal (93%), la visite à domicile (83%) et la réalisation de gardes (80%). Les codages les moins bien pratiqués étaient: la visite à domicile pour un patient en soins palliatifs (7%) et la consultation d'un patient avec réalisation d'une échelle d'évaluation de la dépression (20%). Les bons codeurs avaient tendance significativement à pratiquer la PDSA ($p < 0.05$). Les freins au codage des actes les plus représentés étaient l'appréhension de la réaction des patients non-informés du tarif au préalable (61.3%), le manque de formation ou de professionnalisation au codage des actes (45.2%) et manque de temps (38.7%). Selon l'étude, la majorité utilisait un outil d'aide au codage (73%) et souhaitait une formation sur la thématique.

Conclusion : La nomenclature médicale reste complexe et toujours d'actualité. Les médecins ne sont pas assez formés ni informés au vu des résultats, en termes de connaissance et de pratique du codage. Les freins au codage, connus, n'ont pas évolué. Les résultats prônent pour la promotion d'outils d'aide au codage et la mise en place de formations adaptées. Doit-on inciter à une professionnalisation du codage ? De plus, les nomenclatures utilisées pour le conventionnement des médecins ont participé à la crise existentielle de la médecine libérale.

Mots clés : Nomenclature médicale / paiement à l'acte / cotations / rémunérations / CCAM / NGAP / pratique / tarification / acte / codage / honoraires / argent / médecine générale / généraliste / libérale / freins / outils d'aide