

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Facturer le temps :
Optimisation de la cotation en médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2024 à 18h00
au Pôle Formation
par Yaman MAHFOUD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Rayan ADAWI

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

Abréviations :

- AME : Aide Médicale d'État
- CCAM : Classification Communes des Actes Médicaux
- CNCI : Certificat de non-contre-indication
- ECG : Électrocardiogramme
- HN : Hors Nomenclature
- IST : Infection sexuellement transmissible
- MG : Médecin Généraliste
- MT : Médecin Traitant
- NGAP : Nomenclature générale des Actes Professionnels
- UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SN1 : Stage ambulatoire de médecine générale de Niveau 1
- VAD : Visite à Domicile

Cotations :

- AHLB001 : Réalisation d'une infiltration du canal carpien
- ALQP003 : Évaluation de la dépression
- ALQP006 : Évaluation d'un déficit cognitif
- CAGD002 : Ablation d'un bouchon de cérumen
- COB : Consultation obligatoire de l'enfant de 6 à 16 ans
- COD : Consultation obligatoire de l'enfant de 0 à 6 ans
- DE : Dépassement Exceptionnel
- DEQP003 : Réalisation d'un électrocardiogramme
- GLQP007 : Réalisation d'une polygraphie respiratoire nocturne
- GLQP012 : Réalisation d'une spirométrie
- JKHD001 : Réalisation d'un frottis cervico vaginal
- MCG : Majoration Coordination Généraliste
- MFEP001 : Réduction d'une pronation douloureuse du coude
- PQBM003 : Réalisation d'une échographie de la main
- QZJA002 : Suture d'une plaie superficielle de moins de 3 cm
- VAC : Consultation pré-vaccinale COVID 19 (avec ou sans 1ère injection)

Table des matières

<u>RÉSUMÉ</u>	1
<u>ABSTRACT</u>	2
I. <u>INTRODUCTION</u>	3
A. <u>Le système de santé français</u>	3
B. <u>La convention médicale</u>	3
C. <u>Les raisons de cette étude</u>	4
II. <u>MÉTHODE</u>	5
III. <u>RÉSULTATS</u>	7
A. <u>Diagramme de flux</u>	7
B. <u>Caractéristiques des participants</u>	7
C. <u>Objectif principal : cotation adaptée</u>	8
<i>a. <u>Erreurs de cotations et leurs conséquences</u></i>	8
<i>b. <u>Cumul des actes</u></i>	12
D. <u>Objectifs secondaires</u>	14
<i>a. <u>Catégorisation du motif principal</u></i>	14
<i>b. <u>Proportion des cotations de base GS et GS + MEG</u></i>	15
<i>c. <u>Consultation d'un médecin non traitant et cotation MCG</u></i>	16
<i>d. <u>Cotations rarement appliquées</u></i>	16
<i>e. <u>Vaccinations</u></i>	16
<i>f. <u>Certificats médicaux</u></i>	17
<i>g. <u>DE et HN</u></i>	17
<i>h. <u>Actes CCAM</u></i>	17
IV. <u>DISCUSSION</u>	19
A. <u>Forces et limites de l'étude</u>	19
<i>a. <u>Forces</u></i>	19

<i>b. Limites</i>	19
B. <u>Analyse des résultats</u>	20
<i>a. Analyse de la population</i>	20
<i>b. Objectif principal : cotation adaptée</i>	20
<i>c. Objectifs secondaires : activité du médecin généraliste</i>	21
<i>d. Propositions</i>	22
V. <u>CONCLUSION</u>	24
VI. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	25
VII. <u>ANNEXES</u>	28

Contexte : Les revenus du médecin généraliste libéral sont issus en grande majorité par la rémunération à l'acte. Ces tarifs sont règlementés par la convention médicale négociée tous les 5 ans. Beaucoup de médecins libéraux et tous les syndicats représentant les médecins réclament des revalorisations conséquentes de ces tarifs. Pourtant, ces tarifs ne sont pas parfaitement respectés par les médecins eux-mêmes qui pourraient tirer avantage d'une cotation adaptée et optimisée.

Objectif : L'objectif principal était de démontrer qu'une cotation adaptée au motif de consultation permet d'améliorer le revenu des médecins généralistes libéraux. Les objectifs secondaires étaient d'avoir une meilleure vision de l'activité du médecin généraliste et de sa cotation et de proposer des solutions pour optimiser la cotation et les revenus du médecin.

Méthode : Étude quantitative observationnelle transversale et recueil des données par questionnaire en ligne via LIMESURVEY® qui a été complété par des médecins généralistes ambulatoires à la fin de chacune de leurs consultations pendant 3 jours. La collecte de données a été réalisée sur 2 mois entre octobre et décembre 2023. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel JAMOV®. Le seuil de significativité était fixé avec un risque α de 5%.

Résultats : Nous avons obtenu 2417 réponses valides effectuées par 86 médecins participants. Les erreurs de cotations étaient commises avec une prévalence de 2,28% pour une conséquence sur le chiffre d'affaires de -1,35%. Ce Δ entre le chiffre d'affaires obtenu et celui qui aurait pu être obtenu était légèrement différent entre les femmes ($\Delta=1,53\%$) et les hommes ($\Delta=1,02\%$). Il y avait par ailleurs une différence importante dans la valeur moyenne de la consultation entre les femmes (26,84€) avec un Δ_{moyenF} de 0,41€ et les hommes (28,63€) avec un Δ_{moyenH} de 0,29€. Il existait une tendance (pvalue très proche du seuil de 5%) montrant qu'il y avait 86% de risques supplémentaires pour une femme de commettre une erreur de cotation. Il était montré également une tendance (pvalue proche du seuil de 5%) révélant qu'il y avait 31% de chances supplémentaires chez les femmes de gérer au moins un motif secondaire en cours de consultation.

Conclusion : La cotation adaptée permet d'illustrer la grande diversité de la pratique de la médecine générale. Le choix d'une cotation adaptée n'exerce cela dit qu'une influence modérée sur le chiffre d'affaires du médecin généraliste. Il existe néanmoins d'autres facteurs plus importants que la cotation adaptée pour optimiser ses revenus qu'il serait intéressant de rechercher.

Background : The vast majority of GPs' income comes from fee-for-service remuneration. These fees are regulated by the medical agreement negotiated every 5 years. Many self-employed doctors and all the unions representing doctors are calling for substantial increases in these fees. However, these tariffs are not fully respected by the doctors themselves, who could benefit from an adapted and optimised quotation.

Objective : The primary objective of this study was to demonstrate that an adapted quotation system, based on the reason for consultation, can improve the income of self-employed GPs. The secondary objectives were to gain a better understanding of GP activity and its scoring, and to propose solutions for optimising scoring and GP income.

Method : Quantitative, observational, cross-sectional study and data collection using an online questionnaire via LIMESURVEY®, which was completed by ambulatory GPs at the end of each of their consultations over a period of 3 days. Data collection took place over 2 months between October and December 2023. Statistical analysis was performed using JAMOVI® software. The significance threshold was set at an α risk of 5%.

Results : We obtained 2,418 valid responses from 86 participating doctors. The prevalence of quotation errors was 2.28%, with an impact on turnover of -1.35%. This Δ between the turnover obtained and that which could have been obtained was slightly different between women ($\Delta=1.53\%$) and men ($\Delta=1.02\%$). There was also a significant difference in the mean value of the consultation between women (€26.84) with a Δ_{meanF} of €0.41 and men (€28.63) with a Δ_{meanH} of €0.29. There was a trend (pvalue very close to the 5% threshold) showing that there was an 86% greater risk of a woman making a quotation error. There was also a trend (p-value close to the 5% threshold) showing that women were 31% more likely to manage at least one secondary reason during the consultation.

Conclusion : Adapted scoring illustrates the wide diversity of general practice. However, the choice of an adapted rating has only a moderate influence on GP turnover. There are, however, other factors that are more important than adapted pricing for optimising income, and which it would be worthwhile investigating.

I. INTRODUCTION

A. Le système de santé français

Le médecin généraliste libéral tire ses revenus de deux sources. La première étant la rémunération à l'acte et représente la facturation de chacune des consultations effectuées. Ces consultations sont réglées par le patient qui est lui-même remboursé par la sécurité sociale et par la complémentaire santé s'il y a souscrit. La deuxième source est constituée des forfaits (1–3) payés directement par la sécurité sociale au médecin libéral. Ces revenus de consultation ou paiement à l'acte représenteraient près de 80% des revenus brut du médecin généraliste libéral (4), il s'agit de la source principale des revenus du médecin libéral.

En France, le système de santé est en grande partie financé par la solidarité nationale représentée par la sécurité sociale qui fonctionne comme une assurance santé nationale et obligatoire. Les citoyens français vont y cotiser une partie de leurs revenus. Dans l'immense majorité des cas, le médecin libéral est conventionné auprès de la sécurité sociale. Cela signifie que le prix de la consultation et des actes médicaux sont fixés par une convention médicale (5) négociée tous les 5 ans entre les syndicats de médecin (6) et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Le médecin conventionné s'engage donc à pratiquer les tarifs de la convention et la sécurité sociale s'engage à rembourser une partie des frais engagés par le patient pour payer sa consultation et à régler les forfaits dus au médecin.

B. La convention médicale

La négociation conventionnelle débutée fin 2022 et qui devait aboutir à la nouvelle convention médicale a été l'occasion pour les médecins et les syndicats de médecin de dévoiler un grand malaise et un certain nombre de réclamations se focalisant en grande partie sur le tarif de la consultation resté à 25€ depuis 2016. Ces négociations conventionnelles ayant échoué, un règlement arbitral a décidé d'une augmentation du tarif conventionné de la consultation à 26,5€ à partir de novembre 2023. De nouvelles négociations ont débuté quelques semaines après.

Cette convention médicale fixe le tarif de la consultation de base mais aussi offre aux médecins la possibilité de facturer ou de coter un nombre important d'actes. Il existe d'ailleurs deux catalogues de référence à partir desquels la facturation se fait :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) (7,8).
- La Classification Communes des Actes Médicaux (CCAM) (9).

La NGAP compte plus de 60 actes alors que la CCAM en compte plus de 13 000. Cette grande diversité d'actes illustre bien la diversité de la pratique médicale et notamment de la médecine générale. Elle est cependant aussi un des freins à l'exploitation des cotations adaptées par les médecins généralistes (10,11).

C. Les raisons de cette étude

Plusieurs études ont montré le peu d'exploitation des nomenclatures de tarification par les médecins et celles-ci ont régulièrement mis en lumière les freins que devaient surmonter les médecins afin d'utiliser correctement la cotation. Nous choisirons de parler de « cotation adaptée » ou de « cotation inadaptée » par la suite.

Aussi voulions nous étudier si concrètement ces freins déjà mis en évidence que sont la complexité de la nomenclature (12,13), le manque de temps, la charge administrative majorée, la crainte du regard du patient, le manque de connaissance et de formation ou le manque d'intérêt du médecin, la complexité des logiciels et la crainte d'un rejet ou de sanctions de la CPAM (10,11) avaient une influence sur le chiffre d'affaires du médecin et donc pesaient sur ses revenus.

Le but de cette étude était de montrer qu'il existe un moyen d'améliorer les revenus du médecin sans forcément attendre une nouvelle convention médicale plus favorable avec une tarification de la consultation de base plus généreuse. L'objectif principal était de démontrer qu'une cotation adaptée au motif de consultation permet d'améliorer le revenu des médecins généralistes libéraux.

Les objectifs secondaires étaient d'avoir une meilleure vision de l'activité du médecin généraliste et de sa cotation et de proposer des solutions pour optimiser la cotation et les revenus du médecin.

II. MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative observationnelle transversale réalisée entre le 9 octobre et le 9 décembre 2023 par questionnaire adressé aux médecins généralistes exerçant en France dans une activité de médecine générale libérale ambulatoire, hors situation de garde.

Les critères d'inclusion étaient :

- Être médecin généraliste installé ou remplaçant.
- Être interne en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ou en Stage ambulatoire de médecine générale de Niveau 1 (SN1).

Les critères de non-inclusion étaient :

- Être un médecin d'une autre spécialité que la médecine générale.
- Être un médecin salarié ou exerçant dans un centre de soins non programmés.

Étaient également exclues des réponses celles en rapport avec une visite à domicile (VAD).

Le recrutement des médecins était effectué de la manière la plus large en contactant le plus grand nombre de médecins généralistes qu'ils soient internes ou médecins généralistes ayant terminé leur cursus – installés ou non – répondant aux critères d'inclusion. Ces répondants étaient sollicités à travers les réseaux sociaux, mailing et en mobilisant nos connaissances et ce sur toute la France.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire distribué à ces médecins. Chaque médecin volontaire pour participer à l'étude recevait un lien personnel pour remplir un questionnaire en ligne à la suite de chacune de ses consultations sur une durée de trois journées de consultations maximum. Le questionnaire a été mis en place sur la plateforme LIMESURVEY® et permettait de récupérer les informations nécessaires quant à la consultation effectuée. Ce questionnaire reprenait en 1^{er} lieu les cotations effectuées par le médecin et dans un 2nd temps la situation et les détails de la consultation. Nous demandions sur la 1^{ère} page les caractéristiques du répondant : MG ou Interne ? Zone géographique d'exercice ? Le genre ? Nous nous renseignions ensuite sur la consultation effectuée : Quelle cotation a été effectuée et pour quel(s) motif(s) de consultation ? Dans la page 3, nous demandions si une des situations citées correspondait à la consultation (êtes-vous le MT ? Consultation pédiatrique de suivi jusqu'à 6 ans ? Consultation d'un nourrisson à J8, M9, M24 ? Enfant de 3 à 12 ans suivi pour

risque d'obésité ? Patient de moins de 26 ans pour prévention contraception / IST ? Patient sorti d'hospitalisation depuis moins d'un mois ? Annonce diagnostic ? Adressage vers un spécialiste en moins de 48h ? Patient adressé par la régulation ? Dossier MDPH ?). La dernière page sondait les participants pour savoir si un acte technique avait été effectué. [Annexe a]

Les participants au questionnaire ont été relancés plusieurs fois en fonction de leur proactivité avec un maximum de 3 relances. Il a été fixé arbitrairement un nombre de réponse minimal de 2000 réponses pour obtenir une puissance de l'étude suffisante.

L'analyse statistique a été effectuée après exportation des données extraites de LIMESURVEY® vers le logiciel MICROSOFT Excel® par des nombres pour les variables quantitatives discrètes et continues, par les chiffres « 0 » ou « 1 » pour les variables binaires.

L'analyse statistique des données a été effectuée en bivariée lorsque les conditions d'application étaient remplies. L'intervalle de confiance était de 95% avec un risque α fixé à 5%.

Le test de Student pour échantillons indépendants a été utilisé pour la comparaison des moyennes du tarif de consultation entre les hommes et les femmes. Le test de Student a été utilisé pour la comparaison des moyennes entre les différentes catégories (Médecins Généralistes / Internes effectuant des actes en supervision indirecte).

L'analyse statistique des données a été réalisée à l'aide du logiciel JAMOVI® (14–18).

Le questionnaire a été validé par le délégué à la protection des données (DPO) de l'université de Lille. La demande a été acceptée le 26 septembre 2023 [Annexe b]. Les réponses aux questionnaires étaient secondairement anonymisées.

III. RÉSULTATS

A. Diagramme de flux

La participation à notre étude a été proposée à un nombre très important de médecins non quantifiable étant donné qu'outre les sollicitations téléphoniques, l'étude a également été proposée à travers les réseaux sociaux. Dans cette étude, 119 médecins ont accepté de participer dont 86 médecins qui ont répondu au moins une fois au questionnaire de manière complète. L'extraction des réponses a compté 2576 réponses dont 2466 réponses complètes. Parmi elles, 2417 réponses étaient valides après exclusion des consultations en VAD et des consultations lors des gardes (Figure 1).

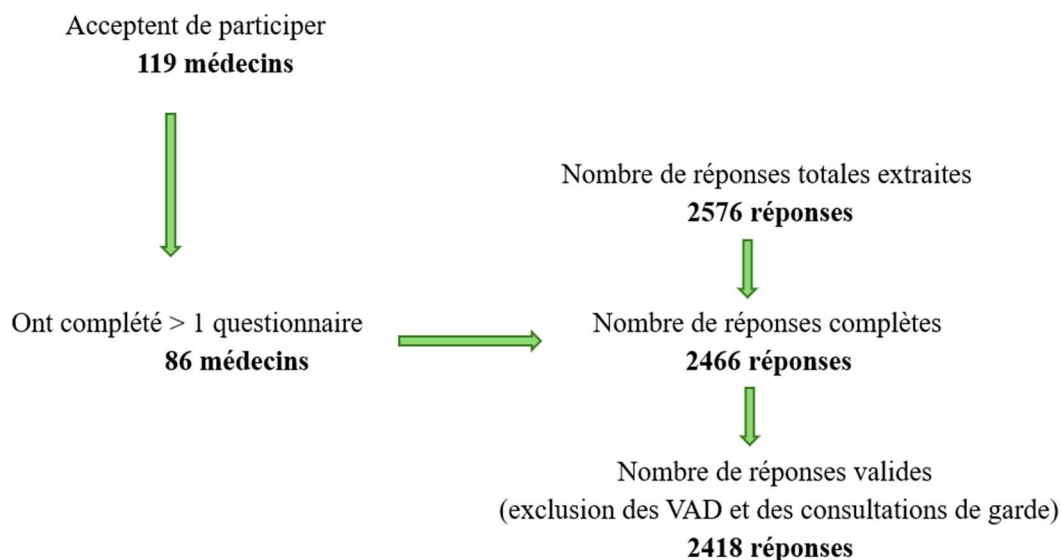


Figure 1: Diagramme de flux

B. Caractéristiques des participants

Parmi les personnes sollicitées, 86 médecins ont finalement été inclus dans l'étude. Parmi eux, 59 étaient de genre féminin et 27 de genre masculin. 70 étaient des médecins généralistes ayant fini leur cursus, 13 étaient des internes en SASPAS et 2 internes SN1. Les médecins étaient dans des zones géographiques différentes : 10 se définissaient comme étant en zone rurale, 29 en zone semi rurale et 57 en zone urbaine.

C. Objectif principal : cotation adaptée

Nous avons choisi de parler de cotation adaptée ou inadaptée lorsque la cotation effectuée ne correspondait pas au contenu de la consultation ou lorsqu'une cotation mieux valorisée aurait pu être choisie.

a. Erreurs de cotations et leurs conséquences

En premier lieu, nous avons cherché à mettre en évidence les cotations inadaptées. Une cotation inadaptée a été détectée dans 55 (2,28%) consultations sur un total de 2417 consultations. Ces cotations inadaptées étaient systématiquement une cotation GS ou GS+MEG qui sont les cotations de base et donc les cotations les plus utilisées. Dans notre étude, nous avons montré que ces 2 cotations là constituaient 2165 consultations soit 89,5% des consultations.

Ces cotations inadaptées entraînaient des conséquences directes sur les revenus du médecin. Nous avons mis en évidence un écart ou delta Δ entre le chiffre d'affaires effectué au travers de ces 2417 consultations et celui qui aurait pu être effectué avec des cotations adaptées corrigées sur ces 55 consultations. Ce Δ était de l'ordre de 893,48€ sur un chiffre d'affaires initial de 66 333,63€. Ceci représentait une valorisation supplémentaire du chiffre d'affaires de 1,35% au total.

Ce Δ était par ailleurs différent en fonction des caractéristiques des participants et notamment de leur genre. C'est ainsi que nous avons trouvé un Δ correspondant à 1,53% du chiffre d'affaires des médecins femmes et à 1,02% du chiffre d'affaires des médecins hommes. Nous avons trouvé également une différence de Δ entre les MG et les internes : celui-ci correspondait à 0,73% du chiffre d'affaires des internes et de 1,47% du chiffre d'affaires des MG.

Ce Δ a été mis en parallèle avec le prix moyen de la consultation. Le chiffre d'affaires total des 2417 consultations était de 66 333,63€ soit un prix moyen de la consultation à 27,44€ avec un Δ_{moyen} à 0,37€. Nous avons voulu comparer ces données en fonction des différentes caractéristiques des participants et notamment entre les hommes et les femmes, entre les MG et les internes ainsi qu'entre les différentes zones d'exercice (rural / semi-rural / urbain). Nous avons vu que les femmes effectuaient un chiffre d'affaires de 42 859,01€ avec 1597 consultations. Soit une valeur moyenne de la consultation à 26,84€ avec un Δ_{moyenF} est de 0,41€. Les hommes ont effectué un chiffre d'affaires de 23 474,62€ avec 820 consultations. Soit une

valeur moyenne de la consultation à 28,63€ avec un Δ_{moyenH} est de 0,29€. Les internes ont effectué un chiffre d'affaires de 11 073,12€. Soit une valeur moyenne de la consultation à 26,36€ avec un Δ_{moyenI} de 0,19€ (Figure 2).

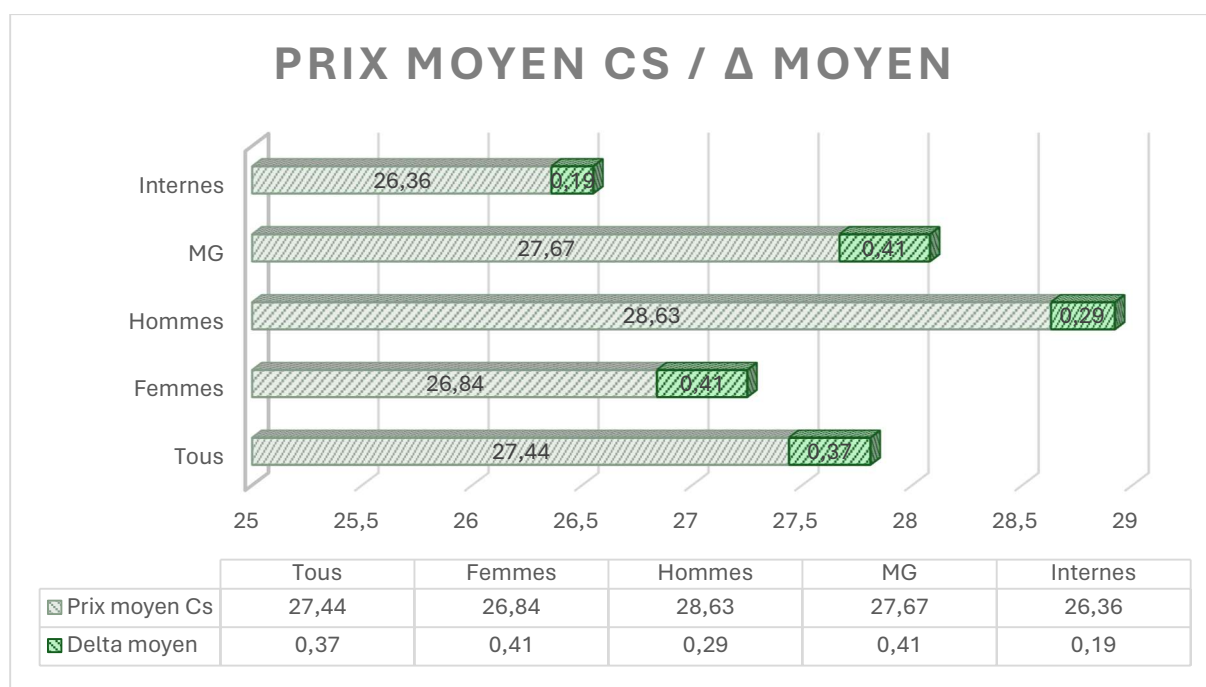


Figure 2: Prix moyen Cs / Δ Moyen

L'hypothèse 1 était que la valeur moyenne de la consultation chez les hommes était supérieure à celle des femmes. Le test de Student a confirmé cette hypothèse de manière significative avec un risque α de 5% (Tableau 1) et une différence moyenne de 1,79€ (Figure 2 et Tableau 2).

Test t pour échantillons indépendants

							Intervalle de confiance à 95%	
		Statistique	ddl	p	Différence moyenne	Différence d'erreur standard	Borne inf	Supérieur
Prix de la Cs	t de Student	4.77 ^a	2415	< .001	1.80	0.377	1.18	Inf

Note. H_a μ Un homme > μ Une femme

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

Tableau 1 : Hypothèse 1 (Valeur moyenne de la Cs hommes > femmes)

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
Prix de la Cs	Un homme	819	28.6	25.0	12.9	0.450
	Une femme	1598	26.8	25.0	5.58	0.140

Tableau 2 : Statistiques descriptives des groupes Femme et Homme

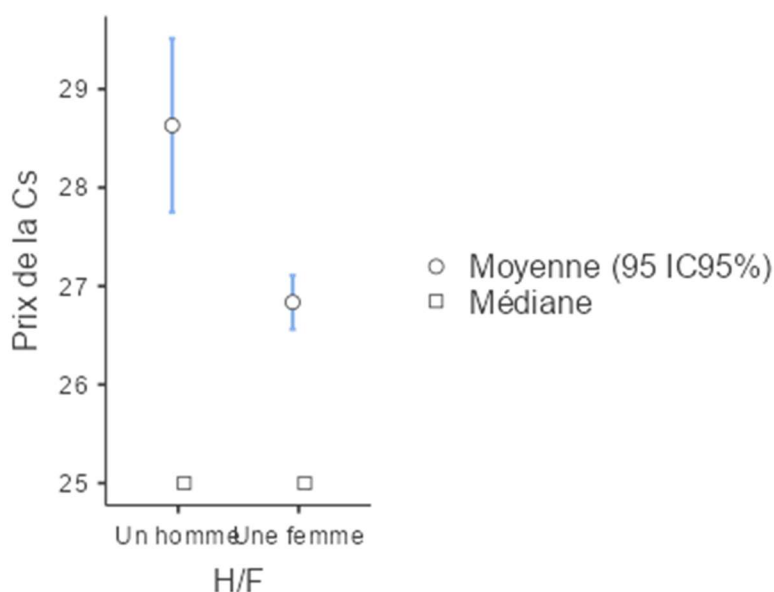


Figure 3 : Valeur de la Cs homme / femme

L'hypothèse 2 était que la valeur moyenne de la consultation des MG était supérieure à celle des internes en supervision indirecte. Ceci a été confirmé de manière significative (Tableau 2) avec une différence moyenne de 1,31€.

Test t pour échantillons indépendants

							Intervalle de confiance à 95%	
		Statistique	ddl	p	Différence moyenne	Différence d'erreur standard	Borne inf	Supérieur
Prix Cs	t de Student	2.77 ^a	2415	0.003	1.31	0.472	0.530	Inf

Note. $H_a \mu_{\text{Médecin généraliste}} > \mu_{\text{Interne}}$

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

Tableau 3 : Hypothèse 2 (Valeur moyenne de la Cs MG > Internes en supervision indirecte)

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Erreur standard
Prix Cs	Médecin généraliste	1997	27.7	25.0	9.28	0.208
	Interne	420	26.4	25.0	5.89	0.287

Tableau 4 : Statistiques descriptives des groupes MG et Internes

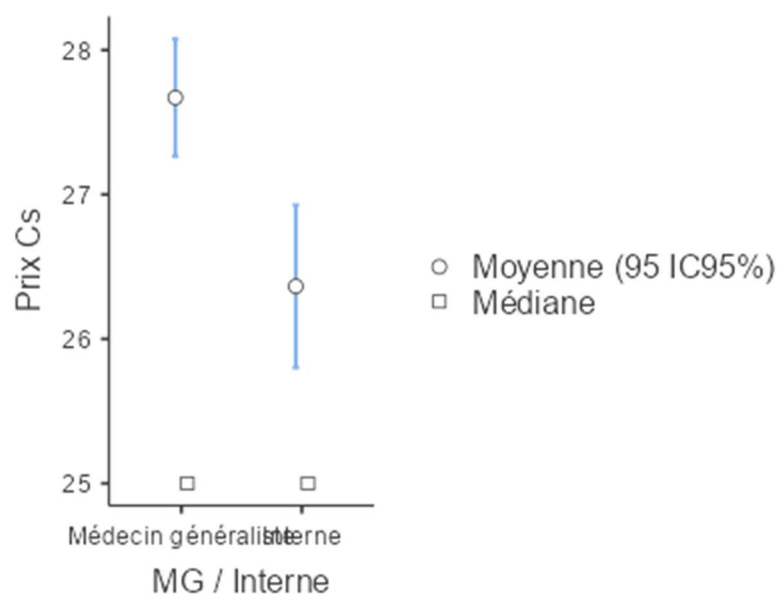


Figure 4 : Valeur de la Cs MG / Interne

Nous avons compté un nombre d'erreurs de cotation différent entre les femmes et les hommes :

- 43 cotations inadaptées chez les femmes sur un total de 1597 consultations soit un taux d'erreur de 2,69%.
- 12 cotations inadaptées chez les hommes sur un total de 819 consultations soit un taux d'erreur de 1,47%.

L'hypothèse était que les femmes avaient un taux d'erreur significativement plus important. Nous avons fait un test χ^2 pour confirmer cela. Le résultat n'est pas significatif mais permet de détecter une tendance (pvalue très proche du seuil de 5%) avec un odds ratio de 1,86 [0,975-3,55] soit 86% de risques supplémentaires pour une femme de commettre une erreur de cotation par rapport à un médecin homme.

Tables de contingence

H/F	Cotation adaptée		Total
	0 : Oui	1 : Non	
Un homme	807	12	819
Une femme	1555	43	1598
Total	2362	55	2417

Tableau 5 : Tableau de contingence (Cotation adaptée)

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	3.66	1	0.056
N	2417		

Tableau 6 : Test χ^2 (Cotation adaptée)

Mesures comparatives

	Intervalle de confiance à 95%		
	Valeur	Borne inf	Supérieur
Rapport des cotes (odds ratio)	1.86	0.975	3.55

Tableau 7 : Mesures comparatives (Rapport des cotes)

b. Cumul des actes

Nous avons montré au travers des données collectées qu'un certain nombre de consultations étaient constituées d'une pluralité d'actes et notamment lors des consultations à cotation spécifique.

Il y a eu dans notre base de données 24 consultations destinées au suivi de l'enfant à J8, M9 ou M24. Parmi ces 24 consultations, 10 d'entre elles ont comporté des motifs secondaires sans lien avec le motif principal.

Il y a eu dans notre base de données 8 consultations de suivi pour risque d'obésité. L'obésité n'est le motif principal de consultation qu'une seule fois. Il y a quasi systématiquement des motifs secondaires.

Il y a eu dans notre base de données 16 consultations pour la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et la contraception. Parmi ces 16 consultations, 5 d'entre elles ont comporté des motifs secondaires.

Il y a eu dans notre base de données 25 consultations pour des patients sortis d'hospitalisation depuis moins d'un mois. Parmi ces 25 consultations, 7 d'entre elles ont comporté des motifs secondaires.

Il y a eu dans notre base de données 2 consultations pour annonce diagnostic. Parmi ces 2 consultations, 1 d'entre elle a comporté un motif secondaire.

Il y a eu dans notre base de données 22 consultations avec adressage vers un spécialiste en moins de 48h. Parmi ces 22 consultations, 6 d'entre elles ont comporté un motif secondaire.

Il y a eu dans notre base de données 6 consultations à la suite d'un adressage par la régulation. Parmi ces 6 consultations, 1 d'entre elle a comporté un motif secondaire.

Il y a eu dans notre base de données 15 consultations pour le remplissage d'un dossier MDPH. Parmi ces 15 consultations, 6 d'entre elles ont comporté un motif secondaire.

Nous avons au total eu sur 118 consultations à cotation spéciale, 43 (36,44%) consultations où le médecin a dû gérer d'autres problématiques.

Dans notre base de données, nous retrouvons 237 consultations avec au moins un 2nd motif. Dans 169 cas, le médecin est une femme. Soit une prévalence de 10,58% chez les femmes et de 8,30% chez les hommes. Cela dit, nous ne retrouvons pas de différence significative entre les hommes et les femmes dans la gestion de motifs secondaires lors des consultations. Il existe cependant une tendance claire (pvalue proche du seuil de 5%) avec un odds ratio de 1,31 [0,972-1,75] soit 31% de chances supplémentaires chez les femmes de gérer au moins un second motif en cours de consultation.

Tables de contingence

Genre	2nd motif		Total
	0 : Non	1 : Oui	
Homme	751	68	819
Femme	1429	169	1598
Total	2180	237	2417

Tableau 8 : Tableau de contingence (Second motif)

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	3.16	1	0.075
Correction de continuité du χ^2	2.91	1	0.088
N	2417		

Tableau 9 : Test Chi² (Second motif)

Mesures comparatives			
	Intervalles de confiance à 95%		
	Valeur	Borne inf	Supérieur
Rapport des cotes (odds ratio)	1.31	0.972	1.75

Tableau 10 : Mesures comparatives (Rapport des cotes)

D. Objectifs secondaires : activité du médecin généraliste

a. Catégorisation du motif principal

Nous avons cherché à lister les motifs principaux de consultation afin de les catégoriser et de les schématiser. Nous avons retrouvé une disparité importante des motifs de consultation principaux avec :

- Consultations de suivi du malade chronique et adaptation du traitement : 592 consultations soit 24% des consultations.
- Viroses et autres infections saisonnières : 459 consultations soit 19% des consultations.
- Consultations de Cardiologie / Pneumologie / Neurologie / Gastro entérologie : 313 consultations soit 13% des consultations.
- Consultations médico chirurgicales (Ophtalmologie / ORL / Urologie / Dermatologie / Odontologie) : 287 consultations soit 12% des consultations.
- Consultations de Rhumatologie et de Traumatologie : 274 consultations soit 11% des consultations.
- Consultations pour des problématiques administratives, réalisation de certificats ou arrêts de travail : 160 consultations soit 7% des consultations.
- Consultations de suivi pédiatrique : 146 consultations soit 6% des consultations.

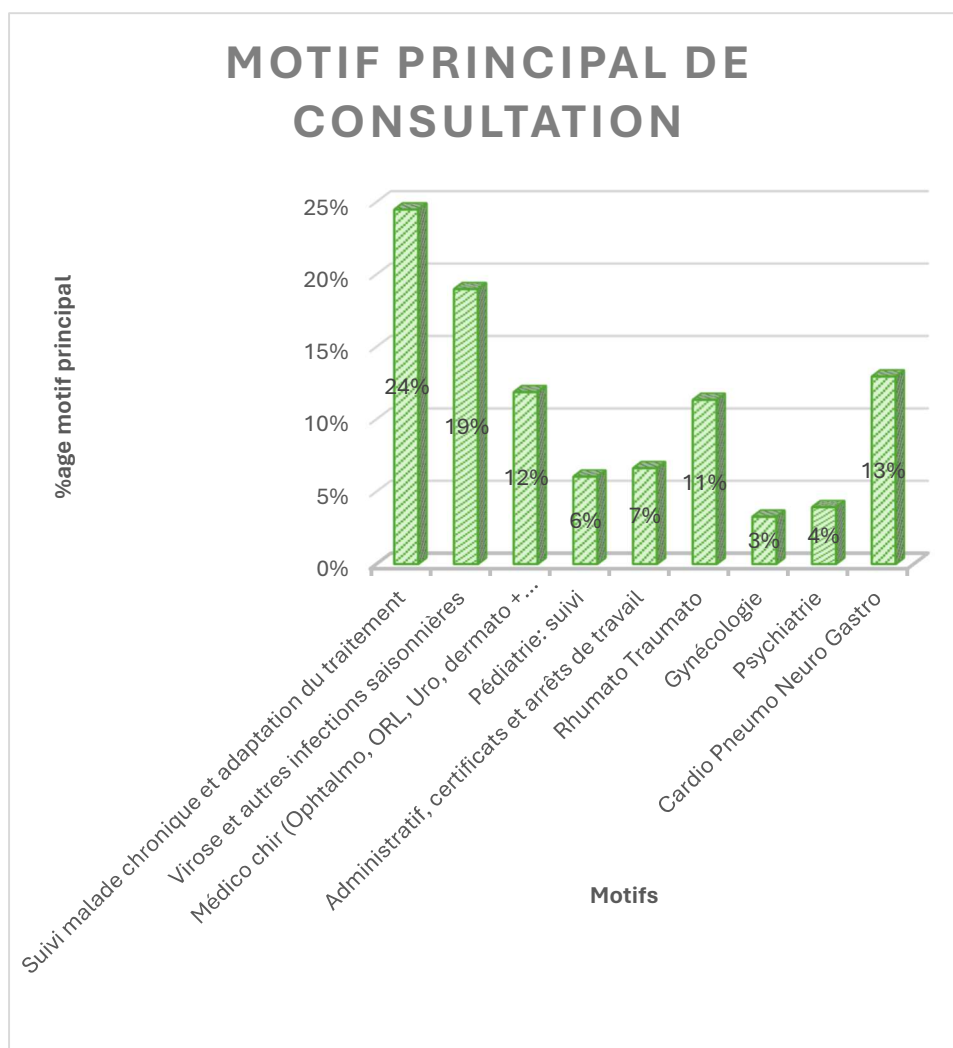


Figure 4 : Motif de consultation principal

b. Proportion des cotations de base GS et GS+MEG

Les cotations de base sont le GS (25€) et GS+MEG (30€) pour les enfants de moins de 6 ans. Sur les 2417 consultations de la base de données, il y a eu 2165 consultations cotées GS ou GS+MEG. Soit un pourcentage de 89,57% des consultations.

Si nous supprimons les cotations inadaptées (n=55), nous passons à 2110 (87,26%) consultations.

Nous pouvons ajouter à ces 2110 consultations, les 61 consultations à cotation spéciale mais de valeur identique à la cotation de base. Il s'agissait en fait de la cotation du suivi de l'enfant de moins de 6 ans à 30€ (COD), de la cotation de suivi de l'enfant de plus de 6 ans de 25€ (COB), de la téléconsultation à 25€ (TCG) et de la consultation pré-vaccinale covid à 25€ (VAC). Cela nous a donné une somme de 2171 consultations valorisées à 25€ ou 30€ pour les enfants de moins de 6 ans soit une moyenne de 89,82% des consultations.

c. Consultation d'un médecin généraliste non traitant et cotation MCG

Sur les 2417 consultations, 639 d'entre elles ont concerné des patients qui n'avaient pas consulté leur médecin traitant soit 26,44% des consultations. Seules 2 cotations pour majoration de coordination (MCG) ont été faites. Il n'était cependant pas possible de parler de cotations inadaptées car certaines conditions doivent être présentes pour que la cotation puisse s'appliquer et nous ne pouvions pas vérifier l'application ou non de ces conditions. Le MG peut facturer cette majoration MCG :

- Lorsqu'il reçoit un patient, éloigné de sa résidence habituelle.
- Lorsqu'il reçoit un patient, y compris âgés de moins de 16 ans, à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs.

Cette majoration ne peut pas s'appliquer :

- Aux bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME).
- Aux patients sans médecin traitant (MT).
- Aux patients consultant un autre médecin que son médecin traitant au sein d'un cabinet de groupe déclaré auprès de l'Assurance Maladie.

d. Cotations rarement appliquées

Nous avons remarqué que la cotation COD était rarement appliquée. En effet, sur les 2417 consultations, 308 d'entre elles étaient cotées GS+MEG et 28 d'entre elles étaient cotées COD. Parmi ces 308 consultations cotées GS+MEG, 53 d'entre elles devaient être cotées COD. Cette cotation n'a donc été que rarement appliquée. Elle a un taux d'application de 34,57%.

$$\frac{28}{28 + 53} \times 100 \approx 34,57$$

Les cotations VAC et COB n'ont été utilisées qu'une seule fois chacune sur l'ensemble de notre base de données.

e. Vaccinations

Il y a eu dans notre base de données 151 consultations qui ont concerné la vaccination. Que ce soit l'administration, la prescription ou la vérification du statut vaccinal. Dans 99 cas, il s'agissait du motif principal de consultation. Sur ces 99 cas, il existait un motif secondaire dans 21 cas soit à un taux de 21,21% des cas. La vaccination était un motif secondaire dans 42

cas. Dans 8 cas, il s'agissait du 3^{ème} motif et dans 2 cas, il s'agissait du 4^{ème} motif de consultation.

Il y a eu 151 consultations qui ont eu trait à la vaccination, cela a représenté 6,25% des consultations. Dans 63 cas sur 151, la vaccination n'était pas un motif unique de consultation.

f. Certificats médicaux

Il y a eu 51 consultations qui ont concerné la rédaction d'un certificat médical de non-contre-indication (CNCI) au sport ou d'aptitude à un emploi ou stage. Seules 20 consultations ne concernaient que la réalisation d'un certificat médical.

g. DE et HN

La collecte de données a montré la facturation par certains médecins de dépassements exceptionnels (DE) et de cotations hors nomenclature (HN).

Les cotations DE s'inscrivaient notamment dans un contexte de désobéissance tarifaire en rapport avec la négociation conventionnelle. 4 médecins sur les 86 en ont effectué pour un total de 35 DE. Soit un taux de DE de 1,45%.

Les cotations HN ont été utilisées par 2 médecins pour un total de 7 consultations dont 6 étaient effectuées par un médecin du sport. La 7^{ème} cotation HN concernait un CNCI.

h. Actes CCAM

Sur les 2417 consultations, il y a eu 60 cotations d'actes techniques issues de la CCAM. Soit 2,48% des consultations ont valorisé un acte technique. Il s'agissait d'un total de 12 actes différents :

- 17 cotations ALQP003 pour évaluation de la dépression.
- 15 cotations DEQP003 pour la réalisation d'un ECG.
- 10 cotations JKHD001 pour la réalisation de frottis cervico-vaginal.
- 6 cotations GLQP007 pour la réalisation d'une polygraphie respiratoire nocturne.
- 4 cotations GLQP012 pour la réalisation d'une spirométrie.
- 2 cotations ALQP006 pour l'évaluation d'un déficit cognitif.
- 1 cotation PQBM003 pour la réalisation d'une échographie de la main.

- 1 cotation AHLB001 pour la réalisation d'une infiltration de canal carpien.
- 1 cotation QZJA002 pour la réalisation d'une suture superficielle de moins de 3 cm.
- 1 cotation MFEP001 pour la réduction d'une pronation douloureuse du coude.
- 1 cotation CAGD002 pour l'ablation d'un bouchon de cérumen.

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

a. Forces

1. La collecte des données

Le recrutement des médecins et la collecte des données a été un succès et a permis de lever un grand nombre de réponses. C'est ainsi que nous avons obtenu 2417 réponses exploitables permettant d'offrir à notre étude une puissance suffisante.

2. Validité interne de l'étude

Nous avons utilisé la grille de critères STROBE (19) [Annexe c] afin d'évaluer notre travail. La méthodologie des études observationnelles a été respectée.

b. Limites

1. Biais de sélection

Un biais de sélection ne peut être exclu du fait du choix d'un nombre arbitraire de réponses nécessaires à la réalisation de l'étude. Ce biais est toutefois limité par le grand nombre de réponses obtenues issues d'un nombre de participants relativement important également.

2. Biais d'observation ou effet Hawthorne

Le principal biais de cette étude est un biais d'observation résultant de la méthodologie. Nous avons incité les participants à répondre à de multiples reprises au questionnaire, lors de chaque consultation. Les participants avaient connaissance de l'objet de l'étude et pouvaient donc facilement déduire que chaque item de notre questionnaire correspondait à une problématique de cotation. Le questionnaire a été indirectement une incitation et un rappel sur les cotations à réaliser. Ce biais a cela dit tendance à sous-estimer notre hypothèse principale.

3. Validité externe de l'étude

Sur l'objectif principal de notre étude, nos résultats semblent sous évalués en comparaison avec le peu de données actuelles présentes dans la littérature (20).

B. Analyse des résultats*a. Analyse de la population*

Parmi les participants à notre étude, nous avons 27 hommes et 59 femmes pour un total de 86 participants soit une féminisation des participants de 68,6% alors que la féminisation de la profession médicale chez les généralistes est de 45,6% en France (21). Nous avons 15 internes dont 11 filles soit 73% de femmes dans cette catégorie. Il y avait clairement une surreprésentation des femmes dans notre étude mais qui correspond aux taux habituels de réponse dans les travaux de recherche.

b. Objectif principal : cotation adaptée

Dans notre étude, nous retrouvons un taux de cotation inadaptée de 2,28% pour une altération du chiffre d'affaires de 1,35%. Ces résultats se comparent d'abord en fonction des différentes catégories de praticiens puis se comparent avec les données de la littérature. Au sein de nos participants, nous remarquons que les hommes ont tendance à moins commettre d'erreurs de cotations ce qui peut s'expliquer par l'impact plus important de certains freins à la cotation chez les femmes que chez les hommes (10,22). Dans la littérature, nous retrouvons une étude qui évalue la conséquence de ces cotations inadaptées à 10,03% du chiffre d'affaires (20). Cet écart s'explique principalement par les différences de méthodologie des deux études : nos biais ont tendance à faire baisser nos résultats tandis que les biais de cette étude citée ont plutôt tendance à surévaluer les conséquences sur le chiffre d'affaires.

Ces cotations inadaptées ne suffisent pas à expliquer les différences très importantes existantes entre les valeurs moyennes de consultation chez les hommes et les femmes. Il apparaît que le prix moyen d'une consultation avec un médecin homme est de 28,63€ contre 26,84€ chez une femme soit une différence moyenne de 1,79€.

Ces différences de valeur moyenne de consultation sont également présentes entre les MG et les internes où la valeur moyenne d'une consultation d'un MG est de 27,67€ tandis que celle d'un interne est de 26,36€ soit une différence de 1,31€.

Nous remarquons que les femmes ont aussi davantage tendance à réaliser des consultations à motifs multiples ce qui va avoir également comme conséquence de diminuer le chiffre d'affaires : si une consultation suffit à gérer plusieurs motifs de consultation, le patient ne sera invité à régler qu'une seule consultation. Le cumul des actes est d'ailleurs une source de diminution des revenus. Elle est d'autant plus dommageable lorsque la consultation concerne

des actes spécifiques et chronophages comme la réalisation d'un dossier MDPH où dans 40% des cas la consultation s'accompagne de motifs secondaires.

Il existe donc une multitude de facteurs qui ont tendance à diminuer ce chiffre d'affaires. Ces facteurs s'additionnent souvent : cotations inadaptées, multiples motifs de consultations et il en existe d'autres que nous ne pouvons expliquer à travers notre étude et qui doivent justifier la différence de valeur moyenne de consultation entre les différents groupes étudiés.

Nous pouvons supposer par exemple que la différence de valeur moyenne de consultation entre les MG et les internes s'expliquent par au moins 2 facteurs importants : le non-intéressement de l'interne sur le chiffre d'affaires effectué et par une formation toujours en cours et donc incomplète notamment sur les cotations.

c. Objectifs secondaires : activité du médecin généraliste

L'activité du MG est très diversifiée et cela est confirmé par les différentes catégories des motifs principaux de consultation sans aucune catégorie qui ait une quelconque prédominance sur les autres. Cette grande diversité de pratiques est associée paradoxalement à une très faible diversité de cotations et ce alors qu'on a montré que les cotations étaient assez rarement inadaptées. Les MG cotent donc correctement et malgré cela, près de 90% de leurs consultations sont des cotations de base à 25€ ou à 30€ chez l'enfant de moins de 6 ans (GS / GS+MEG / COD / COB / TCG / VAC).

Quant aux cotations de soins techniques issues de la CCAM, elles sont là aussi assez peu nombreuses. Seules 60 cotations d'actes techniques soit 2,48% des consultations ont comporté un acte issu de la CCAM pour un total de 12 actes différents seulement dont 5 cotations différentes qui n'ont été cotées qu'une seule fois sur les 2417 consultations. Nous remarquons que ces cotations sont soit bien valorisées (ALQP003 et ALQP006 à 69,12€ / GLQP007 à 145,92€), soit absolument nécessaires dans la prise en charge du patient (DEQP003 / CAGD002 / MFEP001 / QZJA002), soit assez rapides à effectuer (GLQP012 / MFEP001 / JKHD001). A noter que les cotations CCAM sont rarement revalorisées (23) et que nombre d'entre elles ont vu leur valeur passer progressivement sous la valeur de la consultation de base comme par exemple le QZNP004 – qui correspond à une séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles par agent chimique ou par cryothérapie de contact, en dehors du visage – ou encore le QZFA010 – qui correspond à l'exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum – valorisées respectivement à 22,78€ et 23,5€. Ces cotations moins valorisées qu'une consultation ne sont donc plus utilisées et n'incitent pas le médecin à investir pour

améliorer la prise en charge du patient comme dans du matériel de cryothérapie dans le cas du QZNP004.

La vaccination est l'un des principaux actes de prévention et est présent dans 6,25% des consultations de médecine générale. Il semble pourtant déconsidéré par les tutelles qui n'accordent pas de cotation spéciale à cet acte-là. Les patients également, semblent ne pas considérer la vaccination comme étant un motif de consultation assez important pour nécessiter une consultation. C'est ainsi que près de la moitié des consultations ayant trait à la vaccination comportent des motifs secondaires (si ce n'est pas la vaccination qui est le motif secondaire).

Les consultations pour réalisation d'un CNCI ou d'un certificat d'aptitude semblent encore bien nombreuses et ce malgré les recommandations (24,25) des autorités de santé. Nous pourrions penser que ces consultations permettent d'augmenter la demande de consultation et donc le chiffre d'affaires du MG mais cela semble plutôt malvenu au vu de la difficulté de la population à trouver des rendez-vous de consultation (26,27). De plus, ces demandes sont souvent une charge supplémentaire sur le MG au cours d'une consultation orientée vers un autre motif (seules 39% des consultations pour la réalisation d'un certificat n'avaient pas de motif secondaire).

d. Propositions

Notre étude ne montre pas un intérêt flagrant à optimiser les cotations en connaissant parfaitement les différentes nomenclatures. Au contraire, il s'avère que la cotation est plutôt bien pratiquée par les médecins. Il serait donc préférable, plutôt que d'optimiser les cotations, d'optimiser les pratiques. Comme nous l'avons montré, près de 90% des consultations sont valorisées au prix de base. Le choix pour optimiser ses revenus est soit :

- Augmenter le nombre de consultations.
- Augmenter la valeur moyenne de sa consultation.

Pour augmenter le nombre de consultations, la principale proposition consiste à limiter les motifs multiples des patients. Il ne s'agit pas d'interdire tout motif secondaire pour autant mais de les prioriser afin de pouvoir prendre le temps avec le patient afin de lui apporter une réponse optimale en améliorant l'efficacité des soins sans être pressé par le temps. Cela peut être difficile à appliquer par les MG par crainte que cela soit mal perçu par les patients ce qui constitue déjà un des principaux freins à l'application des cotations (10,22). Il y a là bien sûr un questionnement éthique sur la marchandisation de notre profession mais il existe aussi des

intérêts médicaux (28) et une possible amélioration de la prise en charge des patients en limitant ces consultations à motifs multiples.

Pour augmenter la valeur moyenne de sa consultation, il faut essentiellement se diversifier ou se former à d'autres pratiques permettant de pratiquer des consultations mieux valorisées et aussi de fournir au patient une prise en charge complémentaire. Dans notre base de données, il y avait par exemple un MG effectuant des consultations de somnologie et un autre faisant de la médecine du sport et de l'échographie. D'autres ont choisi de facturer des DE quasi-systématiquement dans le cadre d'une désobéissance tarifaire (29) dans un contexte de négociations conventionnelles difficiles entre l'UNCAM et les syndicaux médicaux.

Nous ne pouvons que remarquer d'ailleurs que les cotations sans valeurs pécuniaires ajoutées ne sont que rarement appliquées. Il faut alors se poser la question de leur utilité si ce n'est proposer que celles-ci soient revalorisées même de manière symbolique afin d'inciter le praticien à les appliquer. Rappelons qu'il en va aussi de l'intérêt du patient pour certaines consultations prises en charge à 100% par la sécurité sociale comme les consultations obligatoires de l'enfant jusque ses 16 ans (COD et COB). C'est également dans cet esprit qu'il semble important de voir les cotations CCAM revalorisées afin d'inciter les médecins à persister dans cette activité la plus diversifiée possible et qui apporte le plus grand bénéfice au patient.

V. CONCLUSION

La problématique des revenus du MG en France est prégnante dans le débat universitaire (30), politique (31,32) et syndical (6). Cette problématique tourne essentiellement autour de la revalorisation du tarif de la consultation de base. Si cet élément est effectivement central dans la rémunération des MG (4,33), il n'est pas le seul facteur pouvant influencer sur les revenus du MG. Le MG peut notamment – tout en espérant une revalorisation de l'acte – mieux adapter ses cotations sur la pratique qu'il a déjà.

Nous avons montré que le choix d'une cotation adaptée exerçait une influence modérée voire faible sur le chiffre d'affaires du MG. Il faut cela dit noter le biais d'observation qui a sous-estimé l'influence de cette cotation adaptée et qui peut expliquer la différence de résultats avec d'autres études. Cet effort de la cotation adaptée a en outre, un autre intérêt que l'optimisation du chiffre d'affaires, celui de mettre en évidence la grande diversité et la richesse de la pratique de la médecine générale.

Dans cette étude, nous avons mis en évidence une grande différence de valeur moyenne de la consultation entre les hommes et les femmes alors qu'il n'existe pas pour autant une sous-cotation aussi franche chez les femmes qui pourrait expliquer cet écart de valeur. Cela indique qu'il existe des facteurs qui n'ont pas été détectés dans cette étude qui permettraient d'améliorer les revenus des MG. Ces facteurs sont à rechercher et nous ne pouvons que supposer que la réalisation d'actes mieux valorisés comme l'échographie ou la polygraphie ventilatoire y participent partiellement.

Cette étude nous amène à nous poser plusieurs questions :

Quels sont ces facteurs qui expliquent une si grande différence de valeur moyenne de consultation entre les hommes et les femmes et ces facteurs sont-ils réellement corrélés avec le genre ?

Quelle est la place de la rémunération au parcours dans le cadre du suivi d'une personne présentant une maladie chronique ?

Ensuite, il faut tout de même se questionner sur l'éthique de la rémunération à l'acte et des conséquences qu'elle peut avoir sur la pratique du médecin pas toujours à la faveur du patient.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Prescription des biosimilaires [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-interessement-prescription-biosimilaires>
2. Modernisation du cabinet médical avec le forfait structure [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/modernisation-cabinet>
3. Forfait patientèle médecin traitant [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
4. Sécurité sociale. Comparaison internationale des paiements à la performance des médecins. 2014.
5. Procédure conventionnelle [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/negociations-conventionnelles/les-negociations-en-pratique/procedure-conventionnelle>
6. Buscail S. Le Yalta syndical autour de la médecine générale. Les Tribunes de la santé. 2008;18(1):57-68.
7. NGAP [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>
8. Tarifs en métropole [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-specialistes/metropole>
9. CCAM en ligne - Téléchargement [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/index.php>
10. Inès I. Etude sur les freins à l'application de la revalorisation des actes en médecine générale en Limousin en 2019. 2019.
11. Watrin B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2017 [cité 6 juill 2023]. p. Non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931789>
12. TALBOT R. Nomenclature : les liaisons dangereuses – Fédération des Médecins de France [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/nomenclature-les-liaisons-dangereuses/>
13. TALBOT R. Le dépassement autorisé (DA), une possibilité méconnue – Fédération des Médecins de France [Internet]. [cité 6 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.fmfpro.org/le-depassement-autorise-da-une-possibilite-meconnue/>

14. jamovi - open statistical software for the desktop and cloud [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.jamovi.org/>
15. Meyer [aut D, cre, Zeileis A, Hornik K, Gerber F, Friendly M. vcd: Visualizing Categorical Data [Internet]. 2023 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/web/packages/vcd/index.html>
16. Fox J, Weisberg S, Price B, Adler D, Bates D, Baud-Bovy G, et al. car: Companion to Applied Regression [Internet]. 2023 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/web/packages/car/index.html>
17. Lenth RV, Bolker B, Buerkner P, Giné-Vázquez I, Herve M, Jung M, et al. emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means [Internet]. 2024 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/web/packages/emmeans/index.html>
18. The Comprehensive R Archive Network [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://cran.r-project.org/>
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):34-8.
20. Pasty S. Évaluation de l'inadéquation des cotations de médecine générale chez des médecins généralistes de Haute-Savoie, évaluation rétrospective à partir de dossiers médicaux. 2022.
21. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 5 mai 2024]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=tv.59350&selgeo2=fra.99>
22. Mieux utiliser la nomenclature Les freins comment changer.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/12/Dossier-docum.Nomenclature.pdf>
23. CCAM : les médecins spécialistes réclament 500 millions d'euros pour revenir aux négos | Egora [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/vie-conventionnelle/ccam-les-specialistes-reclament-500-millions-deuros-pour-revenir-aux>
24. Direction de la Sécurité Sociale. Rationalisation des certificats médicaux.
25. Certificats médicaux [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/lille-douai/assure/sante/certificat-medical-quand-et-pour-qui>
26. La pénurie de généralistes, symptôme de la progression des « déserts médicaux » en ville comme à la campagne. Le Monde.fr [Internet]. 14 mars 2022 [cité 27 avr 2024]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/03/14/medecins-generalistes-les-deserts-medicaux-progressent_6117378_3224.html
27. DREES. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. 2023.
28. Felten C. Les conséquences des consultations à motifs multiples selon les médecins généralistes du Finistère: étude qualitative.

29. Raulin N. Libération. [cité 28 avr 2024]. «On n’a rien à perdre» : dans les Ardennes, des médecins optent pour la désobéissance tarifaire. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/sante/on-na-rien-a-perdre-dans-les-ardennes-des-medecins-optent-pour-la-desobeissance-tarifaire-20230607_WFCEZPDZRRBSBEE42HP6TYJ2TA/
30. Samson AL. Les revenus des médecins généralistes - trois études microéconométriques. 2008.
31. Attal-Toubert K. Le revenu global d’activité des médecins ayant une activité libérale. 2009;
32. Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 | Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/revenu-des-medecins-liberaux-une-hausse-de-19>
33. Saint-Lary O, Franc C, Raginel T, Cartier T, Vanmeerbeek M, Widmer D, et al. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? 26.

VII. ANNEXES

a. Le questionnaire

La cotation en médecine générale

Charger un questionnaire non terminé Sortir et effacer vos réponses

La cotation en médecine générale

Bonjour, Je suis Yaman MAHFOUD, étudiant en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la cotation en médecine générale. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la diversité d'action et de rémunération de la médecine générale. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez compléter le questionnaire à la suite de chacune de vos consultations pendant 3 jours - consécutifs dans l'idéal. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il vous prendra moins de 5 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Veillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier et/ou d'identifier vos patients. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse.

Merci à vous!

Suivant

La cotation en médecine générale

Finir plus tard Sortir et effacer vos réponses

Page de présentation

La cotation en médecine générale

Finir plus tard Sortir et effacer vos réponses

Caractéristiques du répondant

✱ Vous êtes?

☐ Médecin généraliste
☐ Interne en médecine générale

✱ Vous travaillez dans quelle zone géographique?

☐ En milieu urbain
☐ En milieu rural
☐ En milieu semi rural

✱ Vous êtes ?

☐ Une femme
☐ Un homme
☐ Autre

Page 1 : Caractéristiques du répondant

La cotation en médecine générale

Finir plus tard Sortir et effacer vos réponses

Consultation actuelle

Quelles cotations avez-vous facturé lors de cette consultation ?

☐ G(S)

☐ G(S) + MEG

☐ Autre :

Quel est le motif de consultation principal?

Quel est ou quels sont le(s) motif(s) de consultation(s) secondaire?

Page 2 : Consultation actuelle

La cotation en médecine générale

Finir plus tardSortir et effacer vos réponses

Au cours de la consultation / situation lors de la consultation

Parmi les situations listées, une ou plusieurs d'entre elles correspondent-elles à la consultation effectuée?

☐ Vous êtes le médecin traitant du patient

☐ Consultation pédiatrique de suivi jusqu'à 6 ans

☐ Consultation d'un nourrisson à J8, M9, M24

☐ Enfant de 3 à 12 ans suivi pour risque obésité

☐ Patient de moins de 26 ans, consultation prévention contraception

☐ Patient sorti d'hospitalisation depuis moins d'un mois

☐ Annonce diagnostique maladie grave / cancer / pathologie neurodégénérative / VIH

☐ Adressage vers spécialiste en moins de 48h

☐ Le patient a-t-il été adressé par la régulation

☐ Dossier MDPH (1ère réalisation) ou transmission d'un patient avec handicap sévère

Page 3 : Situation particulière au cours de la consultation

La cotation en médecine générale

Finir plus tardSortir et effacer vos réponses

Au cours de la consultation / actes techniques

Avez-vous réalisé un acte technique quel qu'il soit ?

Oui

Non

Suture et petite chirurgie

Autre : ▼

Infiltrations

Veillez choisir ... ▼

Gynécologie

Veillez choisir ... ▼

Dermatologie

Veillez choisir ... ▼

Traumatologie
Veuillez choisir ... ▼

Pneumologie
Veuillez choisir ... ▼

Neurologie / Psychiatrie
Veuillez choisir ... ▼

Avez vous réalisé un autre acte technique quel qu'il soit?

Page 4 (bis) : Gestes techniques ? (bis)

b. DPO**RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION**

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : La cotation des actes en médecine générale
Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Marc BAYEN Interlocuteur (s) : M. Yaman MAHFOUD

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantisiez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 26 septembre 2023

Délégué à la Protection des Données

c. *Strobe*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	1
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	1
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	3
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	4
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	5
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	5
Participants	6	(a) Cohort study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up	5
		Case-control study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls	
		Cross-sectional study—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	
		(b) Cohort study—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	X
		Case-control study—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	5-6
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	5-6
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	5-6
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	6
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	6
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	6
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	6
		(c) Explain how missing data were addressed	6
		(d) Cohort study—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed	

		<i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed	
		<i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
		(e) Describe any sensitivity analyses	
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	7
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	7
		(c) Consider use of a flow diagram	7
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	7
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	7
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time	
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	7
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	8-9-10-11-12
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	9-11-13
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	15-16-17
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	20-21
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	19
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	24
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	19
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	36

L'auteur ne déclare aucun conflit financier pour ce travail de recherche.

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec ce travail de recherche.

AUTEUR(E) : Nom : MAHFOUD

Prénom : Yaman

Date de soutenance : 11 juin 2024

Titre de la thèse : La cotation en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Paiement à l'acte ; salaires et revenus du travail ; CCAM

Contexte : Les revenus du médecin généraliste libéral sont issus en grande majorité par la rémunération à l'acte. Ces tarifs sont règlementés par la convention médicale négociée tous les 5 ans. Beaucoup de médecins libéraux et tous les syndicats représentants les médecins réclament des revalorisations conséquentes de ces tarifs. Pourtant, ces tarifs ne sont pas parfaitement respectés par les médecins eux-mêmes qui pourraient tirer avantage d'une cotation adaptée et optimisée.

Objectif : Démontrer qu'une cotation adaptée par les médecins généralistes libéraux permettait d'améliorer le chiffre d'affaires.

Méthode : Étude quantitative observationnelle transversale et recueil des données par questionnaire en ligne via LIMESURVEY® qui a été complété par des médecins généralistes ambulatoires à la fin de chacune de leurs consultations pendant 3 jours. La collecte de données a été réalisée sur 2 mois entre octobre et décembre 2023. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel JAMOV®. Le seuil de significativité était fixé avec un risque α de 5%.

Résultats : Nous avons obtenu 2417 réponses valides effectuées par 86 médecins participants. Les erreurs de cotations étaient commises avec une prévalence de 2,28% pour une conséquence sur le chiffre d'affaires de -1,35%. Ce Δ entre le chiffre d'affaires obtenu et celui qui aurait pu être obtenu était légèrement différent entre les femmes ($\Delta=1,53\%$) et les hommes ($\Delta=1,02\%$). Il y avait par ailleurs une différence importante dans la valeur moyenne de la consultation entre les femmes (26,84€) avec un Δ_{moyenF} de 0,41€ et les hommes (28,63€) avec un Δ_{moyenH} de 0,29€. Il existait une tendance (pvalue très proche du seuil de 5%) montrant qu'il y avait 86% de risques supplémentaires pour une femme de commettre une erreur de cotation. Il était montré également une tendance (pvalue proche du seuil de 5%) révélant qu'il y avait 31% de chances supplémentaires chez les femmes de gérer au moins un motif secondaire en cours de consultation.

Conclusion : La cotation adaptée permet d'illustrer la grande diversité de la pratique de la médecine générale. Le choix d'une cotation adaptée n'exerce cela dit qu'une influence modérée sur le chiffre d'affaires du médecin généraliste. Il existe néanmoins d'autres facteurs plus importants que la cotation adaptée pour optimiser ses revenus qu'il serait intéressant de rechercher.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs : Monsieur le Docteur Rayan ADAWI

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Marc BAYEN