

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER -
FACULTÉ DE MEDECINE**

Année 2019

2019 TOU3 1015

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE**

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Mars 2019

Par Pierre-Jean RENÉ

**LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LIBÉRAUX INSTALLÉS EN MIDI-
PYRÉNÉES CONNAISSENT-ILS LA
NOMENCLATURE MEDICALE ?**

Directrice de thèse : Dr Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ	Président
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Odile BOURGEOIS	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel COMBIER	Assesseur



THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR
EN MÉDECINE**

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 19 Mars 2019

Par Pierre-Jean RENÉ

**LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
LIBÉRAUX INSTALLÉS EN MIDI-
PYRÉNÉES CONNAISSENT-ILS LA
NOMENCLATURE MEDICALE ?**

Directrice de thèse : Dr Odile BOURGEOIS

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Assesseur

Madame le Docteur Odile BOURGEOIS

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel COMBIER

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
<p>M. ACAR Philippe Pédiatrie</p> <p>M. ACCADBLED Franck Chirurgie Infantile</p> <p>M. ALRIC Laurent (C.E) Médecine Interne</p> <p>Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie</p> <p>M. ARNAL Jean-François Physiologie</p> <p>Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique</p> <p>M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie</p> <p>Mme BURA-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire</p> <p>M. BUSCAIL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie</p> <p>M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie</p> <p>M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie</p> <p>M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire</p> <p>M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie</p> <p>M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie</p> <p>M. COURBON Frédéric Biophysique</p> <p>Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie</p> <p>M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire</p> <p>M. DELABESSE Eric Hématologie</p> <p>M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie</p> <p>M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie</p> <p>Mme DULY-BOUHANICK Béatrice Thérapeutique</p> <p>M. ELBAZ Meyer Cardiologie</p> <p>M. GALINIER Michel (C.E) Cardiologie</p> <p>M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire</p> <p>M. GOURDY Pierre Endocrinologie</p> <p>M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention</p> <p>M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis Chirurgie plastique</p> <p>Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie</p> <p>Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie</p> <p>M. KAMAR Nassim Néphrologie</p> <p>M. LARRUE Vincent Neurologie</p> <p>M. LEVADE Thierry (C.E) Biochimie</p> <p>M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie</p> <p>M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation</p> <p>Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie</p> <p>M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation</p> <p>M. OTAL Philippe Radiologie</p> <p>M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile</p> <p>M. RITZ Patrick Nutrition</p> <p>M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie</p> <p>M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale</p> <p>M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie</p> <p>M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie</p> <p>M. SAILLER Laurent Médecine Interne</p> <p>M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie</p> <p>M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie</p> <p>M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie</p> <p>M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail</p> <p>M. SOULIE Michel (C.E) Urologie</p> <p>M. SUC Bertrand Chirurgie Digestive</p> <p>Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie</p> <p>Mme URO-COSTE Emmanuelle Anatomie Pathologique</p> <p>M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique</p> <p>M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie</p>	<p>M. ARBUS Christophe Psychiatrie</p> <p>M. AUSSEIL Jérôme Biochimie et biologie moléculaire</p> <p>M. BERRY Antoine Parasitologie</p> <p>M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie</p> <p>M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence</p> <p>Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie</p> <p>M. CHAPUT Benoit Chirurgie plastique et des brûlés</p> <p>M. CHAYNES Patrick Anatomie</p> <p>Mme DALENC Florence Cancérologie</p> <p>M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie</p> <p>M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses</p> <p>M. FAGUER Stanislas Néphrologie</p> <p>M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie</p> <p>M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio Chirurgie Plastique</p> <p>Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique</p> <p>M. HUYGHE Eric Urologie</p> <p>Mme LAPRIE Anne Radiothérapie</p> <p>M. LAURENT Camille Anatomie Pathologique</p> <p>M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire</p> <p>M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie</p> <p>M. MEYER Nicolas Dermatologie</p> <p>M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive</p> <p>M. REINA Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique</p> <p>M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation</p> <p>M. SOLER Vincent Ophtalmologie</p> <p>Mme SOMMET Agnès Pharmacologie</p> <p>Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie et biologie du vieillissement</p> <p>M. TACK Ivan Physiologie</p> <p>M. VERGEZ Sébastien Oto-rhino-laryngologie</p> <p>M. YSEBAERT Loic Hématologie</p> <p>P.U. Médecine générale</p> <p>Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve</p> <p>Professeur Associé de Médecine Générale</p> <p>M. BOYER Pierre</p> <p>Professeur Associé en Pédiatrie</p> <p>Mme CLAUDET Isabelle</p>		
<p>Professeur Associé de Médecine Générale</p> <p>M. STILLMUNKES André</p>			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury,

M. le Professeur Pierre MESTHÉ,
Professeur des Universités,
Maitre de Stage Universitaire,
Médecin Généraliste.

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

Aux membres du Jury,

M. le Docteur Michel BISMUTH,
Maitre de Conférence des Universités,
Maitre de Stage Universitaire,
Médecin Généraliste.

Merci Michel de toute l'attention que tu as pu porter, aussi bien à mon travail de mémoire qu'à mon travail de thèse et merci pour tes conseils avisés. Je te remercie également de tout ce qu'à pu apporter à mon développement professionnel et personnel les moments déjà passés auprès de FMC action.

M. le Docteur Michel COMBIER,
Maitre de Stage Universitaire,
Médecin Généraliste.

Merci Michel de me faire l'honneur d'être membre de mon jury de thèse. Je sais à quel point tu es spécialiste sur le sujet. Je te remercie également pour la relation de confiance et de confraternité que tu m'as accordé tout au long de mes remplacements.

A ma Directrice de Thèse,

Mme le Docteur Odile BOURGEOIS,
Maitre de Conférence des Universités,
Médecin Généraliste.

Merci Odile, tout d'abord pour la confiance que tu m'as apportée lors de mon stage de SASPAS. Je te remercie également de l'intérêt que tu as porté à mon travail dès le départ. Il s'est fait non sans peine mais ces années de remplacement ont permis de faire murir ma pratique. Je pense que je suis maintenant prêt à m'installer dans un bon cabinet !

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	1
LISTE DES FIGURES.....	1
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....	2
I. INTRODUCTION.....	3
A. Quelques définitions.....	3
1. La nomenclature médicale.....	3
2. La NGAP.....	4
3. La CCAM.....	4
B. Contexte : historique de la nomenclature médicale en France.....	5
1. Avant 1945 : la mise en place des principes de la médecine libérale.....	5
2. Les ordonnances d’octobre 1945.....	6
3. La première convention médicale nationale.....	6
4. De 1971 à 2016 : de nombreuses conventions.....	6
5. La convention médicale actuelle.....	7
C. Avantages et inconvénients de la tarification à l’acte.....	8
1. Inconvénients.....	8
2. Avantages.....	8
D. Autres modes de rémunération des médecins libéraux en France.....	9
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	10
A. Schéma d’étude.....	10
B. Population cible.....	10
C. Élaboration du questionnaire.....	10
D. Envoi du questionnaire.....	12
E. Analyse des données.....	12
III. RÉSULTATS.....	14
A. Réponses au questionnaire.....	14
B. Caractéristiques socio-démographiques des participants à l’étude.....	16
1. Sexe.....	16
2. Âge.....	16
3. Lieu d’exercice.....	16
4. Mode d’exercice.....	16
5. Qualité de Maître de Stage Universitaire.....	16

6. Personne effectuant la cotation des actes au cabinet.....	17
7. Logiciel utilisé.....	17
C. Résultats des réponses dans l'ensemble de la population cible.....	19
1. Moyenne des notes sur l'ensemble du questionnaire.....	19
2. Analyse des résultats par question.....	19
D. Analyse des résultats par sous-groupe.....	21
1. Différences selon le sexe.....	21
2. Différences selon l'âge.....	21
3. Différences selon le lieu d'exercice.....	22
4. Différences selon le mode d'exercice seul ou en groupe.....	23
5. Différences selon la qualité de Maitre de Stage Universitaire.....	23
6. Différences selon la personne cotant les actes.....	24
7. Différences selon le logiciel utilisé.....	24
IV. DISCUSSION.....	25
A. Caractéristiques de cette étude.....	25
1. Limites et biais.....	25
2. Représentativité de l'échantillon.....	26
a. Concernant le sexe.....	26
b. Concernant l'âge.....	26
c. Concernant le lieu d'exercice.....	26
d. Concernant le mode d'exercice seul ou en groupe.....	26
e. Concernant la qualité de Maitre de Stage Universitaire.....	27
3. Points forts.....	27
B. Résultats principaux.....	27
1. Moyenne globale au questionnaire.....	27
2. Résultats hétérogènes selon les questions posées.....	28
3. Différences significatives selon les groupes.....	30
a. Les médecins les plus jeunes cotent mieux leurs actes.....	30
b. Les médecins des zones urbaines cotent moins bien leurs actes.....	31
C. Intérêts de la connaissance de la nomenclature médicale.....	32
1. Reconnaissance de la compétence.....	32
2. Valorisation financière.....	32

V. CONCLUSION.....	34
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	35
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THÈSE.....	38
ANNEXE 2 : CORRIGÉ DU QUESTIONNAIRE.....	41
ANNEXE 3 : ACCORD DU COMITE D'ÉTHIQUE.....	47

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population cible

Tableau 2 : Analyse des questions en fonction du pourcentage de bonnes réponses

Tableau 3 : Résultats aux QCM en fonction du sexe

Tableau 4 : Résultats aux QCM en fonction de l'âge

Tableau 5 : Significativité des résultats en fonction de l'âge

Tableau 6 : Résultats aux QCM en fonction du lieu d'exercice

Tableau 7 : Résultats aux QCM en fonction du mode d'exercice en cabinet seul
ou de groupe

Tableau 8 : Résultats aux QCM en fonction de la qualité de MSU

Tableau 9 : Résultats aux QCM en fonction de la personne cotant les actes

Tableau 10 : Résultats aux QCM en fonction du logiciel utilisé

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Organigramme de recherche

Figure 2 : Répartition de l'ensemble des notes de la population cible

Figure 3 : Répartition des résultats pour chaque question pour l'ensemble de la
population cible

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ALD : Affection de Longue Durée

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CdAM : Catalogue des Actes Médicaux

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des
Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

QCM : Questionnaire à Choix Multiples

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USMF : Union des Syndicats Médicaux Français

I. INTRODUCTION

La rémunération actuelle du médecin généraliste libéral en France repose encore essentiellement sur la nomenclature médicale et donc sur la tarification à l'acte. Or il n'existe que peu d'études scientifiques sur ce sujet que ce soit sur la connaissance de la nomenclature, sur son application ou sur les causes possibles d'un défaut d'utilisation des outils qui nous sont mis à disposition.

Cette étude a donc pour objectif principal d'évaluer les connaissances des médecins généralistes libéraux exerçant en région Midi-Pyrénées en termes de nomenclature médicale.

Au préalable seront rappelées quelques définitions indispensables à la bonne compréhension du sujet, le contexte historique de l'apparition de la nomenclature médicale en France, ainsi que les avantages et inconvénients de cette tarification à l'acte dans la pratique quotidienne.

A. Quelques définitions

1. La nomenclature médicale

La nomenclature, selon la définition du dictionnaire Larousse, désigne « l'ensemble des mots en usage dans une science, un art, ou relatifs à un sujet donné, présentés selon une classification méthodique » (1). La nomenclature médicale, au sens large du terme, désigne donc la liste des actes de l'ensemble des professions médicales, avec l'indication de leur valeur respective. Son but est de permettre aux assurés sociaux le remboursement des soins dispensés par les praticiens.

Actuellement en France, deux nomenclatures médicales sont utilisées par les professionnels de santé :

- _ La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
- _ La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

La réglementation française actuelle contraint les professionnels de santé à utiliser simultanément ces deux nomenclatures conçues pour des objectifs différents.

2. La NGAP

La NGAP a été créée en 1972, à la suite de la première convention médicale entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats représentant les médecins libéraux (Loi du 3 Février 1971) (2, 3). C'est la principale nomenclature utilisée en médecine générale et qui permet la tarification des actes de la médecine libérale.

Dans le droit de la Sécurité sociale, la NGAP était, jusqu'à fin mars 2005, l'inventaire descriptif de tous les actes susceptibles d'être accomplis par les personnels de santé et dont le coût, fixant les honoraires des professionnels médicaux du secteur libéral, était pris en charge dans le cadre du régime de l'assurance maladie. A partir du 30 Mars 2005 la NGAP a été remplacée par la CCAM et la NGAP dite "résiduelle" pour les soins non repris par la CCAM (4).

3. La CCAM

La CCAM a remplacé le 1^{er} janvier 2004 le catalogue des actes médicaux (CdAM) créé en 1985 lors de la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Son objectif initial est de se substituer à la NGAP afin d'élaborer une nomenclature plus cohérente.

Elle décrit des actes médico-techniques validés, à l'aide de libellés codés communs aux secteurs public et privé. Chaque code, unique, est classé dans l'un des 17 chapitres, correspondant aux « grands appareils » et non pas par spécialité médicale. Selon le principe de l'acte global, chaque libellé comprend l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de cet acte dans les règles de l'art (non ambiguïté des libellés). La CCAM est donc théoriquement conçue de sorte que le praticien puisse décrire son acte avec un seul code (principe de bijectivité).

La CCAM est exhaustive : la validité des actes est précisée par les sociétés savantes et confirmée in fine par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

La CCAM est évolutive. En effet, de nouveaux actes peuvent être demandés par les professionnels de santé ou sociétés savantes à la Haute Autorité de Santé (HAS) par le biais de l'UNCAM (5, 6).

B. Contexte : historique de la nomenclature médicale en France

1. Avant 1945 : la mise en place des principes de la médecine libérale

Avant 1945 il n'existe aucune loi ni convention régissant la tarification des actes effectués par les médecins libéraux. L'apparition du syndicalisme médical, quelques dizaines d'années auparavant, va néanmoins permettre de poser certaines bases de la médecine libérale.

En 1881, la revue le Concours médical, créée deux ans plus tôt, établit une liste des quatre questions importantes pour un syndicat médical : établissement d'un tarif d'honoraires et leur recouvrement, révision de la législation et lutte contre l'exercice illégal (7). De nombreux syndicats locaux sont alors constitués et vont se rassembler en 1884 pour former l'Union des Syndicats Médicaux Français (USMF), qui regroupe alors 20% de la profession (environ 3 500 praticiens). En 1895, apparaît pour la première fois la notion de rémunération à l'acte lors d'un accord de principe entre l'USMF et la Ligue de la Mutualité, prévoyant également la notion de libre choix du médecin par le patient.

En 1920, une modification de la loi entraîne la mise en place d'un montant d'honoraire fixe et limite le libre choix du médecin par le patient. L'USMF organise alors une grève administrative et obtient la négociation du tarif et le contrôle du tiers payant. En 1921, la déposition à l'assemblée nationale du 1^{er} projet de loi sur les assurances sociales suscite des divergences au sein de l'USMF concernant la question du rapport aux caisses d'assurance maladie : la Fédération nationale des syndicats de médecins de France, minoritaire, se détache de l'USMF, prônant la préservation du caractère individuel de la pratique médicale. En 1926, cette Fédération adoptera une charte définissant les principes « qui régissent l'exercice de la médecine » : « respect absolu du secret professionnel ; libre choix du médecin par le malade ; entente directe entre le médecin et le malade (ou sa famille) suivant les conditions de la pratique ordinaire ». Lors du congrès des syndicats médicaux du 30 novembre 1927, la Fédération impose sa charte commune de la médecine libérale « qu'aucune loi, règlement ou contrat ne doit remettre en cause ». Elle comprend 7 principes, notamment la liberté de choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, le respect du secret professionnel, le droit à des honoraires pour tout malade soigné, le contrôle des patients par les caisses d'assurance maladie (et des médecins par leur syndicat) et la liberté des tarifs avec le paiement direct par l'assuré en prenant pour base minimum les tarifs syndicaux (8). Ce dernier principe disparaîtra à la libération avec l'ordonnance du 19 octobre 1945.

2. Les ordonnances d'octobre 1945

Les représentants des médecins et les syndicats ne sont pas conviés à la table des négociations des textes fondateurs de la sécurité sociale. Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 ne visent pas à généraliser et uniformiser les prestations mais à créer un régime général pour les citoyens non inclus dans les régimes spéciaux.

L'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixe alors le libre choix du médecin par le patient, le paiement direct des honoraires avec remboursement par les caisses, l'apparition de tarifs négociés et le principe de conventions départementales (9, 10). Les médecins ne sont alors plus libres de déterminer leurs honoraires.

3. La première convention médicale nationale.

La Loi n°71-525 du 03 février 1971 introduit dans le code de la sécurité sociale les principes de la convention nationale qui lie les syndicats médicaux représentatifs et les caisses nationales d'assurance maladie. Le renouvellement de ces conventions est prévu tous les 4 ans mais peut faire l'objet d'avenants annuels (3).

La première convention (arrêté du 29 octobre 1971), reprend les bases de la médecine libérale (libre choix, liberté de prescription, secret professionnel, paiement à l'acte remboursé, réévaluation des actes médicaux dans la hiérarchie des services, soins au meilleur coût dans l'intérêt des malades) et insiste sur la qualité des soins qui doivent être consciencieux, éclairés, attentifs, prudents et conformes aux données actuelles de la science. En échange de ces tarifs réglementés, les médecins obtiennent une partie du financement de leur assurance maladie et assurance vieillesse. Les médecins peuvent refuser la convention et exercer hors convention (secteur 3) (11).

4. De 1971 à 2016 : de nombreuses conventions

De la première convention en 1971 à la dernière en 2016, on note 8 autres conventions qui, outre la modification des tarifs des actes conventionnels, comportent notamment (9, 12) :

_ 1976 : la possibilité de dispense d'avance des frais, étendue aux actes coûteux effectués au cours d'une hospitalisation dans un établissement privé.

_ 1980 : la création du secteur 2 pour faire entrer dans la convention les médecins ne souhaitant pas suivre les tarifs opposables et qui financent eux-mêmes leurs assurances, la réglementation sur la nomenclature.

_ 1985 : l'établissement d'un lien entre la valeur des lettres clés fixées par la convention et la cotation des actes dans la NGAP, la publication du CdAM élaboré par des comités d'experts médicaux coordonnés par la Direction des Hôpitaux.

_ 1990 : la création d'une consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), exonérée du ticket modérateur.

_ 1993 : convention faisant suite à la loi Teulade et qui fixe les bases du « dossier médical » couvert par le secret professionnel et nécessaire à la continuité des soins et à l'amélioration de leur qualité.

_ 1997 : conventions distinctes entre médecins généralistes et spécialistes : introduction de la télétransmission des feuilles de soins.

_ 2005 : la mise en œuvre de la CCAM, le médecin traitant remplace le médecin référent.

_ 2011 : l'introduction de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) qui s'ajoute à la rémunération à l'acte, la consolidation du principe de parcours de soins coordonnés.

5. La convention médicale actuelle

La nouvelle convention médicale est signée le 25 août 2016 entre l'UNCAM et trois syndicats représentant les médecins libéraux (MG France, la Fédération des médecins de France et Le Bloc). Hormis les revalorisations tarifaires de certains actes, elle permet la création de nouvelles consultations pour les actes complexes et très complexes. Elle instaure également un forfait patientèle pour les médecins traitants et un forfait structure visant à optimiser la gestion des cabinets (13).

Même si les toutes dernières conventions médicales ont permis la mise en place de nouveaux modes de rémunération en France, la tarification à l'acte reste encore le principal, avec tous les avantages et les freins que cela implique dans la pratique libérale.

C. Avantages et inconvénients de la tarification à l'acte

1. Inconvénients

La tarification à l'acte, fondement de la médecine libérale n'est pour autant pas exempte d'inconvénients avec notamment :

_ Un risque de surproduction de soins, en incitant les praticiens à multiplier les actes pour augmenter leurs revenus. L'étude de Delattre et Dormont montre par exemple que lorsque la densité de praticiens dans une zone d'exercice augmente, les médecins compensent la diminution de leur patientèle en augmentant le volume de leurs soins : phénomène de demande induite (14).

_ Une faible incitation aux actes de prévention. Un rapport de 1998, comparant la prise en charge de plusieurs pathologies sur le plan international souligne que le système de soins français est efficace pour la médecine curative mais en retard voire défaillant pour la médecine préventive. (15)

2. Avantages

Le paiement à l'acte permet :

_ De fournir des soins de qualité : une étude américaine de 1998 montre d'ailleurs que les soins des médecins payés à l'acte sont perçus par les patients comme de meilleure qualité. Ainsi les patients vont préférentiellement se tourner vers des systèmes assurantiels avec paiement à l'acte plutôt qu'avec capitation pour les pathologies les plus graves (16).

_ De compenser la faiblesse de l'offre de soins : dans les régions ayant une faible densité de médecins, le paiement à l'acte est le mode de rémunération qui compense le mieux la faiblesse de l'offre de soins, même si cela implique une charge de travail importante pour les praticiens (17).

Malgré les avantages décrits, l'existence de limites dans le mode de rémunération à l'acte a favorisé l'émergence de nouveaux modes de rémunération, forfaitaires, que nous allons décrire brièvement.

D. Autres modes de rémunération des médecins libéraux en France

Ces autres modes de rémunération des médecins libéraux reposent sur le principe de la capitation. Le praticien libéral reçoit, en plus de la rémunération à l'acte, une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume des soins administrés (18).

Les rémunérations forfaitaires de la nouvelle convention comprennent plusieurs forfaits distincts :

- _ Le Forfait Patientèle Médecin Traitant, résultat de la fusion du forfait médecin traitant et de la rémunération médecin traitant, qui prend en compte tous les patients quel que soit leur âge.
- _ Le Forfait structure, qui comprend uniquement des modalités organisationnelles et l'utilisation d'outils de gestion du cabinet.
- _ La Majoration Personnes Âgées, qui concerne maintenant uniquement les consultations et visites des patients de plus de 80 ans dont le praticien n'est pas le médecin traitant.
- _ La ROSP, introduite par la convention médicale de 2011, et qui a succédé au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). C'est un dispositif qui repose sur le suivi d'indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale, évalué en fonction d'un nombre de points répartis en 4 volets : suivi des maladies chroniques, prévention, optimisation et efficacité des prescriptions, organisation du cabinet et qualité de service (13, 19).

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

A. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude déclarative, transversale et descriptive effectuée par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire de type Questionnaire à Choix Multiples (QCM) envoyé par courrier électronique.

B. Population cible

La population ciblée par cette étude est tous les médecins généralistes libéraux installés dans la région Midi-Pyrénées.

Les critères d'inclusion étaient : médecins généralistes libéraux installés dans la région Midi-Pyrénées (Ariège, Aveyron, Haute-Garonne, Gers, Lot, Hautes-Pyrénées, Tarn, Tarn et Garonne) et inscrits sur les listes de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la région Midi-Pyrénées le 11 septembre 2018.

Les critères d'exclusion étaient : médecins généralistes non thésés, remplaçants, ou non-inscrits sur les listes de l'URPS.

C. Élaboration du questionnaire

Les questions, originales, ont été élaborées en prenant en compte les actes les plus fréquents de la médecine générale tout en abordant un champ large des pratiques possibles dans cette spécialité. Les réponses aux questions ont été uniquement formulées à partir de textes officiels (NGAP restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005, CCAM version 49, Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016) (4, 6, 13).

Un avis a été demandé auprès des médecins conseils de la sécurité sociale de Toulouse pour plusieurs questions pour lesquelles les réponses n'étaient pas explicitement retrouvées dans l'un des textes officiels cités ci-dessus. En cas d'incertitude sur la réponse, celle-ci était enlevée du questionnaire définitif.

Le questionnaire a également été testé par un panel diversifié comprenant des médecins généralistes installés dans toute la France, des médecins généralistes remplaçants, ainsi que des internes en médecine générale. Ceci a permis d'établir un échange concernant les thèmes abordés et la formulation des questions afin d'améliorer le questionnaire.

Les questions de connaissance de la nomenclature portaient notamment sur :

- _ Les consultations au cabinet sans réalisation d'actes techniques :
 - _ L'examen systématique en pédiatrie
 - _ La consultation faisant suite à une sortie d'hospitalisation avec chirurgie lourde
 - _ La coordination avec le médecin traitant d'un patient
 - _ La réalisation d'un test d'évaluation d'une dépression
 - _ La consultation en garde régulée
- _ Les visites à domicile :
 - _ La visite à domicile simple
 - _ La visite à domicile longue et complexe
 - _ La visite à domicile urgente, avec et sans réalisation d'un électrocardiogramme
- _ La réalisation d'actes techniques :
 - _ La réalisation d'un électrocardiogramme 12 dérivations
 - _ La réalisation d'un frotti cervico-vaginal de dépistage
 - _ La réalisation de points de suture
 - _ La réalisation de l'incision d'un panaris superficiel

Dans sa version finale, le questionnaire comportait 2 parties (Annexe 1) :

- _ La première partie du questionnaire concernait des données épidémiologiques : sexe, âge, zone d'exercice, modalités d'exercice (seul ou en groupe), personne effectuant la cotation des actes au cabinet, qualité de maître de stage universitaire (MSU), logiciel médical utilisé.
- _ La seconde partie du questionnaire comportait 15 cas cliniques portant sur des situations courantes de médecine générale. Pour chaque cas était demandé une seule cotation possible à l'issue de la consultation.

A l'issue de la dernière question, les participants pouvaient consulter leur note personnelle ainsi qu'un corrigé commenté de leurs réponses (Annexe 2).

Le logiciel Google Form® a été utilisé pour mettre le questionnaire en forme pour permettre la transmission des réponses par voie informatique.

L'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) pour l'envoi du questionnaire a été obtenu le 6 octobre 2017.

L'avis favorable de la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi-Pyrénées a été rendu le 1^{er} février 2018 (Annexe 3).

D. Envoi du questionnaire

Le questionnaire a été validé au préalable par la commission « Thèse » de l'URPS médecins de Midi-Pyrénées, permettant son envoi.

Le questionnaire a été envoyé à la population cible par messagerie électronique grâce à la base de données de l'URPS de la région Midi-Pyrénées.

Les médecins généralistes de Midi-Pyrénées étaient informés avant leur participation du caractère anonyme et confidentiel de leurs réponses.

Le premier envoi s'est fait le 11 septembre 2018, à 2400 praticiens avec une relance 2 semaines plus tard soit le 25 septembre 2018. Seuls les questionnaires remplis dans leur intégralité du 11 septembre 2018 au 09 octobre 2018 (soit 4 semaines) ont été inclus dans l'étude.

E. Analyse des données

Le recueil des données et le travail des analyses ont été effectué depuis le transfert des réponses recueillies de Google Form® à Excel Office 365® et sur le logiciel BiostaTGV.

Concernant l'analyse descriptive, les variables qualitatives sont présentées sous forme d'un effectif absolu (nombre de cas) et relatif (pourcentage).

Les variables quantitatives sont présentées sous la forme moyenne \pm écart-type.

La comparaison de deux moyennes observées a été faite par un test t de Student dans le contexte où la variable quantitative étudiée avait une distribution gaussienne dans chacun des deux

groupes étudiés et si la variance de la variable quantitative était identique. Le test de Mann-Whitney était utilisé dans les cas contraires.

Dans tous les cas, la valeur de 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 étant fixé à 5 %.

III. RÉSULTATS

A. Réponses au questionnaire

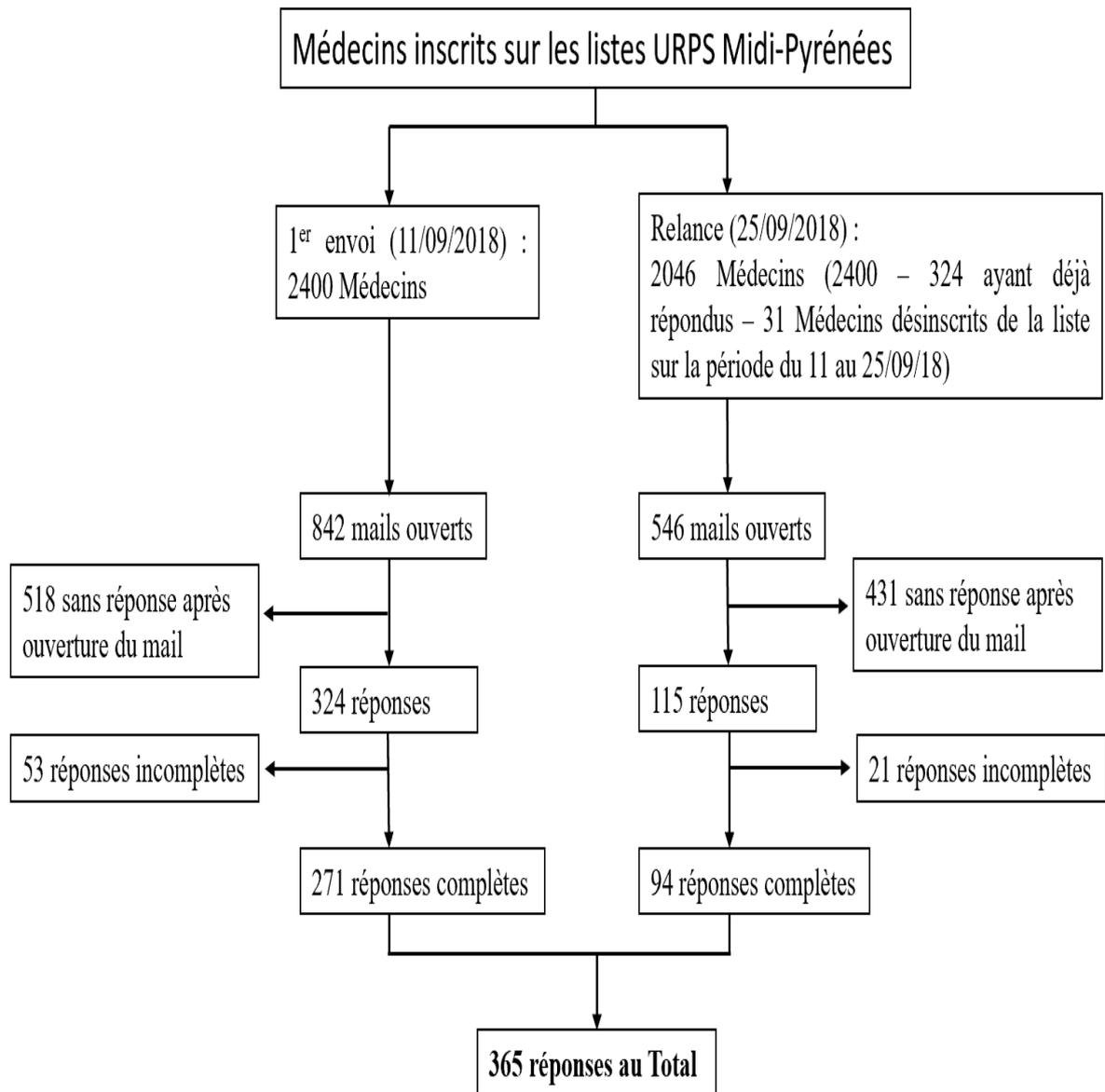
Le 1^{er} envoi par courrier électronique s'est fait le 11 septembre 2018 à 2400 médecins généralistes libéraux inscrits sur les listes de l'URPS de Midi-Pyrénées. Sur les 842 praticiens ayant ouvert le message, 324 ont débuté le questionnaire dont 271 en intégralité.

Un second envoi a eu lieu le 25 septembre 2018 à 2045 praticiens (le questionnaire n'a pas été relancé pour les 324 personnes ayant déjà débuté ou complété le questionnaire et 31 médecins généralistes étaient désinscrits de la liste d'envoi de l'URPS sur la période du 11 au 24 septembre). Lors de cette relance, sur les 546 praticiens ayant ouvert le message, 115 ont débuté le questionnaire dont 95 en intégralité.

Seuls les questionnaires remplis dans leur intégralité du 11 septembre 2018 au 09 octobre 2018 (soit 4 semaines) ont été inclus dans l'étude soit 365 réponses.

Le pourcentage de participation à cette étude est de 15,2 %.

Figure 1 : Organigramme de recherche



B. Caractéristiques socio-démographiques des participants à l'étude

1. Sexe

Sur les 365 praticiens, les femmes sont majoritairement représentées, avec un effectif de 212 personnes soit 58,1% de l'ensemble des participants. L'effectif des hommes est de 153 (41,9%).

2. Âge

La répartition des effectifs par tranche d'âge est globalement homogène, même s'il apparaît que la tranche d'âge des 35-44 ans est majoritaire avec un effectif de 111 (30,4%) et celle des plus de 65 ans est nettement minoritaire avec seulement 12 participants (3,3%).

Concernant les autres praticiens, on note 82 médecins généralistes entre 25 et 34 ans (22,5%), 75 entre 45 et 54 ans (20,5%) et 85 entre 55 et 64 ans (23,3%).

3. Lieu d'exercice

La majorité des médecins généralistes interrogés exercent en milieu urbain et semi rural avec des effectifs respectifs de 146 (40%) et 139 (38,1%). L'exercice en milieu rural est représenté par 80 participants (21,9%).

4. Mode d'exercice

L'exercice en cabinet de groupe est très largement majoritaire chez les participants de l'étude avec 285 participants (78,1%) contre 80 (21,9%) exerçant seul(e) au cabinet.

5. Qualité de MSU

L'étude regroupe 146 médecins ayant qualité de MSU (40%) et 219 médecins non MSU (60%).

6. Personne effectuant la cotation des actes au cabinet

Dans la grande majorité des cas, les médecins généralistes effectuent eux-mêmes la cotation des actes effectués : 359 personnes (98,4%). Dans les 6 cas restant (1,6%), cette tâche est réalisée par une secrétaire médicale.

7. Logiciel utilisé

Les données concernant le logiciel utilisé n'ont pas fait l'objet d'un mode de réponse par QCM mais par réponse libre. On note une grande diversité dans les logiciels utilisés et donc disponibles sur le marché avec 25 programmes différents. On peut citer, parmi les plus importants, et par ordre décroissant d'utilisateurs, 8 logiciels : Axisanté®, toutes versions confondues (87 ; 23,8%), HelloDoc® (77 ; 21,1%), Medistory® (40 ; 11%), Weda® (40 ; 11%), Crossway® (27 ; 7,4%), AlmaPro® (15 ; 4,1%), MLM® (15 ; 4,1%), Chorus® (14 ; 3,8%).

Les effectifs des 17 autres logiciels représentés chacun par moins de 10 participants ont été regroupés et représentent de ce fait une proportion non négligeable (46 ; 12,6%). Ce sont, par ordre alphabétique : Axilog®, Doc'Ware®, DrSanté®, HyperMed®, MCC Mission®, Medalma®, MediPratik®, Medi+4000®, Medicab®, Medicalnet®, MedicaWin®, Mediclick®, Medimust®, Megabaze®, Ordovitale®, Shaman® et XMED®.

Enfin, on constate que 4 médecins (1,1%) n'utilisent aucun logiciel dans leur pratique quotidienne libérale.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population cible

Caractéristiques socio-démographiques des participants		n	%
Sexe	Hommes	153	41,9%
	Femmes	212	58,1%
Age	25 à 34 ans	82	22,5%
	35 à 44 ans	111	30,4%
	45 à 54 ans	75	20,5%
	55 à 64 ans	85	23,3%
	> 65 ans	12	3,3%
Lieu d'exercice	Urbain	146	40%
	Semi-rural	139	38,1%
	Rural	80	21,9%
Mode d'exercice	Seul	80	21,9%
	En Groupe	285	78,1%
MSU	Oui	146	40%
	Non	219	60%
Cotation	Seul	359	98,4%
	Avec Secrétaire	6	1,6%
Logiciel utilisé	AlmaPro	15	4,1%
	Axisanté	87	23,8%
	Chorus	14	3,8%
	Crossway	27	7,4%
	HelloDoc	77	21,1%
	Medistory	40	11%
	MLM	15	4,1%
	Weda	40	11%
	Autres logiciels (n<10)	46	12,6%
	Aucun logiciel	4	1,1%

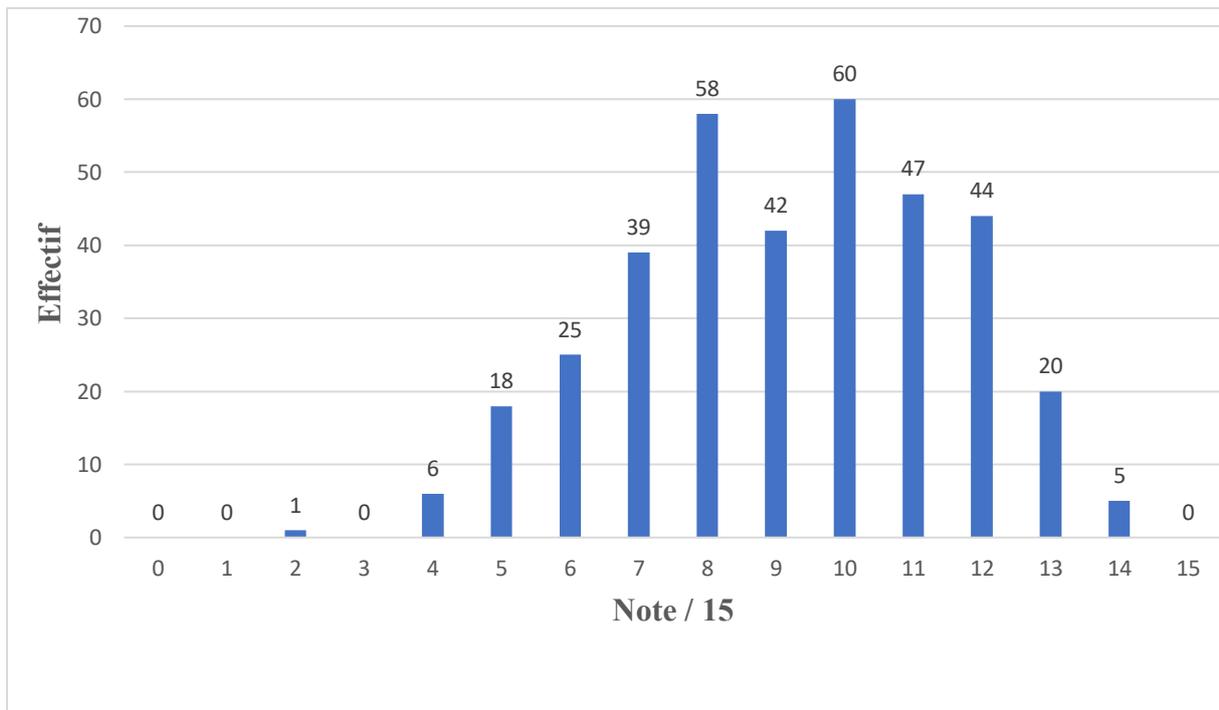
C. Résultats des réponses dans l'ensemble de la population cible

1. Moyenne des notes sur l'ensemble du questionnaire

L'étude a permis de récupérer les réponses de 365 médecins généralistes installés en région Midi-Pyrénées sur la période de recueil.

La moyenne des réponses est de $9,19/15 \pm 2,34$ [2/15 – 14/15], avec une médiane de 9/15.

Figure 2 : Répartition de l'ensemble des notes de la population cible



2. Analyse des résultats par question

Si on analyse chaque question indépendamment, on remarque des résultats très hétérogènes selon les cas cliniques proposés allant de 12 bonnes réponses (3,3%) pour la question 8 à 350 bonnes réponses (95,9%) pour la question 1.

Figure 3 : Répartition des résultats pour chaque question pour l'ensemble de la population cible

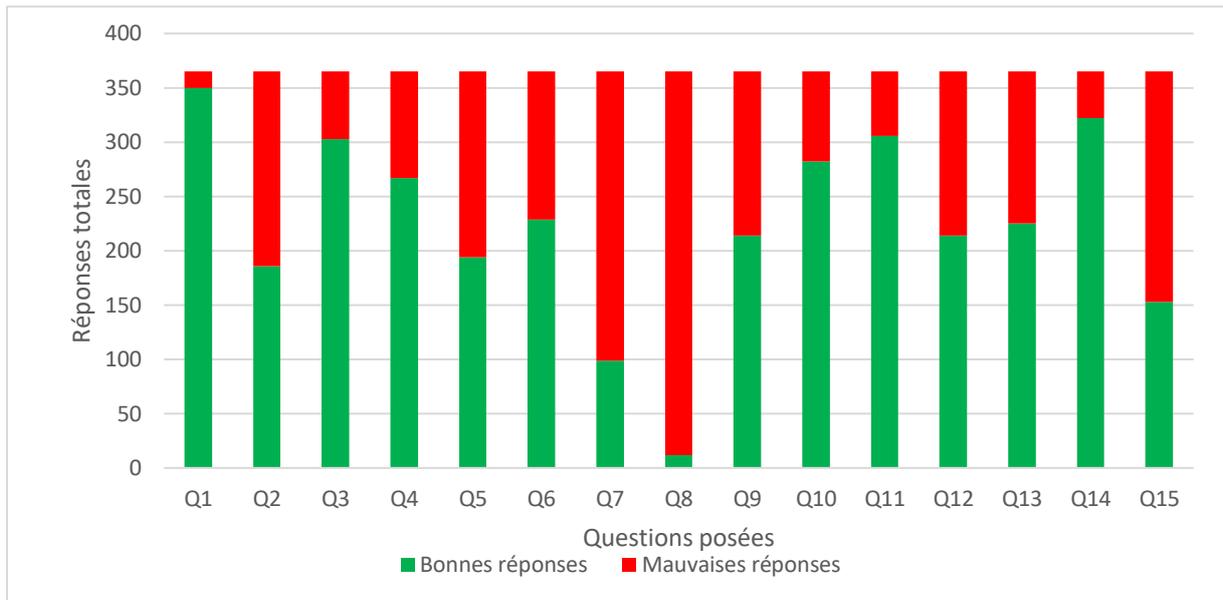


Tableau 2 : Analyse des questions en fonction du pourcentage de bonnes réponses

	Bonnes réponses	Mauvaises réponses
Q1	350 (95,9%)	15 (4,1%)
Q2	186 (51%)	179 (49%)
Q3	303 (83%)	62 (17%)
Q4	267 (73,2%)	98 (26,8%)
Q5	194 (53,2%)	171 (46,8%)
Q6	229 (62,7%)	136 (37,3%)
Q7	99 (27,1%)	266 (72,9%)
Q8	12 (3,3%)	353 (96,7%)
Q9	214 (58,6%)	151 (41,4%)
Q10	282 (77,3%)	83 (22,7%)
Q11	306 (83,8%)	59 (16,2%)
Q12	214 (58,6%)	151 (41,4%)
Q13	225 (61,6%)	140 (38,4%)
Q14	322 (88,2%)	43 (11,8%)
Q15	153 (41,9%)	212 (58,11%)
TOTAL	3356 (61,3%)	2119 (38,7%)

Légende

	80 à 100%
	60 à 80 %
	40 à 60%
	20 à 40%
	0 à 20%

D. Analyse des résultats par sous-groupe

1. Différences selon le sexe

La moyenne observée chez les femmes ($9,27 \pm 2,44$) est supérieure à celle observée chez les hommes ($9,09 \pm 2,27$) mais de manière non significative ($p=0,48$).

Tableau 3 : Résultats aux QCM en fonction du sexe

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
Hommes	153 (41,9%)	9,09	$\pm 2,27$	5,16
Femmes	212 (58,1%)	9,27	$\pm 2,44$	5,98

2. Différences selon l'âge

Les calculs de probabilité des résultats en fonction de la tranche d'âge sont parmi les seuls à avoir montré une significativité nette. En effet, on constate que la tranche d'âge des 25-34 ans obtient de meilleurs résultats ($10,37 \pm 2,10$) de manière statistiquement significative par rapport à tous les autres groupes.

De même, le groupe des 35 à 44 ans obtient de manière significative de meilleurs résultats ($9,49 \pm 2,08$) que les 45-54 ans ($8,44 \pm 2,50$) et que les 55-64 ans ($8,43 \pm 2,27$). Le résultat n'est pas significatif ($p=0,15$) par rapport à la tranche d'âge des plus de 65 ans ($8,5 \pm 2,15$) mais ceci peut s'expliquer par le faible effectif de celle-ci.

On ne remarque pas de différence significative entre les notes moyennes des groupes après 45 ans.

Tableau 4 : Résultats aux QCM en fonction de l'âge

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
25 à 34 ans	82 (22,5%)	10,37	± 2,10	4,41
35 à 44 ans	111 (30,4%)	9,49	± 2,08	4,32
45 à 54 ans	75 (20,5%)	8,44	± 2,50	6,28
55 à 64 ans	85 (23,3%)	8,43	± 2,27	5,15
> 65 ans	12 (3,3%)	8,5	± 2,15	4,64

Tableau 5 : Significativité des résultats en fonction de l'âge

	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	> 65 ans
25 à 34 ans	<u><i>p=0,0047</i></u>	<u><i>p<0,001</i></u>	<u><i>p<0,001</i></u>	<u><i>p=0,01</i></u>
35 à 44 ans		<u><i>p=0,0031</i></u>	<u><i>p<0,001</i></u>	<i>p=0,15</i>
45 à 54 ans			<i>p=0,99</i>	<i>p=0,93</i>
55 à 64 ans				<i>p=0,92</i>

3. Différences selon le lieu d'exercice

Les notes moyennes obtenues par les médecins exerçant en milieu semi-rural ($9,49 \pm 2,32$) sont plus élevées que celles des praticiens exerçant en ville ($8,83 \pm 2,32$) de manière significative ($p=0,0170$). Les praticiens exerçant en zone rurale obtiennent de manière non significative de meilleurs résultats ($9,35 \pm 2,37$) que ceux exerçant en ville. Ceci peut s'expliquer par le faible effectif de médecins ruraux participant à l'étude.

Tableau 6 : Résultats aux QCM en fonction du lieu d'exercice

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
Urbain	146 (40%)	8,83	± 2,32	5,38
Semi-rural	139 (38,1%)	9,49	± 2,32	5,40
Rural	80 (21,9%)	9,35	± 2,37	5,60

4. Différences selon le mode d'exercice seul ou en groupe

La note moyenne des médecins exerçant en cabinet de groupe ($9,33 \pm 2,30$) est supérieure à celle de ceux exerçant seuls en cabinet ($8,72 \pm 2,46$). Cette différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,0523$), en raison d'un possible manque d'effectif.

Tableau 7 : Résultats aux QCM en fonction du mode d'exercice en cabinet seul ou de groupe

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
Seul(e)	80 (21,9%)	8,72	± 2,46	6,05
En groupe	285 (78,1%)	9,33	± 2,30	5,28

5. Différences selon la qualité de MSU

Les différences observées entre ces 2 groupes, MSU ($9,36 \pm 2,26$) ou non MSU ($9,08 \pm 2,42$) ne sont pas statistiquement significatives.

Tableau 8 : Résultats aux QCM en fonction de la qualité de MSU

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
MSU	146 (40%)	9,36	± 2,26	4,91
Non MSU	219 (60%)	9,08	± 2,42	5,88

6. Différences selon la personne cotant les actes

Les médecins cotant leurs actes avec l'aide d'une secrétaire ont une moyenne similaire à ceux cotant leurs actes seuls : $9,33 \pm 2,42$ versus $9,19 \pm 2,35$. On note cependant des effectifs peu comparables, seulement 6 praticiens sur les 365 interrogés confiant cette tâche à une secrétaire médicale.

Tableau 9 : Résultats aux QCM en fonction de la personne cotant les actes

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
Seul(e)	359 (98,4%)	9,19	$\pm 2,35$	5,51
Avec secrétaire	6 (1,6%)	9,33	$\pm 2,42$	5,87

7. Différences selon le logiciel utilisé

La grande hétérogénéité des logiciels utilisés contraste avec l'homogénéité des moyennes obtenues dans chaque groupe. Les différences d'effectifs de chacun des groupes rendent peu significatifs les différences de moyennes observées.

Tableau 10 : Résultats aux QCM en fonction du logiciel utilisé

	Effectif	Moyenne	Ecart-type	Variance
AlmaPro®	15 (4,1%)	9,07	$\pm 2,71$	7,35
Axisanté®	87 (23,8%)	9,24	$\pm 2,33$	5,44
Chorus®	14 (3,8%)	8,71	$\pm 2,43$	5,91
Crossway®	27 (7,4%)	9,22	$\pm 1,76$	3,10
HelloDoc®	77 (21,1%)	8,83	$\pm 2,47$	6,09
Medistory®	40 (11%)	9,85	$\pm 2,08$	4,34
MLM®	15 (4,1%)	9,93	$\pm 1,71$	2,92
Weda®	40 (11%)	9,75	$\pm 2,48$	6,14
Autres logiciels	46 (12,6%)	8,72	$\pm 2,45$	6,03
Aucun logiciel	4 (1,1%)	7,75	$\pm 2,50$	6,25

IV_ DISCUSSION

A. Caractéristiques de cette étude

1. Limites et biais

La principale limite de cette étude est liée au caractère déclaratif du recueil des données, basé sur le volontariat. Ceci implique des biais, qui peuvent affecter les résultats définitifs :

_ Le biais de sélection : plusieurs biais de sélection sont présents dans cette étude.

Dans un premier temps, l'envoi du questionnaire s'est fait par courrier électronique, depuis la base de données de l'URPS Midi-Pyrénées, à 2400 médecins généralistes libéraux, représentant la population cible de l'étude. Or, certains praticiens n'apparaissent pas sur ces listes. D'après les données recueillies par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), au 1^{er} janvier 2018, on compte dans les départements de la région Midi-Pyrénées 3575 médecins généralistes exerçant une activité libérale (dont 321 exerçant une activité mixte). Afin d'être exhaustif, il aurait fallu choisir une autre méthodologie de recueil des données afin de pouvoir inclure l'ensemble de la population ciblée.

Ensuite, sur les 2400 courriers électroniques envoyés initialement, 365 réponses complètes ont été incluses dans l'étude, soit un taux de participation de 15,2%. Les non-répondants peuvent être de plusieurs types : de nombreux praticiens n'ont pas ouvert le courrier électronique, soit car ils ne l'ont pas vu, soit par manque de temps ou d'intérêt pour le sujet ; d'autres ont débuté le questionnaire mais ne l'ont pas complété, encore une fois par manque de temps ou d'intérêt, mais aussi dans quelques cas par méconnaissance de certaines cotations d'actes, ne faisant pas partie de leur pratique quotidienne.

_ Le biais de mesure (d'information) : la réalisation d'une enquête déclarative ne permet pas d'exclure ce type de biais. En effet certains praticiens ont pu par exemple utiliser une bibliographie ou l'aide d'une tierce personne afin de remplir le questionnaire, qui n'était pas limité dans la durée. Concernant la rédaction du questionnaire en lui-même, certains items ont pu être l'objet d'un biais de formulation, et d'autres porter sur des actes non réalisés par l'ensemble de la population cible (frottis cervico-vaginal, électrocardiogramme, ...).

2. Représentativité de l'échantillon

a. Concernant le sexe

Dans cette étude, les femmes sont majoritairement représentées, avec un effectif de 212 personnes soit 58,1% de l'ensemble des participants. Le rapport hommes/femmes est inversé par rapport aux données exhaustives de la DREES qui compte parmi les 3575 médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées au 1^{er} janvier 2018, 2043 hommes (57%) et 1532 femmes (43%) (20).

b. Concernant l'âge

Même si l'âge des participants a été évalué en utilisant des tranches d'âge, on remarque que 73,4% des médecins ont moins de 55 ans. Or l'âge moyen des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées était de 52,5 ans au 1^{er} janvier 2018 (21) ce qui semble supérieur à l'échantillon étudié. L'âge plus jeune de la population d'étude est probablement favorisé par le mode d'envoi du questionnaire, par voie électronique et explique l'inversion du rapport hommes/femmes.

c. Concernant le lieu d'exercice

L'exercice en milieu rural est représenté par 21,9% des participants ce qui est légèrement supérieur aux données observées en France métropolitaine où environ 18% des médecins généralistes libéraux exercent en unités urbaines de moins de 5000 habitants, dont 10% en unités de moins de 2000 habitants (22).

d. Concernant le mode l'exercice seul ou en cabinet de groupe

L'exercice en cabinet de groupe est très largement majoritaire avec 78,1% des participants de cette étude. Ces données, difficiles à évaluer, sont probablement supérieures aux données de l'ensemble de la population des médecins généralistes libéraux français car même si la proportion de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe a régulièrement augmenté entre 1998 et 2009 (passant de 43 % à 54 %), la croissance observée s'est ralentie de moitié après 2003 (23).

e. Concernant la qualité de MSU

L'effectif des MSU est sur-représenté dans cette étude (40% des participants), alors qu'il représentait moins de 15% en 2017 avec un effectif de 465 MSU pour l'Université de Toulouse (24). Cet effectif est cohérent étant donné la forte implication des médecins MSU dans la participation aux études universitaires.

3. Points forts

Cette étude possède plusieurs points forts :

_ Il s'agit d'une étude originale, intéressant l'ensemble des médecins généralistes exerçant une activité libérale et qui, malgré l'importance du sujet, ne fait l'objet que de peu d'études actuellement. Les seules études retrouvées dans la littérature concernant la nomenclature médicale sont 2 thèses portant sur les freins à la cotation des actes en médecine générale dans les régions Pays de la Loire et Nord-Pas-De-Calais (25, 26). Ce travail de thèse est novateur car l'évaluation de la connaissance des médecins n'a pas fait l'objet d'étude spécifique.

_ Le taux de participation à cette enquête a été important, étant donné le mode d'envoi par courrier électronique, et basé sur le volontariat. Les 365 réponses complètes ont permis des résultats statistiques de puissance importante et confirment l'intérêt porté par les médecins généralistes sur le sujet de la cotation des actes.

B. Résultats principaux

1. Moyenne globale au questionnaire

La moyenne des réponses au questionnaire pour l'ensemble des participants est de 9,19/15, avec une note minimale de 2 et une note maximale de 14. Si on ramène cette moyenne à un résultat sur 20, plus parlant, on obtient alors 12,25/20. Étant donné l'importance accordée à la nomenclature médicale dans le système de rémunération des médecins généralistes libéraux en France, ces faibles résultats sont surprenants au premier abord.

Néanmoins, la connaissance passe par la formation, et la nomenclature médicale ne fait pas l'objet d'un enseignement spécifique lors du parcours universitaire du futur médecin généraliste, même si des modules peuvent exister dans certaines facultés (27, 28). L'intérêt des

internes pour le sujet est alors directement confié aux MSU, lors des stages en médecine libérale. Concernant les médecins installés depuis plus longtemps, la formation est très hétérogène et fait encore une fois appel au volontariat. Elle peut passer par des associations de formation médicale continue sous forme de Développement Professionnel Continu (DPC), ou par des syndicats de médecins lors de soirées dédiées ou de brochures proposées sur les sites internet (29, 30).

Le travail de thèse du Dr Poissonnet concernant les freins à la cotation des actes en médecine générale confirme le manque d'enseignement concernant la cotation des actes. En effet, sur 1201 médecins interrogés, 965 (80,3%) évoquent la complexité du codage et 731 (60,9%) le manque de connaissance et de formation. Cette étude révèle également que seulement 63% des médecins interrogés connaissent l'existence de 2 nomenclatures distinctes (NGAP et CCAM). D'autres items, comme le manque d'optimisation du logiciel médical, le manque de temps, l'appréhension de la réaction des patients, n'induisent pas directement un défaut de connaissance de la nomenclature mais provoquent un désintérêt pour celle-ci et donc un oubli progressif des cotations des actes réalisés (25).

Ces données sont confirmées dans la thèse du Dr Peltier de 2015, concernant le manque de connaissance de la CCAM par les médecins généralistes, qui précise que la sous-utilisation de cette nomenclature est principalement due à un défaut de connaissance et de formation initiale ainsi qu'à une complexité inadaptée à la pratique quotidienne (26).

La complexité de la CCAM est également évoquée dans les Thèses des Docteurs Dubois Jacque et Watrin expliquant que la recherche de la cotation peut parfois prendre plus de temps que l'acte réalisé ce qui limite l'application de cette nomenclature (31, 32).

2. Résultats hétérogènes selon les questions posées

Les connaissances des cotations sont très hétérogènes selon les questions, avec des pourcentages de bonnes réponses s'étalant de 3,3% à 95,9% en fonction des cas cliniques proposés.

Les consultations au cabinet portant sur la pédiatrie (questions 1, 6 et 14, respectivement 95,9%, 62,7% et 88,2% de bonnes réponses), ou associant la réalisation d'un électrocardiogramme ou d'un frotti cervico-vaginal (questions 3 et 4 : 83% et 73,2% de bonnes réponses) ont fait l'objet de peu de fautes de cotation.

L'emploi de modificateurs associés à des actes de la CCAM a fait l'objet du plus d'erreurs et oublis, notamment dans la question 8 (3,3% de bonnes réponses), portant sur une suture superficielle de la main, dans laquelle 2 modificateurs pouvaient être associés à l'acte (M et R). A l'inverse, dans la question 12 (58,6% de bonnes réponses), l'acte se rapportant à l'excision d'un panaris superficiel ne pouvait être associé à aucun modificateur.

Concernant la cotation des visites à domicile, l'application des indemnités kilométriques est maîtrisée par seulement la moitié des participants (question 5 : 53,2% de bonnes réponses), comme celle des visites longues et complexes (question 9 : 58,6% de bonnes réponses) alors que la cotation de l'électrocardiogramme en urgence au domicile est connue par un peu plus du quart des médecins interrogés (question 7 : 27,1% de bonnes réponses).

Cet état des lieux des connaissances selon les actes effectués est également évoqué dans la thèse du Dr Poissonnet, concernant l'analyse de 6 actes de médecine générale : l'examen pédiatrique obligatoire, l'électrocardiogramme, le frotti cervico-vaginal, la réalisation d'une suture, le test d'évaluation d'une dépression, la consultation à la suite d'une sortie d'hospitalisation.

Dans cette étude, 34,8 % des médecins réalisant les examens obligatoires du nourrisson déclarent ne jamais coter l'acte, ce qui est cohérent avec les 37,3% de mauvaises réponses observées ici dans la question 6. De même, il apparaît que les frottis cervicaux-vaginaux, et les électrocardiogrammes sont parmi les mieux cotés (respectivement 63,8% et 69,3% de cotation systématique) (25).

Concernant les autres actes, les résultats du Dr Poissonnet sont également concordants avec ceux observés dans cette étude. Dans son travail, les médecins déclarent dans 44,6% des cas ne jamais utiliser la cotation ALQP003 après avoir effectué un test d'évaluation d'une dépression. Ils déclarent également à 63,3% ne pas utiliser les cotations NGAP applicables lors d'une consultation de sortie d'hospitalisation. Lors de l'évaluation des connaissances effectuée ici, la cotation ALQP003 est incorrectement cotée dans 38,4% et la consultation de sortie d'hospitalisation dans 49% des cas. Les différences observées ici sont certainement liées à des facteurs autres que le manque de connaissances, tels que la complexité de la nomenclature médicale ou le manque de temps (25).

3. Différences significatives selon les groupes

L'étude des moyennes des sous-groupes a permis de mettre en évidence des différences significatives selon l'âge et le lieu d'exercice des praticiens.

a. Les médecins les plus jeunes cotent mieux leurs actes

Les médecins généralistes les plus jeunes (tranche d'âge des 25-34 ans) ont obtenu de meilleurs résultats que les sujets d'âge supérieur de manière statistiquement significative. De même les sujets de 35 à 44 ans ont obtenu une moyenne supérieure à celle des sujets des tranches d'âge 45-54 ans et 55-64ans.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences :

_ La NGAP est régulièrement réévaluée depuis sa date de création en 1972. On dénombre au total une dizaine de conventions avec parfois ajout de lettres clés. La convention actuelle, de 2016, a par exemple introduit la majoration médecin généraliste (MMG) pouvant s'ajouter à la consultation (C) ou à la visite (V) et applicable à partir du 1^{er} mai 2017 ; a modifié la cotation des examens pédiatriques obligatoires (COE au lieu de MNO + FPE) ; a instauré une majoration unique pour tous les enfants de moins de 6 ans (MEG remplaçant MNO et MGE) (13). Les médecins les plus jeunes n'ont pas connu l'ensemble des modifications de la NGAP depuis plus de 40 ans et ont donc moins remis en question la façon de coter leurs actes que leurs aînés. On peut également supposer un sentiment de lassitude chez certains médecins plus âgés devant la multiplication des mises à jour des cotations.

_ La CCAM a été créée il y a une quinzaine d'années ce qui implique que les médecins de moins de 45 ans ont toujours connus et appliqué cette nomenclature dans leur pratique, malgré de nombreuses mises à jour (30). A l'inverse, les médecins de plus de 45 ans ont dû se réapproprier un nouvel outil de cotation de leurs actes. Les freins à la cotation des actes ne sont d'ailleurs pas les mêmes selon l'âge : si les médecins les plus jeunes abordent essentiellement l'appréhension vis-à-vis des patients et la culpabilité financière, les médecins plus âgés évoquent d'abord la complexité de la nomenclature et le manque de temps pour l'appliquer (25).

_ Enfin, le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale est relativement récent (2004) et a rendu l'internat, d'une durée de 3 ans, obligatoire pour tous les médecins généralistes, créant ainsi les spécialistes en soins primaires. Si les études de 1^{er} et 2^{ème} cycles

ne forment pas spécifiquement les futurs médecins à l'utilisation de la nomenclature médicale (34), il est probable que ces notions puissent s'acquérir à l'occasion de stages ambulatoires en médecine générale, que ce soit en niveau 1, 2 ou gynécologie/pédiatrie, grâce à l'accompagnement des internes par leurs pairs. De plus, certaines facultés de médecine ont récemment mis en place des journées de formation des internes en médecine générale auprès de médecins conseils de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

b. Les médecins des zones urbaines cotent moins bien leurs actes

Les résultats de cette étude montrent que les médecins généralistes exerçant dans les secteurs semi-ruraux ont obtenus une moyenne supérieure, de manière statistiquement significative, par rapport à ceux exerçant dans les villes. Les médecins des secteurs ruraux ont également des notes supérieures aux médecins urbains mais aucune différence significative n'a pu être mise en évidence. Cependant l'effectif des médecins exerçant dans les zones rurales étant bien moins important que dans les autres groupes on peut imaginer une différence significative en incluant un nombre de sujets plus important.

Les différences observées entre les groupes sont probablement fonction de la démographie médicale actuelle. En effet, de nombreuses compétences du médecin généraliste peuvent être confiées à différents spécialistes comme par exemple l'examen des nourrissons aux pédiatres, l'électrocardiogramme aux cardiologues, les sutures et la traumatologie aux urgences... Cette répartition des actes ne dépend pas des compétences des médecins généralistes exerçant en zone urbaine mais du choix des patients préférant fréquemment un pédiatre pour les examens de santé obligatoire du nourrisson ou un gynécologue pour la réalisation des frottis cervico-vaginaux.

Même si le département de la Haute-Garonne ne se limite pas à Toulouse, on comptait, au 1^{er} janvier 2018, 3372 médecins spécialistes contre 181 dans le Gers et 168 en Ariège. Encore à titre de comparaison on dénombrait à la même période 185 cardiologues, 222 pédiatres et 396 psychiatres en Haute-Garonne contre respectivement 11, 13 et 19 en Ariège (20). Ainsi, on peut considérer que les médecins exerçant dans le département de l'Ariège appliquent en moyenne, dans leur pratique quotidienne et par nécessité, un champ plus large d'actes techniques que les médecins exerçant à Toulouse, et qu'ils ont donc probablement une meilleure connaissance des 2 nomenclatures médicales.

C. Intérêts de la connaissance de la nomenclature

La nomenclature médicale est un outil mis à disposition pour attribuer à chaque acte réalisé un code et une valeur tarifaire incluant une base de remboursement par les régimes d'assurance maladie. La connaissance puis l'application de ces outils présente plusieurs intérêts pour les médecins généralistes.

1. Reconnaissance de la compétence

La spécialité de médecine générale regroupe un très large champ de compétences médicales et d'actes médicaux-techniques. Le fait d'appliquer le codage est une valorisation du travail alors réalisé. Certaines aptitudes peuvent également être le fruit d'une formation spécifique, nécessitant parfois le passage de diplômes supplémentaires. Là encore l'utilisation de la nomenclature adaptée met en avant le savoir-faire du praticien.

Si l'application de la nomenclature peut entraîner l'autosatisfaction, elle peut aussi valoriser la profession auprès des patients. Si les jeunes médecins ont parfois des réticences vis-à-vis de la réaction des patients et une culpabilité financière (25), il paraît probable que la cotation des actes réalisés pourrait entraîner chez ceux-ci un sentiment de prise en charge adaptée, évolutive en fonction du problème de santé pour lequel ils consultent.

2. Valorisation financière

L'aspect financier de la cotation des actes est également mis en avant.

Certains actes réalisés fréquemment au cabinet présentent une valeur tarifaire inférieure à celle d'une consultation (G, tarif conventionnel de 25€) et sont donc rarement cotés. On peut citer à titre d'exemple l'ablation d'un bouchon de cérumen (CAGD001 tarif conventionnel de 19,25€) ou l'exérèse d'un molluscum contagiosum (QZFA010 tarif conventionnel de 23,50€) (6). A l'inverse, un grand nombre d'actes présentent une valeur tarifaire plus élevée et leur application revêt alors un bénéfice financier non négligeable.

Pour illustrer ces propos on peut citer quelques actes :

_ La visite longue, chez les patients porteurs d'une maladie neuro-dégénérative a été revalorisée à 70€ (VL + MD) lors de la dernière convention médicale et peut être appliquée jusqu'à 3 fois par an et par patient. Ces visites sont déjà réalisées par un grand nombre de médecins généralistes dans leur pratique quotidienne car elles sont souvent nécessaires à la prise en charge de ces patients. En admettant de manière subjective, qu'un praticien prend en charge une vingtaine de patients présentant une pathologie neuro-dégénérative, que ce soit à domicile ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, on obtient une différence tarifaire de 2100€ par an en appliquant la cotation VL+MD au lieu de VG+MD 3 fois par an (13).

La visite longue a fait l'objet d'une question de cette étude, pour laquelle le taux de mauvaises réponses a été de 41,4%.

_ Les majorations de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH) et de suite d'hospitalisation pour décompensation cardiaque (MIC) sont toutes les deux valorisées à 23€, auxquels se surajoutent les 25€ de la consultation (G) ou les 35€ de la visite à domicile (VG+MD). En imaginant que ces situations se présentent environ 4 fois par mois on obtient une différence annuelle de 1104€. Ici encore l'évaluation de la connaissance de ces cotations a été évaluée lors du questionnaire, avec un taux de mauvaises réponses de 49%.

V. CONCLUSION

Actuellement en France le mode de rémunération des médecins généralistes libéraux est surtout représenté par la tarification à l'acte, même si de nouveaux modes de rémunération se mettent en place depuis quelques années. Si cette tarification présente des inconvénients, elle permet de fournir des soins de qualité et de compenser la diminution de l'offre de soins.

Cependant, la nomenclature médicale semble sous-utilisée par les professionnels du secteur libéral et il n'existe que peu d'études sur ce sujet. Son application passe dans un premier temps par la connaissance des différentes règles de cotation des actes réalisés.

Cette étude avait pour but d'évaluer les connaissances des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées concernant la nomenclature médicale, au moyen d'un QCM de 15 questions regroupant un large champ d'activités et de compétences de la médecine générale.

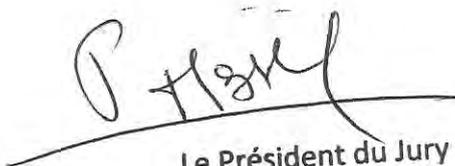
Les 365 questionnaires remplis ont permis de mettre en évidence une certaine méconnaissance des modalités d'application de la nomenclature, avec une moyenne de 9,19/15. Ceci contraste avec le fort taux de participation qui suggère un certain intérêt pour le sujet. Cependant, plusieurs travaux de Thèse récents ont souligné la complexité de la cotation des actes, ce qui est un frein évident pour sa bonne application.

L'étude a également mis en évidence que ce sont les médecins les plus jeunes qui cotent mieux leurs actes. Il en est de même pour les médecins exerçant dans les zones semi-rurales et rurales. Ces différences peuvent notamment s'expliquer tant par l'évolution de la formation des médecins généralistes que par les inégalités en termes de démographie médicale en France.

Parmi les médecins ayant une bonne connaissance des règles de cotation de leurs actes, il est probable que certains ne l'appliquent pas dans leur pratique quotidienne pour des raisons de complexité de codage ou de culpabilité financière. D'autres études seront nécessaires afin de mettre en évidence l'écart qu'il peut exister entre la connaissance de la nomenclature et son application.

V4

Toulouse le 19/02/2019


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 19/02/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Larousse. Le Grand Larousse illustré 2019. Paris. 2018. 2106p.
2. Arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Journal Officiel de la République Française du 31 mars 1972 ; 3282-3309.
3. Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux. Journal Officiel de la République Française du 6 juillet 1971 ; 6571-6572.
4. UNCAM. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [Internet]. France ; 27 Sept 2018. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/455831/document/ngap_27.09.18.pdf (consulté le 10/11/2018).
5. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés : Pôle nomenclature. Méthodologie : élaboration des libellés de la classification commune des actes médicaux (CCAM) [Internet]. France ; Mars 2002. Disponible sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/methodo_libelles_04.pdf (consulté le 10/11/2018).
6. CNAMTS. CCAM version 55 applicable au 1^{er} janvier 2019 et au 10 Février 2019 [Internet]. France ; 2018. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CCAM_V55.pdf (consulté le 17/01/2019).
7. Léonard J. Les débuts du « Concours médical ». Histoire des sciences médicales. 1980 ; 14 (4) : 453-458.
8. Hassenteufel P. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. Les Tribunes de la santé. 2008 ; 1(18) : 21-28.
9. Centre de documentation de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Historique des conventions médicales [Internet]. Synthèse documentaire. Sept 2008. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf> (consulté le 14/11/2018).
10. Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles. Journal Officiel de la République Française du 20 octobre 1945 ; 6721-6731.
11. Arrêté du 29 octobre 1971 : Approbation de la convention nationale des médecins annexée au présent arrêté (soins, tarif des honoraires commission médico-sociale paritaire départementale, commission médico-sociale paritaire nationale). Journal Officiel de la République Française du 31 octobre 1971 ; 10758-10763.

12. Hartmann L. Les conventions médicales. Collège des Economistes de la Santé - La lettre du Collège. 2010 ; 21(3) : 2-4.
13. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Journal Officiel de la République Française du 23 octobre 2016.
14. Delattre E, Dormont B. Induction de la demande de soins par les médecins libéraux français. Étude micro-économétrique sur données de panel. Economie & prévision. 2000 ; 142 : 137-161.
15. Majnoni d'Intignano B. Complément A : La performance qualitative du système de santé français. Rapport du Conseil d'Analyse Économique. 1998 ; 13 : 105-113.
16. Cutler D, Reber S. Paying for health insurance : the trade-off between competition and adverse selection. Quarterly Journal of Economics. 1998 ; 113 : 433-466.
17. Samson AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? Regards croisés sur l'économie. 2009 ; 1(5) : 144-158.
18. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. Economie & prévision. 2009 ; 188(2) : 131-139
19. Andriantsehenoharina L. Les médecins ayant refusé la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) / paiement à la performance (P4P) : une approche qualitative des raisons exprimées de leur refus [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Montpellier] : Faculté de Médecine ; 21 janvier 2014
20. Data.Drees : Etudes et Statistiques. Tableau 3 : Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. France : Ministère des solidarités et de la santé. 1^{er} janvier 2018. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (consulté le 17/01/2019)
21. Data.Drees : Etudes et Statistiques. Tableau 6 : Age moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [Internet]. France : Ministère des solidarités et de la santé. 1^{er} janvier 2018. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (consulté le 17/01/2019)
22. Data.Drees : Etudes et Statistiques. Tableau 11 : Nombre d'activités non remplaçantes exercées par les médecins par spécialité, taille d'unité urbaine, tranche d'âge et sexe [Internet]. France : Ministère des solidarités et de la santé. 1^{er} janvier 2018. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (consulté le 17/01/2019)
23. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. 2010 ; 157 : 1-6

24. Agence Régionale de Santé Occitanie. Travaux préparatoires au PRS Occitanie : Bilan et perspectives. Organisation des soins primaire [Internet]. France ; Avril 2017. Disponible sur : https://prs.occitanie-sante.fr/wp-content/uploads/2017/07/bilan_organisation_des_soins_primaires_bd.pdf (consulté le 17/01/2019)
25. Poissonnet C. 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 ; 6 avril 2017.
26. Peltier J. 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 ; 30 juin 2015.
27. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Journal Officiel de la République Française du 14 avril 2017.
28. 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.
29. MGFrance. Les actes du généraliste (ou spécialiste en médecine générale) Tarifs métropole au 01/07/2018 [Internet]. France ; Juil 2018. Disponible sur : https://www.mgfrance.org/images/nomenclature/2018/plaquette_metropole_juillet18.pdf (consulté le 17/01/2019)
30. CSMF. Le guide au 1er mai 2017 de la classification commune des actes médicaux du spécialiste en médecine générale [Internet]. France ; 2017. Disponible sur : http://www.csmf.org/sites/default/files/documents/sopromed_metropole_ok.pdf (consulté le 17/01/2019)
31. Dubois Jacques V. Les gestes techniques en médecine générale, état des lieux en Loire-Atlantique et Vendée [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Nantes] : Faculté de Médecine ; 14 juin 2012.
32. Watrin B. Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. [Nancy] : Faculté de Médecine ; 29 mai 2017.
33. CCAM. Dates des versions CCAM [Internet]. France ; Janv 2019. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DATE_CCAM_V55.50.pdf (consulté le 17/01/2019)
34. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. Journal Officiel de la République Française du 18 janvier 2004.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE THESE

Questionnaire de Thèse

Connaissez-vous la nomenclature médicale ?

Ce questionnaire de thèse a pour but d'évaluer la connaissance de la nomenclature médicale actuelle pour les actes courants de médecine générale. Il est entièrement anonyme.

Les cotations des actes CCAM sont rappelées dans l'énoncé des questions.

Une seule réponse par question.

Merci pour votre participation.

Epidémiologie :

1_ Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2_ Vous avez :

- Entre 25 et 34ans
- Entre 35 et 44 ans
- Entre 45 et 54ans
- Entre 55 et 64 ans
- Plus de 65 ans

3_ Vous travaillez :

- En zone urbaine
- En zone rurale
- En zone semi-rurale

4_ Vous exercez :

- Seul(e)
- En cabinet de groupe

5_ Qui effectue la cotation des actes médicaux dans votre cabinet :

- Vous même
- Votre secrétaire

6_ Etes vous maitre de stage universitaire ?

- Oui
- Non

7_ Quel logiciel médical utilisez-vous :

.....

Connaissance de la Nomenclature :

1_ Vous recevez en consultation au cabinet un nourrisson de 6 mois pour un examen systématique.

Vous cotez :

- G + MEG
- G + MEG + COE
- G + COE
- COE

2_ Vous recevez en consultation au cabinet une patiente de 70 ans s'étant fait opérer il y a 15 jours d'une colectomie gauche dans un contexte de cancer colorectal. Vous refaites le point sur sa pathologie et abordez le sujet de sa chimiothérapie adjuvante. Vous cotez :

- G
- G + MIC
- G + MSH
- MSH

3_ Dans le cadre d'une consultation de suivi d'un patient insuffisant coronarien, vous êtes amené à effectuer un électrocardiogramme 12 dérivations (*Electrocardiographie sur au moins 12 dérivations : DEQP003*). Vous cotez :

- G + DEQP003
- G + (DEQP003)/2
- DEQP003
- G + MIC

4_ Vous réalisez au cabinet un frotti cervico-utérin de dépistage (*Prélèvement cervico-vaginal pour frotti cytologique : JKHD001*). Vous cotez :

- (JKHD001)/2
- JKHD001
- G + (JKHD001)/2
- G + JKHD001

5_ Vous effectuez une visite à domicile, dans la ville voisine, à 5 kilomètres de votre cabinet, situé en plaine. Vous cotez :

- VG + MD + 10IK
- VG + MD + 8IK
- VG + MD + 6IK
- VG + MD + 4IK

6_ Vous recevez au cabinet un nourrisson de 9 mois pour son examen de santé obligatoire. Vous cotez :

- G + MEG
- G + MEG + COE
- G + COE
- COE

7_ Lors d'une consultation urgente au domicile d'un patient, à 500 mètres de votre cabinet, vous réalisez un électrocardiogramme 12 dérivations. Vous cotez :

- VG + MU + DEQP003
- VG + MU + YYYY490
- VG + MU + DEQP003 + YYYY490
- VG + MU + (DEQP003)/2

8_ Vous réalisez en journée au cabinet, chez un adulte, une suture d'une plaie superficielle de 2cm située au niveau de la main droite (*Suture de plaie superficielle de moins de 3 cm de grand axe en dehors de la face : QZJA002*). Vous cotez :

- G + QZJA002 + M
- QZJA002 + R
- QZJA002 + M
- QZJA002 + M + R

9_ Vous allez voir en visite à domicile proche de votre cabinet, une patiente de 75 ans présentant un syndrome Parkinsonien. Vous réalisez une évaluation gériatrique complète et reprenez l'ensemble de la prise en charge de sa pathologie avec sa famille et l'infirmière. Vous cotez :

- VG + MD
- VL
- VL + MD
- ALQP006

10_ Vous recevez dans votre cabinet, pour la première fois, un adulte victime d'un malaise pendant ses vacances. Après votre examen, vous faites un courrier à son médecin traitant afin de l'informer de la situation. Vous cotez :

- G2
- G + M
- G + MCG
- G + MCG + M

11_ En milieu de matinée, vous quittez vos consultations au cabinet pour aller faire une visite urgente. Il s'agit d'un patient de 55 ans présentant une décompensation cardiaque que vous décidez de faire hospitaliser. Vous cotez :

- VG + MU
- VG + MU + MIC
- VG + MD + MIC
- VG + MD

12_ Vous effectuez au cabinet l'incision d'un panaris superficiel (*Incision ou excision d'un panaris superficiel MJPA010*). Vous cotez :

- MJPA010
- G + MJPA010
- G + MJPA010 + M
- MJPA010 + M

13_ Lors d'une consultation au cabinet vous évaluez la sévérité d'un épisode dépressif majeur et vous réalisez un test de Hamilton. Vous cotez :

- G
- G + ALQP003
- G + (ALQP003)/2
- ALQP003

14_ A l'occasion d'une astreinte de nuit (20h – minuit), vous êtes appelé par le centre de régulation, pour recevoir au cabinet un enfant de 5 ans présentant des douleurs abdominales. Vous cotez :

- G + MEG
- G + CRN
- G + MEG + CRN
- G + MEG + MN

15_ Il est 13h30 un samedi et vous allez fermer votre cabinet quand un patient arrive en urgence pour des céphalées d'apparition brutale. Vous acceptez de le recevoir. Vous cotez :

- G + M
- G + F
- G + CRD
- G

ANNEXE 2 : CORRIGE DU QUESTIONNAIRE

Corrigé du Questionnaire

Connaissance de la Nomenclature :

1_ Vous recevez en consultation au cabinet un nourrisson de 6 mois pour un examen systématique.

Vous cotez :

- G + MEG

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie crée une majoration unique MEG (majoration enfant pour les médecins généralistes) quel que soit le secteur d'exercice du médecin, permettant de rémunérer les consultations réalisées pour les enfants de 0 à 6 ans. La MEG, d'une valeur de 5€ permet, est applicable depuis le 1er mai 2017.

Cette cotation se substitue aux majorations MNO et MGE.

2_ Vous recevez en consultation au cabinet une patiente de 70 ans s'étant fait opérer il y a 15 jours d'une colectomie gauche dans un contexte de cancer colorectal. Vous refaites le point sur sa pathologie et abordez le sujet de sa chimiothérapie adjuvante. Vous cotez :

- G + MSH

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Lorsque le médecin traitant effectue une consultation ou une visite, après une hospitalisation avec notion de sévérité (complication, comorbidités), dans un service de court séjour ou de psychiatrie, pour une intervention chirurgicale ou pour une pathologie chronique grave, il peut coter une majoration dénommée « majoration de sortie d'hospitalisation » (MSH) pour la consultation effectuée dans les 30 jours suivant l'hospitalisation et réalisée dans les conditions suivantes :

1) Cette consultation, longue et complexe, concerne les patients polypathologiques, présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical, dans les suites d'un séjour hospitalier qui a présenté : soit la nécessité d'un recours à une intervention chirurgicale, soit pendant lequel a été diagnostiquée une pathologie chronique grave ou la décompensation d'une pathologie chronique grave préexistante.

2) Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une ré-hospitalisation : il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social, il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme, il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement, il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place, il renseigne le dossier médical du patient.

La majoration MSH ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier et ne peut être tarifée qu'avec une consultation réalisée à tarif opposable.

3_ Dans le cadre d'une consultation de suivi d'un patient insuffisant coronarien, vous êtes amené à effectuer un électrocardiogramme 12 dériviations (*Electrocardiographie sur au moins 12 dériviations : DEQP003*). Vous cotez :

- G + DEQP003

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques.

Par dérogation à cette disposition, sont notamment autorisés : le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite.

4_ Vous réalisez au cabinet un frotti cervico-utérin de dépistage (*Prélèvement cervico-vaginal pour frotti cytologique : JKHD001*). Vous cotez :

- G + JKHD001

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques.

Par dérogation à cette disposition, sont notamment autorisés : le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation (modification du 24/03/2017).

Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les 3 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

5_ Vous effectuez une visite à domicile, dans la ville voisine, à 5 kilomètres de votre cabinet, situé en plaine. Vous cotez :

- VG + MD + 6IK

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique. Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence ou à la majoration de déplacement.

L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne.

- 6_** Vous recevez au cabinet un nourrisson de 9 mois pour son examen de santé obligatoire. Vous cotez :
- COE

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

La convention nationale 2016-2021 entre les médecins libéraux et l'assurance maladie revalorise les consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8ème jour, 9 ou 10ème mois et 24 ou 25ème mois). Elles sont cotées COE (pour Consultation Obligatoire de l'Enfant), et valorisées à hauteur de 46 euros à compter du 1er novembre 2017.

Dans le cadre de sa mise en œuvre, la majoration FPE du généraliste sera supprimée.

- 7_** Lors d'une consultation urgente au domicile d'un patient, à 500 mètres de votre cabinet, vous réalisez un électrocardiogramme 12 dérivations. Vous cotez :

- VG + MU + DEQP003 + YYYY490

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

A propos de la majoration d'urgence (MU) : lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (Centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence.

L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM mais elle ne se cumule pas avec les majorations prévues pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

Sa valeur monétaire est actuellement fixée à 22.60€.

YYYY490 est le supplément pour l'électrocardiographie réalisée au domicile du patient (en dehors de tout établissement de soins). Sa valeur monétaire est actuellement fixée à 9.60€

- 8_** Vous réalisez en journée au cabinet, chez un adulte, une suture d'une plaie superficielle de 2cm située au niveau de la main droite (*Suture de plaie superficielle de moins de 3 cm de grand axe en dehors de la face : QZJA002*). Vous cotez :

- QZJA002 + M + R

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Le code M représente la majoration pour soins d'urgence faits au cabinet après examen en urgence d'un patient. Sa valeur monétaire est fixée à 26.88€.

Dans cette question, nous sommes en journée et il s'agit bien d'une urgence (acte non prévu 8 heures auparavant mettant en danger l'intégrité de l'organisme du patient) donc on peut utiliser le modificateur M.

Le modificateur R peut être utilisé lors de la réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains, ce qui est le cas dans cette question. Sa valeur monétaire est fixée à 50% de l'acte CCAM auquel il se rapporte.

9_ Vous allez voir en visite à domicile proche de votre cabinet, une patiente de 75 ans présentant un syndrome Parkinsonien. Vous réalisez une évaluation gériatrique complète et reprenez l'ensemble de la prise en charge de sa pathologie avec sa famille et l'infirmière. Vous cotez :

- VL + MD

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

La visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée, particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson.

Cette visite, dénommée VL, peut être tarifée une fois par an, et / ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement, nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels, et, les moyens mis en place.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

_ Réalise une évaluation gériatrique comprenant notamment l'évaluation de l'autonomie et des capacités restantes, l'évolution des déficiences (cognitives, sensorielles, nutritionnelles, locomotrices), l'évaluation de la situation familiale et sociale.

_ Assure la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

_ Repère chez les aidants naturels d'éventuels signes d'épuisement physique et/ou psychique.

_ Informe le patient et les aidants naturels sur les coordinations possibles avec d'autres intervenants sur les structures d'aide à la prise en charge (accueil de jour, hébergement temporaire, réseaux et associations), sur la possibilité de formation pour les aidants naturels, sur la possibilité d'une protection juridique du patient.

_ Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

La nouvelle convention médicale valorise la cotation de VL à hauteur de 60 euros au 1er novembre 2017 et de permettra sa cotation au maximum trois fois par an.

Le modificateur MD et éventuellement les indemnités horokilométriques peuvent s'ajouter au code VL.

10_ Vous recevez dans votre cabinet, pour la première fois, un adulte victime d'un malaise pendant ses vacances. Après votre examen, vous faites un courrier à son médecin traitant afin de l'informer de la situation. Vous cotez :

- G + MCG

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

La majoration de coordination MCG est applicable dans 3 contextes :

_ Pour les médecins recevant un patient (y compris de moins de 16 ans) à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs et procédant à un retour d'informations à celui-ci.

_ Pour les médecins en accès spécifique, dès lors qu'ils effectuent un retour d'information au médecin traitant.

_ En cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants : lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

La valeur monétaire de la MCG a été revalorisée de 3 euros à 5 euros le 1er juillet 2017.

11_ En milieu de matinée, vous quittez vos consultations au cabinet pour aller faire une visite urgente. Il s'agit d'un patient de 55 ans présentant une décompensation cardiaque que vous décidez de faire hospitaliser. Vous cotez :

- VG + MU

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (Centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence.

La majoration insuffisance cardiaque (MIC) ne peut pas être utilisée ici car elle ne peut être cotée que dans les 2 mois suivants une sortie d'hospitalisation, pour des patients insuffisants cardiaques polyopathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie. Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier pour décompensation de la pathologie.

12_ Vous effectuez au cabinet l'incision d'un panaris superficiel (*Incision ou excision d'un panaris superficiel MJPA010*). Vous cotez :

- MJPA010

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Il n'existe pas d'exception pour cet acte technique qui sera donc facturé seul sur la feuille de soins.

De plus la classification commune des actes médicaux (CCAM) ne permet pas d'associer cet acte avec le modificateur M.

13_ Lors d'une consultation au cabinet vous évaluez la sévérité d'un épisode dépressif majeur et vous réalisez un test de Hamilton. Vous cotez :

- ALQP003

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

ALQP003 est défini dans la CCAM comme la cotation d'un des tests d'évaluation d'une dépression suivants : MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI.

Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Il n'existe pas d'exception pour cet acte technique qui sera donc facturé seul sur la feuille de soins.

14_ A l'occasion d'une astreinte de nuit (20h – minuit), vous êtes appelé par le centre de régulation, pour recevoir au cabinet un enfant de 5 ans présentant des douleurs abdominales. Vous cotez :

- G + MEG + CRN

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Lorsque le médecin mentionné sur le tableau de permanence des soins ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins, intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il bénéficie de majorations spécifiques dont CRN Majoration spécifique de nuit (20h - minuit/ 6h - 8h) en cas de consultation au cabinet.

15_ Il est 13h30 un samedi et vous allez fermer votre cabinet quand un patient arrive en urgence pour des céphalées d'apparition brutale. Vous acceptez de le recevoir. Vous cotez :

- G

Commentaire en cas de mauvaise réponse :

Le modificateur M ne peut jamais être appliqué avec une consultation.

La majoration F correspond à la majoration de dimanches et jours fériés, pour les consultations réalisées au cabinet. Elle peut éventuellement être cotée par un médecin de garde au cabinet qui aurait été réquisitionné un samedi après-midi (qui cotera néanmoins CRD le plus souvent).

A noter : pour le même cas, s'il s'agit d'une visite à domicile justifiée :

_ On pourra ajouter à la visite VG, la majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD (valeur monétaire de 22,60€).

_ On pourra ajouter à un acte le modificateur F (valeur monétaire de 19,06€).

ANNEXE 3 : ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE



Département
Universitaire
Médecine
Généraliste

Faculté des Médecines de Toulouse
11 Avenue de Bordeaux
31000 Toulouse Cedex
Université Paul Sabatier
Toulouse III

Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Président : Mme Laurencine VIEU
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : RENE Pierre-Jean
Qualité : Chercheur, étudiant médecine 3^{ème} cycle
Adresse : 3 Rue Claude AUGÉ 31500 Toulouse
Courriel : pierrejeanrene@live.fr
Numéro de téléphone : 06 84 56 08 76

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : Dr Bourgeois Odile
Qualité : Directeur de Thèse
Adresse : 6 Rue de Soye -31650 ST ORENS DE GAMEVILLE
Courriel : odile.toulouse@orange.fr
Numéro de téléphone : 05 62 24 33 88

Titre complet de la recherche : Les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées connaissent-ils la nomenclature médicale

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 002

LE 01/02/2018

Dr Motoko Delahaye

Do liberal general practitioners in Midi-Pyrénées, France, know the medical nomenclature ?

Background : The current remuneration of the liberal general practitioner in France still relies essentially on medical nomenclature and therefore on fee for service. However, there are few scientific studies on this subject, either on the knowledge of the nomenclature, its application or on the possible causes of its lack of use. The main objective of this study is therefore to assess the knowledge of liberal general practitioners practising in the Midi-Pyrenees region in terms of medical nomenclature.

Method : A declarative study conducted by a multiple-choice questionnaire sent by email to the Liberal general practitioners of Midi-Pyrénées between September 11 and October 9, 2018.

Results : 365 general practitioners participated in the study. The average score for all participants was 9.19/15 2.34 with a minimum score of 2/15 and a maximum score of 14/15. The percentage of correct responses varied widely depending on the questions, ranging from 3.3% to 95.9%. Younger doctors performed better statistically significantly, as did doctors in semi-rural areas compared to urban areas. There was no evidence of differences in results based on gender, practising alone or in a group office, as a university supervisor or on the software used.

Discussion : Fee-for-service is still the main method of remuneration for general practitioners in France. This study shows a need for objective training of doctors regarding medical nomenclature.

Keywords : General Practitioner – Medical Nomenclature – Medical Convention

Auteur : Pierre-Jean RENÉ

Les médecins généralistes libéraux installés en Midi-Pyrénées connaissent-ils la nomenclature médicale ?

Directrice de Thèse : Dr Odile BOURGEOIS

Toulouse, le 19 mars 2019

2019 TOU3 1015

Introduction : La rémunération actuelle du médecin généraliste libéral en France repose encore essentiellement sur la nomenclature médicale et donc la tarification à l'acte. Or il n'existe que peu d'études scientifiques sur ce sujet que ce soit sur la connaissance de la nomenclature, sur son application ou sur les causes possibles de son défaut d'utilisation. Cette étude a donc pour objectif principal d'évaluer les connaissances des médecins généralistes libéraux exerçant en région Midi-Pyrénées en termes de nomenclature médicale.

Méthode : Étude déclarative effectuée par l'intermédiaire d'un questionnaire à choix multiples envoyé par courrier électronique aux médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées entre le 11 septembre et le 9 octobre 2018.

Résultats : 365 médecins généralistes ont participé à l'étude. La note moyenne sur l'ensemble des participants était de $9,19/15 \pm 2,34$ avec une note minimale de 2/15 et maximale de 14/15. Le pourcentage de bonnes réponses était très variable en fonction des questions, allant de 3,3% à 95,9%. Les médecins les plus jeunes ont obtenu de meilleurs résultats de manière statistiquement significative, de même que les médecins exerçant en zones semi-rurales par rapport à ceux des zones urbaines. Il n'a pas été mis en évidence de différence de résultats en fonction du sexe, de l'exercice seul ou en cabinet de groupe, de la qualité de maître de stage universitaire ni en fonction du logiciel utilisé.

Discussion : La tarification à l'acte représente toujours le principal mode de rémunération des médecins généralistes en France. Cette étude montre un besoin de formation objectif des médecins concernant la nomenclature médicale.

MOTS-CLÉS : Médecin généraliste – Nomenclature médicale – Convention médicale

Discipline administrative: Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 - France