

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Anthony DEVOUCOUX

Né le 05 Aout 1993 à Alfortville (94)

TITRE

Cotations des actes : quel(s) sens pour les médecins généralistes en 2022 ?

Présentée et soutenue publiquement le 2 Février 2023 devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, Transfusion Faculté de Médecine – Tours

Docteur Philippe PERDREAU, Médecine Générale - Saint-Pierre-Des-Corps

Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale - La-Croix-en-Touraine

Invité :

Madame Céline DAGOT, Sociologue et enseignante-chercheure, Faculté d'Art et Sciences Humaines - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREH, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie

LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINU Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

- A la présidente de jury, Madame la Professeure Clarisse DIBAO-DINA,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse et juger mon travail. Je vous suis profondément reconnaissant et espère être à la hauteur de la confiance que vous m'avez apportée.

- A Monsieur le Professeur Emmanuel GYAN, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Veuillez recevoir la marque de mes remerciements ainsi que mon respect pour votre implication dans la formation de futurs praticiens.

- A Monsieur le Docteur Philippe Perdreau, membre du jury,

Vous me faites l'honneur de juger ma thèse. Je vous remercie de la considération que vous portez à mon travail et espère être à la hauteur de vos attentes.

- A ma directrice de thèse, Madame la Docteure Alice PERRAIN,

Je te remercie Alice d'avoir accepté de me diriger dans cette thèse, de m'avoir accompagné, d'avoir pris du temps et de la patience. Je te remercie aussi pour nos échanges, qui m'ont apporté un regard différent sur notre vie professionnelle et sur l'engagement que cela a pu susciter chez moi !

- A Madame Céline DAGOT, invité,

Vous me faites l'honneur de votre présence pour ma thèse et je vous en remercie.. Votre regard sur mon travail ne peut qu'enrichir notre discussion.

- Aux médecins qui ont participé à l'étude,

Je vous remercie profondément de m'avoir accordé un peu de votre temps que je sais si précieux pour réaliser cette étude.

- Aux médecins du bureau du syndicat de MG France / aux relecteurs,

Je vous remercie pour avoir pris de votre temps pour la relecture de la thèse.

- A mes parents et mon frère qui m'ont vu grandir,

Je vous remercie profondément pour les valeurs que vous avez pu me transmettre, je ne serais pas ici aujourd'hui sans vous. Je vous aime. Merci.

- A ma belle famille,

Je vous remercie de m'avoir accepté comme gendre préféré et je suis heureux de faire partie de votre famille. Merci de me soutenir. Sans rancune Romanne !

- A mon Vincent,

Chaque jour à tes côtés est un bonheur, même quand tu dois supporter mes sautes d'humeur. Tu m'accompagnes et me soutient depuis tant d'années, je te remercie d'être à mes côtés. Sans toi, cette thèse ne serait pas et moi non plus. Je t'aime.

- A Momo, Guitou, Marmotte, Benja, Cara, Mel, Jéré, Guiduch, Clément, Chloé, Ananas, Laulau, Chameau, Vio, Chlocho, Sara, Rémy, Cerise ,... ,

Je ne pourrais résumer en quelques lignes tous les moments passés avec vous, mais je suis fier d'avoir eu la chance de croiser votre route ! Que ce soit depuis le lycée et toutes nos vadrouilles dans Paris, les soirées endiablées sur la pelouse ou chez Momo... Que ce soit à la faculté, à l'AEMC, au belge... Que ce soit sur Tours ou aux alentours... Nous continuons à nous forger des souvenirs ensemble et j'en suis des plus heureux ! Merci. Zbraa

- A toutes les rencontres que j'ai pu faire depuis mon arrivée sur Tours et qui m'ont donné l'envie de rester et de profiter de notre belle région : Alexandre, Bernard, François, Alexandrine, Pierre, Justine, Cassien, Guillaume, Pascal, Cathie, Céline, Anne, mais aussi à toute l'équipe du CSAPA, de pneumologie de Châteaudun, des urgences de Romorantin et bien d'autres !

RESUME

TITRE : Cotation des actes : quel(s) sens pour les médecins généralistes en 2022 ?

CONTEXTE : En France, les médecins généralistes libéraux sont majoritairement rémunérés à l'acte grâce à un système de cotation, perçu comme un outil complexe et chronophage, qu'ils méconnaissent et sous-utilisent. Notre étude s'intéresse aux sens que donnent les médecins à la cotation de leurs actes.

METHODE : Une étude qualitative avec analyse phénoménologique interprétative auprès de neuf médecins généralistes libéraux.

RESULTATS et DISCUSSION : La cotation des actes fait réfléchir les médecins interrogés sur la valeur de leur pratique et du soin, du message politique des cotations et de l'évolution du rôle du médecin généraliste. Ils expriment un besoin de valorisation et de considération par la société, une rémunération inadaptée, ainsi qu'une communication déshumanisée de l'assurance maladie. La Convention médicale de 2016 n'a pas permis une simplification de la nomenclature ni une revalorisation suffisante par augmentation des revenus des médecins à la hauteur de leur espérance. De plus, les médecins s'inquiètent d'une déresponsabilisation des patients sur le coût de la santé et un risque de surconsommation de soins dans un contexte démographique précaire. Une augmentation de la part forfaitaire des revenus des médecins généralistes libéraux semble prévue pour la Convention 2022, en cours de négociation.

CONCLUSION : Pour les médecins généralistes, coter ses actes représente bien plus qu'une rémunération. A l'avenir, simplifier l'utilisation des cotations, revaloriser les actes, transformer les modes de rémunération et retrouver des moyens de reconsidérer la profession en dehors de la rémunération semble indispensable.

Mots clés : Cotation, forfait, Médecin généraliste, Convention médicale, Rémunération, Sens, Valorisation, Assurance Maladie

RESUME

TITLE : Quotation of medical acts : what does it mean for general practitioners in 2022 ?

ABSTRACT : In France, liberal general practitioners are mostly paid on a fee-for-service basis through a quotation system, perceived as a complex and time-consuming tool, which they ignore and underuse. Our study focuses on the meanings that physicians give to their actions.

METHOD : A qualitative study with phenomenological interpretative analysis among nine liberal general practitioners.

RESULTS and DISCUSSION : The quotation of medicals actions makes the doctors interviewed reflect on the value of their practice and care, the political message of the ratings and the evolution of the role of the general practitioner. They express a need for appreciation and consideration by society, inadequate remuneration, and dehumanized communication of national health insurance. The 2016 Medical Convention did not allow a simplification of the nomenclature or a sufficient revaluation by increasing the income of doctors to the height of their hope. In addition, doctors are concerned about patients' lack of accountability for the cost of health care and the risk of overconsumption of care in a precarious demographic context. An increase in the flat-rate share of Liberal general practitioner revenues appears to be planned for Convention 2022, currently being negotiated.

CONCLUSION : For general practitioners, quoting of their acts is much more than compensation. In the future, simplifying the use of quotations, upgrading acts, transforming methods of remuneration and finding ways to reconsider the profession outside remuneration seems essential.

Keywords : Quotation, package, General practitioner, Medical agreement, Remuneration, Meaning, Valuation, Health insurance

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	14
PREAMBULE	15
I) INTRODUCTION	16
II) METHODOLOGIE	20
1) Choix du type d'étude	20
a) Etude qualitative avec une approche phénoménologique interprétative	20
b) Investigateur	20
2) Population étudiée	20
a) Echantillonnage et choix de la population	20
b) Recrutement de la population étudiée	21
3) Les entretiens	22
a) Elaboration de l'entretien et guide d'entretien	22
b) Déroulement de l'entretien	23
4) Analyse des données	23
5) Démarches règlementaires	23
III) RESULTATS	25
1) Caractéristiques de l'échantillon	25
2) Résultats	26
A) Le sens de la cotation du point de vue de l'individu	26
A.1) L'expression d'une valorisation des pratiques	26
a) La valorisation d'un exercice	26
a.1 Montrer ce que le généraliste fait	26
a.2 La recherche d'une reconnaissance	26
a.3 La recherche de corrélation entre la cotation et les actes	27
a.4 Le renforcement d'une vigilance post-crise sanitaire COVID 19	27
b) La recherche de valorisation de compétences et du temps investi	28
b.1 Valoriser le temps passé	28
b.2 Valoriser la complexité	28
b.3 Des motifs multiples non pris en compte	29
b.4 Les cotations, marqueurs d'une adaptation	29
A.2) L'obtention d'une rémunération et la recherche d'une valeur	30
a) La recherche d'une valeur financière	30
b) La rémunération, un objectif secondaire	30
c) La notion d'argent, une gêne chez les médecins	30

d) Un besoin de rentabilité en fonction du temps consacré	31
e) Trouver un équilibre, la juste valeur de l'acte	31
f) Une ambivalence sur la rémunération supplémentaire	32
A.3) Un investissement personnel	32
a) Un outil à appréhender	32
a.1 Coter représente un effort à fournir	32
a.2 Une nomenclature trop complexe	32
a.3 Des conditions de cotation parfois peu compréhensibles et chronophages	33
b) Adapter sa pratique	33
b.1 Optimiser et simplifier sa pratique pour gager du temps médical	33
b.2 Une dépendance logistiques des cotations	34
b.3 Un besoin ambivalent de formation	34
c) Un besoin d'équilibre professionnel et personnel	35
B) Le sens de la cotation et le rapport à l'intérêt général	35
B.1) L'enjeu politique et la communication par la sécurité sociale	35
a) Un enjeu politique	35
a.1 Promouvoir la médecine générale comme une spécialité	35
a.2 Montrer un suivi épidémiologique à travers les pratiques	36
a.3 Un intérêt en cas d'une utilisation collective par la profession	36
a.4 Un vecteur de messages politiques	36
a.5 Une incitation financière dans un objectif politique	37
a.6 Un outil de communication à double tranchant	37
a.7 Un questionnement des politiques de santé	37
a.8 Une mise en tension des valeurs morales personnelles	38
b) Une communication inégale de la sécurité sociale	38
b.1 La cotation, un lien avec la sécurité sociale	38
b.2 Le message controversé d'un émissaire	39
b.3 Un ajustement moral en fonction des situations	39
b.4 Un outil de régulation et de contrôle	40
b.5 La cotation, un rapport de force sur la rémunération	40
b.6 Une communication unilatérale, marqueur d'une déshumanisation	41
B.2) La place du patient et la cotation des actes médicaux	41
a) Expression d'un coût pour le patient	41
a.1 L'objectif de limiter le coût pour le patient	41
a.2 La recherche de justification du coût pour le patient	42
b) Expression de la nécessité d'une éducation à la valeur du soin	42
b.1 Eduquer le patient à la valeur d'un soin	42
b.2 Un sentiment de distorsion tarifaire d'un soin	43
b.3 Un besoin de responsabilisation des patients	43
b.4 Une restriction et une résistance du patient	43
b.5 Une minimisation des actes par le patient	44
b.6 Une décision partagée sur la cotation	44

B.3) Le regard des confrères, une composante générationnelle	44
a) S'entraider et se comparer	44
a.1 La cotation, source de discussion confraternelle	44
a.2 Un point de comparaison	45
a.3 Les internes, vecteur d'information	45
b) La cotation, témoin d'une génération	45
b.1 Une transition difficile	45
b.2 Une résistance au changement	46
b.3 Un désaccord sur l'orientation de la médecine générale	46
b.4 Les cotations, un moyen de contrôle officieux	46
b.5 Une prise en main facilitée pour les jeunes générations	46
3) Schématisation des résultats	48
IV) DISCUSSION	51
V) CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXE 1 Liste de contrôle COREQ	74
ANNEXE 2 Guide d'entretien	77
ANNEXE 3 Fiche d'information entretien	78

LISTE DES ABREVIATIONS

- ADRI : Acquisition des DRoits Intégrés
- ALD : Affections de Longue Durée
- BNC : Bénéfice Non Commercial
- CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
- CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
- CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
- CCP : Consultation de Contraception et de Prévention
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- COE : Consultation Obligatoire de l'Enfant
- COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- CPAM : Caisse Primaire D'Assurance Maladie
- CSO : Consultation de Suivi de l'Obésité
- DAM : Délégué de l'Assurance Maladie
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, et de l'Evaluation des Statistiques
- ECG : Electrocardiogramme
- FMT : Forfait Médecin Traitant
- FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant
- G et GS : cotation consultation Généraliste et Généraliste Spécialiste
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IPEP : Incitation à une Prise En charge Partagée
- MG : Médecin Généraliste
- MPA : Majoration Personnes Agées
- NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
- PEPS : Paiement en Equipe des Professionnels de Santé en ville
- RMT : Rémunération Médecin Traitant
- ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique
- RST : Rémunération pour le Suivi des patients post-ALD
- TCG : TéléConsultation Généraliste
- UNCAM : Union Nationale des Caisses de l'Assurance Maladie

PREAMBULE

Dès mon plus jeune âge, j'ai été attiré par le soin. Je fus rapidement pris de fascination pour ce médecin, qu'on allait voir quand on était malade ou qui se déplaçait à la maison pour venir nous soigner. Peu à peu, j'ai pris conscience de l'importance de ce personnage pour les autres de part son engagement, son utilité et sa place dans la société. C'est tout naturellement que j'ai choisi la médecine générale comme spécialité.

Pendant mes études, j'ai rencontré de nombreux médecins généralistes, jeunes, âgés ou même encore retraités. Chacun avait sa conception de la médecine générale et sa propre organisation. Certains modes d'exercices semblaient similaires en apparence, tandis que d'autres avaient une pratique différente. Cette diversité était liée à la nature libérale de l'exercice, qui offre la possibilité de moduler son activité en tant que professionnel, son organisation personnelle dans son exercice, et in fine, sa rémunération. L'idée de gagner de l'argent à travers son exercice ne semblait pas être une fin en soi. Cependant, évoquer la question de la rémunération était toujours une question délicate et semblait donner une image particulière de la profession.

En stage, je me suis aperçu d'un écart important des pratiques sur un phénomène, ni vraiment médical, ni vraiment administratif, et pourtant si important pour la profession libérale : l'utilisation des cotations et la vision des médecins sur celles-ci. J'ai pu observer différentes visions sur la cotation et sur ce qu'elle représentait, quand bien même la façon d'exercer se ressemblait. Ce sentiment s'est exacerbé lors de la fin de mon internat et des remplacements que j'ai pu effectuer. C'est pourquoi j'ai souhaité traiter de ce sujet de la cotation des actes médicaux.

I) INTRODUCTION

En France, il existe plusieurs cadres d'exercice possibles pour un médecin généraliste. Le choix du mode d'exercice, principalement libéral ou salarié, va impacter l'organisation de ses prises en charge, ses conditions de travail, son organisation personnelle et jusqu'à son mode de rémunération.

Dans l'exercice libéral, chaque mode de rémunération existant présente des avantages et des inconvénients. Le paiement à l'acte encourage la multiplication des actes en incitant à réaliser un volume d'actes médicaux permettant au médecin d'obtenir une rémunération adaptée à ses besoins. L'orientation des soins dans ce système favorise donc les soins curatifs plus que préventifs étant donné que la rémunération dépend de l'activité. Les médecins ont donc plus un intérêt financier à augmenter le nombre de consultations pour un même patient plutôt que de les réduire en développant la prévention. Dans ce cadre, les dépenses de santé sont donc plus difficiles à contrôler (1, 2). La rémunération par des forfaits, ou par capitation, permet d'axer une prise en charge médicale orientée vers la prévention. Les médecins ont intérêt à ce que les patients consultent moins, afin d'augmenter leur file active de patients. Dans ce cas de la capitation, il existe un risque de sélection de patients "sains", potentiellement moins consommateurs de soins. En France, les rémunérations forfaitaires prennent la forme d'une rémunération liée aux objectifs de santé publique (2), d'un forfait pour le suivi d'une patientèle et d'un forfait structure (1, 3).

Lorsqu'un médecin généraliste exerce en libéral, sa rémunération dépend de plusieurs modes de rémunération. La rémunération des médecins généralistes en France est dite mixte, même si le mode de rémunération majoritaire en France est le paiement à l'acte. La part du paiement à l'acte concerne en 2021 presque 83% de la part des revenus des médecins (4). A cela s'ajoute la rémunération forfaitaire de l'ordre de 17% de la part des revenus. La part de revenu forfaitaire augmente progressivement selon les recommandations de l'OCDE pour lisser les effets des inconvénients du paiement à l'acte (5). La réforme de l'Assurance Maladie en 2004 instaure le statut de "médecin traitant" (6), qui vise à coordonner les soins, contrôler l'orientation des patients vers les spécialistes mais aussi à limiter les recours aux soins abusifs. Des forfaits apparaissent, comme la rémunération médecin traitant RMT qui rémunère à hauteur de 40 euros par an et par patient les médecins qui suivent des patients en affection de longue durée ALD, ou encore un forfait de majoration de suivi pour personnes âgées (MPA) et un forfait médecin traitant (FMT). En 2008, une expérimentation par la mise en place d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles CAPI avec 9 indicateurs, précurseur de la rémunération sur objectif de santé publique ROSP, qui est introduite dans la Convention médicale de 2011 (7) et généralisée à l'ensemble des médecins généralistes libéraux. Les forfaits

seront par la suite réévalués et regroupés dans des forfaits patientèles médecin traitant FPMT et un forfait structure lors de la convention médicale de 2016.

La convention médicale, contrat entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, permet de fixer les axes de développement et un cadre au système de santé français afin de maîtriser les dépenses de santé fixées par l'ONDAM (3, 4). Elle impose aux médecins un cadre tarifaire de leurs actes selon le secteur d'activité sur tout le territoire, par un système de cotations médicales. En contrepartie, elle permet au médecin de prétendre à une prise en charge des actes réalisés, et aux patients à des remboursements. Une cotation est un code spécifique associé à un acte clinique ou technique dont l'utilisation est soumise à une condition particulière d'application. A chaque cotation correspond une tarification spécifique. Les cotations médicales et leurs tarifications sont répertoriées dans la nomenclature générale des actes professionnels NGAP (8) pour les actes cliniques et les visites, et plus récemment la classification commune des actes médicaux CCAM pour les actes techniques. Pour qu'un acte puisse prétendre à une cotation et donc une prise en charge par l'Assurance Maladie, cet acte doit être évalué scientifiquement par la Haute Autorité de santé HAS (9). L'utilisation des données concernant les actes médicaux est censée permettre d'obtenir une cartographie de la pratique des médecins sur le territoire.

L'amélioration de l'accès aux soins pour tous, le renforcement des programmes de dépistage et de prévention, la revalorisation de l'activité et l'expertise des médecins, la simplification de l'exercice et de la communication des praticiens avec l'Assurance Maladie constituaient les principaux axes de travail de la dernière convention médicale de 2016 (10). A partir de cette convention, les cotations médicales ont été revalorisées pour les médecins généralistes, établissant la cotation pour une consultation de médecine générale à 25 euros contre 23 auparavant, introduisant une majoration pour le suivi des enfants de moins de 6 ans, des majorations concernant l'exercice coordonné, ainsi que de nouvelles cotations traitant de consultations à fort enjeu de santé publique en matière de prévention comme la consultation de contraception et de prévention CCP, la consultation obligatoire de l'enfant COE ou la consultation de suivi de l'obésité chez l'enfant CSO.

Concernant la NGAP et la CCAM, elle a subi de nombreuses évolutions à chaque adoption d'une nouvelle convention médicale et de ses avenants (3, 8). La nomenclature est dynamique et évolue en fonction du contexte. Elle a subi des changements, notamment pendant la crise sanitaire du COVID19, avec le développement de la téléconsultation, de nouveaux actes comme les tests de dépistage du COVID19, de la vaccination ou encore de consultations spécifiques de prévention (3, 11). En 2018, l'avenant numéro 6 à la convention médicale de

2016 introduit les visites longues et complexes pour certains patients. Le dernier avenant en 2021, le numéro 9, promeut cette visite longue en élargissant le nombre de visites annuelles à 4 par an et majorant son tarif de 35 à 70 euros (12).

Depuis quelques années, les médecins généralistes utilisent les cotations comme un moyen de valorisation (5, 13) de leur pratique. L'utilisation des cotations médicales et leurs spécificités en pratique courante relève parfois d'un défi pour certains médecins. Plusieurs thèses se sont intéressées à l'utilisation et à la connaissance des cotations médicales par les médecins généralistes à partir de l'adoption de la convention de 2016.

Une thèse qualitative en 2017 sur les comportements et les représentations des médecins généralistes sur la CCAM par le Dr Watrin (14) explorait les motivations (valorisation de la médecine générale, du temps passé à la réalisation d'un acte et une valorisation financière) et les différents freins (nomenclature jugée complexe, codes et associations peu compréhensibles, temps passé à coter et allongement d'une charge administrative, manque de connaissance, de formation et d'intérêt à la cotation). Les freins cités étaient retrouvés précédemment dans l'étude quantitative du Dr Poissonnet sur 1201 médecins généralistes en 2016 (15).

Les connaissances sur les cotations médicales ont été évaluées à de multiples reprises et de différentes façons. En 2017, une thèse quantitative sur l'utilisation de cotations des actes cliniques par des médecins Bretons (16) montrait une méconnaissance et une sous utilisation des cotations à cause de la complexité de la nomenclature. Des variations existaient en fonction de l'âge et du sexe des médecins. Les femmes et les jeunes semblaient mieux connaître et mieux utiliser les cotations. Les cotations mises en place lors de la convention de 2016 venaient de s'appliquer dans l'étude : l'apport de la convention n'a donc pas pu être étudié. En 2018, Dr René évaluait les connaissances des médecins généralistes (17) et établissait une note globale sur la connaissance des cotations. Les résultats étaient aussi concordants avec les représentations et les connaissances connues sur les cotations. En 2020, une thèse quantitative par le Dr Steneck évaluait les connaissances et les applications des principales cotations médicales (18) et montrait des pratiques hétérogènes et variables des cotations médicales toujours associées à une complexité de la nomenclature et une méconnaissance de celles-ci.

Plus récemment, en 2022, une étude quantitative sur l'utilisation et l'impact de la cotation CCP par le Dr Alexandre (18) retrouvait des données concordantes avec les données de la DREES sur les opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux en matière de prévention réalisée début 2020 (19). Concernant l'étude publiée par la DREES, trois médecins généralistes interrogés sur quatre avaient connaissance des nouvelles cotations en matière de prévention à savoir CCP et CSO. Pour autant, une minorité d'entre eux ont utilisé

ses cotations dans les 6 derniers mois précédents l'étude (44% pour la cotation CCP et 26% seulement pour la cotation CSO). Pourquoi les médecins n'ont-ils pas utilisé ces cotations ? Les cotations reflètent-elles vraiment la pratique des médecins généralistes ? D'autres critères entrent-ils en compte ? Certains facteurs ont impacté l'utilisation des cotations dans cette étude : le sexe du médecin, l'âge, la participation à des actions de prévention collective et le mode d'exercice. Ces données se superposent à celles déjà connues (14, 15, 16).

A ce jour, il n'y a pas de thèse qualitative existante visant à comprendre les mécanismes du phénomène de la cotation chez les médecins généralistes suite à la convention de 2016. Les représentations connues jusqu'à présent concernaient les anciennes conventions médicales. Celles-ci ont certainement évolué suite à la convention, ses avenants, la crise sanitaire et l'évolution des pratiques. A l'aube d'une nouvelle convention médicale prévue pour 2023, l'exploration du sens que donnent les médecins à la cotation de leurs actes a pour objectif de faire émaner de nouveaux éléments sur les mécanismes impliqués dans leur quotidien en matière de cotation et sur leur pratique.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre le sens que donnent les médecins généralistes à la cotation en 2022 pour proposer de nouvelles approches et pistes d'amélioration pour aborder ce phénomène qu'est la cotation des actes.

II) METHODOLOGIE

1) Choix du type d'étude :

a) Etude qualitative avec une approche phénoménologique interprétative

Le choix de l'étude s'était porté sur l'utilisation d'une méthode qualitative par entretien individuel semi-dirigé, à question ouverte, suivi d'une approche analytique phénoménologique interprétative (20).

Le choix d'un entretien individuel plutôt qu'en groupe permettait d'instaurer une configuration plus propice aux confidences personnelles, en s'abstrayant du regard des autres et d'un potentiel biais vis à vis du caractère personnel de chaque interlocuteur. En effet, l'interlocuteur conservait la liberté de s'exprimer comme il l'entend, et de ne pas être influencé par d'autres protagonistes. Certaines thématiques par rapport au vécu personnel sont parfois plus difficiles à aborder en groupe, notamment lorsque l'on aborde la question des thématiques en lien avec le mode de vie et la rémunération.

Les entretiens réalisés selon un mode "semi-dirigé" permettaient ici d'orienter le sujet selon différentes thématiques fixées au préalable, et reportées dans un guide d'entretien (Annexe 2), tout en laissant la possibilité à l'interlocuteur d'orienter son discours comme il l'entend. Bien qu'un ordre thématique avait été envisagé, il était resté libre à l'interlocuteur de basculer d'une thématique à une autre sans être interrompu pour ne pas perturber le fil de sa pensée.

L'investigateur était un médecin généraliste remplaçant en région Centre-Val-De-Loire ayant effectué son internat de médecine générale à la faculté de médecine de Tours en Indre et Loire. Il s'agissait d'une première étude de recherche qualitative dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale.

La méthodologie de l'étude est reportée à travers la grille COREQ (Annexe 1) exposant les critères de validité d'une étude qualitative COREQ (21).

2) Population étudiée :

a) Echantillonnage et choix de la population :

L'échantillonnage retenu en adéquation avec la méthodologie par l'approche phénoménologique interprétative était un échantillonnage dit raisonné homogène.

Les participants à l'étude étaient différents chacun les uns et des autres, mais avaient vécu la même expérience, c'est à dire la cotation de leur actes médicaux pendant et après la crise sanitaire.

Les critères retenus pour le choix de la population de l'étude étaient :

- être docteur en médecine générale,
- être installé ou collaborateur dans un cabinet médical, dans une maison de santé ou une autre structure de santé,
- avec un statut libéral,
- être installé avant janvier 2018,
- exercer son activité en Indre-et-Loire.

La période de la crise sanitaire avec la pandémie du COVID19 ayant débuté en mars 2020 et les évolutions successives du systèmes des cotations avec les mesures prises avant, pendant et après, justifiait le choix de s'entretenir avec des médecins installés avant cette période afin d'explorer un ressenti évolutif suite à cette période. Le choix de la limitation géographique au département de L'Indre et Loire permettait de recruter des médecins conventionnés par rapport à la même caisse départementale d'Assurance Maladie. A priori, les informations transmises par l'Assurance Maladie sur un département devrait être les mêmes pour tous les médecins généralistes libéraux, ce qui pour l'étude, pouvait permettre une discussion sur le ressenti sur l'information, sur les moyens d'informations et l'information perçue.

b) Recrutement de la population étudiée

Certains participants ont été recrutés après une demande de ma part lors d'un passage dans une structure, suite à un remplacement dans leur cabinet pour eux même ou un de leur associé. D'autres ont été contactés par téléphone, soit par recommandation de premiers médecins ayant participés à l'étude, soit directement par le biais de leur secrétariat.

Le recrutement des médecins s'était déroulé en tache d'huile, interlocuteur par interlocuteur, indépendamment les uns des autres. L'objectif était d'obtenir une population finale dite diversifiée selon plusieurs critères fixés en amont et dont les informations sont reporté dans une fiche d'information préparée.

Les critères retenus pour le recrutement en tache d'huile et sur la fiche d'information étaient :

- l'âge et le genre,
- l'exercice partagé avec d'autres médecins généralistes,
- l'implication dans de la représentation professionnelle,
- la participation à des discussions avec d'autres médecins en dehors du cabinet,

- le fait d'être maître de stage universitaire,
- le nombre annuel d'actes.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans un tableau récapitulatif exposé dans la présentation des résultats.

3) Les entretiens :

a) Elaboration des entretiens :

Les entretiens ont été préparés en amont en gardant une structure similaire initiale à chaque entretien. Un guide d'entretien a été réalisé (Annexe 2). La structure de chaque entretien a été :

- Présentation de l'investigateur,
- Présentation brève du sujet d'étude, sans mentionner de thème ou d'orientation pour la suite de l'entretien, précision sur les caractéristiques des données de l'étude (anonymisation des données, enregistrement de l'entretien, utilisation dans le cadre d'une analyse)
- Recueil du consentement du participant,
- Démarrage de l'entretien par une question bris de glace introductive,
- Début de l'entretien avec questions ouvertes préparées en amont sur le guide d'entretien,
- Complément de la fiche d'information en fin d'entretien (Annexe 3).

Les thématiques abordées lors de l'entretien ont été préparées suite à l'analyse des données préexistantes dans la littérature, et du contexte d'actualité.

Les thématiques choisies afin d'explorer le ressenti et le vécu des médecins généralistes sur la cotation de leurs actes médicaux ont permis la formulation de questions ouvertes qui ont ficelée la trame de l'entretien :

- La cotation des actes médicaux en pratique,
- Les moyens d'information utilisés sur la cotation des actes médicaux,
- Les motivations et les freins sur la cotation,
- L'évolution de la cotation de actes depuis ces dernières années.

b) Déroulement des entretiens

La demande de participation pour l'étude a été formulée aux médecins interrogés par téléphone, par le biais de leur secrétariat, ils ont ensuite décidé de participer ou non. Les médecins m'ayant donné retour ont eu une présentation brève de l'étude et le déroulement de celle ci avant la programmation d'un rendez vous pour un entretien.

Le choix de la date et du lieu du rendez vous a été convenu selon les disponibilités du participant. Il a été demandé au participant de garder un temps suffisant de disponibilité et de privilégier des entretiens le soir en fin de journée afin de ne pas être pressé par un agenda de consultation.

Les entretiens ont été proposés en face à face afin de favoriser comme dit ci dessus un terrain favorable à une discussion ouverte et personnelle. De plus, l'entretien en face à face permet d'obtenir des informations complémentaires comme des informations comportementales non verbales.

Le recueil du consentement des participants à l'étude a été explicité de façon orale, lors du recrutement et dès le début de l'entretien. Les entretiens ont été enregistrés avec la fonction dictaphone de mon téléphone. Certaines notes manuscrites ont été prises lors des entretiens.

4) Analyse des données :

L'approche méthodologique choisie était une analyse thématique inductive par une approche phénoménologique interprétative. Les entretiens ont été analysés indépendamment les uns des autres. De ce fait, chaque entretien s'est vu retranscrit via un logiciel de traitement de texte. Des citations (verbatim) ont été prélevées sur chaque retranscription. Chaque verbatim retenu s'est vu attribué une ou plusieurs annotations expérientielles pouvant être linguistique, descriptive ou encore conceptuelle. Une fois cette première étape réalisée, une analyse thématique était entreprise pour ordonner les idées retrouvées dans chacune des expériences. Une investigatrice tierce qui effectue actuellement à une recherche qualitative a relu les entretiens, revus les annotations et les thèmes retrouvés afin d'obtenir une triangulation des données et maintenir la validité de l'étude.

5) Démarches règlementaires :

Le consentement oral à la participation de l'étude a été systématiquement recherché en amont des entretiens et au début des entretiens. L'étude s'est portée sur des volontaires. Il n'a pas été prévu d'indemnisation.

Les données recueillies ont été anonymisées. Les entretiens enregistrés, les notes retranscrites manuelles et informatiques étaient conservées pendant

toute la durée de l'étude et anonymisées. Les entretiens retranscrits par informatique n'ont pas vocation à être publiés, ils seront supprimés après la publication de la thèse. Les enregistrements vocaux ont été supprimés après la publication de la thèse.

L'étude étant une étude de recherche n'impliquant par la personne humaine, elle est classée hors loi Jardé.

III) RESULTATS

I) Caractéristiques de l'échantillon

Sur 25 médecins contactés, 10 ont acceptés de participer et 10 entretiens ont été prévus. Un entretien a été annulé du fait du manque d'information sur l'exercice du médecin en question qui avait cessé son activité libérale depuis quelques mois.

Les entretiens ont eu lieu de mai 2022 à fin novembre 2022. 9 entretiens ont été réalisés. 7 entretiens ont eu lieu dans le cabinet d'exercice du médecin, 2 entretiens (E5 et E9) ont été réalisés en visioconférence. La durée des entretiens s'étalait de 32 min à 1h03 avec une moyenne de 48 min.

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été récupérées en fin d'entretien, et sont résumées dans le tableau ci dessous.

Entretien	Durée	Exercice seul ou à plusieurs	Implication dans la représentation professionnelle formalisée	MSU	Discussion pratique en dehors du cabinet	Participation formation médicale continue	Volume d'actes annuels en 2021
Masculin - 38 ans	39 min	Cabinet de 2 médecins généralistes	Oui - Participation à un collectif de santé	Non	Réunion entre amis, CPTS, congrès	CPTS, MG Form	6701
Masculin - 62 ans	55 min	Cabinet de 2 médecins généralistes	Oui - Participation syndicale MG France	Oui*	RCP, CPTS	CPTS, congrès, hôpital, Mg Form	4746
Féminin - 37 ans	42 min	MSP	Non	Oui*	Réunion entres amis	Avant C : FMC non précisé Après C : non	2250
Masculin - 63 ans	32 min	Cabinet de 2 médecins généralistes	Oui - Syndicale MG France	Non	- Avant C: Soirée labos - Après C: Non	Avant C : MG Form Après C : Non	4505
Féminin - 37 ans	48 min	MSP	Non	Non	CPTS, groupes de pairs	CPTS, MG Form	4748
Féminin - 36 ans	46 min	MSP	Elu URPS, Participation syndicale CSMF	Oui	CPTS, collègues, syndicats	CPTS, Syndicats,	4901
Homme - 34 ans	1h03	Cabinet de 3 médecins généralistes	Oui - Participation syndicale MG France	Non	Au cabinet, CPTS, formation, EHPAD	CPTS, syndicats, FMC universitaire	4603
Homme - 64 ans	54 min	Cabinet seul	Non	Non	Association FMC	Association FMC	5600
Féminin - 40 ans	53 min	Cabinet seul	Non	Oui	Association FMC, CPTS	CPTS, syndicats, Association FMC Universitaire	3350

*A noter sur les MSU : n'accueillent plus d'étudiants

II) Résultats

Devant l'importance des données recueillies, et l'impossibilité d'obtenir une saturation des données dans ce type d'analyse, les entretiens avaient été stoppés au 9ème interrogé. Pour répondre à la question de recherche, les résultats seront présentés par unité de sens en deux grandes catégories, le sens du point de vue de l'individu et le sens ayant attiré à l'intérêt général.

A) Le sens de la cotation du point de vue de l'individu

1) L'expression d'une valorisation des pratiques

a) La valorisation d'un exercice

La cotation des actes était clairement décrite, et ceux par tous les médecins interrogés comme un outil qui valorisait les pratiques dans leur exercice.

a.1 Montrer ce que le généraliste fait

Le fait de coter ses actes était un moyen de montrer une pratique, qu'il s'agissait d'un exercice global :

E5 : « *si tu prends le temps et le soin de faire, comme le dépistage et la prévention, c'est aussi montrer qu'en tant que médecin généraliste, on fait plein de choses* »

E6 : « *On n'a pas qu'une activité de renouvellement toute simple, on fait d'autres choses* »

Ou bien par la cotation d'un acte qui représentait une compétence particulière, parfois plus spécifique :

E1 : « *Ca valorise, bon financièrement c'est sûr... mais encore une fois, nos compétences, un peu atypiques quoi ! Et ce qui sort de l'ordinaire du GS classique ...* »

E5 : « *Et j'utilise le sensory baby test parce que j'ai de quoi dépister. Donc ça je cote.* »

E7 : « *Je cote Les VL pour les soins palliatifs pour pouvoir apporter quelque chose. Pour les gestes techniques c'est pareil.* »

a.2 La recherche d'une reconnaissance

Tous les médecins interrogés avaient exprimé une satisfaction en développant les différents actes qu'ils réalisaient couramment :

E6 : « *J'ai pu coter plein de choses, j'ai retiré un implant, j'ai retiré d'autres implants, j'ai fait une visite longue en EHPAD. J'ai coté Hamilton et un frottis. Mercredi c'était assez chargé ! - en souriant -* »

Ce rapport au travail s'exprimait aussi par le biais d'une reconnaissance, ou bien un travail correctement exécuté:

E1 : « *C'est agréable d'être reconnu pour ça* »

E4 : « *C'est la reconnaissance du travail qui est fait* »

E7 : « *Ca permet de noter ce qu'on fait, et de se dire voilà je l'ai fait parce que je sais le faire.* »

a.3 La recherche de corrélation entre la cotation et les actes

Cependant, coter ses actes entraînait aussi une remise en question de sa cotation : l'utilisation était-elle adaptée ? Mon exercice était-il représenté ?

Certaines cotations courantes prépondérantes, comme G ou GS, ne permettaient pas d'exprimer pleinement leur travail :

E2 : « *On est réducteur en se disant qu'on est que dans le GS* »

E6 : « *Aujourd'hui, journée assez classique, c'est beaucoup G. J'inclus aussi les enfants, mais bon...* »

E7 : « *J'ai conscience de sous valoriser mon activité* »

Un sentiment de frustration et de dévaluation concernant leur propre image en matière de cotation était présent :

E2 : « *On n'est pas champions nous les généralistes* »

E3 : « *Je pense que je suis vraiment nulle en cotation...* »

C'est parfois la nomenclature qui ne semblait pas assez fournie, avec des actes réalisés qui ne trouvaient pas de cotations existantes :

E7 : « *Il y a tout un tas de gestes qui ne sont pas cotables de toute façon. A chaque fois que je le fais je regarde, mais "ablation des verrues séborrhéiques" je ne trouve pas, niet.* »

Parfois ce n'était pas des actes définis mais des pratiques qui n'étaient pas considérées par la cotation, comme l'utilisation du téléphone et des mails pour répondre aux patients par exemple :

E1 : « *Il m'arrive parfois d'avoir des avis, un peu de consultation, par téléphone, mais comme c'est pas reconnu comme tel par l'Assurance Maladie, mais même les mails...* »

E2 : « *Certains patients nous ont beaucoup sollicité par mail pendant la crise et continuent de le faire. On répond, mais beaucoup moins. C'est du travail.* »

E8 : « *Certains actes où on ne se faisait pas rémunérer, le conseil n'était pas valorisé.* »

a.4 Le renforcement d'une vigilance post-crise sanitaire COVID 19

La crise sanitaire du COVID 19 semblait avoir mis l'accent sur certaines pratiques non couvertes par une cotation, pratiques qui étaient réalisées avant la crise. Les médecins interrogés décrivaient un état de vigilance accrue :

E2 : « *La crise sanitaire m'a ouvert les yeux par rapport au temps qu'on passe au téléphone. Et qu'avant, ça n'avait aucune valeur* »

Et sur les cotations en général :

E3 : « *J'essaye d'y penser un peu plus. J'essaye de faire attention à me dire « tel acte je peux coter »* »

E5 : « *Après j'ai pas l'impression de coter plus. Mais j'y pense plus et je fais plus attention. C'est devenu plus un réflexe.* »

D'ailleurs, la téléconsultation pendant la crise sanitaire avait bien été accueillie :

E5 : « *La TCG ça a changé notre vie, clairement. On fait aussi des TCG en dehors du COVID et franchement je trouve ça bien.* »

E6 : « *Au début ils nous ont dit qu'il ne fallait pas les recevoir, donc j'ai fait plus de téléconsultations !* »

E9 : « *Je ne pense pas être la seule mais j'ai dû intégrer dans ma pratique la téléconsultation suite à la crise COVID...* »

b) La recherche de valorisation de compétences et du temps investi

b.1 Valoriser le temps passé

Une des notions qui faisait l'unanimité à travers les entretiens était la notion de valorisation des actes, en fonction du temps. Tous recherchaient à coupler la notion de valorisation avec le temps passé à la réalisation d'un acte. La cotation devait prendre en compte ce temps :

E3 : « *Ça reste le même processus mental, « j'ai passé du temps à faire quelque chose donc valorisation du temps »* »

E4 : « *Pouvoir coter plus, pour des choses qui prennent du temps.* »

E5 : « *Le temps que j'y consacre, même si ça vaut encore moins que deux consultations pleines, simples, et bien ça dit quelque chose* »

b.2 Valoriser la complexité

Le temps était couplé à la notion de complexité de l'exercice. C'est parce que la pratique de la médecine générale se complexifie, que les médecins interrogés prenaient plus de temps à réaliser leurs actes :

E2 : « *Même une vaccination, et on voit bien qu'avec tout ce qu'il s'est passé avec le COVID, qu'une vaccination c'est pas un acte entre 2 portes. Avec tout le protocole qu'il y avait, ce n'est pas quelque chose que je fais entre 2 portes.* »

E5 : « *Pour les spécialistes, je ne m'en sers pas toujours mais MUT c'est arrivé que je m'en serve parce que j'ai trop galéré...* »

E9 : « *Ce n'est pas parce que c'est des visites qui sont toujours plus longues en terme de temps mais c'est souvent des patients chroniques, difficiles.* »

b.3 Des motifs multiples non pris en compte

Les médecins ressentaient une complexification de leur exercice au cours du temps. Ils faisaient face à des consultations avec de multiples motifs :

E2 : « *Il y a un gap, un espace, entre la consultation simple, la consultation qui paraît simple ou il y a beaucoup de motifs, et d'autres situations plus techniques, électros, MMS, troubles dépressifs, les choses où tu vas coter un peu plus, la consultation demande d'avis... CPA... Mais c'est des cadres bien précis Mais 25 ce n'est pas assez non* »

E9 : « *Ils veulent faire 3 choses en une seule...* »

Ou des situations souvent complexes :

E4 : « *C'est rarement des choses simples pour moi... Ils arrivent rarement pour un petit bobo sur le nez. C'est pas souvent ça. C'est toujours un peu complexe...* »

Donc le besoin de valorisation face à ces consultations grandissait :

E2 : « *Monsieur tartempion il vient pour sa tension et il me parle de son diabète et en même temps il m'a montré un problème de peau, le voyant c'est compliqué de laisser trainer... Ça ne peut pas être 25.* »

Les consultations à motif unique pour troubles aigus non graves permettaient même d'équilibrer cette complexité ressentie :

E2 : « *Toutes les heures il nous faudrait une petite rhinopharyngite... parce que c'est simple, c'est facile, c'est mono-problème* »

E9 : « *Avoir une rhinite ou une angine aujourd'hui - rires- de temps en temps ça fait du bien !* »

b.4 Les cotations, marqueurs d'une adaptation

Certains médecins étaient bien conscients de la difficulté à laquelle ils allaient devoir faire face sur leur consultation et le temps à y consacrer, ils n'hésitaient pas à modifier la durée de consultation dès le départ pour ne pas bâcler une prise en charge, même s'ils ne pouvaient pas utiliser de cotation spécifique :

E3 : « *Les patients qui prennent du temps et que je n'arrive pas à faire réduire en temps de consultation, je leur mets des créneaux d'une demi-heure au lieu d'un quart d'heure, et ça, ça reste des consultations à 25 euros* »

E5 : « *La mise en place d'une contraception c'est pas un quart d'heure, c'est plutôt trois quart d'heure... Je bloque une demi-heure et c'est toujours une demi-heure trois quart d'heure parce qu'ils ont toujours des questions* »

Certains médecins avaient adapté leurs emplois du temps pour la réalisation d'actes pendant la période du début du COVID pour leur patient, sans que la notion pécuniaire ne puisse rentrer en compte.

E5 : « *Avant je revenais le samedi toute la journée pour les vaccinations, et c'était pas pour les sous... Même si tu en as un peu, franchement, un samedi après midi, sans tes enfants, ton mari est de garde, ils sont gardés par je ne sais pas qui, c'est absolument par pécunier...* »

2) L'obtention d'une rémunération et la recherche d'une valeur

La rémunération avait été évoquée par tous les médecins. La cotation avait pour objectif d'obtenir une rémunération, mais cette cotation devait permettre de placer un curseur de valeur par rapport à l'acte réalisé. A travers leurs cotations, une remise en question constante de ce qu'ils faisaient et du tarif qui y était associé était exprimée.

a) La recherche de valeur financière

Les médecins recherchaient à travers la cotation le juste "prix" d'un acte médical. Cette idée de valeur financière dépendait de chaque médecin, mais tous s'accordaient à trouver qu'aujourd'hui, le tarif de la cotation courante G ne correspondait pas à l'image qu'ils avaient de leur travail. Cela faisait ressortir de l'exaspération associée à un esprit d'abnégation :

E2 : *« Je ne pense pas qu'il y ait un acte qui vaut moins qu'un GS »*

E4 : *« Des patients diabétiques où il faut tout refaire, reprendre les rdv, tous le suivis... Une demi heure, bon 25 euros. C'est comme ça - d'un ton un peu blasé - »*

E9 : *« Des fois c'est un simple G, mais des fois c'est compliqué. »*

b) La rémunération, un objectif secondaire

Pour autant, l'obtention d'une rémunération était un des objectifs principaux de coter ses actes, sans pour autant que cela puisse être le sens premier du travail de médecin :

E2 : *« C'est pas quelque chose qui me hante »*

E3 : *« Je ne me dis pas que je viens travailler pour gagner de l'argent »*

c) La notion d'argent, une gêne chez les médecins

D'ailleurs, évoquer le contexte financier dans notre métier faisait même ressortir une gêne :

E1 : *« L'avantage, le premier c'est pécunier, parce que t'as euh... (Sensation comme une petite gêne) »*

E5 : *« Le rapport aux sous, après une consultation, je n'étais pas super à l'aise au début. »*

Une gêne qui évoluait au cours de l'exercice :

E3 : *« Faut que j'arrête d'être naïve et que je pense au côté financier »*

E5 : *« J'ai pas honte. »*

E7 : *« Il me semble que je ne l'ai pas volé »*

d) Un besoin de rentabilité en fonction du temps consacré

Plus le temps de consultation était élevé, plus l'importance de récupérer une valeur financière importante se faisait sentir :

E3 : « *J'ai passé 40 min avec un patient, ou en plus j'avais déjà prévu un créneau d'une demi heure parce que je sais déjà que ça va prendre du temps, être payé 25 euros à la fin... Pffff... C'est tellement dommage* »

E8 : « *Si je suis en retard c'est que j'ai passé 45 min pour 25 euros, pour une patiente qui présente un état de dépendance à l'alcool, et ça prend du temps de discuter de certaines choses.* »

D'ailleurs, cette rentabilité en fonction du temps était recherchée dans la cotation. Des cotations étaient même abandonnées, considérées comme insuffisamment rentable par rapport à l'investissement fourni :

E1 : « *J'ai aucun intérêt à coter un frottis si ça cote moins qu'une consultation* »

E7 : « *Passer du temps là dessus, je me dis que financièrement parlant, la balance est défavorable.* »

Cette notion de rentabilité faisait naître un sentiment d'acte manqué lorsque le temps passé n'avait pas été valorisé en terme financier :

E3 : « *Je me suis faite avoir un peu trop au départ et je me suis dit que c'est trop dommage de passer du à faire un électro et de s'en sortir à 25* »

E5 : « *Mais vu que c'est dans l'urgence, t'as pris le téléphone, t'as pris le rdv avec le patient pour le patient, tu fais 25 balles tu dis au revoir et voilà t'oublie...* »

e) Trouver un équilibre, la juste valeur de l'acte

Cette recherche de "juste valeur" de l'acte faisait réfléchir sur ce que le médecin considérait pertinent en terme de rémunération, considérant que tous les actes ne se valaient pas :

E2 : « *Il faudrait être un peu mieux payé... mais il ne faut pas surestimer ce qu'on fait.* »

E3 : « *Quand tu prends du temps tu es payé de la même façon que si tu as pris 10 min* »

E5 : « *Est ce que ça vaut 5 euros de plus, est ce que ça vaut ça...?* »

Afin que les médecins puissent être en accord avec leurs rémunérations, il fallait que celle-ci soit associée à la notion de mérite et d'effort :

E1 : « *Tenez une téléconsultation pour 25 euros" alors que ça ne m'a demandé aucun effort intellectuel quoi...* »

E3 : « *ça ne m'a pas demandé un effort surhumain... Ca ne m'a pas demandé un véritable investissement* »

f) Une ambivalence sur la rémunération supplémentaire

Alors qu'ils exprimaient certains actes comme insuffisamment rémunérateurs, les majorations possibles via certaines cotations n'étaient pas considérées comme significatives et même dérisoires :

E1 : « *Il y a une consultation pour le certificat initial d'accident de travail et final d'accident de travail, que je ne connais même pas mais qui te fait gagner 35 centimes ... autant te dire qu'il est hors de question que je m'ennuie avec celle là...* »

E3 : « *Je suis passé à côté de cotations qui auraient pu me rapporter plus, mais je ne sais même pas si c'est significatif* »

E4 : « *Bon... exo 3 tout ça mais - rires embêtés... - Je suis pas à 5 balles près... Ca sera 25 et puis c'est bon - hahaha* »

Il existait finalement une ambivalence entre vouloir être mieux rémunéré et le fait de l'être :

E2 : « *Ce que tu gagnes bon... plus tu gagnes plus tu payes, c'est l'escalade...* »

E3 : « *Je prendrais plus de temps et ce serait difficile pour moi de dire "j'ai pris plus de temps et je vous fais payer plus cher"* »

E5 : « *Plus tu as plus tu payes, t'as moins de temps pour toi, pour tes enfants...* »

3) Un investissement personnel

a) Un outil à appréhender

a.1 Coter représente un effort à fournir

Pour les médecins interrogés, coter ses actes traduisait un outil complexe justifiant un effort à fournir :

E1 : « *Je sais que mal coter, je vais perdre du temps et de l'énergie derrière* »

E4 : « *Il faut se tenir au courant, il faut être à l'affut de ça sur les cotations... Parce que franchement c'est compliqué* »

E5 : « *Faire valoir ton acte, le temps que tu passes, l'énergie* »

a.2 Une nomenclature trop complexe

L'effort à fournir était lié à la complexité, non pas de la pratique en elle-même cette fois-ci, mais au système de cotation. Cette complexité se traduisait dans la nomenclature avec des codes difficiles à maîtriser :

E6 : « *Puis je me suis mis à chercher, j'ai trouvé des codes hyper compliqués, notamment pour les sutures avec en fonction "dos main 3 cm, plus de 3 cm" et ça m'a agacé. Donc je ne cote pas* »

E7 : « *C'est un peu compliqué parce que C1,5, fallait le trouver* »

a.3 Des conditions de cotation parfois peu compréhensibles et chronophages

Plus qu'un effort, c'était même un problème de compréhension de l'outil de cotation qui finissait même par limiter l'utilisation :

E1 : « *C'était tellement complexe que je n'ai pas fait ça, ni les majorations ni les contacts tracing (pendant le COVID)* »

E2 : « *Il y a des cotations, si tu ne les as jamais utilisés, ou si tu as vu mais tu ne les as pas compris, tu ne vas pas les utiliser* »

La cotation était aussi un outil chronophage, qui exaspérait :

E3 : « *Ca m'est déjà arrivé de savoir si je sais qu'il y a une cotation mais de ne pas le faire, parce que je n'ai pas eu le temps de regarder sur internet et de chercher les codes, alors j'abandonne* »

E6 : « *J'aime bien être bien à l'heure. Donc si je perds 5 min à chercher une cotation, ça va m'énerver* »

E7 : « *C'est du temps, et ce n'est pas ma grande passion* »

Les conditions étaient parfois si complexes ou alambiquées que certains médecins se posaient même la question de l'intérêt de ses cotations, avaient-elles vraiment l'objectif d'être utilisées ?

E2 : « *La cotation 1 fois par an pour coter bidule chose... c'est pas.... j'ai jamais été vraiment formé à ça ...* »

E6 : « *On a l'impression qu'ils font tout pour ne pas qu'on cote quoi ... - posture un peu étonnée-* »

b) Adapter sa pratique

b.1 Optimiser et simplifier sa pratique pour gagner du temps médical

Les médecins cherchaient à optimiser leur temps consacré à leur activité. Bien conscient de la charge de travail administrative, ou de la charge de travail considérée comme non pertinente par rapport au patient, chacun essayait de recentrer sa pratique pour gagner du temps médical :

E4 : « *Je m'embête pas si c'est trop compliqué, j'ai déjà tellement d'autre choses à faire...* »

E6 : « *Déjà que j'avais pris du temps pour soigner mon patient, j'allais pas en plus perdre du temps à chercher des codes. J'ai laissé tombé. Ca n'a rien à faire dans le temps médical.* »

E7 : « *Je préfère passer mon temps à des actes médicaux, qu'à chercher des cotations.* »

Pour appréhender cet outil les médecins cherchaient des astuces, pour simplifier leur pratique :

E3 : « *Mon logiciel, enfin comme dans tous les logiciels je pense, tu peux enregistrer tes favoris de cotations, et ça m'aide à y penser* »

E6 : « *Je fais aussi les dépistages de l'audition, ils sont marqués ils sont là - en me montrant un post-it collé sur le socle de son ordinateur* »

Beaucoup avaient besoin de trouver des sources d'informations autres que le logiciel, mais même avec ces astuces, cela ne suffisait pas toujours pour coter :

E3 : « *Les syndicats c'est la plaquette mais c'est pareil c'est si je me sens concerné, je ne vais pas lire la plaquette* »

E4 : « *J'ai ma fiche MG France ou d'autre ou il y a les principaux, ou je me sers de ça... Par contre ça fait pas tout.* »

b.2 Une dépendance logistique des cotations

Certains médecins se sentaient limités pour des raisons logistiques :

E5 : « *Le problème c'est que le logiciel n'est pas encore à jour pour les CCP...* »

E6 : « *On est en face de l'ordinateur, on va chercher le code qu'on ne trouve pas, et ils sont là en face en train d'attendre et il faut chercher à couvrir les blancs...* »

E9 : « *Il y a des choses que je ne maîtrise pas encore sur le logiciel et peut être que ça me pénalise aussi* »

b.3 Un besoin ambivalent de formation

La cotation étant perçue comme secondaire dans l'exercice après le soin du patient, tous les médecins n'étaient pas d'accord sur l'importance qu'ils accordaient à la cotation.

Un des moyens d'appréhender cet outil serait d'accéder à des formations sur comment coter ses actes.

Certains étaient favorables et appréciaient d'avoir des informations sur des concepts hors du champ biomédical :

E6 : « *C'est utile ce type de formation* »

E9 : « *C'est la formation sur les cotations qui m'a beaucoup aidé et systématisé à faire attention.* »

Pour d'autres, ce n'était pas à l'ordre du jour, car ils considéraient que cette partie de la pratique n'était pas quelque chose de suffisamment pertinent au quotidien :

E2 : « *Une formation sur les cotations, jamais fait ... ça ne me viendrait pas à l'idée...* »

E5 : « *Je ne vais pas me former, je prends les infos comme elles arrivent* »

c) Un besoin d'équilibre professionnel et personnel

Les médecins appartenant à une tranche d'âge plus jeune exprimaient prendre du recul sur leurs actes et sur leur activité en terme de quantité d'actes réalisés. Ils voyaient en la cotation un moyen global d'obtenir une rémunération qu'ils jugeaient suffisante par rapport à leur cadre de vie pour trouver un équilibre :

E3 : « *Je me ménage par rapport à d'autres médecins, je ne vais pas avoir un rythme super soutenu, 25 patients je suis épuisée psychologiquement et physiquement donc effectivement ces cotations ça me permettrait de gagner un peu plus* »

E5 : « *Je ne me plains pas, on gagne bien notre vie, je choisis mon rythme, je choisis de travailler certains jours et je sais qu'en conséquence, mon salaire sera toujours moindre que si je carbure à 30 patients par jour... Forcément...* »

Coter ses actes et moduler l'activité devenaient une variable qu'il était possible d'ajuster :

E5 : « *Je me dis "j'ai pas vu que 10 patients" et que je ne sois pas obligé de me rattraper avec de la bobologie ou autre... même si ça fait partie de notre pratique* »

E7 : « *C'est d'utiliser la ressource, comme il faut, sans abuser et sans non plus ne pas être rémunéré à sa juste valeur* »

B) Le sens de la cotation et le rapport à l'intérêt général

1) L'enjeu politique et la communication par la sécurité sociale

a) Un enjeu politique

a.1 Promouvoir la médecine générale comme une spécialité

La cotation des actes par les médecins généralistes avait pour objectif de transmettre un message. Coter ses actes permettait de valoriser les pratiques personnelles certes, mais surtout de pouvoir l'exposer, comme une fierté :

E1 : « *Faire comprendre aussi qu'on a des actes qui sont mieux valorisés et qu'ils peuvent avoir autre chose que le code médecin généraliste GS* »

E2 : « *J'utilise GS, pas G* »

E6 : « *C'est aussi de montrer qu'on est spécialiste en médecine générale* »

Les médecins généralistes ressentaient le besoin de s'établir comme spécialistes par rapport aux autres spécialités :

E2 : « *On t'a étiqueté t'es généraliste, donc forcément tu ne peux pas avoir autre chose qu'une activité de généraliste* »

E6 : « *On est aussi spécialiste qu'eux. Ils ont des cotations eux aussi, et c'est valoriser pour eux, donc nous aussi il faut qu'on le fasse* »

Montrer ses actes par la cotation pouvait permettre de montrer un savoir faire, avec l'objectif de modifier l'image de la médecine générale, notamment sur des compétences spécifiques :

E2 : « *On m'appelle "alors qui c'est qui suit le patient VIH ? " " ba c'est moi !" "oui mais vous êtes que généraliste " alors que je le suis depuis plus de 20 ans.... »*

a.2 Montrer un suivi épidémiologique à travers les pratiques

L'utilisation des cotations devrait faire ressortir des informations sur le suivi des patients, sur l'épidémiologie ou encore sur la pratique des médecins généralistes. C'était la manifestation du sens épidémiologique attendu par l'Assurance Maladie et des acteurs en matière de santé initialement qui se reflétait dans la vision des médecins :

E1 : « *c'est aussi valoriser notre travail que de montrer aux pouvoirs publiques, et notamment à l'ARS, à la CPAM que, on fait des GS mais qu'on fait aussi des suivis pour les enfants, des COE sur des examens particuliers, qu'on fait des électros. ... »*

E2 : « *1 millions de frottis par an, 80% fait par des médecins généralistes, est-ce que quelque part, pro activement, dans le suivi, est-ce que les femmes qui sont suivies par un généraliste qui font le suivi, est-ce qu'il y a plus de cancers ? Il y a plus d'histoires qui tournent mal ou pas ? »*

Coter ses actes c'était faire remonter l'information du terrain :

E2 : « *J'aimerais que ce soit plus simple de cote et puis que ces cotations traces aient un impact auprès de nos décideurs »*

E7 : « *A défaut qu'on nous dise "c'est très bien ce que tu fais", si on peut leur envoyer des cotations et leur montrer "c'est bien on fait ça ça et ça", c'est parler leur langage »*

a.3 Un intérêt en cas d'une utilisation collective par la profession

Un des médecins prenait la mesure d'une utilisation de la profession entière et l'impact que cela pouvait avoir :

E2 : « *Il y en a beaucoup qui ont sous coté. C'est à double tranchant, on sous cote et on ne rend pas service aux autres. »*

E2 : « *La sécu va nous dire "on ne va pas vous augmenter, il y a pleins de cotations valorisantes et vous ne les utilisez pas" »*

a.4 Un vecteur de messages politiques

Les médecins étaient conscients que les cotations reflétaient des messages politiques et que leur utilisation avait un sens plus grand que ce qui était fait dans chaque cabinet de façon isolée :

E7 : « *Une confirmation à mon sens que quand c'est politiquement porteur et bien ça se reflète dans les cotations »*

a.5 Une incitation financière dans un objectif politique

Comme exemple parlant ces dernières années, l'Assurance Maladie avait incité financièrement à la réalisation de certains actes pendant la crise sanitaire du COVID19, ce que les médecins avaient suivi :

E4 : « *J'ai fait au tout début ce qu'on nous a dit de faire, sur la plateforme ou ça nous rapporterait quelque chose... »*

E5 : « *Si vous faites ça, vous aurez 5 euros, ou 2 euros de plus" C'est ça je me souviens, quand tu declares sur améli, tu as tant d'euros de plus. »*

Alors que certaines cotations pendant le COVID19 avaient été interprétées comme une sorte de complément de revenu :

E4 : « *Le COVID, moi j'ai fait un peu de vaccination, j'ai coté VAC, parfois INJ quand ils venaient en couple, VAC + INJ ça compensait un peu les actes ou ça prenait 45min voilà... »*

E5 : « *Après si c'est du bonus, c'est parti je fonce. »*

a.6 Un outil de communication à double tranchant

Le message en lien avec cette compensation financière avait été mal perçu, dévaluant la pratique du médecin généraliste :

E5 : « *Je trouve que c'est salissant par rapport à la valorisation de notre métier. On va nous dire, "oui mais vous avez eu tant de sous par injection ou par patients" et ça déforme nos actes. C'est dans l'autre sens que ça devrait être. »*

a.7 Un questionnement des politiques de santé

D'ailleurs les choix politiques questionnaient, pourquoi certains sujets étaient traités et pas d'autres ?

E7 : « *Le choix de l'annonce du VIH. Alors qu'il y a pleins d'annonces qui peuvent être très embêtantes, pas de cotation.»*

E9 : « *Ce MIC pour les choses graves, il faudrait qu'il y ait quelque chose pour des maladies chroniques, qu'on fait régulièrement et plus courantes dans notre quotidien. »*

Les décisions politiques répétées et l'utilisation chiffrée des données finissaient par entraîner un sentiment d'exaspération :

E4 : « *On nous demande pleins de choses... la convention ceci celà... si c'est pour faire plaisir à Pierre Paul Jacques... »*

E7 : « *Je sais que ça leur fait plaisir, quand on a tant d'ALD... »*

Pour un des médecins, c'était même toute l'orientation politique sur le rôle du médecin généraliste qui était critiquée :

E4 : « *Pour faire de la médecine en bout de chaine après que le patient a vu 3 personnes, puis nous... il n'y a plus de contact... c'est un peu dommage. »*

Ce sous texte politique et l'orientation que proposaient les cotations semblaient compris. Bien que cela pouvait orienter les pratiques, les médecins n'attendaient pas les cotations pour exercer.

E5 : « *Je fais et donc je cote, je ne fais pas les choses parce qu'il existe une cotation* »

E7 : « *Je fais des choses qui ne sont pas cotées et que j'estime pourraient l'être* »

E9 : « *Mais même sans cette compensation, je ne peux pas le laisser avec autant de questionnements et de détresse.* »

a.8 Une mise en tension des valeurs morales personnelles

La décision d'utiliser telle ou telle cotation pour un acte semblait faire appel à des valeurs morales. Les médecins considéraient que les cotations représentaient un coût financier pour la société via le paiement à travers le patient et l'Assurance Maladie :

E1 : « *C'est un surcoût global pour la société et les finances de l'Assurance Maladie* »

E2 : « *Peut être qu'inconsciemment, depuis des années voir des décennies, on s'est dit, on ne va pas prendre plus, ou on a eu peur de prendre plus* »

E7 : « *J'ai l'impression et j'ai bien conscience que c'est de l'argent public, et qu'il faut avoir un certain arbitrage, et sur le terrain c'est pas mal* »

Le fait d'impliquer sa rémunération personnelle dans un cadre globale faisait émerger des réflexions sur ce qui était acceptable de coter ou non. Ses valeurs morales étaient une sorte de garde-fou qui permettait d'éviter les abus :

E5 : « *C'est tentant. Très tentant "25 euros pour une ordo". En plus TCG dégradé... mais non* »

E8 : « *Après je n'ai pas de CMU. Donc je ne peux pas faire de l'acte 5 min, et de toute façon je ne sais pas faire en 5 min.* »

Ces valeurs limitaient les médecins dans la financiarisation de leur pratique. Un des médecins cotait s'il respectait les conditions implicites à la réalisation d'un acte :

E7 : « *C'est tel geste, qui respecte tel cahier des charges, donc cotation* »

b) Une communication inégale de la sécurité sociale

b.1 La cotation, un lien avec la sécurité sociale

Les cotations permettaient un lien avec la sécurité sociale de part les délégués d'Assurance Maladie (DAM). Les délégués permettaient la transmission d'informations sur les nouveautés en lien avec les cotations entre autres, mais faisaient aussi passer des messages :

E1 : « *la DAM m'avait dit que c'était important de bien renseigner les vaccinations parce que ça avait une bonne valeur épidémiologique* »

E6 : « *Ils ont insisté récemment les visites longues, et les personnes en situation de handicap...* »

E7 : « *Les délégués de l'Assurance Maladie qui dit "cotez cotez cotez"... Et là on voit bien qu'il y a le langage qui compte !* »

b.2 Le message controversé d'un émissaire

Ces messages du délégué de l'Assurance Maladie n'étaient pas toujours perçus d'un bon oeil :

E2 : « *La prochaine fois je vais lui demander si elle (la DAM) a des disponibilités pour remplacer parce que des fois ils savent mieux que nous* »

E4 : « *J'ai eu l'impression que pour tout ceux qui travaillaient pas c'était facile, mais ceux qui étaient dans le cambouis, pour se tenir au courant c'était pas simple.* »

E5 : « *C'était un peu bizarre, même avec les conseillers, "n'oubliez pas, comme ça vous aurez tant d'euros de plus à chaque fois que vous déclarer"* »

La pertinence du message transmis était remise en cause par rapport à la pratique personnelle des médecins interrogés :

E2 : « *Quand on leur pose des questions qui sortent des messages qu'ils ont à délivrer... Ils ne savent pas répondre* »

E3 : « *Si c'est des choses où je vais considérer que c'est utile pour ma pratique je vais essayer de le retenir, mais si c'est des choses à la marge ou que je vais faire de façon très occasionnelle, c'est sûr que je vais zapper !* »

E9 : « *Je regarde des messages de l'Assurance Maladie, mais ils sont souvent très en retard* »

Un des médecins rapportait même un discours contradictoire entre ce qui devait être fait et ce qui pouvait être fait, remettant en cause les règles établies par la nomenclature et l'Assurance Maladie :

E7 : « *Certains discours de correspondants de la CPAM qui dévoient le système... ou "oui parfois ça ne correspond pas tout à fait, mais faites le quand même parce que de toute façon vous ne serez pas revalorisé..."* »

b.3 Un ajustement moral en fonction des situations

De ce discours, une réflexion autour de la cotation d'un acte spécifique et de la rémunération globale apparaissait. Certains actes pouvaient être surévalués par rapport à l'acte lui même :

E7 : « *Ca peut m'arriver de mettre une VL alors que je n'y ai pas passé un temps fou. C'est pour considérer la masse de travail qu'il y a pu avoir avant.* »

Autrement dit,

E7 : « *J'estime que cette cotation est trop élevée mais c'est la règle, ils ont mal fait la règle donc tant pis ils donnent plein d'argent, enfin de l'argent, et pourtant j'y passe pas un temps si fou... »*

Cet acte servait à rétablir un équilibre, considérant une charge de travail, de complexité :

E7 : « *c'est une cotation qui correspond à un savoir faire mais qui n'est pas affilié à un acte spécifique »*

b.4 Un outil de régulation et de contrôle

Les médecins interrogés percevaient la cotation comme un outil de régulation utilisé par l'Assurance Maladie. La cotation de leurs actes pouvait être contrôlée et celle-ci était une source d'inquiétude :

E2 : « *Je n'ai jamais été contesté des cotations, mais des confrères oui. Ca veut dire qu'ils en ont eu de refusées. Quelque part, je m'autocensure. »*

E5 : « *La date officielle ça devait être le 1er mai, et j'ai dû le coter en pensant que c'était 15 jours avant ou un mois avant, donc j'ai coté moins que ce qu'il fallait à cette époque. Et j'ai reçu des papiers de la sécu, comme quoi ça n'existait pas, que j'ai mal coté, et qu'ils ne connaissent pas. »*

Les contrôles en lien avec la cotation pouvaient se manifester à travers un risque de refus des cotations avec annulation de paiement dans certains cas particuliers. Souvent, il s'agissait du médecin traitant qui n'était pas déclaré et qui empêchait la validation de la cotation. Ce refus était source d'exaspération :

E1 : « *Je n'ai pas ma rémunération VL MD et j'ai même pas le 35 par défaut »*

E5 : « *J'aurais dû coter dans le logiciel 37 ou 39 balles au lieu de 34. Et j'ai des retours comme quoi je leur dois des sous... Donc en fait ... plutôt que d'accepter le tarif et de me dire c'est à moi de m'asseoir sur la différence de 39 à 34... je leur dois tous... bref... - exaspéré- »*

E6 : « *Il y a des choses c'est frustrant aussi, là je peux coter, je le fais, et c'est refusé par la sécu. Et ça c'est gonflant »*

b.5 La cotation, un rapport de force sur la rémunération

Les refus de paiement de la sécurité sociale entraînaient un rapport de "force" en lien avec la rémunération sur les médecins, qui se sentaient lésés dans la réalisation de leurs actes, avec l'idée qu'ils travaillaient et n'obtenaient pas la rémunération qui leur était due.

E1 : « *Ils pourraient me retoquer en me disant "vous êtes à 3 CSO dans l'année" et puis quand ils payent pas c'est pas... donc je vais avoir un paiement dans 8 mois quoi... »*

E6 : « *Des fois on sait que ça va être refusé, donc je préfère coter qu'un G et être payé que pas du tout... surtout que ces situations concernent la plupart du temps des patients qui sont en ALD ou en CMU... et puis il n'y a aucune rémunération. »*

b.6 Une communication unilatérale, marqueur d'une déshumanisation

Ces incohérences qui entraînaient parfois des refus de paiement, avec des situations qui mettaient plusieurs semaines voire plusieurs mois à se résoudre, faisaient naître le sentiment d'un système bloqué, figé, qui ne pouvait se remettre en question :

E6 : « Cette règle, du médecin traitant non déclaré, qui fait qu'on n'a pas le droit de coter, c'est encore plus agaçant. Et la sécu ils ne se posent pas de questions. C'est énervant ce système ou tout est cloisonné. »

E9 : « J'ai renvoyé les feuilles, mais je n'ai pas de retour, pas de visibilité, parce qu'encore une fois il faut regarder voir pourquoi ça a été retourné, le renvoi a été pris en compte ou pas... »

La communication avec la sécurité sociale ne semblait simple que dans un sens : celui de la sécurité sociale vers le médecin et non l'inverse. Cela déshumanisait la relation des médecins généralistes envers l'Assurance Maladie :

E6 : « nous on les reçoit par mail, mais on ne peut pas leur répondre... On doit renvoyer en papier. Donc ça prend du temps (factures rejetées) »

E7 : « A moi-même et à l'algorithme de la sécu... »

Cette déshumanisation se retrouvait aussi dans le tarif des consultations, avec des montants qui rajoutaient un sentiment de complexification déjà bien présent :

E7 : « Les montants à virgule tout à fait hallucinant... les codes pas du tout unifiés... »

E8 : « Bon, demander, comment dire, 66euros et 14 centimes, au patient, parce que la cotation est au centime près alors qu'on n'a pas de TVA... -rires partagés- 21,88euros... ouais d'accord... C'est vrai qu'avec la carte bancaire ou le chèque ... 51,88 en chèque c'est 52 c'est plus vite à écrire. »

2) La place du patient et la cotation des actes médicaux

La cotation représentait une rémunération pour le médecin, mais aussi un coût pour le patient. Ce coût pouvait être en lien avec des dépenses publiques comme citées ci-dessus, ou bien être un coût pour le patient.

a) Expression d'un coût pour le patient

a.1 L'objectif de limiter le coût pour le patient

Le médecin avait une image du coût du soin, qui pouvait l'empêcher de coter ses actes pour que le patient ne puisse pas ressentir le coût de la consultation. S'il

décide de coter, il usait fréquemment du tiers payant pour diminuer au maximum le montant final pour le patient :

E3 : « *Je vais faire le tiers payant aux patients pour que ça leur paraisse ... enfin que ça soit moins onéreux et qu'ils ne ressentent pas l'augmentation du coût.* »

E6 : « *Les patients ne me disent pas "oh c'est cher aujourd'hui !" Parce que j'applique systématiquement le tiers payant* »

E8 : « *Je leur fait un tiers payant, parce que 70 euros, 69 et quelques, ça peut les piquer un petit peu, parce qu'ils ne sont pas habitués - en insistant verbalement sur le "habitué" -, donc voilà 69,74 ça fait beaucoup quand ils ne s'y attendent pas* »

Les médecins avaient l'idée que le patient n'avait pas à payer la consultation :

E3 : « *Je suis gênée aussi à l'idée de faire payer plus le patient* »

Parfois, le facteur limitant était l'image de l'enrichissement du médecin :

E3 : « *Je le cote mais pas pour la vraie raison, du coup je me sens mal à l'aise* »

a.2 La recherche de justification du coût pour le patient

La vision qu'exprimait le patient sur le médecin pouvait parfois faire émerger un doute chez le médecin, remettant en cause la légitimité de certaines cotations. Les compétences immatérielles étaient les plus difficiles à justifier en comparaison à un acte technique ou un acte nécessitant un matériel particulier, visible pour le patient :

E3 : « *L'ECG les patients voient que je fais un examen, électrocardiogramme ils voient bien que ça prend plus du temps, que j'ai sorti mon matériel* »

E8 : « *D'ailleurs les actes technologiques sont biens mieux valorisés que les actes intellectuels. C'est aussi la problématique.* »

b) Expression de la nécessité d'une éducation à la valeur du soin

b.1 Eduquer le patient à la valeur d'un soin

Pour plusieurs des médecins interrogés, il était nécessaire d'impliquer le patient dans une certaine mesure sur la notion de la valeur d'un soin, et le coût d'une consultation ou bien d'un acte :

E3 : « *Il y a un travail à faire du côté des patients.* »

E8 : « *Au début, je faisais payer les gens pour qu'ils se rendent compte de ce que vaut une consultation médicale.* »

b.2 Un sentiment de distorsion tarifaire d'un soin

Certains médecins en venaient à comparer la valeur des actes médicaux au tarif d'autres métiers, soulignant une incohérence d'un acte médical sous rémunéré, selon eux :

E4 : « *Vu ce que les gens peuvent payer quand ils font venir le plombier, quelqu'un qui se déplace, qui vient et ne reste pas longtemps, et ce qu'il facture... on est des rigolos à côté* »

E8 : « *25 euros, je suis moins cher que le coiffeur, que la podologue, que l'ostéo qui me prend 60 balles, que le guérisseur qui prend 60 balles... enfin bon.... - d'un ton dépit -* »

E9 : « *La part complémentaire qu'ils m'avancent, je suis sûr qu'à la boulangerie, ils payent plus...* »

b.3 Un besoin de responsabilisation des patients

La santé aurait dû être une priorité pour les patients, et cela passait aussi par la notion de valeur d'un soin, et notamment au niveau financier. Les médecins exprimaient un besoin de responsabilisation des patients :

E8 : « *Et s'ils ne peuvent pas, il faudra leur demander d'arrêter de dépenser 10 euros dans un paquet de clope, ou de mettre 3 fois 60 euros chez un ostéo...* »

E9 : « *Ils se disent ils sont en ALD et tous est pris en charge de toute façon, ça me révolte un peu... c'est comme ci que c'était dû, c'était acquis...* »

b.4 Une restriction et une résistance du patient

Il arrivait que les médecins doivent faire face à des résistances en lien avec le tarif de consultation lorsqu'ils essayaient de coter certains actes :

E2 : « *C'est la vision qu'ont les patients... même si toi tu les informes "oui mais non là ça va être plus cher" ... bon après si c'est trop compliqué si pfff... J'en ai 3-4 comme ça c'est le mari qui fait le chèque tu vois ?* »

E5 : « *J'ai eu une année quand je remplaçais "oh c'est cher pour ce que c'est !" Tu te dis, faire valoir l'acte, ton travail... D'où c'est cher ?* »

E8 : « *Il y a une culture en France où les soins sont gratuits donc les gens ne sont pas prêts à payer* »

Cela pouvait même induire un renoncement au bénéfice de la cotation dans certaines situations :

E2 : « *Le chèque c'est 25... "ah ba ouais mais bon roh" ... "Bon bah laissez tomber"* »

E9 : « *Je lui annonce que j'ai fait sur la part obligatoire le tiers payant et il vous reste la part complémentaire, et "ah mais j'ai pas la carte bancaire!" Bon...* »

b.5 Une minimisation des actes par le patient

Parfois, c'est même le patient qui minimisait l'acte médical :

E9 : « *D'une mère qui a cette habitude, elle vient pour elle et elle amène ses 2 enfants, et elle me dit "bah vous pouvez passer la carte", "bien évidemment que je vais passer la carte parce que je vous consulte madame, mais ce n'est pas parce que je passe la carte que vous devez profiter* »

Certains médecins avaient même l'impression que c'est parfois les patients qui profitaient des tarifs fixés des consultations :

E3 : « *Les gens qui ont un créneau d'une demi-heure, ils savent qu'ils vont payer 25 euros à la fin. Ils savent bien que je ne vais pas leur demander 50* »

E9 : « *Ils ont attendu 30 min, 45 ou plus dans la salle d'attente, donc une fois devant moi, ils profitent au maximum* »

b.6 Une décision partagée sur la cotation

Pour une des médecins, la responsabilité de la rémunération devait être partagée avec le patient. Cette vision tendait à limiter un sentiment de culpabilité en lien avec l'obtention d'une rémunération. La valeur d'un acte pourrait être expliquée au patient et déconditionner la valeur d'une consultation GS à un temps de consultation :

E3 : « *Si on creuse aussi côté patient, une consultation ça coute tant, et que si vous avez besoin de passer plus de temps pour un souci ou plusieurs et vous savez qu'à priori ça durera plus de temps, donc ça coutera tant, je me sentirais dédouané et soulagé* »

3) Le regard des confrères, une composante générationnelle

a) S'entraider et se comparer

a.1 La cotation, source de discussion confraternelle

Entre généralistes, la cotation était source de discussion et de possible entraide :

E1 : « *Quand je discute avec mon collègue il me dit "tiens tu peux coter ça comme ça"* »

E3 : « *Je vois qu'en discutant avec les collègues que «ah oui tiens elle existe cette cotation !» Alors que je ne savais pas et je la faisais pas avant* »

Même si aborder cette part de la pratique était secondaire :

E2 : « *En fait c'est aussi bien d'avoir un collègue avec qui tu n'es pas toujours en train de parler de cotations... tu vas parler des patients, mais des cotations...* »

E7 : « *C'est pas un sujet principal dans nos discussions* »

a.2 Un point de comparaison

La cotation était même vue comme un outil de comparaison des pratiques :

E3 : « *Je ne sais pas ce que les autres font, après c'est au cours de la discussion où je m'aperçois que les autres font des choses que je ne fais pas... mais je ne sais pas si moi ce que je fais c'est différent des autres.* »

E4 : « *Je m'aperçois que certains sont très pointus, et d'autres pas du tout* »

E7 : « *Ca peut venir également si des confrères qui disent "la CPAM m'a refusé ça je ne savais pas que ça ne pouvait pas se faire comme ça".* »

a.3 Les internes, vecteurs d'informations

Le fait d'être Maître de Stage Universitaire (MSU) semblait déclencher un intérêt et une discussion autour des cotations des actes :

E6 : « *Les internes me disaient "tu sais il cote rarement qu'un G" et moi "ah bon???" Pourtant, je cote.... du coup ça m'a permis d'apprendre des cotations !* »

b) La cotation, témoin d'une génération

Pour les médecins plus expérimentés et plus âgés, coter ses actes prenait un sens différent par rapport aux jeunes générations de médecins.

b.1 Une transition difficile

L'évolution des pratiques avec l'apparition de l'informatisation et le développement des codes étaient plus difficilement vécus chez les anciennes générations que chez les nouvelles générations de médecins :

E4 : « *C'est vrai que le logiciel je ne comprends rien et ça m'agace vite...* »

E6 : « *Un collègue qui est parti à la retraite, il ne cotait rien du tout... G point à la ligne. Même pas la pédiatrie. Pas de différence....* »

Les anciens médecins n'étaient pas encouragés à utiliser les cotations par le passé :

E2 : « *Je ne suis pas de la même génération. Avant c'était ... si tu le faisais c'était bien mais on s'en fichait...* »

b.2 Une résistance au changement

De fait, les médecins plus âgés semblaient plus difficilement réceptifs à la modification de leur pratique, faisant émerger l'idée d'une résistance au changement :

E2 : « *Je côte GS, mais pour sortir de GS faut de l'énergie* »

E4 : « *Les téléconsultations je n'en n'ai pas fait. Je n'ai même pas de caméras toute façon. J'en ai commandé une, je ne l'ai pas reçue. Donc j'ai abandonné l'idée* »

b.3 Un désaccord sur l'orientation de la médecine générale

Aujourd'hui, ils ne se retrouvaient plus dans le développement des nouvelles pratiques :

E4 : « *Les tests je n'en fais pas ou très peu, et quand je les fais je ne les cote pas donc ...* »

E8 : « *Ca a ses limites. La téléconsultation avec des patients que tu ne connais pas, ça a ses limites.* »

Et plus globalement de l'orientation de la médecine générale :

E4 : « *J'ai reçu leur dernière lettre c'est "la médecine c'est comme ça"... je ne suis pas d'accord avec leur vision des choses, c'est peut-être l'avenir... mais ça sera pas avec moi je pense... c'est différent.* »

E8 : « *j'ai atteint un tel ras-le-bol, qu'effectivement, de me dire "tiens je me déconventionne".* »

b.4 Les cotations, un moyen de contrôle officieux

L'objectif final des cotations était même remis en question. Plus qu'une portée politique de promotion de certaines prises en charge, la cotation prenait ici le sens d'un moyen de chantage sur la rémunération des médecins :

E2 : « *Je pense que les cotations sont utilisées, mais pas pour les mêmes raisons que nous. Je pense qu'ils les utilisent pour dire "vous voyez on vous avait donné 100 millions sur ces cotations et vous n'avez utilisé que 4 millions". Je pense que c'est à double tranchant les cotations. C'est un peu comme des mouchards.* »

b.5 Une prise en main facilitée pour les jeunes générations

Les jeunes générations prenaient en main plus facilement cette partie de la pratique de notre métier, que ce soit par des formations ou par l'image du métier qui était transmise :

E2 : « *Je pense que vous, vous êtes peut-être plus formés quand vous sortez de vos études au métier. Vous avez des connaissances et des pratiques du métier. Que nous c'était plutôt limité aux connaissances. Tout ce qui est lié à l'activité libérale, cotation, retraite, futur ... rien* »

E6 : « *Je pense que les jeunes médecins sont sensibilisés plus tôt à l'intérêt de le faire. Donc ils prennent en main le système plus tôt* »

Les jeunes générations de médecin sentaient que leur pratique évoluait et que le sens qu'ils donnaient à la cotation changeait. L'expression d'une valorisation se faisait au fur et à mesure de l'expérience :

E6 : « *Au début quand je me suis installée, je ne faisais que des actes simples... »*

E9 : « *On a des compétences plus élargies et plus poussées et on se doit d'aller plus loin dans notre diagnostic pour assurer la prise en charge... nos moyens d'aujourd'hui ne sont pas ceux d'autres fois »*

3) Schématisation des résultats

L'analyse inductive des verbatim avait fait émerger des sous thèmes et thèmes, qui avaient ensuite été intégrés en unité de sens, pour trouver des concepts qui tentaient de répondre à la question de recherche (20).

Les six thèmes retenus pour comprendre le sens de la cotation des actes par les médecins généralistes étaient donc :

- L'expression d'une valorisation des pratiques
- L'obtention d'une rémunération et la recherche d'une valeur
- Un investissement personnel
- L'enjeu politique et la communication par la sécurité sociale
- La place du patient et la cotation des actes
- Le regard des confrères, une composante générationnelle

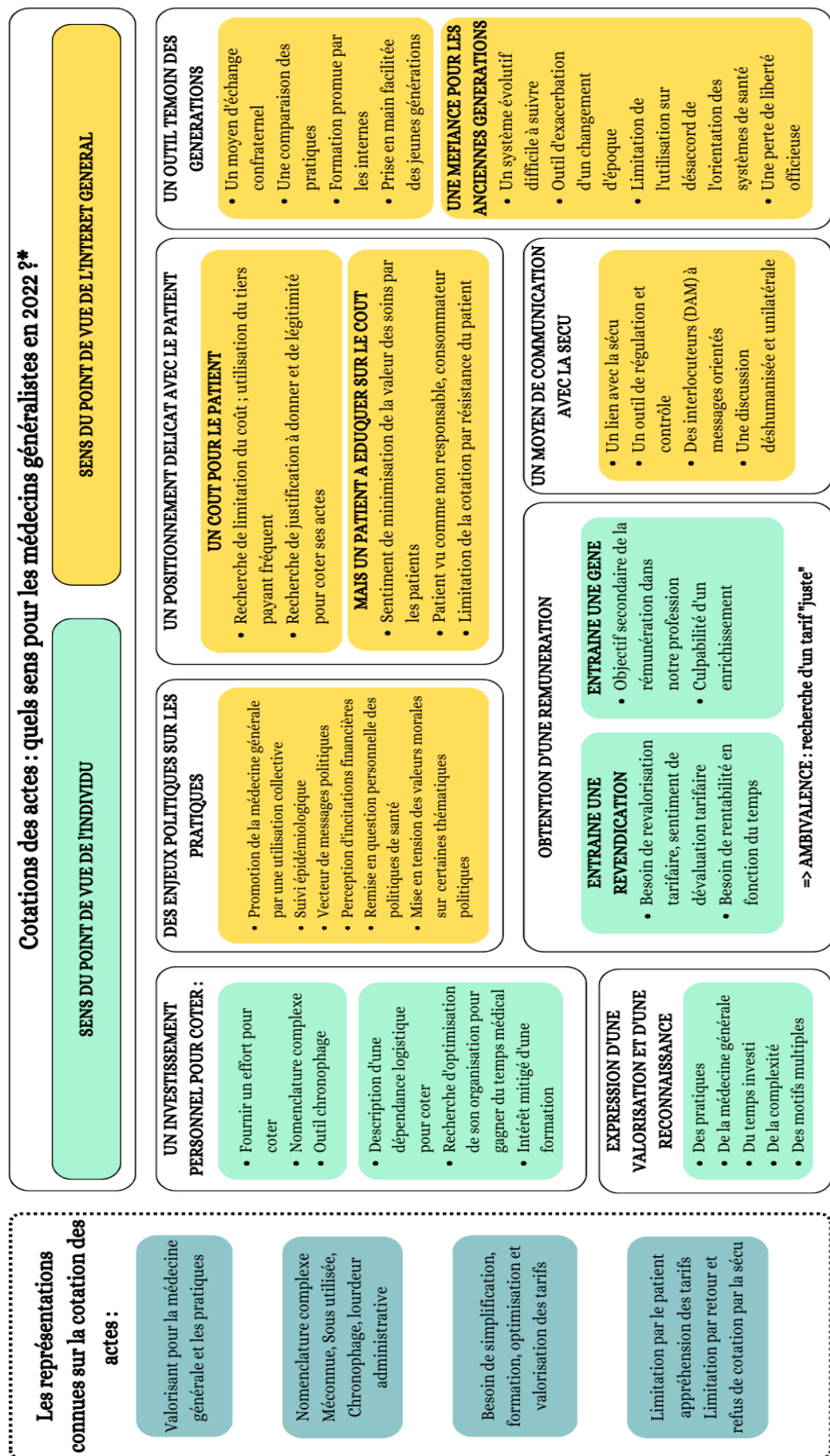
Les différents sens de la cotation des actes par les médecins généralistes lors des entretiens étaient résumés dans un schéma explicatif ci dessous. De nombreux sous thèmes détaillaient plus amplement les thèmes. Ces thèmes avaient été ensuite catégorisés en unité de sens puis en concept, ce qui permettait aussi de présenter les résultats de façon lisible et logique.

Certains sens décrits, comme la valorisation de l'exercice, la recherche d'une valeur dans le travail, de l'image qu'en a le patient, et le besoin de communication avec l'Assurance Maladie avaient pris une place plus importante dans les expériences de chacun.

Chaque expérience de la cotation était différente. Bien que le guide d'entretien avait été suivi, les thèmes abordés étaient variés et chaque approche avait apporté de nouveaux éléments. La tonalité des entretiens était plus ou moins marquée selon les interlocuteurs :

- l'entretien n°1 : était marqué par le besoin de respecter les conditions et les règles fixées en matière de cotations,
- l'entretien n°2 : percevait de façon nette les cotations comme un outil de contrôle et s'en méfiait,
- les entretiens n°3, 9 percevaient la cotation comme secondaire, et avaient fortement évoqué la recherche d'un équilibre professionnel et personnel,
- l'entretien n°4 : exprimait pendant la quasi totalité de l'entretien un sentiment d'exaspération et d'agacement en lien avec la complexité de la nomenclature et de la mise en place logistique des cotations,
- l'entretien n°5 et 6 : l'optimisation de la pratique et l'organisation de la cotation des actes étaient des thématiques redondantes,
- l'entretien n°7 : était particulièrement soucieux du message politique des cotations, et adaptait la cotation selon un équilibre de valeurs morales,

- l'entretien n°8 : remettait en question de façon prépondérante dans la discussion l'évolution de l'orientation de la médecine générale et l'apparition d'une nouvelle génération de médecins avec les changements qui l'accompagnent.



*Les sens sont tirés de l'expérience individuelle de chaque médecin interrogé. Tous les sens ne sont donc pas nécessairement présents pour chacun d'entre eux.

IV) DISCUSSION

Une des forces de cette étude était le choix d'un sujet ayant attiré à une pratique universelle dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine générale. En effet, presque la totalité des médecins généralistes étaient conventionnés avec l'Assurance Maladie (10) et donc utilisaient pluri-quotidiennement les cotations médicales dans le cadre de leur exercice. Coter ses actes était source de questionnement, personnel sur sa pratique individuelle, mais également collective sur le système de santé. C'est pourquoi l'intérêt de comprendre les mécanismes régissant nos pratiques pourrait nous permettre de nous améliorer. Une autre force de l'étude était qu'elle a été réalisée à un carrefour, après une période riche en informations sur les cotations médicales dû entre autre à la crise sanitaire du COVID19 et avant le début des négociations conventionnelles concernant la prochaine convention médicale (22). La convention médicale étant en vigueur initialement pour 5 ans et la dernière ayant été signée en 2016, les retours d'expériences retrouvés dans l'analyse permettaient de tenir compte d'un recul des médecins sur leur pratiques et leur ressenti actuel.

De plus, l'étude intervenait au moment d'une cristallisation de revendications sur les pratiques et la tarification des actes des médecins libéraux. Des mouvements de grèves des médecins généralistes, tous syndicats confondus et inédits depuis plusieurs années en témoignaient (23).

A notre connaissance, Il n'y avait pas eu d'étude récente qualitative recherchant le sens que donnaient les médecins à la cotation de leur acte. Les dernières études réalisées en rapport avec la cotation exploraient les connaissances sur la nomenclature. D'autres, exploraient les représentations sur la cotation des actes avec une méthodologie différente, et surtout, ayant eu lieu peu de temps après la signature de la convention médicale de 2016.

Une relecture des verbatims et une seconde analyse avaient été faite par une médecin remplaçante, elle même réalisant une étude qualitative pour sa thèse d'exercice de médecine générale.

Une des limites de cette étude était qu'elle a été réalisée par un investigateur novice en la matière d'étude qualitative. La méthodologie s'était voulue explicitée et rigoureuse pour limiter les biais. Un guide d'entretien avait été préparé et la trame avait été suivie. Au fil des entretiens, les explorations des thèmes étaient plus vaste et plus accentuée compte tenu de l'expérience des premiers entretiens.

Comme toute étude qualitative, la recherche était sujette à un possible biais d'interprétation lié à l'investigateur. L'analyse en phénoménologie interprétative laissait recourir à une subjectivité de la part de l'investigateur, notamment dans la catégorisation en thème et unité de sens. Pour limiter ce

biais, des allers retours constants entre les thèmes, unité de sens suite à l'analyse et les verbatims avaient permis de vérifier la pertinence de l'analyse (20).

Un autre biais de l'étude était un possible biais de désirabilité des médecins interrogés. En effet, l'investigateur connaissait trois des interlocuteurs (E1, E2, E5), ayant effectué des remplacements dans le cabinet d'exercice. Cette connaissance de l'interlocuteur, malgré la présence d'un anonymat lors de la retranscription des entretiens et dans le déroulement de l'étude, et d'une pratique dissocié (absence du remplacé pendant les remplacements) avait pu induire une forme de censure sur certains sujets plus délicats comme la vision de la rémunération ou sur certaines conditions d'exercices. A contrario, il était aussi possible que les discours aient été favorisés en permettant une discussion plus sereine.

Avec ce type de recherche qualitative, la saturation des données n'était pas recherchée ni souhaitable. En effet, il s'agissait d'une expérience d'un phénomène décrit par un individu qui tente d'expliquer, avec ses mots, les sens que lui y donnait. C'est pourquoi les entretiens avaient été stoppés après neuf entretiens et suite à de nombreuses données déjà recueillies. Au neuvième entretien, de nouvelles données continuaient à apparaître.

Les médecins exprimaient à travers la cotation un moyen de valoriser leurs compétences, leurs pratiques et le temps consacré à la réalisation de l'acte. La valorisation des actes prenait plusieurs formes. Tout d'abord, les médecins étaient satisfaits de la possibilité de pouvoir coter certains actes, quand une cotation spécifique le permettait. Cela correspondait notamment à la pratique d'actes de prévention (CSO, CCP) ou bien des actes complexes comme les visites longues (VL) ou les majorations de sortie d'hospitalisation ou de coordination, actes généralement chronophages. Les médecins utilisant les cotations spécifiques de prévention se sentent généralement plus à l'aise avec l'idée de prendre du temps pour ce type d'actes lorsqu'ils savent qu'une cotation existe (24). D'ailleurs, plus la durée de consultation est longue, plus les médecins cotent de façon certaine leur acte de prévention (18). Ce besoin de coter se matérialise par un besoin de reconnaissance (25). Les médecins se représentent souvent la cotation comme un outil source d'agacement et associé à une tâche administrative (14). En 2016, une étude estime le temps administratif hebdomadaire pour un médecin généraliste à 13,1h pour un temps travaillé de 57 heures (26). Une autre étude sur une population différente de médecins généralistes estimait un temps administratif de 7 heures par semaines pour un temps horaire de 50h en moyenne (27). En 2022, ce temps administratif ne semble pas s'être allégé et la charge pèse toujours sur les médecins généralistes

(28). La satisfaction provoquée par l'accomplissement du travail dans le cadre professionnel (29) permet de lutter contre un stress en lien avec des tâches administratives. Ce stress entraîne parfois un déséquilibre entre la sensation d'effort fourni et de reconnaissance obtenue (30), ce qui favorise le risque de syndrome d'épuisement professionnel (31, 32) chez une population (les professionnels de santé) à risque. Ainsi, coter ses actes prendrait le sens d'une satisfaction et d'une valorisation par la reconnaissance du travail accompli. Développer les cotations valorisant les spécificités des missions du médecin généraliste traitant, en permettant cette reconnaissance, améliorerait certainement le bien être des médecins les utilisant.

Ensuite, certaines cotations des médecins généralistes se retrouvaient parfois refusées car les cotations n'étaient pas adaptées à la pratique quotidienne. Le besoin de déclaration du médecin traitant nécessaire sur des situations d'urgence, les conditions des visites longues tous les trimestres révolus pour être validées, ou encore des refus sans cause évidente (comme des refus sur des tests antigéniques COVID19 bien conduits) étaient cités. Toutes ces situations entraînaient un sentiment de frustration en lien avec des actes réalisés, non valorisés et non rémunérés. En 2019, un rapport de la Task Force dans le grand plan "Ma Santé 2022" sur le financement de la santé proposait le lancement d'un travail sur la cohérence des actes de la nomenclature (33). En 2021, un Haut Conseil de la Nomenclature est créé afin de réévaluer les actes et la nomenclature (34) pour les 5 ans à venir. L'objectif est de vérifier la cohérence des actes et non d'en fixer les tarifs (qui sont discutés lors des négociations entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professionnels de santé). Mais ce Haut Conseil s'intéresse en priorité aux 5000 actes techniques de la CCAM, qui concernent peu les médecins généralistes. Au quotidien, l'adaptation des cotations se fait par la remontée des informations à l'Assurance Maladie, par le biais des délégués d'Assurance Maladie, de la messagerie sur ameli.fr et des commissions paritaires locales, régionales et nationales. Les syndicats relaient aussi ce besoin de simplification (35). Lors des négociations conventionnelles pour la nouvelle Convention 2023 ayant débutées fin 2022, la CNAM entend cette attente et souhaite simplifier la nomenclature et son utilisation avec une nouvelle cotation des actes cliniques avec 3 niveaux de consultations (36, 37) remplaçant de multiples majorations de cotations créées ces dernières années. La simplification des cotations pourrait entraîner moins de rejets de l'Assurance Maladie et de mieux valoriser financièrement leurs actes.

Enfin, la cotation comme un moyen de valoriser leurs compétences faisait aussi naître un sentiment de frustration lorsque les médecins décrivaient un refus de paiement de leurs actes par l'Assurance Maladie. Les retours négatifs et les refus, survenant lors d'erreurs ou de contrôle par l'Assurance Maladie, ne semblaient pas toujours justifiés du point de vue des médecins généralistes.

L'Assurance Maladie tente d'améliorer sa communication avec les professionnels de santé et notamment les médecins via les délégués d'Assurance Maladie (38). Ces délégués semblent bien accueillis par les médecins. Cependant, ces derniers émettent des réserves sur les messages transmis (notamment les problèmes de rejet de paiement) et l'implication de ses délégués sur leurs pratiques (39). Le ressenti exprimé des médecins interrogés sur le nombre de refus et sur le délai de paiement dans l'étude semblait beaucoup plus péjoratif que les données transmises par le rapport de l'IGAS (Inspection Générale des affaires sociales) (40) sur le nombre de feuilles de soins électroniques rejetées. Les FSE rejetées en rapport avec le tiers payant AMO pour le régime général est donné à 1,1%, et jusqu'à 5,2% pour le tiers payant AMC. Les délais de paiement sont annoncés inférieurs à 5 jours pour plus de 90% des FSE et de 6 à 17 jours pour les feuilles de soins papiers. Ces données ont très certainement évolué en 2022 suite à la mise en place de nouveaux dispositifs et la consolidation des outils déjà existants comme l'ADRI, permettant la vérification des droits des patients et limitant le risque de rejet de feuille de soin pour anomalie administrative (41). Si ce sentiment de frustration dû aux contrôles de l'Assurance Maladie existe chez les médecins généralistes, des faits de fraudes sont toutefois constatés (42). En 2019, le préjudice de fraude avec les médecins généralistes est estimé entre 185 à 215 millions d'euros sur un total de 6 milliards d'euros remboursés. 34% de ce préjudice concerne des prestations fictives ou des facturations multiples frauduleuses, 29% serait lié au non respect de la nomenclature ou de la réglementation (43). En réponse, l'Assurance Maladie compte renforcer son plan de lutte de contre la fraude (38, 42), notamment en utilisant des outils prédictifs informatiques (comme le big data, le data-mining et la data-visualisation). Les contrôles sur les cotations risquent de se multiplier, et le sentiment actuel de colère des médecins pourrait augmenter avec le renforcement de cette politique.

L'objectif principal de la cotation hormis la recherche de valorisation et de reconnaissance était l'obtention d'une rémunération. La vision sur la rémunération changeait en fonction des médecins interrogés. Certains étaient gênés en abordant ce sujet, tandis que d'autres le revendiquaient. Pour tenter d'expliquer ce ressenti sur la rémunération, il est intéressant de se questionner sur l'objectif de la pratique du médecin généraliste. Si l'on considère être médecin comme un "travail de vocation" (44), c'est à dire une profession à part entière mêlant une vocation avec des règles d'ordre professionnel, alors l'objectif final de l'interaction avec le patient ne se limite pas au désir ou au besoin financier (45). La perception des honoraires apparaît ambivalente et une gêne est perceptible. Cette notion fondamentale de "travail de vocation" se retrouve dans le serment d'Hippocrate : "Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire" (46). Même si la vocation est importante, elle ne représente pas une condition nécessaire à l'exercice médical. Il n'est pas incompatible d'exercer sa profession de médecin et de vivre des revenus qui en

découlent (44). Les revenus des médecins proviennent en majorité du paiement à l'acte, et de façon minoritaire de revenus forfaitaires (13,4% en 2020 de la part de la rémunération selon la Cour des Comptes (47)). Le mode de rémunération par le paiement à l'acte tend à favoriser la multiplication des actes pour augmenter les revenus (48) et montre ses limites (33, 49). Certains pays ont adopté des modes de rémunération différents, privilégiant la capitation comme au Royaume Uni ou en Italie (50). La rémunération se fait sur la base de "forfait" annuel établi pour chaque patient suivi. Ce mode de rémunération, lorsqu'exclusif peut avoir un effet de contre-balancier du paiement à l'acte. Les médecins tendent à réduire le nombre d'actes pour un patient donné pour diminuer leur temps de travail, sélectionnent les patients en "bonne santé" pour libérer du temps et le délai de rendez-vous augmente pour le patient (1). En France, la rémunération à l'acte a été pondérée par le biais de forfaits (7). Depuis 2019, plusieurs expérimentations de 5 ans sur des nouveaux modes de rémunérations forfaitaires sont en cours (51). L'IPEP (incitation à une prise en charge partagée (52)) est une rémunération complémentaire du paiement à l'acte par incitation donnée à une équipe pluri-professionnelle s'organisant pour la prise en charge d'une patientèle donnée. Le PEPS (paiement en équipe des professionnels de santé en ville (53)) est un mode de rémunération entièrement forfaitaire pour une équipe de soin donnée pour une patientèle donnée. A l'avenir, ce sentiment ambivalent sur la rémunération pourrait être atténué avec la montée de la part des modes forfaitaires de rémunération (1, 50), ce qui semble être un axe privilégié pour la prochaine Convention en 2023 (47, 33, 49).

La cotation perçue comme une rémunération exprimait aussi une revendication. Les médecins jugeaient insuffisant le tarif de la consultation de médecine générale, même si celui-ci a augmenté régulièrement depuis les années 2000 pour atteindre 25 euros suite à la dernière convention. Les augmentations progressives du BNC des médecins lors de ces vingt dernières années ne correspondent pas toujours à une augmentation des revenus, particulièrement lorsqu'elles sont rapportées à la valeur de l'euro et pondérées à l'inflation (50). Les revalorisations tarifaires de la convention médicale de 2016 (10), censées être favorables aux médecins généralistes, n'ont finalement pas permis une augmentation conséquente de leur rémunération (54). Les revenus moyens ont peu augmenté, et ont même subi en 2020 une perte de 1,8 % en moyenne suite à la crise sanitaire du COVID 19 (55). Les revenus de 2021 intègrent la reprise totale de l'activité et les différentes mesures mises en place pendant la crise sanitaire et progressent de 5,84% (56). Selon la CARMF, cette augmentation de revenus s'explique par une augmentation de l'activité globale des médecins pour des raisons démographiques et conjecturelles, et non du fait d'une revalorisation financière (57). En outre, exprimer le sentiment de ne pas être rémunéré à sa juste valeur est délicat et mal reçu par l'opinion publique, dans un contexte où le revenu annuel moyen des médecins généralistes atteint 89900 euros (55), soit 3

fois le revenu moyen d'un salarié du privé en 2020 en France (58). L'enrichissement du médecin ne contribue pas à l'image favorable d'un médecin dévoué et désintéressé (59, 60). Avec une inflation estimée à 6,2% sur l'année 2022 (61) suite à la crise sanitaire du COVID19 et les conséquences de la guerre en Ukraine, les prix de certaines prestations, comme la coiffure, ont dépassé ceux de la consultation de médecine générale. Ce constat a engendré un sentiment de colère chez une partie des médecins, même si une prestation de service et un soin ne sont pas comparables (62). Ainsi, des mouvements de contestations sur les réseaux sociaux revendiquent une revalorisation de la consultation à 50 euros (63). Dans le cadre des négociations conventionnelles, la CNAM a proposé aux syndicats médicaux une revalorisation des actes simples (la cotation C) à hauteur de 28 ou 30 euros maximum, mais surtout 2 autres niveaux de consultation pour les situations complexes (jusqu'à 60 euros) afin de valoriser le travail du médecin généraliste traitant. Une fois la convention signée, l'usage réel des différentes cotations permettra d'évaluer si la rémunération des médecins généralistes augmente vraiment.

Les médecins considéraient la valeur des actes comme insuffisante, mais restaient soucieux de ne pas "surestimer" ce même tarif. Certaines pratiques comme les réponses aux demandes d'ordonnance pour des soins de podologie, des séances d'orthophonie, des explications sur les résultats de biologie par téléphone ou encore les réponses aux demandes par mail n'entraient pas dans le champ d'une possible cotation et ne justifiaient pas le tarif d'une consultation de médecine générale. Sur l'usage du téléphone dans le cadre du conseil médical, le code de santé publique est clair : "Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire" (64). Cependant, l'adaptation des conditions d'exercices lors de la crise sanitaire du COVID19 a limité le contact physique direct avec les patients. Les pouvoirs publics ont mis en oeuvre une série de mesures dérogatoires permettant la pratique de la téléconsultation, prise en charge par le tiers payant intégral (65), jusqu'à autoriser la consultation avec le seul usage du téléphone (66). Les médecins se sont saisis de la téléconsultation, avec 13,5 millions de consultations à distance réalisées en 2020. La pratique de la téléconsultation séduit et se pérennise en dehors des situations de confinement et représente 9,4 millions de consultations soit 3,7% de l'activité globale des médecins en 2021 (67). Pourtant, la perception de la téléconsultation par les médecins généralistes est ambivalente : elle exprime d'une part une mise en place logistique avec une cotation TCG aisée, sécurisante pendant la crise sanitaire et valorisante pour certaines pratiques comme celles citées par les médecins dans notre étude ; et d'autre part, elle présente aussi des limites importantes avec un besoin d'examen clinique, une relation médecin-patient modifiée, une sélection d'une patientèle en capacité d'utiliser ce mode de consultation et un risque d'abus (68, 69, 70). Le cadre législatif sur la téléconsultation continue d'évoluer mais l'usage du

téléphone seul est désavoué (70). Enfin, un des grands défis du projet "Ma santé 2022" est de lutter contre les déserts médicaux et de favoriser un accès aux soins primaires pour tous (71). La téléconsultation semblait être une alternative intéressante pour améliorer l'accès aux soins, cependant les patients y ayant recours habitent dans les grands pôles urbains, et en majorité en dehors des zones déficitaires en médecins (67). Le développement de la téléconsultation devra passer entre autre par le développement du numérique dans ces zones déficitaires en médecin, qui sont aussi souvent des zones « blanches » numériques et en terme de services. La prise en compte des actes médicaux avec une forte composante administrative comme la lecture des mails, des comptes rendus et des biologies pourrait permettre de valoriser ses actes sans les surestimer. Un financement forfaitaire de l'utilisation par les médecins des nouveaux espaces numériques de santé (pour l'envoi d'ordonnances ou des réponses des patients) est déjà acté dans l'avenant 9 de la convention médicale de 2016 (72). Poursuivre la promotion de la communication numérique avec les patients pourrait valoriser ces pratiques, sans passer par de nouvelles cotations. Enfin, accompagner les médecins par l'information et la formation aux nouveaux espaces numériques améliorerait la prise en main de ces outils déjà disponibles. Certains patients seront néanmoins toujours en difficulté pour utiliser ces outils numériques.

La cotation et le règlement des actes représentaient une rémunération pour les médecins, mais aussi un coût pour les patients. Les médecins cherchaient fréquemment à ce que le coût final de la consultation soit le plus faible possible pour le patient. En parallèle, ils avançaient aussi un besoin d'éducation et de responsabilité sur le coût de la santé du patient. Pour les médecins, les patients ne percevaient pas la valeur des actes et le coût global à partir du moment où ils ne réglaient pas la consultation. Ce besoin de réduire le coût s'inscrit dans le système de santé français qui vise à donner un accès aux soins à tous et pour tous (71). Le reste à charge en France en 2020 est de 202 euros par habitant (73), soit un des plus bas en Europe (73, 74). De nombreux dispositifs existent afin de réduire le coût pour les patients, comme le tiers payant de plus en plus utilisé par les médecins dans leur pratique quotidienne (75). Toutefois en 2016, les médecins se sont fermement opposés à la réforme sur la généralisation du tiers payant (76). Faire régler un patient introduit de la valeur dans le travail du médecin : une valeur financière, une valeur associée à un investissement en temps, en complexité, et introduit même un contrat tacite justifiant un résultat (5, 13, 77). Cette vision du règlement de la consultation transforme alors le patient en consommateur de soins (78, 79), ce que les médecins souhaitent pourtant combattre (77, 80). Ce ressenti d'une consommation de soins est depuis quelques années démultiplié, entre-autre avec l'essor de la téléconsultation pouvant favoriser une image "d'ubérisation" de la santé (81, 82). Dans une étude qualitative sur les représentations du tiers payant

chez les patients (83), ces derniers comparent les actes aux prix du pain. Pour les patients, le fait de payer la consultation obligerait le médecin à s'investir d'avantage, et une généralisation du tiers payant désintéresserait le médecin dans sa pratique quotidienne. Le règlement de la consultation ne semble pas permettre une responsabilisation des patients comme les médecins l'imaginent et aggraverait même l'accès au soin pour les patients les plus démunis. Cette responsabilisation par le paiement augmenterait alors les dépenses de santé par le risque de retard de prise en charge (77, 81). Si l'on souhaite modifier cette perception de responsabilisation sur le coût de la santé, il faudrait agir du côté des médecins et des patients. Pour les médecins, il serait essentiel de déconditionner l'image du règlement du patient de la valeur du soin. Pour cela, il serait intéressant de développer des moyens de valorisation de la pratique sans rapport avec la rémunération. Dans ce contexte précis, les classes politiques pourraient communiquer et recentrer leurs priorités sur la santé pour améliorer l'image du soin et faire comprendre les attentes des médecins. Pour les patients, la responsabilisation en matière de coût doit être distingué de l'éducation à la santé. Le choix de thèmes ciblés sur du long terme en matière de prévention, et d'éducation à la santé (par exemple : les épisodes épidémiques d'origine virale) par le biais des médias devrait être maintenu, comme pendant la période du COVID19.

Enfin, coter ses actes prenait un sens politique pour certains des médecins. Pour certains la cotation permettait une remontée d'information sur leurs pratiques à l'Assurance Maladie, pour d'autres la cotation représentait une incitation financière à la réalisation de certaines pratiques. En effet, la dernière convention de 2016 a revu les cotations sur la prévention et la coordination des soins, ou bien encore sur les consultations d'annonce pour des pathologies graves. Ces cotations permettent de représenter et valoriser une pratique déjà existante, mais aussi d'inciter financièrement les médecins à les utiliser et faire évoluer les pratiques. Les médecins se saisissent de ces cotations progressivement (24, 18). Plus récemment, cette incitation a aussi été utilisée lors de la mise en place des rémunérations complémentaires lors de la vaccination, de la réalisation de test antigéniques COVID19 et de la téléconsultation (65). Les nouvelles cotations permettent donc de créer une dynamique en matière d'organisation des soins et des pratiques. L'incitation financière des cotations sur certaines thématiques ciblées était pourtant remise en question dans les entretiens avec les médecins. La promotion de cotations dépend d'enjeux politiques, puisque la convention médicale est proposée par le conseil de l'UNCAM dont le directeur est nommé par le Président de la République (84), et dont le fonctionnement dépend des prérogatives des ministres en fonction. Pour 2023, 4 axes sont fixés dans une lettre de cadrage au conseil de l'UNCAM (85) : la lutte contre les inégalités, le développement de la prévention, la libération de temps médical supplémentaire et le développement

du numériques en santé. Ces axes sont un continuum de la convention de 2016. La future convention devra proposer une organisation des soins pour répondre à la crise démographique médicale (86, 87) existante et future. Les médecins sont méfiants sur ces questions, inquiets sur l'avenir (88) et vigilants sur les discussions et débats à venir (89). Promouvoir le retour d'expérience des médecins sur leurs pratiques de façon plus régulière par des canaux spécifiques (sondages, entretiens, analyses statistiques) et encourager leur engagement politique et syndical permettrait de consolider et légitimer les revendications, lors de négociations conventionnelles, sur leur exercice actuel et futur.

V) CONCLUSION

En France, les médecins généralistes libéraux sont majoritairement rémunérés à l'acte grâce à un système de cotation. Les médecins avaient déjà beaucoup de freins à utiliser toutes les cotations disponibles au début de la convention médicale de 2016. L'évolution des pratiques depuis 2016 et la crise sanitaire du COVID19 fait questionner l'utilisation de ces cotations par les médecins en 2022.

Notre étude avait pour objectif de comprendre les sens que donnent les médecins généralistes à la cotation de leurs actes. Le choix d'une méthodologie qualitative par entretien semi-dirigé de médecins généralistes avec une analyse phénoménologique permettait d'apprécier de nouveaux éléments sur la façon de coter des actes par les médecins.

La cotation des actes médicaux par les médecins ne se limite pas qu'à un effet rémunérateur. En effet, les médecins expriment une valorisation de leur exercice et apprécient un moyen de reconnaissance par la cotation de leurs actes. Devant la complexification des pratiques de la médecine générale, une charge administrative conséquente sur l'emploi du temps des médecins généralistes et le stress qu'elle engendre, il n'est pas étonnant que cette valorisation s'accompagne d'une recherche de rémunération. La rémunération globale des médecins généralistes augmente, en lien avec l'augmentation de l'activité, mais les revenus eux n'augmentent pas, ce qui dans le contexte inflationniste actuel cristallise une colère des médecins libéraux.

Cependant, cette revendication de revalorisation est parfois ambivalente lorsque les médecins considèrent que l'enrichissement financier personnel n'est pas un objectif professionnel. Ils sont alors gênés vis-à-vis de la valeur de certains actes comme un conseil médical par téléphone ou par mail qu'ils jugent surévalué s'ils décident de réaliser une consultation physique dans un mode de rémunération à l'acte actuel. Depuis la crise sanitaire du COVID19, les médecins ont d'ailleurs bien pris conscience que ces pratiques n'étaient pas valorisées. La prise en compte de l'utilisation des espaces numériques depuis l'avenant 9 de la convention médicale de 2016 valorise financièrement ce type de pratique par des indicateurs forfaitaires, sans pour autant que l'usage progresse. De part cette gêne sur la rémunération exprimée, certains médecins remettent en cause le paiement à l'acte. La montée des rémunérations forfaitaires depuis quelques années pour limiter les effets de productivisme d'un paiement à l'acte s'accroît. Les pistes privilégiées pour l'avenir semblent être le développement de mode de rémunération mixte et forfaitaires comme en témoignent les expérimentations IPEP et PEPS.

La cotation des actes représente aussi un effort quotidien dans la pratique des médecins ainsi qu'une source de frustration en lien avec la complexité et la

communication de l'Assurance Maladie. Les freins connus sur la nomenclature décrite comme complexe et parfois incohérente persistent encore aujourd'hui. Les médecins regrettent une réponse informatique déshumanisée, exacerbée par des rejets administratifs de leurs cotations. La mise en place de système comme l'ADRI et l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription permettent la réduction du taux de rejet des feuilles de soins par l'Assurance Maladie. Toutefois, le développement des moyens de contrôle informatique avec l'utilisation du big-data risque de multiplier les rejets administratifs. L'image de cette communication ne semble pas être redorée par la discussion avec les délégués de l'Assurance Maladie, dont les médecins critiquent l'approche et les messages délivrés.

Bien conscients des enjeux politiques de santé publique qui s'expriment à travers l'usage des cotations médicales, les médecins perçoivent la cotation comme un moyen de transmettre l'image de leur profession et de leur pratique à l'Assurance Maladie, aux responsables politiques et aux patients. Les médecins se saisissent progressivement des cotations mises en places lors de la convention de 2016 en matière de prévention et modifient leurs pratiques en conséquence. Pendant la crise sanitaire du COVID19, les incitations financières à la réalisation de la téléconsultation, de consultations de préventions et des conditions de réalisation de tests ont d'ailleurs convaincu les médecins. Depuis l'essor de la téléconsultation, ils s'inquiètent de l'orientation vers une ubérisation de la médecine avec une surconsommation de soins dans un contexte où une crise démographique médicale sans précédent frappe la France. Certains médecins cherchent même à responsabiliser leurs patients sur le coût de la santé par la cotation. Pourtant, faire payer les patients ne permettrait pas de réduire cette surconsommation et favoriserait un retard d'accès au soin. Le développement d'une éducation à la santé (et pas seulement au coût de la santé) auprès de la population éviterait cette surconsommation et cette inquiétude.

Pour les médecins généralistes libéraux, la cotation de leurs actes soulève de nombreuses questions sur leurs pratiques, leur mode de rémunération et leur image à travers la société et le système de santé. Les défis en lien avec la cotation des actes se traduiront à travers la future convention médicale de 2023. Les négociations conventionnelles entre les syndicats de médecins libéraux et l'UNCAM ont démarré en novembre 2022 et les premières pistes évoquées prévoieraient une refonte de la nomenclature dans un but de simplification et de revalorisation des actes, ainsi qu'une évolution des modes de rémunération par la progression des revenus forfaitaires, notamment via le forfait médecin traitant. Gageons que ces mesures permettront le choc d'attractivité dont la médecine générale traitante a besoin.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRAS Pierre-Louis, « Paiement à l'acte/capitation : une réforme ébauchée mais avortée », *Les Tribunes de la santé*, 2017/4 (n° 57), p. 71-89. DOI : 10.3917/seve.057.0071. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-4-page-71.htm>
2. Carine Franc, Rémunération des médecins généralistes en France : une combinaison complexe d'incitations économiques, *Actualités, ADSP*, n°108, Septembre 2019
3. Véronique Suard, Historique des conventions médicales, Synthèse Documentaire, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Mars 2022,
<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>
4. DREES, Les dépenses de santé en 2021, Résultats des comptes de la santé. Panoramas de la DREES, Editions 2022, 15 Septembre 2022
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/CNS2021_MAJ101122.pdf
5. Paris, Valérie, et Marion Devaux. « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, vol. 40, no. 3, 2013, pp. 45-52.
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-3-page-45.htm#:~:text=Les%20centres%20de%20sant%C3%A9%20publics,dans%20ces%20centres%20sont%20salari%C3%A9s.>
6. Barnay, Thomas, Laurence Hartmann, et Philippe Ulmann. « Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2007, pp. 109-126.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2007-1-page-109.htm>
7. Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signée le 26 juillet 2011
http://infoslettre.info/24/IL86/pdf/conv_med_annexes_26-07-2011.pdf
8. Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), version du 4 Novembre 2022
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/NGAP%2004.11.2022_VF.pdf

9. Haute Autorité de Santé, Evaluation des actes professionnels, 22 Janvier 2019
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2821948/fr/evaluation-des-actes-professionnels
10. Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et L'Assurance Maladie, signée le 25 Aout 2016
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/767727/document/texte_conventionnel_version_consolidee_avenant_9.pdf
11. Vincent Garnier, Covid-19 : création d'une consultation de prévention à hauteur de 40 euros pour les personnes vulnérables, Dépêche apm news, publié le 21 Décembre 2020
[https://www.apmnews.com/freestory/10/360946/covid-19-creation-d-une-consultation-de-prevention-a-hauteur-de-40-e-pour-les-personnes-vulnerables#:~:text=PARIS%2C%2021%20d%C3%A9cembre%202020%20\(APMnews,charge%20par%20l'assurance%20maladie.](https://www.apmnews.com/freestory/10/360946/covid-19-creation-d-une-consultation-de-prevention-a-hauteur-de-40-e-pour-les-personnes-vulnerables#:~:text=PARIS%2C%2021%20d%C3%A9cembre%202020%20(APMnews,charge%20par%20l'assurance%20maladie.)
12. Assurance Maladie, Avenants 9 : les mesures applicables depuis le 1er avril, ameli.fr, publié le 26 Avril 2022
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-les-mesures-applicables-depuis-le-1er-avril>
13. MG France, Cotations, Cotez, vous le méritez !, Publié le 5 Février 2021
<https://www.mgfrance.org/medge/314-n-2/2788-cotations>
14. Baptiste Watrin, Comportement et représentations des médecins généralistes concernant la classification commune des actes médicaux, thèse d'exercice, Université de Lorraine, soutenue le 29 Mai 2017
<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931789>
15. Charline Poissonnet, Freins à la cotation des actes en médecine générale : étude quantitative auprès de 1201 médecins généralistes des Pays de la Loire, Thèse d'exercice, Université de Nantes, soutenue le 6 Avril 2017
16. Danaé Sorel-Guillemot, Utilisation des cotations ne nécessitant pas de geste technique par les médecins généralistes libéraux bretons, Thèse d'exercice, Université de Rennes, soutenue le 10 Octobre 2019
17. Aurélien Steneck, Connaissances et applications des principales cotations médicales portant sur les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, Thèse d'exercice, Université de Marseille, soutenue le 11 juin 2020

18. Charlotte Alexandre, La cotation "Consultation de Contraception et de Prévention" : utilisation et impact sur la pratique des médecins généralistes des Hauts de France, Thèse d'exercice, Université de Picardie, soutenue le 5 Mai 2022

19. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques, Les pratiques préventives des médecins généralistes libéraux, Communiqué de Presse, paru le 7 Juillet 2021

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-pratiques-preventives-des-medecins-generalistes-liberaux>

20. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience: présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en 49 psychologie. ResearchGate [Internet].2016 [cité 18 janv 2017]; Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1181704/saisir-l-experience%C2%A0-presentation-de-l-analyse-phe>

21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care 2007;19:349-57.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>

22. Ameli.fr, Future convention médicale : "Un rendez-vous important pour les médecins libéraux et pour les assurés", 25 novembre 2022

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/future-convention-medicale-un-rendez-vous-important-pour-les-medecins-et-pour-les-assures>

23. Mattea Battaglia, Delphine Roucaute, Grève des médecins libéraux : les raisons d'un "front commun historiques", Le Monde, publié le 01 décembre 2022

https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/12/01/greve-des-medecins-liberaux-les-raisons-d-un-front-commun-historique_6152456_3224.html#:~:text=Offrir%20Le%20Monde-,Gr%C3%A8ve%20des%20m%C3%A9decins%20lib%C3%A9raux%20%3A%20les%20raisons%20d'un%20%C2%AB%20front,deuxi%C3%A8me%20fois%20en%20un%20mois.

24. Marie-Astrid Metten et al, Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. Études et résultats, 1197.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/opinions-et-pratiques-des-medecins-generalistes-en-matiere-de>

25. Peltier Jérémie. Les freins à l'utilisation de la classification commune des actes médicaux par les médecins généralistes, Thèse d'exercice, Université de Lille, 2015
26. Jean-Baptiste Prunières, Evaluations des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire, thèse d'exercice, Université de Montpellier, soutenue le 16 Octobre 2018
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03211473/document>
27. Martin Dumas Primbault, Les généralistes consacrent 7 heures par semaine aux tâches administratives, Le Quotidien du Médecin.fr, publié le 22 novembre 2018
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/les-generalistes-consacrent-7-heures-par-semaine-aux-taches-administratives>
28. Aurélie Lagain, Grève des médecins généralistes : paroles à l'un des initiateurs breton, France Bleu Breizh Izel, 1er Décembre 2022
<https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/greve-des-medecins-generalistes-parole-a-l-un-des-initiateurs-un-medecin-breton-1669880802>
29. Consiglio, C., Cenciotti, R., Borgogni, L., Alessandri, G., & Schwartz, S. H. (2017). The WVal: A New Measure of Work Values. *Journal of Career Assessment*, 25(3), 405-422. doi:10.1177/1069072716639691
30. Siegrist J, Wege N, Puhlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82:1005-13.
31. Robbe-Kernen, M., Kehtari, R., Les professionnels de la santé face au burnout. Facteurs de risque et mesures préventives, *Rev Med Suisse*, 2014/443 (Vol.0), p. 1787-1792. URL: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2014/revue-medicale-suisse-443/les-professionnels-de-la-sante-face-au-burnout.-facteurs-de-risque-et-mesures-preventives>
32. Rapport académie de médecine sur le burn-out – février 2016
<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2016/02/26-fev2016-RAPPORT-ACADEMIE-Burn-out-V3.pdf>
33. Task Force "Réforme du Financement du système de Santé", Rapport Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné, Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

34. Olivier Véran, Ministre des Solidarités et de la Santé, Installation du Haut conseil des nomenclatures et lancement des travaux, Communiqué de presse, 2 Septembre 2021

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/installation-du-haut-conseil-des-nomenclatures-et-lancement-des-travaux>

35. MG France, Simplifier et sécuriser l'exercice de la médecine générale, Exercice de la médecine générale, N°3, 18 Mars 2021

<https://www.mgfrance.org/medge/321-n-3/2878-exercice-de-la-medecine-generale>

36. Sandy Bonin, 'Trois niveaux de consult', hausse du forfait médecin traitant dans les déserts... Les pistes des négos conventionnelles dévoilées, Egora.fr, publié le 15 Décembre 2022

<https://www.egora.fr/actus-pro/assurance-maladie-mutuelles/78251-trois-niveaux-de-consult-hausse-du-forfait-medecin>

37. Loan Tranthimy, Honoraires, Rosp, Engagement territorial, simplification : la nouvelle convention médicale se dessine, ce qu'il faut savoir, publié le 15 Décembre 2022

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/honoraires/honoraires-rosp-engagement-territorial-simplification-la-nouvelle-convention-medecale-se-dessine-ce>

38. Assurance Maladie, Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2023 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Juillet 2022

https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf

39. Xavier Paesbrugghe, Visite des délégués de l'Assurance Maladie : Ressenti des médecins généralistes des Hauts de France, Thèse d'exercice, Université de Lille, soutenue le 17 Octobre 2019

40. Inspection générale des affaires sociales, Evaluation de la généralisation du tiers payant, Octobre 2017.

<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-111R.pdf>

41. Assurance Maladie, ADRI au service des auxiliaires médicaux, Un webservice inter-régimes intégré au logiciel SESAM-Vitale,

https://www.ameli.fr/sites/default/files/flyer_adri_5.pdf

42. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Lutte contre la fraude à l'Assurance Maladie, Evaluation, prévention, détection, contrôles, sanctions: : un continuum d'action qui se renforcent, dossier de presse, 30 septembre 2022

Ci<https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-09-30-dp-lutte-contre-la-fraude-Assurance-Maladie.pdf>

43. Aveline Marques, Fraudes des médecins généralistes : La CNAM dévoile des chiffres inédits, Egora.fr, 30 septembre 2022

<https://www.egora.fr/actus-pro/assurance-maladie-mutuelles/76635-fraude-des-medecins-generalistes-la-cnam-devoile-des>

44. Thomas Le Taillandier De Gabory, La vocation médicale : un appel à guérir ?, thèse de philosophie, Chapitre XXI : La médecine n'est pas un métier comme les autres, p363-377, soutenue et publiée le 1er juin 2015

45. PéOC'H Nadia, CEAUX Christine, « Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse », *Recherche en soins infirmiers*, 2012/1 (N°108), p. 53-66. DOI : 10.3917/rsi.108.0053. URL : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2012-1-page-53.htm>

46. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Serment d'Hippocrate, 22 Mars 2019

47. Cours des Comptes, Chapitre III, Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'Assurance Maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer, Rapport sur "L'application des lois de financement de la Sécurité sociale", Octobre 2022,

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-10/20221004-Ralfss-2022-3-conventions-professionnels-sante-ville-et-assurance-maladie.pdf>

48. La vision de l'argent, le questionnement des modes de rémunérations, DE KERVASDOUÉ Jean, « Économie et gestion de la santé : l'argent des autres », dans : Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique. I - Fondements, principes, repères*. Toulouse, Érès, « Espace éthique - Poche », 2010, p. 578-591. DOI : 10.3917/eres.hirsc.2010.01.0578. URL : <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-page-578.htm>

49. Aveline Marques, 2022 : la fin du paiement à l'acte (ou presque), Egora.fr, 29 Janvier 2019,

<https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/46047-2022-la-fin-du-paiement-a-l-acte-ou-presque?nopaging=1>

50. Audrey Dobigny, Comment est structurée la rémunération du médecin généraliste en France, Thèse d'exercice, Université de Tours, soutenue le 22 Octobre 2018

http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2018_Medecine_DobignyAudrey.pdf

51. Véronique Hunsinger, "Articles 51" : bilan prometteur, en route vers la généralisation, Le Quotidien du Médecin.fr, publié le 25 Novembre 2022

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/assurance-maladie/article-51-bilan-prometteur-en-route-vers-la-generalisation>

52. Ministère de la Santé et de la Prévention, Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée - IPEP, mise à jour 12 Décembre 2022

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep>

53 Ministère de la Santé et de la Prévention, Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville - PEPS, mise à jour 13 décembre 2022

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>

54. Richard Talbot, Quel bilan après 4 ans de convention 2016 ?, FMF, 9 septembre 2020

<https://www.fmfpro.org/quel-bilan-apres-4-ans-de-convention-2016/>

55. Marion Jort, Médecins Libéraux, Comparez les revenus annuels par spécialité, Egora.fr, 5 Juillet 2022

<https://www.egora.fr/actus-pro/remuneration/75025-medecins-liberaux-comparez-les-revenus-annuels-par-specialite>

56. Aveline Marques, Les revenus nets moyens des médecins libéraux en 2021, spécialité par spécialité, Egora.fr, le 15 Décembre 2022

57. Jacques Cofard, Les revenus des médecins libéraux augmentent de nouveau en 2021, Medscape, 21 Décembre 2022
https://francais.medscape.com/voirarticle/3609481?src=WNL_mdplsfeat_221221_mscpedit_fr&uac=399586FV&impID=5012922&faf=1#vp_1
58. Joan Schez Gonzalez, Eleonore Sueur, Les salaires dans le secteur privé en 2020, Institut national de la statistique et des études économiques, Insee Première, n°1898, paru le 26 avril 2022
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6436313>
59. Jean DE KERVASDOUÉ, Économie et gestion de la santé : l'argent des autres, dans : Emmanuel Hirsch éd., *Traité de bioéthique. I - Fondements, principes, repères*. Toulouse, Éres, « Espace éthique - Poche », 2010, p. 578-591. DOI : 10.3917/eres.hirsc.2010.01.0578. URL : <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-1--9782749213057-page-578.htm>
60. Bloy, Géraldine. « Rémunérer les médecins généralistes. La question des revenus », Géraldine Bloy éd., *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Presses de l'EHESP, 2010, pp. 75-95.
<https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-75.htm>
61. Institut national de la statistique et des études économiques, En novembre 2022, les prix à la consommation augmentent de 0,3% sur un mois et de 6,2% sur un an, Informations rapides, n°327, paru le 15 Décembre 2022
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6677908>
62. Jean de Kervasdoué, Les généralistes, ces mal aimés du système médical, Débats, Le Point, publié le 12 Décembre 2022
https://www.lepoint.fr/debats/kervasdoue-les-generalistes-ces-mal-aimés-du-système-medical-12-12-2022-2501447_2.php#11
63. Médecins pour demain, Groupe privé, Facebook,
<https://www.facebook.com/groups/5011071445664416/>
64. Code de la santé publique, Article R4127-53
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042795663
65. Philippe Anaton, Nombre record de téléconsultation en mars, Medscape, publié le 14 Avril 2020
<https://francais.medscape.com/voirarticle/3605844>
66. Ministre des Solidarité et de la Santé, COVID 19 : Le ministre des solidarités et de la santé autorise la téléconsultation par téléphone, pour les patients

dépourvus de moyens de connexion en vidéo, Communiqué de presse, 4 Avril 2020

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200404-cp_teleconsultation_par_telephone_.pdf

67. Julie Kamionka et Maxime Bergeat (DREES) (2022, novembre). Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant en 2021 des patients des grands pôles urbains . Études et résultats, n°1249, paru le 8 Décembre 2022
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>

68. Elodie Noel Blanc et Claire-Marie Serrano, Perception de la téléconsultation par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre d'une pratique initiée lors de l'épidémie de COVID-19, thèse d'exercice, Université de Bordeaux, soutenue le 3 mars 2022
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03612366/document>

69. Frédéric Hommes, L'après covid : quelle place pourrait occuper la téléconsultation en médecine générale ?, thèse d'exercice, Université de Strasbourg, soutenue le 2021
https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2021/2021_HOMMES_Frederic.pdf

70. Teddy Clement, Intégration de la télémédecine en médecine générale : 2tude qualitative auprès de 18 médecins généralistes des Hauts-de-France, thèse d'exercice, Université de Picardie, soutenue le 16 Septembre 2022
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03887309/document>

71. Agence Régionale de Santé, Ma santé 2022 : décroisement et réorganisation des soins, 11 Mars 2021,
<https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decroisement-et-reorganisation-des-soins>

72. Ministère de la santé et de la prévention, Feuille de route "accélérer le virage numérique en santé"
<https://esante.gouv.fr/virage-numerique/feuille-de-route>

73. Viepublique.fr, Quel est le "reste à charge" des ménages ?, Fiche thématique, Dernière modification 30 novembre 2021
<https://www.vie-publique.fr/fiches/37915-depenses-de-sante-le-reste-charge-des-menages>

74. DREES, Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge, Les dépenses en santé en 2019, Editions 2020, Chapitre 9
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/9%20Comparaisons%20internationales%20de%20la%20d%C3%A9pense%20courante%20de%20sant%C3%A9%20et%20du%20reste%20%C3%A0%20charge.pdf>
75. Marine Foul, Tiers payant : comment les médecins l'appliquent vraiment au quotidien, Le Quotidien du médecin.fr, publié le 8 Mai 2018,
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/tiers-payant-comment-les-medecins-lappliquent-vraiment-au-quotidien>
76. DENANTES Mady, « Le tiers payant en médecine générale. Journal d'une généraliste d'un quartier populaire de Paris », *Les Tribunes de la santé*, 2015/3 (n° 48), p. 57-72. DOI : 10.3917/seve.048.0057. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2015-3-page-57.htm>
77. Adrien Maurice, Pratique du tiers payant intégral généralisé par les médecins généralistes en Aquitaine : une étude auprès de 12 médecins généralistes, Thèse d'exercice, Université de Bordeaux, soutenue le 25 Mai 2021
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03257375/document>
78. SERRE Marie-Paule, WALLET-WODKA Déborah, « Chapitre 4. Le consommateur de santé », dans : , *Marketing des produits de santé*. sous la direction de SERRE Marie-Paule, WALLET-WODKA Déborah. Paris, Dunod, « Marketing sectoriel », 2014, p. 145-176. URL : <https://www.cairn.info/marketing-des-produits-de-sante--9782100708178-page-145.htm>
79. Martine Peyrard-Moulard, La santé une "marchandise" pas comme les autres, Pour L'Eco, mis à jour le 15 Novembre 2021
<https://www.pourleco.com/idees/la-sante-une-marchandise-pas-comme-les-autres>
80. Elodie Noel Blanc et Claire-Marie Serrano, Perception de la téléconsultation par les médecins généralistes de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre d'une pratique initiée lors de l'épidémie de COVID-19, thèse d'exercice, Université de Bordeaux, soutenue le 3 mars 2022
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03612366/document>
81. THÉBAUT Jean-François, « Ubérisation de la médecine : menace ou opportunité ? », *Les Tribunes de la santé*, 2017/1 (n° 54), p. 85-92. DOI :

10.3917/seve.054.0085. URL : <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2017-1-page-85.htm>

82. Conseil National de l'Ordre des Médecins, La télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Session du 8 Février 2018
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/tmzmrd/cnom_telemedecine-uberisation.pdf

83. Khirallah-Meftah Noura, Capelle Remi, Plancke Henri, Représentation des patients sur la généralisation du tiers payant en consultation de médecine générale. Etude qualitative dans la subdivision d'Angers, Thèse d'exercice, Université d'Angers, soutenue le 12 Janvier 2017
<https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127161/2017MCEM6821/fichier/6821F.pdf>

84. Assurance maladie, La Gouvernance de l'Assurance Maladie, ameli.fr, 3 Décembre 2022
https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/gouvernance/gouvernance-assurance-maladie#text_46657

85. Ministre des Solidarités et de la Santé, Définition par les ministres des lignes directrices de la négociation conventionnelles entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, Communiqué de presse de François Braun, publié le 20 Octobre 2022
<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/definition-par-les-ministres-des-lignes-directrices-de-la-negociation>

86. L'Assurance Maladie, Convention médicale 2023 : bilatérales, accès territorial aux soins, 25 Novembre 2022
https://www.fmfpro.org/wp-content/uploads/2022/12/Bilaterales-1-conv-med_VDEF_syndicats.pdf

87. Aude Frapin, La densité des médecins généralistes devraient continuer à décroître pendant cinq ans, le generaliste.fr, publié le 26 Mars 2021
<https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/demographie/la-densite-des-medecins-generalistes-devrait-continuer-decroitre-pendant-cinq-ans>

88. Pierre Jean Vergnes, Inquiétudes des médecins généralistes : "il y a une forme d'ubérisation du système", Franceinfo.fr, publié 18 Novembre 2022

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/tarn/albi/inquietude-des-medecins-generalistes-on-va-faire-une-forme-d-uberisation-du-systeme-2657808.html>

89. Louise Claereboudt, Futur convention médicale : ce qui vous attend, Egora.fr, publiée le 29 Juin 2022,
<https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/74884-future-convention-medicale-ce-qui-vous-attend>
ou <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2022/07/05/egora-future-convention-medicale-ce-qui-vous-attend/>

ANNEXE 1

Liste de contrôle COREQ traduction française

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1 Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	L'investigateur / chercheur Anthony Devoucoux
2 Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	Remplaçant en médecine générale
3 Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste remplaçant
4 Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5 Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Chercheur inexpérimenté, 1ère étude qualitative
Relations avec les participants		
6 Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Certains participants étaient des connaissances et parfois un remplacement dans la structure avait été effectué (entretien n1, 2, 3, 4)
7 Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche	Connaissance des participants du thème de l'étude "les cotations médicales", du type d'étude "étude qualitative par entretien semi-dirigé"
8 Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche	L'enquêteur s'est présenté et a évoqué le thème des cotations médicales sans préciser la question de recherche aux participants et sans contextualiser la recherche.
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9 Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu	Analyse thématique inductive avec approche phénoménologique interprétative
Sélection des participants		
10 Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige	Échantillonnage raisonné homogène
11 Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel	Les médecins n°1, 2, 3 et 4 ont été contacté en face à face. Les autres intervenants ont été

		contacté par téléphone
12 Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	9 participants (1 exclu)
13 Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Un rendez vous pris avec un intervenant par téléphone a été annulé après discussion en face à face devant découverte du non respect d'un des critères d'inclusion (le mode d'exercice était salarié)
Contexte		
14 Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail	Les entretiens ont eu lieu dans le bureau d'exercice des médecins interrogés, sauf pour l'interrogé n°5 (en visio, au domicile) et n°9 (en visio, au cabinet)
15 Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Entretien individuel sauf pour l'entretien n°6 (présence d'un interne de médecine générale en retrait lors de l'entretien)
16 Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date	Les entretiens ont eu lieu de mai 2022 à fin novembre 2022. Caractéristiques de l'échantillon disponibles dans le tableau récapitulatif joint dans les résultats
Recueil des données		
17 Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Un guide d'entretien a été réalisé, il n'a pas été testé au préalable.
18 Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19 Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio
20 Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	Notes pendant selon les entretiens et après tous les entretiens
21 Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	De 32 minutes à 1h03. La durée moyenne était de 48 minutes
22 Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Oui : pas de saturation des données recherchées au vu de la méthode d'analyse choisie, mais recherche d'une suffisance des données
23 Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24 Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	2
25 Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26 Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Les thèmes ont été fixés à partir des données et suite au codage de chaque entretien
27 Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Traitement de texte Word* et tableur Excel*
28 Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non
Rédaction		
29 Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant	Oui
30 Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31 Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32 Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

ANNEXE 2

Guide entretien

Quel est le ressenti des médecins généralistes sur leur façon de coter de leur actes médicaux en 2022 ?

- 1) Présentation de l'investigateur
- 2) Recueil du consentement à l'entretien et enregistrement pour traitement des données
- 3) Présentation brève du thème : les cotations médicales

Thème évoqué	Questions
Cotations des actes - BRIS DE GLACE	- Parlez moi de la dernière fois ou vous avez utilisé une cotation différente d'un G ?
Les moyens d'information dans la cotation	- Comment vous tenez vous informé des nouvelles cotations ?
Intérêt à la cotation/Mode de vie	- Quelles sont vos motivations à utiliser des cotations différentes du G ?
Intérêt à la cotation/Mode de vie	- Qu'est ce qui vous empêche d'utiliser des cotations autres que le G ?
La cotation pendant la crise - Evolution du systeme ?	Comment la crise sanitaire a influencée votre façon de coter les actes ?

ANNEXE 3

FICHE IDENTITE ENTRETIEN

Date de l'entretien :

Entretien n° :

Durée de l'entretien :

Lieu de l'entretien :

I) Age :

II) Genre :

III) Exercez vous seul ou avec d'autres médecins généralistes ?

IV) Etes vous impliqué dans la représentation professionnelle ?

- Ordre des médecins ? Syndicat ? Association de formation continue ? Autres ?

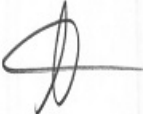
V) Avez vous l'occasion de discuter de votre pratique avec d'autres médecins en dehors de votre cabinet ?

- CPTS ? Groupes de pairs ? FMC ? Réunion avec d'autres médecins sur territoire local ? Autres ?

VI) Etes vous maître de stage universitaire ?

VII) Quel est votre nombre d'actes annuel ? (Vous pouvez retrouver le nombre d'actes sur votre SNIR, disponible sur ameli.fr sur votre espace professionnel)

Vu, le Directeur de Thèse



Docteur Alice PERRAIN
01 - Médecine générale Conventionné
27 Rue d'Antioche
37150 LA CROIX EN TOURAINE
37 1 05189 7 00 1 20 1 01

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine
de Tours Tours, le**

DEVOUCOUX ANTHONY

82 pages – 3 tableaux – 1 schéma

RESUME : Cotation des actes : quel(s) sens pour les médecins généralistes en 2022 ?

CONTEXTE : En France, les médecins généralistes libéraux sont majoritairement rémunérés à l'acte grâce à un système de cotation, perçu comme un outil complexe et chronophage, qu'ils méconnaissent et sous-utilisent. Notre étude s'intéresse aux sens que donnent les médecins à la cotation de leurs actes.

METHODE : Une étude qualitative avec analyse phénoménologique interprétative auprès de neuf médecins généralistes libéraux.

RESULTATS et DISCUSSION : La cotation des actes fait réfléchir les médecins interrogés sur la valeur de leur pratique et du soin, du message politique des cotations et de l'évolution du rôle du médecin généraliste. Ils expriment un besoin de valorisation et de considération par la société, une rémunération inadaptée, ainsi qu'une communication déshumanisée de l'assurance maladie. La Convention médicale de 2016 n'a pas permis une simplification de la nomenclature ni une revalorisation suffisante par augmentation des revenus des médecins à la hauteur de leur espérance. De plus, les médecins s'inquiètent d'une déresponsabilisation des patients sur le coût de la santé et un risque de surconsommation de soins dans un contexte démographique précaire. Une augmentation de la part forfaitaire des revenus des médecins généralistes libéraux semble prévue pour la Convention 2022, en cours de négociation.

CONCLUSION : Pour les médecins généralistes, coter ses actes représente bien plus qu'une rémunération. A l'avenir, simplifier l'utilisation des cotations, revaloriser les actes, transformer les modes de rémunération et retrouver des moyens de reconsidérer la profession en dehors de la rémunération semble indispensable.

Mots clés : Cotation, forfait, Médecin généraliste, Convention médicale, Rémunération, Sens, Valorisation, Assurance Maladie

Jury :

Président du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directeur de thèse : Docteur Alice PERRAIN

Membres du Jury : Professeur Emmanuel GYAN
Docteur Philippe PERDREAU

Invité : Madame Céline DAGOT

Date de soutenance : 2 Février 2023