

points de repère

Ce document présente une analyse de l'activité technique médicale réalisée en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées et centres de santé) et prise en charge au titre du Régime général hors sections locales mutualistes en 2010, ainsi que de la croissance des actes et des honoraires remboursables (en date de remboursement) entre 2009 et 2010.

Sur l'année 2010, les actes techniques ont progressé de 3,2 % en volume (4,6 % en 2009) et de 1,9 % en honoraires remboursables (4,3 % en 2009) y compris les forfaits techniques d'imagerie (1,1 % hors forfaits techniques).

Les changements intervenus dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) sur cette période expliquent certaines évolutions. Il en va ainsi de la modification de la règle de facturation des associations d'actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie du sein (abattement de 50 % du tarif de l'acte le plus bas par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie du 5 mars 2009) d'une part, et de la suppression des suppléments pour archivage des images numériques (décision du Conseil d'État du 21 juillet 2009) d'autre part, qui ont freiné la croissance des honoraires remboursables des actes d'imagerie.

Par ailleurs, les actes d'imagerie ont connu une évolution en volume modérée (1,6 %), toujours soutenue par le développement des actes d'imagerie en coupe : scanner (5,7 %) et IRM (10,2 %), résultant de la diffusion des équipements et de l'élargissement des indications.

Les actes techniques médicaux, souvent réalisés en association et pour certains d'entre eux antérieurement facturés en consultation, connaissent une croissance soutenue de leur nombre (5,5 %) et des honoraires remboursables correspondants (4,8 %).

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2010

Au cours de l'année 2010, 94,6 millions d'actes techniques¹ réalisés en secteur libéral, ont été pris en charge au titre du Régime général hors sections locales mutualistes (tableau 1 et encadré 1), ce qui porte leur évolution à 3,2 %. Ce taux, inférieur à celui de l'année 2009 (4,6 %), traduit un ralentissement de leur croissance dans toutes les grandes familles d'actes.

Les actes d'imagerie, toujours majoritaires, ont augmenté de 1,6 %, taux moyen qui recouvre de fortes disparités selon la technique utilisée comme le montre l'analyse détaillée ci-après. Cette famille d'actes concourt pour 0,4 point à la croissance des honoraires remboursables². La progression des actes techniques médicaux, aussi bien thérapeutiques que diagnostiques, se poursuit (5,5 %) mais connaît néanmoins un fléchissement ces deux dernières années (9,6 % en 2008 et 7,6 % en 2009). Leur contribution à l'évolution des honoraires remboursables reste importante : 1,3 point. Depuis 2006, leur part dans l'ensemble de l'activité technique ne cesse d'augmenter passant de 36,5 % à 42,1 % en 2010.

¹ Hors actes d'anatomie et de cytologie pathologiques introduits à la CCAM au 25 mai 2010.

² La contribution à la croissance d'une famille correspond à l'impact de l'évolution des dépenses de la famille sur l'évolution totale des dépenses CCAM. La somme des contributions des différentes familles d'actes est égale à la croissance des dépenses des actes CCAM.

En 2010, les honoraires remboursables issus de l'activité médicale technique libérale (5,721 milliards d'euros) ont augmenté de 1,1% (3,5% en 2009) et les forfaits techniques associés aux actes d'imagerie (673 millions d'euros) de 8,5% (10,7% en 2009) soit une croissance globale de 1,9% (4,3% en 2009).

La décision de l'UNCAM du 5 mars 2009 modifiant la règle de facturation des associations d'actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie du sein, qui prévoit l'abattement de 50% du tarif de l'acte le plus bas (encadré 2), combinée à la suppression, à compter du 1^{er} février 2010, des suppléments pour archivage des images numérisées d'un examen radiographique, échographique, scanographique ou encore remnographique (décision du Conseil d'État du 21 juillet 2009), a engendré une baisse des honoraires remboursables de radiographie (-5,2%).

Sur l'année 2010, cette dernière mesure a permis de réaliser une économie pour l'ensemble des régimes d'Assurance maladie de 65,5 millions d'euros.

Autres faits marquants en 2010, l'introduction à la CCAM :

- de deux actes de pose de bioprothèse de la valve aortique (selon la technique utilisée), facturables uniquement par des établissements autorisés à pratiquer ces actes conformément à la liste publiée par arrêté ministériel (art L 1151-1 du code de santé publique) au 1^{er} janvier 2010 ;
- d'une nouvelle classification des actes de radiothérapie externe au 1^{er} mai 2010 (encadré 3) ;
- des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques (ACP) au 25 mai 2010 (encadré 4).

● Des évolutions différentes selon la modalité d'imagerie

Les actes d'imagerie (50,4 millions d'actes représentant 53,3% des actes techniques) ont progressé à un rythme de 1,6% soit un peu moins que l'année précédente (2,6% en 2009). La diffusion des équipements d'imagerie en coupe (scanners et IRM) et de tomoscintigraphie par émission de positons (TEP), retracée dans le tableau 2, assure une croissance soutenue des actes (10,2% pour les IRM, 5,7% les scanners et 18,7% pour les TEP), tandis que le nombre

Encadré 1

Source des données

Les résultats sont issus des données (en date de liquidation) du datamart de consommation inter-régime - DCIR (anciennement ERASME National V1) du Régime général d'Assurance maladie qui contient l'ensemble de la facturation de l'activité libérale réalisée par les médecins, quel que soit leur mode d'exercice (libéral exclusif, salarié temps partiel ou secteur libéral des hospitaliers temps plein).

Ils portent sur l'ensemble des actes techniques médicaux de la CCAM réalisés en cabinet, établissement privé ou centre de santé et liquidés par le Régime général en 2010, hors sections locales mutualistes pour lesquelles le codage affiné des actes n'est pas encore disponible.

A noter : en 2010, la part du Régime général hors sections locales mutualistes dans l'activité libérale codée en CCAM est de 74,2% pour les actes et de 73,9% pour les honoraires sans dépassement. Il est nécessaire de tenir compte de ces ratios pour extrapoler les données présentées dans ce document.

Précisions méthodologiques

- Le nombre d'actes correspond au nombre de codes hors anesthésie, gestes complémentaires ou suppléments.
- Le montant d'honoraires hors dépassement remboursables correspond à l'honoraire complet de l'acte et intègre l'honoraire de l'anesthésie, des actes complémentaires, des suppléments et des majorations.
- Les montants des forfaits techniques, qui couvrent les coûts de fonctionnement des appareils de scanner, IRM et TEP et les montants des forfaits sécurité dermatologie et des vidéocapsules, ne sont pas ajoutés aux honoraires remboursables (hors dépassement) des actes concernés lorsqu'ils sont versés aux structures.
- Les évolutions sont calculées à partir des données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières.

de radiographies conventionnelles a légèrement diminué (-1,1%).

● Une diminution globale de l'activité de radiographie conventionnelle

Au sein de la radiographie, dont la part dans l'ensemble de l'activité technique en volume a chuté de 32,1% en 2006 à 27% en 2010 (tableaux 1 et 3), seules les radiographies osseuses des membres (44,6% des radiographies) et les radiographies du rachis continuent à augmenter (respectivement de 0,9% et 0,8%).

Les baisses de volume des radiographies standards du crâne et/ou du massif facial, du thorax et de l'abdomen, respectivement -9,2%, -5,6% et -4,7%, font suite aux recommandations et fiches de bon usage des technologies médicales de la Haute Autorité de santé (HAS). Enfin, la diminution des radiographies urogénitales (-10%), supplantées par les échographies urogénitales, se confirme. Globalement, les honoraires remboursables générés par les radiographies enregistrent une baisse de 5,2%. Il a été constaté à la suite de la mise en

place de la nouvelle règle de facturation des associations d'actes de radiologie, que la proportion de patients ayant revu le même médecin dans les huit jours, pour la réalisation de radiographie(s) conventionnelle(s) et/ou d'échographie du sein, a augmenté de 3,7% en février 2009 à 5,1% en mars 2010. Celle des patients ayant vu au moins deux médecins le même jour, pour la réalisation de radiographie(s) conventionnelle(s) et/ou d'échographie du sein, a plus que doublé passant de 1,7% en février 2009 à 4,1% en mars 2010.

Enfin, pour une même topographie, le pourcentage de radiographies mieux valorisées, telles que les actes à multiples incidences, a sensiblement évolué. À titre d'exemple, entre mars 2009 et mars 2010, le pourcentage des radiographies de la ceinture pelvienne à une incidence³ a chuté de 87,8% à 76,6%, alors que celui des trois incidences ou plus est passé de 8,0% à 17,6%. De même, celui des radiographies du genou à trois ou quatre incidences a chuté de 44,0% à 32,1%, alors que celui des cinq incidences ou plus est passé de 38,4% à 46,6%.

³ Incidence radiologique : angle selon lequel est pris un cliché radiographique (face, profil, oblique...).

Tableau 1

Fréquences et honoraires remboursables des actes de la CCAM en 2010 (en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Part	Évolution 2009-2010	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2009-2010	Contribution à la croissance des honoraires
IMAGERIE	50 433	53,3%	1,6%	3 356 474	0,8%	0,4
Radiographie	25 546	27,0%	-1,1%	1 060 442	-5,2%	-0,9
Échographie	18 442	19,5%	3,9%	1 118 813	1,7%	0,3
Scanographie	3 444	3,6%	5,7%	473 700	4,1%	0,3
<i>dont forfaits techniques</i>				321 226	5,4%	0,3
IRM	1 911	2,0%	10,2%	444 619	9,9%	0,6
<i>dont forfaits techniques</i>				311 985	11,2%	0,5
Scintigraphie	531	0,6%	5,0%	167 762	5,7%	0,1
<i>dont forfaits techniques tépographie</i>				36 705	14,2%	0,1
Autre Imagerie	559	0,6%	-0,4%	91 138	-2,7%	-0,0
ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	39 772	42,1%	5,5%	1 826 371	4,8%	1,3
Actes techniques médicaux diagnostiques	27 800	29,4%	6,0%	1 033 177	4,2%	0,7
<i>dont vidéocapsule</i>				1 757	ns*	0,0
Actes techniques médicaux thérapeutiques	11 972	12,7%	4,5%	793 194	5,6%	0,7
<i>dont forfait sécurité dermatologie</i>				10 966	ns*	0,1
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	239	0,3%	-2,5%	106 470	0,6%	0,0
ACTES CHIRURGICAUX	4 114	4,4%	1,1%	1 117 751	0,9%	0,2
Total HONORAIRES (hors forfaits techniques, vidéocapsule et FSD)				5 721 464	1,1%	1,0
Total FORFAITS TECHNIQUES				672 878	8,5%	0,8
Total VIDÉOCAPSULES et FSD^(c)				12 723	NS	0,1
Total CCAM	94 558	100,0%	3,2%	6 407 066	1,9%	

* ns : non significatif

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

(c) ensemble des vidéocapsules et forfait sécurité dermatologie versés aux médecins et aux établissements

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : DCIR (CNAMTS)

Tableau 2

Évolution du parc des équipements scanner, IRM^(a) et TEP^(b)

Type d'équipement	au 31/12/2003	au 31/12/2008	au 31/12/2009	au 31/12/2010	Évolution 2009-2010	Évolution 2003-2010	Autorisations : objectif 2011
SCANNER							
Appareils autorisés	747	970	1 028	-	-	37,6% ^(c)	1 090
Appareils installés	646	874	927	-	-	43,5% ^(c)	
IRM							
Appareils autorisés	416	577	619	664	7,3%	59,6%	683
Appareils installés	263	490	531	575	8,3%	118,6%	
TEP							
Appareils autorisés	33	94	105	110	4,8%	233,3%	124
Appareils installés	17	69	77	81	5,2%	376,5%	

(a) IRM : imagerie par résonance magnétique

(b) TEP : tomographe à émission de positons

(c) évolution 2003 - 2009

Champ : France entière (y compris DOM)

Source : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative - Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

Encadré 2

Évolution de la CCAM 2009 - 2010

Version CCAM	Date d'application	Mesures mises en œuvre
Pas de version spécifique	03/12/2009	Modification de la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle entre eux et de mammographie et échographie (décision UNCAM du 5 mars 2009 - JO du 11 mars 2009)
Version 16	05/28/2009	Création du forfait sécurité dermatologie facturable en sus des actes réalisés pour exégèse (14 libellés) d'un ou plusieurs naevus mélanocytaire(s) ou de une ou plusieurs tumeur(s) cutanée(s) maligne(s) Prise en charge de nouveaux actes : - 3 actes pour implantation, changement et ablation d'un générateur de stimulation du nerf vague par abord direct - 2 actes pour destruction de tumeur hépatique avec courant de radiofréquence, par coelioscopie/laparotomie - l'acte de cure d'éventration posopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par coelioscopie - l'acte d'épiphysoyodèse au genou, par plusieurs abords directs - l'acte de désépiphysiodèse au fémur ou au tibia Suppression de 4 actes (Epiphysiodèse temporaire du genou, par 2 / 3 abords ou plus et Désépiphysiodèse périphérique/centrale au fémur ou au tibia) et de 3 suppléments pour exérèse de un ou plusieurs naevus (<5 cm ² 5 à 10 cm ² >10 cm ²) Modification de notes (correction de codes et ajout de codes extension documentaire) (décision UNCAM du 19 janvier 2009 - JO du 28 avril 2009)
Version 17	10/19/2009	Prise en charge de nouveaux actes : - 1 acte d'ophtalmologie - 4 actes de traitement de la surdité (pose, ablation et réglage d'implant auditif) - 14 actes de rythmologie - 3 actes interventionnels sur le cœur Suppression de 9 actes dont 6 actes de rythmologie Extension de la liste des actes de chirurgie cardiaque ouvrant droit à la facturation de la participation d'un deuxième chirurgien (code et libellé nouveaux) Mesures de maintenance : modification d'un libellé, ajout/suppression/modification de notes, création/modification de subdivisions (décision UNCAM du 9 juillet 2009 - JO du 19 septembre 2009)
Version 18	01/1/2010	Prise en charge de l'acte « Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée » Prise en charge de l'acte « Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC » (décision UNCAM du 28 septembre 2009 - art. 1 - JO du 31 décembre 2009)
Version 19	02/1/2010	Suppression des suppléments pour archivage numérique (décision du Conseil d'État du 21 juillet 2009)
Version 20	05/1/2010	Nouvelle classification des actes de radiothérapie externe : - fermeture, inscription et modification de codes - modification d'arborescence (décision UNCAM du 11 février 2010 - JO du 4 avril 2010)
Version 21	05/25/2010	Introduction des actes d'anatomie et de cytologie pathologique (95 codes) (décision UNCAM du 18 janvier 2010 - JO du 25 avril 2010)
Version 22	09/30/2010	Prise en charge de nouveaux actes : - 4 actes de chirurgie de l'obésité - 7 actes d'oxygénothérapie hyperbare - 3 actes d'endocrinologie/nutrition - 1 acte de chirurgie orthopédique - 1 acte thérapeutique sur les os et les articulations - 1 acte de radiothérapie Suppression des 5 actes d'oxygénothérapie hyperbare existants et de 2 actes de chirurgie orthopédique Mesure de maintenance : introduction de 2 subdivisions, modifications de notes (décision UNCAM du 26 mai 2010 - JO du 31 août 2010) Suspension de la facturation de 98 actes de la CCAM par les chirurgiens-dentistes (décision du Conseil d'État du 7 avril 2010)

Encadré 3**Nouvelle classification des actes de radiothérapie externe à la CCAM**

La version 20 de la CCAM introduit une nouvelle classification des actes de radiothérapie externe à la CCAM qui se traduit par la suppression de 48 actes et l'inscription de 32 nouveaux actes.

Cette révision, réalisée en collaboration avec la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) et l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) rend compte de la mise en œuvre des recommandations de l'Institut national du cancer (INCa) dans le cadre du Plan Cancer, dont certaines devront obligatoirement être mises en œuvre en 2012, en matière d'équipement afin de garantir des traitements de qualité.

Elle permet de réactualiser la description des actes réalisés, actes de préparation et séances d'irradiation, en fonction des techniques utilisées :

- radiothérapie conformationnelle ;
- radiothérapie conformationnelle en modulation d'intensité (RCMI) ;
- radiothérapie stéréotaxique extra crânienne ;
- radiothérapie de contact ;

et s'accompagne d'un transfert des préparations simples vers des préparations complexes (tri-dimensionnelles).

● **Augmentation de l'activité d'échographie mais s'accompagnant d'une baisse des honoraires des échographies du sein**

Ces trois dernières années, les échographies ont progressé à un taux annuel de 3,9%. Parmi elles, les échographies ostéoarticulaires et musculaires sont les plus dynamiques avec une augmentation en volume de 13,2 %. Les échographies du petit bassin en dehors de la grossesse, celles du sein et les échographies cardiaques ont progressé chacune de plus de 4%. Parallèlement, les honoraires remboursables liés aux échographies, également concernés par la suppression des suppléments d'archivage, augmentent de 1,7 %. Ces actes représentent 19,5% de l'ensemble des actes techniques et contribuent pour 0,3 point à la croissance des honoraires remboursables résultant de l'activité médicale technique.

Par ailleurs, malgré une augmentation du volume des actes de 4,5%, les échographies du sein baissent de 10,8% en honoraires remboursables, conséquence de la règle d'abattement de 50 % appliquée à cet acte lorsqu'il est associé à une mammographie.

● **Une croissance soutenue des actes de scanographie, de remnographie et de scintigraphie**

Grâce essentiellement à l'installation de nouveaux équipements (44 IRM et 4 TEP en 2010 - tableau 2), mais aussi du fait de l'élargissement ou encore du transfert de certaines indications (ex : radiographie / scanner du crâne), le nombre d'actes de scanographies, de remnographies et de tomographies à émission de positons a augmenté respectivement de 5,7 %, 10,2 % et 18,7 %.

S'agissant des scanners, ce sont les actes portant sur l'appareil digestif, les plus nombreux, qui évoluent le plus rapidement (7,4%). Pour ce qui est des IRM, trois familles connaissent une forte augmentation, il s'agit des actes portant sur l'appareil digestif (14,1%), sur le membre supérieur (13,9%) et sur les os et les articulations du cou et du tronc (13 %). Dans le même temps, les remboursements de forfaits techniques de scanographie, d'IRM et de tomographies à émission de positons versés

Encadré 4**Introduction des actes d'anatomie et cytologie pathologiques à la CCAM**

La version 21 de la CCAM inscrit les actes d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) à la CCAM (95 nouveaux codes). Le codage et la facturation en CCAM de ces actes sont réservés aux médecins pathologistes – libéraux ou hospitaliers – n'exerçant pas en laboratoires d'analyse de biologie médicale.

Cette inscription des actes ACP est réalisée selon le principe conservatoire par rapport à la Nomenclature générale des actes médicaux (NGAP), c'est-à-dire à panier de soins, tarifs et règles de facturation constants.

A fin décembre 2010, 95% des actes d'ACP réalisés dans les cabinets libéraux ou en établissements de santé étaient facturés en CCAM. Il s'agit majoritairement d'examens cytopathologiques : 827850 actes remboursés entre octobre et décembre 2010^(a) ayant généré 45,5 millions d'euros d'honoraires sans dépassement, dont 54,3% d'examens de frottis cervico-utérins représentant 30% des honoraires remboursables (tableau 8).

Sur la même période, 351 400 examens histologiques de matériel d'exérèse^(b) ont également été facturés dont découlent près de 15 millions d'euros d'honoraires sans dépassement. Une partie de ces actes est en rapport avec des lésions malignes tumorales, en particulier des diagnostics de cancer.

Les examens de biopsie, principalement de biopsie de muqueuse^(c) constituent la troisième grande catégorie d'actes d'ACP avec 232 420 actes remboursés entre octobre et décembre 2010 et 8,8 millions d'euros d'honoraires sans dépassement générés.

(a) Les médecins ACP des cabinets libéraux et des établissements de santé ont effectivement commencé à coder et facturer en CCAM de façon significative à partir de septembre-octobre 2010 (source : données du Régime général hors sections locales mutualistes en date de liquidation, non corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières).

(b) Exemples : examen de pièce d'appendicectomie, d'une tumeur de la peau, d'une résection de la prostate, de ganglions lymphatiques.

(c) Exemples : examen d'une biopsie de l'estomac, de l'œsophage.

Tableau 3

Fréquences et honoraires remboursables des actes d'imagerie en 2010 (en secteur libéral)

IMAGERIE	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2009-2010	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2009-2010	Contribution à la croissance des honoraires
Radiographie	25 546	-1,1%	1 060 442	-5,2%	-0,9
Radiographie osseuse des membres	11 398	0,9%	354 579	-5,3%	-0,3
Radiographie du rachis	3 033	0,8%	220 406	-1,3%	-0,0
Radiographie du sein	3 684	-0,2%	238 000	-2,7%	-0,1
Radiographie du thorax	3 556	-5,6%	109 542	-10,3%	-0,2
Radiographie dentaire	1 746	-2,8%	49 725	-9,2%	-0,1
Radiographie de l'abdomen et du tube digestif	953	-4,7%	34 981	-8,0%	-0,0
Radiographie de la tête	892	-9,2%	29 457	-16,6%	-0,1
Radiographie urogénitale	134	-10,0%	15 519	-11,5%	-0,0
<i>Autres radiographies</i>	<i>151</i>	<i>2,2%</i>	<i>8 234</i>	<i>0,1%</i>	<i>0,0</i>
Échographie	18 442	3,9%	1 118 813	1,7%	0,3
Échographie cardiaque	2 271	4,7%	223 068	4,8%	0,2
Échographie vasculaire (artère, veine)	2 900	2,4%	229 918	2,6%	0,1
Échographie de l'appareil digestif	2 547	0,8%	172 486	-0,9%	-0,0
Échographie au cours de la grossesse	2 123	2,1%	126 751	1,1%	0,0
Échographie du petit bassin féminin en dehors de la grossesse	1 944	4,2%	113 796	4,5%	0,1
Échographie du sein	1 998	4,5%	54 763	-10,8%	-0,1
Échographie urogénitale	1 228	1,2%	70 862	-1,6%	-0,0
Échographie ostéoarticulaire et musculaire	1 534	13,2%	57 363	7,6%	0,1
Échographie de la thyroïde	775	1,1%	28 635	-3,3%	-0,0
Échographie pour assistance médicale à la procréation	242	1,8%	9 234	1,8%	0,0
<i>Autres échographies</i>	<i>879</i>	<i>10,9%</i>	<i>31 938</i>	<i>7,7%</i>	<i>0,0</i>
Scanographie (y compris forfaits techniques)	3 444	5,7%	473 700	4,1%	0,3
Scanographie de l'appareil digestif	1 007	7,4%	194 416	6,3%	0,2
Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc	599	6,3%	65 626	3,5%	0,0
Scanographie du système nerveux	481	-0,2%	57 345	-2,1%	-0,0
Scanographie pulmonaire	576	7,2%	62 657	4,5%	0,0
Scanographie des membres	312	5,7%	37 518	3,3%	0,0
Scanographie de la tête	282	4,4%	31 310	2,0%	0,0
<i>Autres scanographies</i>	<i>186</i>	<i>7,6%</i>	<i>24 828</i>	<i>6,3%</i>	<i>0,0</i>
IRM (y compris forfaits techniques)	1 911	10,2%	444 619	9,9%	0,6
IRM du membre inférieur	605	8,4%	140 622	8,2%	0,2
IRM des os et des articulations du cou et du tronc	478	13,0%	110 378	12,7%	0,2
IRM du système nerveux	389	7,6%	90 524	6,8%	0,1
IRM de l'appareil digestif	172	14,1%	40 002	13,9%	0,1
IRM du membre supérieur	156	13,9%	36 606	13,3%	0,1
<i>Autres IRM</i>	<i>111</i>	<i>7,9%</i>	<i>26 488</i>	<i>8,6%</i>	<i>0,0</i>
Scintigraphie	531	5,0%	167 762	5,7%	0,1
Scintigraphie de l'appareil circulatoire	130	2,0%	57 824	2,6%	0,0
Scintigraphie ostéoarticulaire et musculaire	173	-1,7%	40 252	-1,5%	-0,0
Tépographie (y compris forfaits techniques)	48	18,7%	40 972	14,6%	0,1
Scintigraphie de l'appareil respiratoire	18	3,1%	7 098	8,0%	0,0
Scintigraphie de la thyroïde	26	-5,8%	3 097	-6,3%	-0,0
<i>Autres scintigraphies</i>	<i>137</i>	<i>16,6%</i>	<i>18 519</i>	<i>16,3%</i>	<i>0,0</i>
Autre Imagerie	559	-0,4%	91 138	-2,7%	-0,0
Coronarographie	77	-2,3%	57 616	-2,2%	-0,0
Radiologie vasculaire	46	-5,8%	17 132	-7,1%	-0,0
Ostéodensitométrie	436	0,6%	16 390	0,5%	0,0
Total IMAGERIE	50 433	1,6%	3 356 474	0,8%	0,4
Total CCAM	94 558	3,2%	6 407 066	1,9%	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : DCIR (CNAMTS)

Tableau 4

**Fréquences et honoraires remboursables des actes techniques médicaux en cabinet
et en établissement en 2010 (en secteur libéral)**

ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution 2009-2010	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution 2009-2010	Contribution à la croissance des honoraires
EN CABINET					
Actes techniques médicaux diagnostiques	24 393	6,8%	792 286	5,3%	0,6
Examen fonctionnel et direct de l'œil, hors annexes	7 725	8,0%	156 133	6,8%	0,2
Électrocardiographie [ECG]	3 613	4,5%	65 590	3,4%	0,0
Imagerie, photographie, angiographie de l'œil	2 309	19,1%	76 817	16,0%	0,2
Exploration de la motricité oculaire ou palpébrale	2 299	11,2%	59 026	13,2%	0,1
Exploration de l'audition et potentiel évoqué auditif	1 547	0,6%	71 664	0,3%	0,0
Épreuve fonctionnelle respiratoire	1 517	3,1%	107 527	4,4%	0,1
Endoscopie de l'appareil respiratoire (voies aériennes supérieures)	1 136	0,3%	31 235	1,6%	0,0
<i>Autres actes médicaux diagnostiques</i>	4 246	5,0%	224 294	4,2%	0,0
Actes techniques médicaux thérapeutiques	8 094	4,4%	488 376	6,2%	0,5
Injection thérapeutique	1 443	8,0%	38 554	7,0%	0,0
Destruction de lésion cutanée superficielle	852	5,9%	20 607	5,9%	0,0
Traitement non chirurgical des varices	833	20,0%	16 227	19,1%	0,0
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	735	2,4%	35 218	-1,0%	-0,0
<i>dont forfait sécurité dermato (FSD)</i>			10 827	ns*	0,1
Pose et ablation de stérilet	379	2,1%	15 419	2,5%	0,0
<i>Autres actes médicaux thérapeutiques</i>	3 852	1,8%	362 350	7,6%	0,0
EN ÉTABLISSEMENT					
Actes techniques médicaux diagnostiques	2 945	-1,2%	227 523	11,4%	0,0
Électrocardiographie [ECG]	1 201	-4,9%	19 458	-5,1%	-0,0
Endoscopie digestive	1 031	1,1%	147 591	0,5%	0,0
<i>dont vidéocapsule</i>			1 757	ns*	0,0
Épreuve fonctionnelle respiratoire	161	2,7%	9 409	4,5%	0,0
<i>Autres actes médicaux diagnostiques</i>	552	4,1%	51 065	3,2%	0,0
Actes techniques médicaux thérapeutiques	3 733	4,1%	298 466	4,5%	0,2
Séance de dialyse pour insuffisance rénale chronique	1 527	2,7%	60 589	2,9%	0,0
Forfait de surveillance en réanimation et soins intensifs	856	6,1%	72 764	7,4%	0,1
Confection d'un appareil rigide ou souple d'immobilisation des membres	196	-2,5%	7 494	-4,8%	-0,0
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	164	-3,3%	14 040	-1,6%	-0,0
<i>Autres actes médicaux thérapeutiques</i>	989	11,0%	143 579	7,4%	-0,0
Total ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	39 772	5,5%	1 826 371	4,8%	1,3
<i>dont Actes techniques médicaux diagnostiques</i>	27 800	6,0%	1 033 177	4,2%	0,7
<i>dont Actes techniques médicaux thérapeutiques</i>	11 972	4,5%	793 194	5,6%	0,7
Total CCAM	94 558	3,2%	6 407 066	1,9%	

* ns : non significatif

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : DCIR (CNAMTS)

Tableau 5

Fréquences et honoraires remboursables des accouchements et des actes obstétricaux en 2010 (en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution 2009-2010	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution 2009-2010	Contribution à la croissance des honoraires
ACCOUchements et actes obstétricaux	239	-2,5%	106 470	0,6%	0,0
Accouchement par voie naturelle	154	0,3%	77 305	0,9%	0,0
Accouchement par césarienne	45	2,7%	24 780	2,4%	0,0
Autres actes obstétricaux	39	-16,6%	4 385	-12,7%	-0,0
Total CCAM	94 558	3,2%	6 407 066	1,9%	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques et anesthésies

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : DCIR (CNAMTS)

aux exploitants des équipements ont progressé respectivement de 5,4 %, 11,2 % et 14,2 % en montant. Globalement, les honoraires remboursables, y compris les forfaits techniques, ont augmenté de 4,1 % pour les scanners et de 9,9 % pour les IRM. Ces actes contribuent respectivement pour 0,3 point et 0,6 point à la croissance des honoraires remboursables résultant de l'activité médicale technique.

● Augmentation dynamique du volume des actes techniques médicaux

Globalement, les actes techniques médicaux, diagnostiques et thérapeutiques (39,8 millions d'actes) ont encore connu une croissance soutenue en 2010, respectivement 6 % et 4,5 % (tableau 1).

Sur l'année, les honoraires remboursables correspondant aux actes techniques médicaux diagnostiques et thérapeutiques (1,826 milliard d'euros au total) ont augmenté respectivement de 4,2 % et de 5,6 %.

Le transfert de la facturation de consultations vers celle d'associations d'actes techniques se poursuit en 2010. En particulier chez les ophtalmologues, les honoraires remboursables correspondant à des actes cliniques diminuent de 3,1 %, alors que les actes techniques ont engendré une hausse de 8,1 % des honoraires remboursables de ces professionnels. Ainsi, sur la période 2006-2010, les honoraires remboursables correspondant à des actes techniques de ces spécialistes ont augmenté de 58,8 %. Ces actes, le plus souvent à caractère

diagnostique (7 actes sur 10) et majoritairement réalisés en cabinet (plus de 8 actes sur 10), sont ventilés en fonction de leur lieu d'exécution (tableau 4), en détaillant les plus fréquents.

En cabinet, dans le domaine du diagnostic, ce sont comme les années précédentes trois grandes familles d'actes d'ophtalmologie qui progressent le plus rapidement. Ces trois grandes familles d'actes sont d'une part les examens fonctionnel et direct de l'œil (7,7 millions d'actes au total), d'autre part les actes d'imagerie, photographie, angiographie de l'œil et enfin les explorations de la motricité oculaire ou palpébrale. Elles augmentent respectivement de 8,0 %, 19,1 % et 11,2 % en volume. Parmi celles-ci, les deux dernières familles bénéficient du développement du diagnostic des pathologies de la rétine. Les actes portant sur l'œil contribuent pour 0,5 point à la croissance des actes techniques médicaux.

Pour ce qui est des actes thérapeutiques, les augmentations les plus fortes concernent les traitements non chirurgicaux des varices (20,0 % en volume d'actes et 19,1 % en honoraires remboursables), et les actes d'injections thérapeutiques (8,0 % en volume d'actes et 7,0 % en honoraires remboursables).

● Forte diminution du nombre d'accouchements et d'actes obstétricaux

Depuis quatre ans, le nombre d'accouchements et d'actes obstétricaux réalisés en secteur libéral (tableau 5) ne cesse

de diminuer, passant de 276 000 en 2006 à 239 000 en 2010, conséquence du basculement de cette activité vers le secteur public où elle a augmenté de 1,3 % en 2009 et en 2010. Ce mouvement s'est un peu ralenti en 2010 avec une baisse de 2,5 % de ces actes en volume (-6,9 % en 2009) et une stagnation des honoraires remboursables (0,6 %).

● Stabilisation de l'activité de chirurgie

Avec 4,1 millions d'actes et une évolution de 1,1 % en volume en 2010, l'activité de chirurgie⁴ se stabilise (tableau 1). Sur l'année, les honoraires remboursables de ces actes, qui représentent 1,178 milliard d'euros, ont progressé de 0,9 %. Ces moyennes recouvrent de fortes variations selon les actes.

La chirurgie réalisée en établissement et en secteur libéral, 3,3 millions d'actes (soit 79,8 % de l'ensemble des actes de chirurgie en libéral), est présentée dans le tableau 6.

Parmi les actes de chirurgie orthopédique et traumatologique, ceux qui portent sur l'épaule connaissent une forte progression (10 % en 2009 et 8,1 % en 2010), comme ceux qui concernent le rachis (6,3 % après 6,4 % fin 2009). Les avancées technologiques, en particulier de l'IRM ostéo-articulaire, laissent supposer un diagnostic plus précis des lésions et en conséquence une augmentation des indications opératoires, en particulier pour le rachis. Les progrès en matière de prothèses articulaires, ainsi que le vieillissement de la population peuvent expliquer

⁴ Y compris endoscopies interventionnelles effectuées par des non chirurgiens.

Tableau 6

Fréquences et honoraires remboursables des actes de chirurgie en établissement en 2010 (en secteur libéral)

ACTES CHIRURGICAUX en établissement	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution 2009-2010	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution 2009-2010	Contribution à la croissance des honoraires
Chirurgie orthopédique et traumatologie	722	1,1%	268 522	2,1%	0,1
<i>dont :</i>					
Réduction orthopédique et ostéosynthèse de fracture et/ou de luxation traumatique de membre	125	0,5%	26 900	1,7%	0,0
Chirurgie du poignet et de la main non osseuse ou traumatique	124	-0,5%	30 303	0,2%	0,0
Ménisectomie / nettoyage du genou / suture ou reconstruction des ligaments croisés	101	-2,3%	34 120	-1,6%	-0,0
Chirurgie digestive	506	-1,5%	167 222	-0,5%	-0,0
<i>dont :</i>					
Intervention endoscopique de lésion du côlon	242	-3,0%	58 988	-2,9%	-0,0
Cure de hernie ou cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure	99	0,8%	33 707	1,0%	0,0
Chirurgie de la cataracte	343	4,1%	139 090	3,9%	0,1
Chirurgie cutanée	272	0,4%	39 179	1,3%	0,0
Réparation par lambeau local ou régional	88	0,2%	25 942	1,3%	0,0
Parage ou suture de plaies / ablation de corps étrangers / de la peau ou des tissus mous	185	0,5%	13 238	1,2%	0,0
Chirurgie cardio-vasculaire	189	-0,9%	63 620	-2,0%	-0,0
<i>dont :</i>					
Chirurgie des varices	100	-2,8%	22 492	-3,9%	-0,0
Pose ou ablation de cathéter /système diffuseur	67	1,6%	11 832	3,5%	0,0
Chirurgie gynécologique et du sein	177	-0,7%	51 657	-0,8%	-0,0
<i>dont :</i>					
Chirurgie gynécologique	144	-0,1%	40 557	-0,6%	-0,0
Chirurgie urologique	118	-1,7%	56 044	-1,6%	-0,0
<i>dont :</i>					
Lithotritie, ablation, fragmentation, refoulement pour calcul du rein et des voies urinaires	44	5,2%	18 431	6,2%	0,0
Chirurgie de l'adénome de la prostate	26	-1,1%	12 722	-0,8%	-0,0
Chirurgie ORL et thyroïde	105	-3,6%	24 513	-3,6%	-0,0
<i>dont :</i>					
Exérèse des amygdales et végétations	90	-3,6%	16 823	-3,6%	-0,0
Autres actes de chirurgie	852	1,2%	238 456	1,2%	0,0
Total ACTES CHIRURGICAUX en établissement	3 283	0,5%	1 048 302	0,9%	0,2
Total CCAM	94 558	3,2%	6 407 066	1,9%	

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfaits sécurité dermatologie et anesthésies

(b) y compris suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules, forfait sécurité dermatologie et anesthésies

l'augmentation de la chirurgie de l'épaule et du genou. La chirurgie de la cataracte (343 000 actes en 2010) progresse toujours à un rythme soutenu (4,1%). Après avoir connu une évolution de plus de 5% en 2009, les actes de chirurgie digestive diminuent de 1,5% en 2010. Les diminutions des interventions endoscopiques de lésion et de chirurgie du colon, respectivement de -3,0%

et -3,2%, l'expliquent en partie. Les actes de chirurgie cardio-vasculaire connaissent aussi un ralentissement essentiellement lié à la diminution des traitements chirurgicaux des varices (-2,8%) déjà amorcée depuis plusieurs années. Enfin, la chirurgie gynécologique et du sein, la chirurgie urologique et la chirurgie ORL et thyroïde continuent à diminuer respectivement de 0,7%, 1,7% et 3,6%.

● Evolution de l'activité technique par spécialité (en honoraires remboursables)

Quatre spécialités génèrent à elles seules 59% des honoraires remboursables facturés en CCAM : les radiologues, les chirurgiens, les cardiologues et les anesthésistes-réanimateurs (tableau 7). Comme les années précédentes, la contribution la plus forte à la croissance

Tableau 7

Fréquences et honoraires remboursables des actes CCAM par spécialité en 2010 (en secteur libéral)

Spécialité	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution 2009-2010	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution 2009-2010	Contribution à la croissance des honoraires
Radiodiagnostic et imagerie médicale	40 137	1,3%	1 855 011	-2,6%	-0,8
Chirurgie	2 919	0,9%	550 230	0,6%	0,1
Cardiologie	8 291	2,1%	526 732	2,7%	0,2
Anesthésie et réanimation chirurgicale ^(c)	5 399	1,7%	502 683	1,7%	0,1
Ophthalmologie	13 774	9,8%	450 985	8,1%	0,5
Gynécologie médicale et obstétricale	4 294	4,8%	291 832	3,7%	0,2
Oncologie - Radiothérapie	126	-1,3%	240 002	8,2%	0,3
Gastro entérologie et hépatologie	1 841	-0,8%	204 645	-0,9%	-0,0
MEP ^(d)	4 055	4,9%	186 821	4,1%	0,1
Oto rhino laryngologie	3 720	1,5%	174 983	1,3%	0,0
Médecine générale	4 156	5,4%	171 653	4,3%	0,1
Médecine nucléaire	504	4,5%	123 156	3,1%	0,1
Pneumologie	1 874	-0,1%	121 986	2,0%	0,0
Rhumatologie	2 791	2,9%	94 345	0,8%	0,0
Dermato et vénéréologie	2 057	1,2%	64 190	-0,8%	-0,0
Néphrologie	1 522	2,4%	62 515	2,9%	0,0
Neurologie	741	6,5%	55 447	3,5%	0,0
Pédiatrie	380	16,0%	17 139	12,1%	0,0
Médecine physique et de réadaptation	338	3,5%	14 991	1,5%	0,0
Autres spécialités ^(e)	405	1,0%	23 219	3,3%	0,0
Toutes spécialités	99 324	3,2%	5 732 565	1,2%	1,0

(a) hors suppléments, forfaits techniques, vidéocapsules et forfaits sécurité dermatologie

(b) y compris anesthésies et suppléments et hors forfaits techniques, vidéocapsules et forfaits sécurité dermatologie versés à l'établissement

(c) Le nombre d'actes comprend les anesthésies

(d) MEP : médecins omnipraticiens exerçant en mode d'exercice particulier (angéiologie, allergologie, acupuncture ...)

(e) stomatologie, chirurgie maxillo faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto pathologique, oncologie médicale, hématologie

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : DCIR (CNAMTS)

des honoraires remboursables issus de l'activité technique provient des actes des ophtalmologues (0,5 point) ; leurs honoraires techniques ont augmenté de 8,1 %, conséquence de la croissance du volume des actes (9,8 %).

Viennent ensuite les oncologues et radiothérapeutes dont la contribution est de 0,3 point, puis les cardiologues, l'ensemble des omnipraticiens⁵ et les gynécologues (0,2 point pour chaque spécialité) et enfin les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens et les médecins nucléaires (0,1 point pour chaque spécialité). En radiothérapie, le transfert des préparations simples vers des préparations complexes (tri-dimensionnelles), plus onéreuses, explique l'augmentation de 8,2% des honoraires remboursables de la spécialité alors que l'acti-

tivité diminue de 1,3% en volume. Chez les omnipraticiens, la distinction entre les médecins généralistes et les médecins ayant déclaré un mode d'exercice particulier (MEP) met en évidence une évolution identique de l'activité technique en volume et en honoraires remboursables sur l'année 2010. Par ailleurs, une analyse affinée d'un échantillon de 57 190 praticiens, visant à regrouper des omnipraticiens ayant des pratiques similaires, a révélé que la facturation d'actes techniques caractéristiques d'un MEP n'est pas le seul fait de médecins ayant déclaré une activité de MEP.

Hors forfaits techniques, qui progressent pour leur part de 5,4% à 14,2% (tableau 1), les honoraires sans dépassement des radiologues diminuent de 2,6% alors que leur activité en volume progresse

de 1,3% conséquence des mesures de mars 2009 mais aussi de la suppression du supplément pour archivage des images numérisées en février 2010. Les honoraires remboursables des rhumatologues, également touchés par les mesures sur la radiologie conventionnelle, progressent eux aussi moins vite (0,8%) que le nombre d'actes (2,9%). A noter également, une hausse sensible des honoraires remboursables des pédiatres (12,1%), explicable par le développement des actes d'« exploration de l'audition et des potentiels évoqués auditifs » et, dans une moindre mesure par le recours aux examens fonctionnels et directs de l'œil. Cependant, celle-ci n'a que peu de répercussion sur leurs honoraires totaux du fait de la part marginale de l'activité technique (8,1 % des honoraires remboursés) dans leur activité totale.

⁵ Généralistes et médecins ayant un mode d'exercice particulier.

Tableau 8

Fréquences, honoraires remboursables et montants remboursés des actes d'anatomie et cytologie pathologiques à la CCAM - Octobre à décembre 2010 (en secteur libéral)

EXAMENS MICROSCOPIQUES DES TISSUS (actes ACP)	Nombres d'actes ^(a)	Part	Honoraires sans dépassement (HSD) en milliers d'euros	En % des HSD totaux	Montants remboursés en milliers d'euros	Taux de remboursement
Examen cytopathologique	827 851	54,3%	13 620	29,9%	9 836	72,2%
<i>dont examen de prélèvement [frottis] du col de l'utérus</i>	433 674		6 691		4 746	
<i>dont examen en phase liquide [monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus</i>	345 535		5 326		3 777	
Examen anatomopathologique de prélèvement biopsique	232 422	15,2%	8 770	19,3%	7 955	90,7%
Examen anatomopathologique de matériel d'exérèse	351 408	23,0%	14 922	32,8%	13 453	90,2%
Examen anatomopathologique extemporané	10 422	0,7%	874	1,9%	846	96,8%
Examen particulier de tissu	102 890	6,7%	5 721	12,6%	5 025	87,8%
Autopsie médicale	76	0,0%	5	0,0%	5	97,4%
<i>Suppléments pour diagnostic portant sur des lésions tumorales</i>			1 601	3,5%	1 472	92,0%
Total ACP-CCAM	1 525 069	100%	45 513	100%	38 592	84,8%

(a) hors suppléments

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)
Source : DCIR (CNAMTS)

Conclusion

En 2010, la CCAM a connu deux avancées notables avec la mise en œuvre d'une nouvelle classification des actes de radiothérapie externe prenant en compte les évolutions technologiques et l'introduction des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques. Pour ce qui est de l'activité médicale technique réalisée en secteur libéral, l'année est marquée par un ralentissement de sa progression dans toutes les grandes familles d'actes avec néanmoins de fortes disparités.

En l'absence de revalorisations tarifaires, les honoraires remboursables ont principalement été impactés par les évolutions des volumes des actes et,

pour l'imagerie, par la modification de la règle d'association de certains actes entre eux (mesures de mars 2009) et la suppression des suppléments d'archivage des images numérisées. Les honoraires remboursables de radiographie ont ainsi enregistré une diminution de 5,2 %.

Parallèlement, l'évolution des volumes d'actes de scanographie et d'IRM (respectivement 6,9 % et 11,6 %) liée au développement du parc des équipements est toujours dynamique bien que légèrement inférieure à celle des années 2008 et 2009. Les forfaits techniques associés, qui représentent 10,5 % des dépenses, augmentent

également de façon sensible (8,5% en incluant les tépographies). Les actes techniques médicaux connaissent également une croissance un peu plus faible que par le passé mais qui reste soutenue en volume comme en honoraires remboursables (respectivement 5,5 % et 4,8 %), tandis que l'activité de chirurgie est restée stable.

Le suivi des différentes tendances observées en 2010, particulièrement les conséquences des mesures portant sur l'imagerie, ainsi que l'analyse du codage des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques constitueront des axes d'études prioritaires pour 2011.



Bibliographie

Un an de codage CCAM en secteur libéral.
Points de repère n° 14, CNAMTS, mars 2008.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007.
Points de repère n° 21, CNAMTS, décembre 2008.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008.
Points de repère n° 26, CNAMTS, décembre 2009.

Les associations d'actes CCAM en 2008.
Points de repère n° 29, CNAMTS, mars 2010.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009.
Points de repère n° 31, CNAMTS, novembre 2010.

La CCAM sur AMELI

Sur ameli.fr (rubrique 'professionnels de santé' / 'Médecin'), le domaine 'Coder vos actes avec la CCAM', permet entre autres de :

- consulter ou télécharger les actes et les tarifs de la CCAM ainsi que les textes réglementaires (règles tarifaires),
- trouver un acte et toutes les caractéristiques qui le concerne,
- sélectionner les actes les plus fréquents de la CCAM par spécialités,
- se familiariser avec les principes du codage,
- approfondir les connaissances sur la méthodologie de la CCAM et sa conception.



Collection des points de repère

N° 1 – Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée

N° 2 – La progression des génériques au premier trimestre 2006

N° 3 – Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie

N° 4 – L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples

N° 5 – Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie

N° 6 – La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens

N° 7 – Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée

N° 8 – Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire

N° 9 – Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006

N° 10 – Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006

N° 11 – Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie

N° 12 – Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments

N° 13 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005

N° 14 – Un an de codage CCAM en secteur libéral – premiers résultats sur une année complète : 2006

N° 15 – Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007

N° 16 – Les causes médicales de l'invalidité en 2006

N° 17 – Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre

N° 18 – Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004

N° 19 – Les données 2007 du codage de la biologie médicale

N° 20 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007

N° 21 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007

N° 22 – Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS

N° 23 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006

N° 24 – Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme

N° 25 – L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites

N° 26 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008

N° 27 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008

N° 28 – La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire

N° 29 – Les associations d'actes CCAM en 2008

N° 30 – Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation 5 ans après l'autorisation

N° 31 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009

N° 32 – Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité

N° 33 – Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009

N° 34 – Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009

N° 35 – Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010

Contact : dact.dgodos@cnamts.fr