

points de repère



Un an de codage CCAM en secteur libéral

premiers résultats sur une année complète : 2006

Les données issues du codage de la CCAM permettent de connaître la nature et la fréquence des actes techniques médicaux réalisés par les médecins libéraux, selon leur spécialité et le lieu de réalisation de l'acte, ainsi que les honoraires qui en découlent.

En 2006, environ 105 millions d'actes techniques ont été réalisés, représentant 7,5 milliards d'euros d'honoraires remboursables. Les actes d'imagerie sont les plus fréquents : près de 60% des actes et 55% des honoraires. Viennent ensuite les actes médicaux diagnostiques (25% des actes) et les actes médicaux thérapeutiques (11% des actes). Les actes chirurgicaux représentent 5% des actes mais 19% des honoraires (en incluant l'anesthésie). Hors imagerie, 71% des actes techniques sont réalisés au cabinet du médecin.

En complément de ce panorama général, deux éclairages particuliers sont présentés, le premier sur les échographies, le second sur l'activité des praticiens de médecine générale et de médecine à mode d'exercice particulier.

Les informations issues de la CCAM constituent un outil précieux d'analyse des pratiques médicales et du recours aux soins, afin de mieux orienter les actions visant à améliorer la qualité et l'efficacité du système de soins.

Combien d'échographies sont réalisées en secteur privé chaque année ? Par quelles spécialités ? Quels sont les actes techniques les plus fréquemment réalisés en cabinet et par qui ? Ce sont des questions simples auxquelles on ne pouvait répondre encore récemment. En effet, un examen échographique dont la cotation était KE 30 dans la nomenclature précédente (NGAP), pouvait concerner aussi bien l'abdomen, que le suivi de grossesse du 2ème trimestre ou encore les vaisseaux intracrâniens.

La CCAM, en mettant en œuvre le codage des actes techniques médicaux en mars 2005, permet désormais l'observation fine des pratiques médicales selon une nomenclature commune aux secteurs privé et public (encadré 1). Son autre objectif est le rééquilibrage équitable des honoraires entre les actes et l'adaptation de la tarification aux progrès des techniques médicales. Sa mise en œuvre a été progressive (encadré 2), l'année 2006 est la première année où son utilisation est assez large pour permettre une exploitation des données issues de la facturation, à la fois en cabinet de ville et en établissement privé. L'apport descriptif de la CCAM fait l'objet de ce document, à travers la photographie de l'activité en secteur libéral en 2006.

● Département des Actes Médicaux (CNAMTS).

Le codage détaillé n'est disponible que pour le Régime général hors Sections Locales Mutualistes (RG hors SLM) qui représente aujourd'hui environ 74% des actes de la CCAM (encadrés 3 et 4). Pour estimer les données tous régimes, le tableau 9 précise la part du Régime général hors SLM dans le total par spécialité pour les quantités et les honoraires. Rappelons que la CCAM couvre les actes techniques réalisés par les médecins (encadré 5), et que les actes cliniques (consultations, visites...), les actes des auxiliaires médicaux, des chirurgiens dentistes et des sages-femmes restent tarifés en NGAP.

En 2006, 77,6 millions d'actes techniques¹ pour 5,4 milliards d'euros d'honoraires remboursables² ont été présentés au remboursement du Régime général hors SLM, soit 1,6 acte par personne protégée. Extrapolé tous régimes, le nombre d'actes est de 105 millions pour 7,5 milliards d'euros d'honoraires remboursables. 6 636 codes d'actes de la CCAM ont été utilisés sur les 6 717 codes d'actes remboursables qu'elle comporte. L'activité est fortement concentrée sur un petit nombre d'actes : 35 libellés permettent de décrire 50% des actes et 1336 en décrivent 99%.

● Une prédominance des actes d'imagerie...

Près de 6 actes techniques sur 10 sont des actes d'imagerie (tableaux 1 et 2). Ils représentent 55% des honoraires remboursables, soit près de 3 milliards d'euros. Ensuite, viennent les actes médicaux diagnostiques (25%) et thérapeutiques (11%). Les actes chirurgicaux représentent 5% des actes mais 19 % des honoraires, compte tenu de leurs tarifs moyens plus élevés et de la prise en compte des honoraires liés à l'anesthésie.

Enfin, 220 600 accouchements sont remboursés en secteur privé par le RG hors SLM (soit environ 270 000 extrapolés tous régimes). Une comparaison avec les accouchements codés en secteur public en 2006³ montre que le secteur privé réalise environ 3 accouchements sur 10. Les accouchements par césarienne (48 000 actes en 2006) représentent 22% des accouchements en secteur privé.

Tableau 1

Fréquences et honoraires remboursables des actes de la CCAM (en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

	Nombre d'actes ⁽¹⁾		Honoraires remboursables et forfaits techniques ⁽²⁾	
	en milliers	en %	en K€	en %
IMAGERIE	45 120	58,1%	2 986 241	54,9%
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	28 337	36,5%	1 328 921	24,4%
Actes techniques médicaux diagnostiques	19 731	25,4%	779 562	14,3%
Actes techniques médicaux thérapeutiques	8 605	11,1%	549 360	10,1%
ACTES CHIRURGICAUX	3 886	5,0%	1 012 571	18,6%
ACCOUCHEMENTS	221	0,3%	110 421	2,0%
Autres actes obstétricaux	55	0,1%	5 607	0,1%
TOTAL CCAM	77 618	100,0%	5 443 761	100,0%

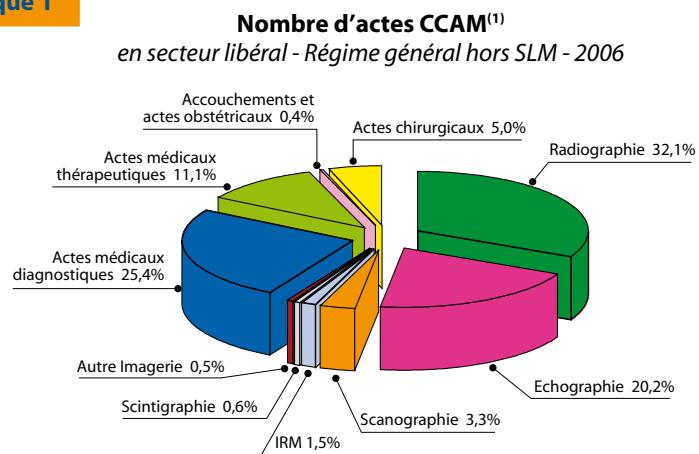
* SLM : Sections locales mutualistes.

Source : ERASME National V1- Cnamts

⁽¹⁾ hors anesthésies, forfaits techniques et suppléments.

⁽²⁾ y compris anesthésies, forfaits techniques pour scanographies, IRM, TEP et suppléments.

Graphique 1



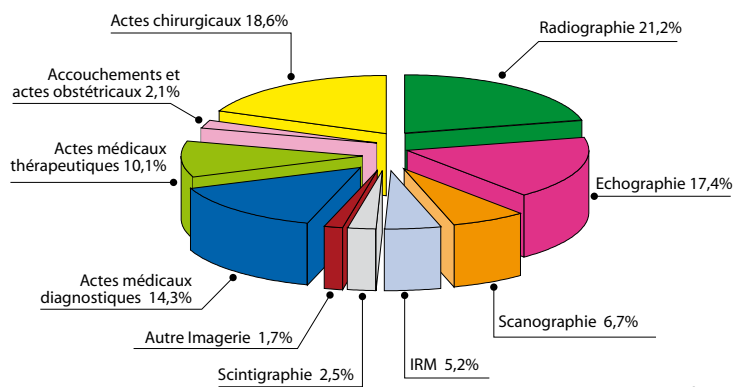
⁽¹⁾ hors anesthésies, forfaits techniques et suppléments

Source : ERASME National V1- Cnamts

Graphique 2

Honoraires remboursables CCAM (dont anesthésies et suppléments) et forfaits techniques

en secteur libéral - Régime général hors SLM - 2006



Source : ERASME National V1- Cnamts

¹ Actes « principaux » ayant un code à 7 caractères, hors anesthésies et suppléments.

² Les honoraires remboursables correspondent aux honoraires hors dépassements qui constituent la base de remboursement de l'Assurance maladie.

³ Source : PMSI 2006.

Encadré 1

La CCAM

Pourquoi ?

Deux nomenclatures aux objectifs et aux principes profondément différents coexistaient :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), pour définir les tarifs des actes, dans le cadre du paiement à l'acte essentiellement en secteur libéral, nomenclature non codée, ni structurée, devenue en grande partie obsolète et de plus inéquitable ;
- Le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM), pour décrire l'activité des établissements de santé dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), classification détaillée et codée mais non exhaustive et non tarifante.

D'où la nécessité d'établir une description unique de l'activité, modernisée et codée, comme base d'une refonte des tarifs des actes. Le champ de cette réforme a concerné d'abord les actes de chirurgie puis les actes techniques médicaux. Un acte technique nécessite un geste technique, réalisé ou non à l'aide d'un appareillage (par exemple : actes de radiologie, audiométries, interventions chirurgicales, actes d'anesthésie).

Comment ?

Les travaux techniques réalisés entre 1997 et 2002 ont été de 2 types :

1. Description et écriture des libellés, selon une méthode rigoureuse et structurée. La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du ministère de la santé (DHOS) et l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) ont participé étroitement, avec la Cnamts, à cette phase avec la collaboration de 500 experts des sociétés savantes. Aujourd'hui, la CCAM comporte 7 600 libellés.
2. Hiérarchisation de l'ensemble des actes, en fonction des ressources mobilisées par le praticien pour réaliser chaque acte :
 - travail médical (combinaison de durée, de stress, de compétence technique et d'effort mental) exprimé sous la forme d'un score de « points travail » ; 1000 experts des sociétés savantes ont participé à cette étape ;
 - coût de la pratique (charges financières propres du praticien) évalué à partir des données fiscales ou d'enquêtes spécifiques et affectées à chaque acte au prorata du travail médical, en euros par acte.

Encadré 2

La mise en œuvre de la CCAM

Après validation de ces travaux par un comité de pilotage (de fin 2003 à fin 2004), la négociation a abouti à un protocole d'accord entre les partenaires conventionnels signé le 25 février 2005. Les tarifs « cibles » de la CCAM, issus de la hiérarchisation et de la fixation de la valeur du point travail ont été validés.

L'objectif est un rééquilibrage équitable des honoraires entre spécialités pour répartir au mieux les ressources allouées avec une convergence progressive sur une période de 5 à 8 ans en partant des tarifs de référence NGAP vers ces tarifs cibles.

Une première étape de convergence vers les tarifs-cibles de la CCAM a été réalisée en mars 2005, suivie d'une 2^{ème} étape en 2 phases (septembre 2007 et janvier 2008).

Parallèlement, la CCAM a remplacé progressivement le CdAM pour le PMSI dans les établissements publics et privés depuis 2004. En 2005, 94% des actes qui interviennent dans le classement des séjours en Groupes Homogènes de Malades (GHM) étaient codés en CCAM dans les établissements publics.

Le déploiement

La facturation des actes techniques médicaux en CCAM est possible depuis le 31 mars 2005.

Pour permettre aux médecins de mettre à jour leurs logiciels de facturation, une période de tolérance a été aménagée, durant laquelle la NGAP restait autorisée : jusqu'au 15 septembre 2005 pour les cliniques privées, 31 décembre 2005 pour les cliniques psychiatriques, SSR et hôpitaux publics, 31 mars 2006 pour les médecins en cabinet, 1^{er} juillet 2006 pour les centres de santé.

Depuis le 31 décembre 2006, l'ensemble des médecins facturent leurs actes techniques en CCAM sauf exceptions précisées dans l'encadré 5.

Encadré 3

Sources des données

Les résultats sont issus des données de la base ERASME (Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique) du Régime général 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 remboursés par le Régime général d'Assurance maladie en 2006, hors sections locales mutualistes pour lesquelles le codage affiné des actes n'est pas encore disponible.

Les données sont corrigées des effets de « montée en charge » de la CCAM, prenant en compte l'évolution au cours de l'année 2006 de la part d'actes techniques médicaux facturés en CCAM. Par exemple, pour une spécialité dont les honoraires remboursables en janvier 2006 étaient facturés à 80% en CCAM et à 20% en NGAP, les données correspondant aux actes de cette spécialité en janvier 2006 sont redressés de 1/0,8.

Le nombre d'actes correspond au nombre de codes principaux, hors anesthésies, actes complémentaires ou suppléments. Le montant d'honoraires hors dépassements remboursables correspond à l'honoraire complet de l'acte, intégrant les honoraires de l'anesthésie, des actes complémentaires, des suppléments et les majorations. Les forfaits techniques, qui couvrent les coûts de fonctionnement des appareils de scanners, IRM et tépographe (TEP) et sont versés aux structures exploitant ces appareils, sont ajoutés à ce montant d'honoraires pour les actes concernés. L'affectation des suppléments aux actes n'est pas toujours possible dans des cas particuliers : c'est pourquoi 0,4% des honoraires ne sont pas répartis dans les tableaux par type d'actes alors qu'ils sont ventilés dans le tableau par spécialité (tableau 7).

La distinction cabinet/établissement est fondée sur le support de facturation : feuille des soins pour les actes réalisés en cabinet de ville ou en consultations externes en établissement privé et bordereau S3404 pour les actes réalisés en établissement ayant donné lieu à une rémunération de l'établissement. C'est le cas des séjours hospitaliers, de la chirurgie ambulatoire, des passages aux urgences ou soins réalisés en urgence...

Tableau 2

Fréquences et honoraires remboursables des actes d'imagerie
(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

	Nombre d'actes ⁽¹⁾		Honoraires remboursables et forfaits techniques ⁽²⁾	
	en milliers	%	en K€	%
IMAGERIE	45 120	100,0%	2 986 241	100,0%
Radiographie	24 931	55,3%	1 159 732	38,8%
Radiographie osseuse des membres	10 595	42,5%	393 985	34,0%
Radiographie du sein	3 526	14,1%	228 546	19,7%
Radiographie du thorax	3 715	14,9%	131 068	11,3%
Radiographie du rachis	2 939	11,8%	223 491	19,3%
Radiographie dentaire	1 741	7,0%	58 025	5,0%
Radiographie de l'abdomen et du tube digestif	1 025	4,1%	46 501	4,0%
Radiographie de la tête	1 043	4,2%	43 403	3,7%
<i>Autres radiographies</i>	348	1,4%	34 714	3,0%
Échographie	15 665	34,7%	950 652	31,8%
Échographie vasculaire (artère, veine)	2 481	15,8%	195 358	20,5%
Échographie de l'appareil digestif	2 338	14,9%	151 231	15,9%
Échographie au cours de la grossesse	2 061	13,2%	108 793	11,4%
Échographie cardiaque	1 790	11,4%	173 059	18,2%
Échographie du sein	1 752	11,2%	71 524	7,5%
Échographie du petit bassin féminin en dehors de la grossesse	1 687	10,8%	97 674	10,3%
Échographie urogénitale	1 086	6,9%	61 468	6,5%
<i>Autres échographies</i>	2 471	15,8%	91 545	9,6%
Scanographie	2 538	5,6%	363 600	12,2%
<i>dont Forfaits techniques</i>			254 728	
Scanographie de l'appareil digestif	688	27,1%	137 530	37,8%
Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc	474	18,7%	55 484	15,3%
Scanographie du système nerveux	424	16,7%	53 254	14,6%
Scanographie pulmonaire	393	15,5%	46 905	12,9%
Scanographie des membres	230	9,0%	29 213	8,0%
<i>Autres scanographies</i>	329	13,0%	41 214	11,3%
IRM	1 155	2,6%	281 754	9,4%
<i>dont Forfaits techniques</i>			202 093	
IRM des membres	477	41,3%	116 118	41,2%
IRM des os et des articulations du cou et du tronc	282	24,4%	68 470	24,3%
IRM du système nerveux	240	20,7%	58 656	20,8%
<i>Autres IRM</i>	156	13,5%	38 511	13,7%
Scintigraphie	439	1,0%	135 211	4,5%
<i>dont Forfaits techniques (Tépographie)</i>			14 956	
Scintigraphie ostéoarticulaire et musculaire	178	40,6%	43 371	32,1%
Scintigraphie de l'appareil circulatoire	121	27,5%	53 805	39,8%
Scintigraphie de la thyroïde	32	7,4%	4 208	3,1%
Scintigraphie de l'appareil respiratoire	17	3,9%	6 688	4,9%
Tépographie	17	3,9%	16 473	12,2%
<i>Autres scintigraphies</i>	74	16,8%	10 666	7,9%
Autre Imagerie	393	0,9%	95 292	3,2%
Ostéodensitométrie	255	65,0%	9 251	9,7%
Coronarographie	81	20,6%	63 563	66,7%
Radiologie vasculaire	57	14,4%	22 478	23,6%

* SLM : Sections locales mutualistes.

Source : ERASME National V1 - Cnamts

⁽¹⁾ hors anesthésies, forfaits techniques et suppléments.

⁽²⁾ y compris anesthésies, forfaits techniques pour scanographies, IRM, TEP et suppléments.

● Avec une majorité de radiographies ...

Les radiographies représentent 55% des actes d'imagerie et 39% des honoraires remboursables (tableau 2). Elles sont réalisées à 95% par les radiologues. Le nombre de radiographies apparaît très élevé, en particulier pour certaines localisations dont les indications ont fortement diminué : c'est le cas des radiographies du crâne (près d'1 million d'actes). Ce constat a conduit l'Assurance maladie à proposer, en accord avec les professionnels, des actions d'information dans ce domaine, notamment auprès des médecins qui les prescrivent. Elles seront fondées sur les recommandations que va établir la Haute Autorité de Santé (HAS)

et sur le « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale⁴ ». Un accord de bon usage des soins⁵ (Acbus) est en cours de finalisation avec les médecins radiologues qui s'engageront à respecter des recommandations de bonne pratique, et à réduire le nombre d'actes de radiographies standard du crâne et/ou du massif facial réalisées en secteur libéral de 70% sur 3 ans.

On remarque que les techniques plus récentes telles que scanners, IRM et scintigraphies (dont TEP) représentent au total 9% des actes d'imagerie, mais 26% des honoraires, forfaits

techniques inclus. La progression de ces techniques est forte ces dernières années en lien avec l'évolution des autorisations d'installation des équipements.

Notons que la fréquence de l'acte d'ostéodensitométrie⁶ pris en charge par l'assurance maladie à un tarif de 39,96 €, à partir du 1^{er} juillet 2006, dans des indications précises correspondant aux patients à risque est d'environ 54 000 actes remboursés mensuellement par le Régime général hors SLM. Ces actes sont réalisés par les radiologues à 79% puis les rhumatologues (17%).

Tableau 3

Types d'échographies par spécialité
(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

Échographie	Radiologues		Omni-praticiens ⁽¹⁾		Gynécologues		Cardiologues		Autres spécialités		Total échographies Nombre d'actes ⁽²⁾ en milliers
	Nombre d'actes ⁽²⁾		Nombre d'actes ⁽²⁾		Nombre d'actes ⁽²⁾		Nombre d'actes ⁽²⁾		Nombre d'actes ⁽²⁾		
	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%	en milliers	%	
Échographie	8 216	52,4%	2 530	16,1%	2 241	14,3%	2 160	13,8%	518	22,1%	15 665
Échographie de l'appareil digestif	2 023	86,5%	70	3,0%					245	10,5%	2 338
Échographie du sein	1 718	98,1%	10	0,6%	23	1,3%			1	0,1%	1 752
Échographie urogénitale	942	86,7%	57	5,2%					88	8,1%	1 086
Échographie ostéoarticulaire et musculaire	852	94,0%	27	3,0%					27	3,0%	906
Échographie de la thyroïde	648	92,2%	33	4,6%					23	3,2%	703
Échographie du petit bassin féminin en dehors de la grossesse	793	47,0%	78	4,6%	808	47,9%			8	0,5%	1 687
Échographie au cours de la grossesse	579	28,1%	284	13,8%	1 172	56,9%			26	1,3%	2 061
Échographie pour assistance médicale à la procréation	40	17,2%	14	5,7%	170	72,6%			11	4,5%	235
Échographie vasculaire (artère, veine)	375	15,1%	1 676	67,5%			401	16,2%	30	1,2%	2 481
Échographie cardiaque			5	0,3%			1 759	98,3%	26	1,4%	1 790
Autres échographies	247	39,4%	278	44,2%	69	10,9%			35	5,5%	628

* SLM : Sections locales mutualistes.

⁽¹⁾ y compris les médecins à mode d'exercice particulier, notamment les angéiologues.

⁽²⁾ hors anesthésies et suppléments.

Source : ERASME National V1 - Cnamts

⁴ Dans ce guide, il apparaît un nombre extrêmement limité de situations médicales justifiant la réalisation de radiographies du crâne et/ou du massif facial.

⁵ Avenant 24 du 25 juillet 2007 publié au JO du 12 septembre 2007.

⁶ Technique qui permet de mesurer la densité minérale osseuse pour établir un diagnostic précoce de l'ostéoporose.

● Et d'échographies réalisées essentiellement par quatre spécialités

Les échographies représentent 35% des actes d'imagerie et 32% des honoraires (tableau 2). La caractéristique de cette technique d'imagerie est d'être utilisée par quatre spécialités différentes selon les localisations (tableau 3). Alors que les radiologues réalisent globalement 79% des actes d'imagerie, ils n'exécutent que 52% des échographies. Si les échographies de l'appareil digestif, du sein, de l'appareil urogénital, ostéoarticulaire et musculaire et de la thyroïde, sont effectuées essentiellement par des radiologues (entre 86% et 98%), celles au cours de la grossesse ou pour assistance médicale à la procréation le sont par des gynécologues (respectivement 73% et 57%), celles portant sur les artères et les veines par des angiologues (omnipraticiens - MEP⁷) et enfin, les échographies cardiaques par des cardiologues (98%). Les échographies du petit bassin féminin en dehors de la grossesse sont réparties à parts égales entre des radiologues et des gynécologues.

Encadré 4

Les codes CCAM

A chaque libellé de la CCAM correspond un code à 7 caractères : les 4 premiers indiquent la topographie, l'action, le mode d'accès et ou la technique de l'acte, les 3 derniers constituent un compteur.

Le code est complété par le code « activité », différenciant les gestes réalisés au cours de l'acte par des médecins différents (chirurgie, anesthésie ...) et par le code 'phase de traitement', distinguant les différentes phases lorsque l'acte se déroule en plusieurs temps. Le tarif de l'acte est défini pour un code d'acte, un code activité et un code phase de traitement.

Exemple :

Code [modificateurs applicables]	Libellé	activité	phase	Tarif en €
BFGA002 [A, G, 7]	Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil	1	0	271,70
	<i>anesthésie</i>	4	0	125,40

A ces codes obligatoires peuvent s'ajouter pour la facturation :

- un à quatre codes modificateurs, permettant des majorations de tarifs liées à certains critères de réalisation de l'acte (urgence, âge ...),
- le code association, indiquant la réduction de tarif à appliquer sur le deuxième acte voire les suivants, lorsque plusieurs actes sont réalisés en même temps,
- le code 'remboursement exceptionnel', permettant la prise en charge des actes lorsque celle-ci est soumise à certaines conditions (indications médicales ...).

● Hors imagerie, des actes essentiellement diagnostiques le plus souvent réalisés en cabinet ou soins externes

Les actes techniques, hors imagerie et actes chirurgicaux, sont en majorité des actes diagnostiques (7 sur 10), réalisés en cabinet ou en consultations externes en établissement privé dans près de 86% des cas. Les actes thérapeutiques sont réalisés en établissement dans 34% des cas (encadré 3), représentant 41% des honoraires remboursables de ces actes.

En cabinet (tableau 4), en dehors de l'électrocardiogramme (acte de base associé en particulier aux actes des cardiologues), les actes diagnostiques les plus fréquents sont ceux réalisés par les ophtalmologues. Notons que certains « petits » actes diagnostiques de cette spécialité pouvant être réalisés au cours de consultations ne

sont pas codés en CCAM. Les explorations de l'audition réalisées par les ORL et les épreuves fonctionnelles respiratoires réalisées par les pneumologues sont également nombreuses. Les actes d'acupuncture apparaissent comme les actes thérapeutiques les plus fréquents en cabinet, ce qui s'explique par le fait qu'il s'agit de séances répétées lors d'un traitement. Les actes réalisés par les dermatologues (exérèses ou destructions de lésion, séances de photothérapie) représentent un quart des actes thérapeutiques en cabinet et un quart des honoraires correspondants.

En établissement (tableau 5), en dehors de l'électrocardiogramme, les endosco-

pies digestives, réalisées par les gastro-entérologues, sont les actes diagnostiques les plus fréquents (32%) et les plus importants en honoraires remboursables (71% en incluant l'anesthésie associée). Les dilatations coronaires sont les actes thérapeutiques les plus importants en honoraires. Les séances de dialyse sont nombreuses car réalisées au moins 2 fois par semaine pour les patients en insuffisance rénale chronique, le plus souvent sur une longue période. La fréquence importante des forfaits de surveillance en réanimation et soins intensifs s'explique par une facturation quotidienne (par 24h) des séjours dans les unités de réanimation et de soins intensifs.

⁷ MEP : Mode d'Exercice Particulier.

Tableau 4

Fréquences et honoraires remboursables des actes techniques en cabinet
(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

	Nombre d'actes ⁽¹⁾		Honoraires remboursables ⁽²⁾	
	en milliers	en %	en K€	en %
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	22 579	100,0%	763 090	100,0%
Actes techniques médicaux diagnostiques	16 874	74,7%	563 038	73,8%
Examen fonctionnel et direct de l'œil, hors annexes	4 993	29,6%	101 040	17,9%
Électrocardiographie [ECG]	2 865	17,0%	52 934	9,4%
Exploration de l'audition et potentiel évoqué auditif	1 453	8,6%	67 195	11,9%
Épreuve fonctionnelle respiratoire	1 289	7,6%	84 478	15,0%
Exploration de la motricité oculaire ou palpébrale	1 111	6,6%	16 555	2,9%
Imagerie, photographie, angiographie de l'œil	975	5,8%	33 621	6,0%
Endoscopie de l'appareil respiratoire (voies aériennes supérieures)	876	5,2%	24 537	4,4%
Exploration électrophysiologique du système nerveux [EEG, EMG, sommeil]	663	3,9%	59 031	10,5%
Épreuve d'effort cardiaque	604	3,6%	45 887	8,1%
Test allergologique	581	3,4%	14 750	2,6%
Colposcopie	236	1,4%	6 383	1,1%
Exploration fonctionnelle des flux lacrymaux	225	1,3%	2 209	0,4%
<i>Autres actes médicaux diagnostiques</i>	<i>1 002</i>	<i>5,9%</i>	<i>54 418</i>	<i>9,7%</i>
Actes techniques médicaux thérapeutiques	5 705	25,3%	200 052	26,2%
Séance d'acupuncture	713	12,5%	7 938	4,0%
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	674	11,8%	28 223	14,1%
Destruction de lésion cutanée superficielle	637	11,2%	14 800	7,4%
Injection thérapeutique	576	10,1%	15 401	7,7%
Séance de photothérapie corporelle totale, par rayons ultraviolets A [UVA] ou ultraviolets B [UVB]	433	7,6%	8 289	4,1%
Pose et ablation de stérilet	372	6,5%	14 874	7,4%
Traitement non chirurgical des varices	271	4,8%	3 811	1,9%
Infiltration d'un nerf, plexus ou racine pour prise en charge de la douleur chronique	167	2,9%	6 637	3,3%
Photocoagulation de l'œil	141	2,5%	16 649	8,3%
Contrôle et réglage transcutané secondaires d'un stimulateur cardiaque	123	2,1%	6 234	3,1%
Confection d'un appareil rigide ou souple d'immobilisation des membres	117	2,1%	5 212	2,6%
Actes d'urgence en cabinet	114	2,0%	5 184	2,6%
Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale	112	2,0%	1 960	1,0%
<i>Autres actes médicaux thérapeutiques</i>	<i>1 256</i>	<i>22,0%</i>	<i>64 840</i>	<i>32,4%</i>

* SLM : Sections locales mutualistes

Source : ERASME National V1 - Cnamts

⁽¹⁾ hors anesthésies et suppléments.⁽²⁾ y compris anesthésies et suppléments.

Tableau 5

Fréquences et honoraires remboursables des actes techniques en établissement

(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

	Nombre d'actes ⁽¹⁾		Honoraires remboursables ⁽²⁾	
	en milliers	en %	en K€	en %
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	5 757	100,0%	375 292	100,0%
Actes techniques médicaux diagnostiques	2 857	49,6%	188 768	55,5%
Électrocardiographie [ECG]	1 285	45,0%	20 211	10,7%
Endoscopie digestive	917	32,1%	133 984	71,0%
Épreuve fonctionnelle respiratoire	157	5,5%	8 392	4,4%
Endoscopie de l'appareil respiratoire (trachée, bronches)	65	2,3%	8 672	4,6%
Fibroscopie urétrovésicale	62	2,2%	2 391	1,3%
Assistance pédiatrique avant la naissance	39	1,4%	3 355	1,8%
Biopsie de la prostate	38	1,3%	4 005	2,1%
Exploration électrophysiologique du système nerveux [EEG, EMG, sommeil]	35	1,2%	3 823	2,0%
Imagerie, photographie, angiographie de l'œil	28	1,0%	1 133	0,6%
<i>Autres actes médicaux diagnostiques</i>	232	8,1%	2 803	1,5%
Actes techniques médicaux thérapeutiques	2 900	50,4%	186 524	60,6%
Séance de dialyse pour insuffisance rénale chronique	1 216	41,9%	44 907	24,1%
Forfait de surveillance en réanimation et soins intensifs	562	19,4%	44 040	23,6%
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	202	7,0%	13 275	7,1%
Confection d'un appareil rigide ou souple d'immobilisation des membres	189	6,5%	6 809	3,7%
Actes d'urgence en cabinet	146	5,0%	4 952	2,7%
Transfusion de concentré de globules rouges d'un volume inférieur à une demimasse sanguine	41	1,4%	1 178	0,6%
Dilatation coronaire	41	1,4%	46 683	25,0%
Infiltration d'un nerf, plexus ou racine pour prise en charge de la douleur chronique	32	1,1%	1 982	1,1%
Pose bilatérale d'aérateur transtympanique	25	0,9%	3 950	2,1%
<i>Autres actes médicaux thérapeutiques</i>	447	15,4%	18 749	10,1%

* SLM : Sections locales mutualistes

⁽¹⁾ hors anesthésies et suppléments.⁽²⁾ y compris anesthésies et suppléments.

Source : ERASME National V1 - Cnamts

● L'orthopédie et la traumatologie prépondérantes parmi les actes chirurgicaux en établissement

Les actes chirurgicaux réalisés lors d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences sont détaillés dans le tableau 6 ; les actes chirurgicaux en cabinet ou soins

externes sont majoritairement des parages ou sutures de plaies, ablation de corps étrangers... Plus de trois millions d'actes chirurgicaux représentant 958 M€ d'hon-

oraires sans dépassement ont été codés et tarifés en CCAM en secteur privé en 2006. Les trois-quarts de ces actes ont été regroupés en huit grandes familles

au sein desquelles les actes les plus fréquents ont été détaillés.

La chirurgie orthopédique et traumatologique apparaît en première position avec plus de 700 000 actes réalisés le plus souvent sur la main, le poignet,

le canal carpien et le genou⁸. La chirurgie digestive, représentant 15% de l'ensemble des actes chirurgicaux est à la deuxième place avec plus de 200 000 interventions endoscopiques de lésion du côlon et plus de 100 000 cures de hernie ou cures d'événement de la

paroi abdominale. Viennent ensuite avec des volumes d'activité assez proches la chirurgie ophtalmologique de la cataracte et la chirurgie cutanée⁹, puis la chirurgie cardio-vasculaire et la chirurgie gynécologique.

Tableau 6

Fréquences et honoraires remboursables des actes de chirurgie en établissement

(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

	Nombre d'actes ⁽¹⁾		Honoraires remboursables ⁽²⁾	
	en milliers	%	en K€	en %
Actes chirurgicaux	3 219	100,0%	958 090	100,0%
Chirurgie orthopédique et traumatologie dont :	702	21,8%	238 134	24,9%
<i>Chirurgie du poignet et de la main non osseuse ou traumatique et chirurgie du canal carpien</i>	207	29,6%	41 367	17,4%
<i>Ménisectomie / nettoyage du genou / suture ou reconstruction des ligaments croisés et chirurgie prothétique du genou</i>	142	20,3%	61 172	25,7%
<i>Réduction orthopédique et ostéosynthèse de fracture et/ou de luxation traumatique de membre</i>	125	17,8%	23 752	10,0%
Chirurgie digestive dont :	486	15,1%	155 528	16,2%
<i>Intervention endoscopique de lésion du côlon</i>	204	42,0%	48 895	31,4%
<i>Cure de hernie ou cure d'événement de la paroi abdominale antérieure</i>	108	22,2%	35 055	22,5%
<i>Actes de proctologie</i>	48	9,8%	8 951	5,8%
Chirurgie ophtalmologique de la cataracte	295	9,1%	119 614	12,5%
Chirurgie cutanée dont :	257	8,0%	32 848	3,4%
<i>Parage ou suture de plaies / ablation de corps étrangers / de la peau ou des tissus mous</i>	158	61,6%	10 192	31,0%
<i>Réparation par lambeau local ou régional</i>	99	38,4%	22 656	69,0%
Chirurgie cardio-vasculaire dont :	216	6,7%	68 180	7,1%
<i>Chirurgie des varices</i>	127	59,0%	27 386	40,2%
<i>Pose ou ablation de cathéter / système diffuseur</i>	64	29,7%	10 164	14,9%
Chirurgie gynécologique et du sein dont :	188	5,8%	52 041	5,4%
<i>Chirurgie gynécologique</i>	147	78,1%	40 029	76,9%
<i>Tumorectomie-mastectomie pour cancer</i>	41	21,9%	12 012	23,1%
Chirurgie ORL et thyroïde dont :	142	4,4%	28 569	3,0%
<i>Exérèse des amygdales et végétations</i>	121	85,2%	19 207	67,2%
<i>Thyroïdectomie</i>	21	14,8%	9 362	32,8%
Chirurgie urologique dont :	125	3,9%	56 127	5,9%
<i>Chirurgie de l'adénome et du cancer de la prostate</i>	44	35,1%	27 912	49,7%
<i>Lithotritie, ablation, fragmentation, refoulement pour calcul du rein et des voies urinaires</i>	38	30,1%	14 611	26,0%
<i>Chirurgie vésicale de l'incontinence urinaire chez la femme</i>	25	20,3%	7 726	13,8%
<i>Autres actes de Chirurgie</i>	809	25,1%	207 050	21,6%

* SLM : Sections locales mutualistes

⁽¹⁾ hors anesthésies et suppléments.

⁽²⁾ y compris anesthésies et suppléments.

Source : ERASME National V1 - Cnamts

⁸ Ménisectomie / nettoyage du genou / suture ou reconstruction des ligaments croisés et chirurgie prothétique du genou.

⁹ Parage ou suture de plaies / ablation de corps étrangers / de la peau ou des tissus mous.

● L'activité technique en CCAM est concentrée sur trois spécialités

56% des honoraires remboursables facturés en CCAM (tableau 7) sont générés par les praticiens de trois spécialités : les radiologues, les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs. Viennent ensuite des spécialités dont les effectifs sont importants : les cardiologues, les ophtalmologistes, les médecins généralistes et à mode d'exercice particulier et les gynécologues.

La proportion d'honoraires remboursables facturés en CCAM sur l'ensemble des honoraires d'une spécialité permet

de distinguer les spécialités selon qu'elles sont techniques, mixtes ou cliniques. Dans la première catégorie, on retrouve avec une proportion de plus de 70% d'honoraires facturés en CCAM : la radiologie, la médecine nucléaire, la radiothérapie, la néphrologie, l'anesthésie, la pneumologie, la gastro-entérologie, la cardiologie et la chirurgie.

Les spécialités mixtes regroupent : l'oto-rhino-laryngologie, la neurologie, la gynécologie, la rhumatologie et la médecine

physique et de réadaptation. Pour ces deux dernières disciplines, il faut rappeler qu'une part d'activité technique reste facturée en NGAP (encadré 5). Si on l'ajoute à l'activité facturée en CCAM, la proportion d'honoraires générés par l'activité technique passe respectivement à 51% et à 47%.

La dermatologie avec 21% d'honoraires en CCAM est majoritairement clinique. L'activité des pédiatres (5% d'actes techniques) et des médecins omnipraticiens (5%) est presque exclusivement clinique.

Tableau 7

Fréquences et honoraires remboursables des actes de la CCAM par spécialité

(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

Spécialité	Nombre d'actes ⁽¹⁾		Honoraires remboursables ⁽²⁾		% Honoraires CCAM/ Honoraires totaux ⁽³⁾ en 2007	Effectif en secteur libéral 2006
	en milliers	en %	en K€	en %		
Radiodiagnostic et imagerie médicale	36 024	43,9%	1 802 080	36,1%	97,9%	5 333
Chirurgie	2 804	3,4%	506 482	10,1%	70,7%	3 335
Anesthésie et réanimation chirurgicale	4 923	6,0%	450 572	9,0%	81,6%	3 358
Cardiologie	7 082	8,6%	445 969	8,9%	73,0%	4 277
Ophtalmologie	8 120	9,9%	284 027	5,7%	48,8%	4 755
Médecine générale et médecine à mode d'exercice particulier ⁽⁴⁾	6 132	7,5%	279 347	5,6%	5,3%	62 627
Gynécologie médicale et obstétricale	3 686	4,5%	256 604	5,1%	47,0%	5 614
Gastro entérologie et hépatologie	1 770	2,2%	190 937	3,8%	73,3%	2 131
Oto-rhino-laryngologie	3 193	3,9%	153 969	3,1%	64,0%	2 346
Oncologie - Radiothérapie	NS	NS	152 196	3,1%	89,9%	162
Médecine nucléaire	399	0,5%	108 874	2,2%	97,6%	215
Pneumologie	1 772	2,2%	104 854	2,1%	81,5%	1 154
Rhumatologie	1 805	2,2%	69 294	1,4%	47,1%	1 871
Dermato et vénérologie	1 811	2,2%	52 861	1,1%	20,8%	3 327
Néphrologie	1 182	1,4%	45 140	0,9%	85,3%	333
Neurologie	539	0,7%	45 088	0,9%	58,3%	811
Médecine physique et de réadaptation	236	0,3%	12 647	0,3%	32,3%	531
Pédiatrie	245	0,3%	12 136	0,2%	5,1%	2 781
Autres spécialités ⁽⁵⁾	372	0,5%	19 694	0,4%	6,7%	9 655
TOTAL	82 096	100,0%	4 992 770	100,0%		114 616

* SLM : Sections locales mutualistes.

Source : ERASME National V1 - Cnamts

⁽¹⁾ hors radiothérapie, forfaits techniques et suppléments.

⁽²⁾ hors forfaits techniques.

⁽³⁾ hors permanence des soins ; l'année retenue pour cette colonne est 2007.

⁽⁴⁾ Mode d'Exercice Particulier : angiologie, allergologie, acupuncture...

⁽⁵⁾ Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro-psychiatrie, psychiatrie générale, anatomie et cyto-pathologie, oncologie médicale, hématologie.

Encadré 5

Les actes techniques qui ne sont pas en CCAM et restent à la NGAP

- > les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes,
- > les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux,
- > les pratiques thermales, la chimiothérapie anticancéreuse, les actes cliniques thérapeutiques des troubles mentaux,
- > les actes des sages-femmes,
- > les actes des auxiliaires médicaux,
- > les actes des anatomo-cytopathologistes (qui seront bientôt intégrés).

● Les médecins généralistes ayant un mode d'exercice particulier

Les médecins généralistes ayant un Mode d'Exercice Particulier (MEP, dont le mode d'exercice n'est pas toujours bien déclaré), tels que les angiologues, les acupuncteurs, les allergologues et les échographistes réalisent une part importante de leur activité en CCAM. Leurs actes spécifiques représentent la majorité de l'activité technique codée des omnipraticiens (tableau 8). Les échographies, qui sont les actes les plus fréquents (4 actes sur 10), dont deux-tiers d'échographies vascu-

lares réalisées par les angiologues, ont engendré 176 M€ d'honoraires remboursables. Les actes techniques médicaux thérapeutiques (3 actes sur 10) sont pour moitié des séances d'acupuncture et pour moitié des traitements non chirurgicaux des varices (scléroses de varices réalisées par les angiologues). En dehors de l'électrocardiographie, acte fréquent en médecine générale, on retrouve également parmi les actes techniques médicaux diagnostiques réalisés par ces médecins, une

forte proportion de tests allergologiques (32%) mais aussi d'épreuves fonctionnelles respiratoires.

À ces actes spécifiques, il faut ajouter les actes liés à la traumatologie, plus de 260 000 actes de confections d'appareils rigides ou souples d'immobilisation des membres (à rapprocher des 80 000 radiographies osseuses des membres réalisées par ces médecins) et plus de 250 000 actes d'urgence en cabinet.

Tableau 8

Fréquences et honoraires remboursables des actes CCAM en médecine générale et médecine à mode d'exercice particulier⁽¹⁾

(en secteur libéral - Régime général hors SLM* - 2006)

	Nombre d'actes ⁽²⁾		Honoraires remboursables ⁽³⁾			
	en milliers	en %	en K€	en %		
IMAGERIE	2 644	43,1%	100,0%	181 157	64,8%	100,0%
dont :						
<i>Echographie</i>	2 530	95,7%	176 540	97,5%		
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	3 157	51,5%	76 889	27,5%		
Actes techniques médicaux diagnostiques	1 175	100,0%	31 403	100,0%		
dont :						
<i>Électrocardiographie [ECG]</i>	419	35,6%	6 668	21,2%		
<i>Test allergologique</i>	382	32,5%	10 168	32,4%		
<i>Épreuve fonctionnelle respiratoire</i>	185	15,8%	7 535	24,0%		
Actes techniques médicaux thérapeutiques	1 983	100,0%	45 486	100,0%		
dont :						
<i>Séance d'acupuncture</i>	710	35,8%	7 913	17,4%		
<i>Traitement non chirurgical des varices</i>	267	13,5%	3 806	8,4%		
<i>Confection d'un appareil rigide ou souple d'immobilisation des membres</i>	263	13,3%	10 737	23,6%		
<i>Actes d'urgence en cabinet</i>	253	12,7%	9 911	21,8%		
ACTES CHIRURGICAUX	330	5,4%	100,0%	20 733	7,4%	100,0%
dont :						
<i>Parage ou suture de plaies / ablation de corps étrangers / de la peau ou des tissus mous</i>	251	76,0%	14 049	67,8%		
TOTAL CCAM	6 132	100,0%	278 779	100,0%		

* SLM : Sections locales mutualistes.

⁽¹⁾ Mode d'Exercice Particulier : angéiologie, allergologie, acupuncture...

⁽²⁾ hors anesthésies et suppléments.

⁽³⁾ y compris anesthésies et suppléments.

Source : ERASME National V1 - Cnamts



Conclusion

La connaissance précise de l'activité médicale technique n'est pas une fin en soi mais un moyen d'orienter l'action en vue d'améliorer l'efficacité du système de soins. Les analyses précises et médicalisées sont possibles dans de nombreux domaines : disparités géographiques de pratique et de

consommation de soins, développement des nouvelles techniques, orientation et impact des campagnes de prévention ou des actions de maîtrise médicalisée, connaissance du parcours des patients, définition de profils de pratique et de consommation... De plus, la CCAM commune au

secteur libéral et au secteur public dans le cadre du PMSI et de la T2A permettra la comparaison des actes effectués dans les deux secteurs. Celle-ci, déjà possible pour les actes lourds réalisés lors de séjours hospitaliers, sera étendue aux actes réalisés en consultations externes à partir de 2009.

Tableau 9

Part du Régime général hors SLM* dans le total tous régimes en 2006

Spécialité	% Nombre d'actes	% Honoraires remboursables
Anesthésie et réanimation chirurgicale	73,8%	71,6%
Cardiologie	71,0%	70,9%
Chirurgie	72,8%	71,6%
Dermato et vénéréologie	71,4%	69,7%
Gastro entérologie et hépatologie	72,4%	71,8%
Gynécologie médicale et obstétricale	80,9%	81,5%
Médecine générale et médecine à mode d'exercice particulier ⁽¹⁾	75,3%	74,4%
Médecine nucléaire	73,9%	73,9%
Médecine physique et de réadaptation	73,1%	74,5%
Néphrologie	79,5%	78,5%
Neurologie	76,1%	75,6%
Oncologie - Radiothérapie	71,5%	70,7%
Ophthalmologie	72,0%	68,8%
Oto-rhino-laryngologie	73,7%	73,6%
Pédiatrie	85,2%	84,4%
Pneumologie	73,2%	73,2%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	74,9%	74,4%
Rhumatologie	72,3%	72,3%
Autres spécialités ⁽²⁾	77,0%	74,5%
TOTAL	74,2%	73,2%

* SLM : Sections locales mutualistes.

Source : SNIIRAM

⁽¹⁾ Mode d'Exercice Particulier : angiologie, allergologie, acupuncture...

⁽²⁾ Stomatologie, chirurgie maxillo-faciale, médecine interne, endocrinologie, neuro-psychiatrie, psychiatrie générale, oncologie médicale, hématologie.

Références bibliographiques

Hsiao W.C. et coll : Ressource-based relative values, JAMA, 1988, 16 : 2347-2443.
 Hsiao W.C. et coll : The Ressource-based relative value scale. Its further development and reform of physician payment, Medical Care, 1992, II : NSI-NS93.
 CNAMTS, CREDES : Méthodologie pour l'évaluation des charges professionnelles des médecins en vue de la tarification des actes techniques, juin 2000.
 CNAMTS, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, PERNNS : CCAM, Tome 1 : Libellés des actes techniques médicaux et dentaires, décembre 2000.
 CNAMTS : CCAM, Tome 2 : Hiérarchisation du travail médical des actes techniques médicaux et dentaires, décembre 2000.
 CNAMTS : Fréquence et tarif des séances d'actes en secteur ambulatoire selon les libellés de la CCAM, décembre 2000.
 CREDES : Charges professionnelles des médecins libéraux, décembre 2000.

La CCAM sur AMELI

Sur ameli.fr (rubrique « professionnels de santé »/« Médecin »/« Exercer au quotidien Codage »), le domaine « Codage actes médicaux (CCAM) » permet entre autres de :

- consulter ou télécharger les actes et les tarifs de la CCAM ainsi que les textes réglementaires (règles tarifaires),
- se familiariser avec les principes du codage,
- approfondir les connaissances sur la méthodologie de la CCAM et sa conception.

Contact : dact.ddgosdos@cnamts.fr