

INFO en SANTÉ

lettre n° 5
juin 2003

système d'information, stratégie, qualité



ÉDITORIAUX

Daniel LENOIR P. 1
Edouard COUTY P. 1

ARTICLES ORIGINAUX

La classification commune des actes médicaux (CCAM) P. 2
Sylvie ALBARET, Jean-Pierre BODIN,
Nicole MELIN, Marion MENDELSON

Utilisation de la CCAM à des fins tarifaires P. 7

Annie ALIES-PANTIN, Gonzague DEBEUGNY,
Hedda WEISSMANN

Les ICR des actes de la CCAM ... P. 16
Alain PATRIS

QUESTIONS D'ACTUALITÉ P. 20

Hôpital 2007
Emmanuel HORNUS

La CCAM

La classification commune des actes médicaux (CCAM) va remplacer les deux nomenclatures actuelles : la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour le secteur libéral et le catalogue des actes médicaux (CdAM) pour le secteur hospitalier public. Aboutissement d'un très long travail mené sous le pilotage des services de la CNAMTS, cette nouvelle classification des actes a mobilisé plus de mille experts, et la qualité scientifique et technique de la hiérarchisation des actes ainsi proposée est très largement reconnue. Si les caisses d'assurance maladie se sont très fortement impliquées dans cette rénovation de l'outil de tarification des actes médicaux, ce n'est pas seulement en raison de l'obsolescence de la NGAP et des inévitables différends et contentieux qu'elle induisait dans les relations entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie. C'est surtout pour disposer d'un outil précis, exhaustif et maniable, où chaque acte est clairement identifié et valorisé en fonction de son contenu et des éléments intrinsèques à sa réalisation, quel que soit le lieu de cette réalisation.

Au moment où nul ne conteste plus la nécessité d'une meilleure coordination entre tous les secteurs du système de soins pour assurer une meilleure continuité et complémentarité des soins dispensés aux patients, l'entrée en vigueur de cette nouvelle classification, transversale aux secteurs ambulatoires et hospitaliers est une opportunité pour tout le système. Fortes de cette conviction, les caisses d'assurance maladie avaient inscrit dans l'accord signé le 10 janvier 2003 avec les principaux syndicats de médecins les sommes nécessaires pour permettre l'entrée en vigueur de cette classification dans des conditions harmonieuses, et dès le 1^{er} janvier 2004 pour les actes techniques. Elles ont avec la même détermination écarté des revendications qui auraient conduit à la rendre irréalisable. Les caisses s'investiront avec la même énergie aux côtés de la communauté scientifique pour élaborer la CCAM des actes cliniques pour que celle-ci puisse voir le jour dès le 1^{er} janvier 2005 ; cette modernisation des modes de valorisation des actes médicaux concilie les intérêts des professionnels et des assurés sociaux, en offrant la transparence et la connaissance du système de soins, indispensables à la régulation du système de santé.

Avec la tarification à l'activité (TAA) qui doit entrer en vigueur dans le même calendrier, notre pays sera enfin doté d'outils de financement de l'activité médicale, modernes et adaptés. En permettant que soient identifiées et reconnues comme telles les missions de service public assurées par les hôpitaux publics, ces deux réformes offriront, au-delà, un instrument d'allocation des ressources conforme à la réalité des activités, et des outils de comparaison non contestés entre les différents secteurs hospitaliers et d'évaluation des performances des établissements. La CCAM et la TAA sont deux éléments indissociables de la stratégie de modernisation de la politique de régulation des dépenses de santé, qui trouveront une consécration dans les engagements réciproques que la CNAMTS et l'État doivent prochainement sceller aux termes d'une convention d'objectifs et de gestion pour la période 2004-2007. Au travers de la diffusion de tels outils, empreints de partenariat depuis leur élaboration jusqu'à leur utilisation en passant par leur valorisation, ils illustrent la détermination de l'Assurance Maladie à porter par la voie contractuelle et partenariale les politiques d'optimisation médicalisée des dépenses de santé.

Daniel LENOIR
Directeur de la CNAMTS

La classification commune des actes médicaux (CCAM), élaborée par les services de l'État et de l'Assurance Maladie en coopération avec le corps médical, a vocation à remplacer deux outils importants des systèmes d'information de santé : d'une part la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), utilisée pour la tarification des honoraires médicaux, d'autre part le catalogue des actes médicaux (CdAM), utilisé par les établissements de santé publics et privés pour la description de l'activité médicale dans le cadre du PMSI.

La mise en œuvre de la CCAM doit constituer un progrès significatif tant pour les professionnels de terrain que pour les institutions pilotant le système de santé, en raison de ses trois apports majeurs : une description actualisée et plus fine de l'activité médicale, une tarification prenant en compte toutes les dimensions de l'acte médical, et une communauté d'utilisation de cet instrument entre l'hôpital et la ville autorisant une maintenance unique.

Dès l'année 2001, la mise en œuvre de la CCAM a été présentée par la DHOS aux établissements de santé comme un chantier majeur touchant leurs systèmes d'information aussi bien dans leurs fonctions de gestion administrative et financière que de production de soins. Il s'agit en effet de mettre en place les organisations et les outils informatiques permettant d'optimiser le recueil des actes au plus près de leur lieu de production pour être en mesure d'alimenter à la fois le système de mesure de l'activité médicale (notamment le PMSI) et le système de facturation de l'établissement.

Des actions d'information et de formation ont été assurées dans les régions, en relation avec les ARH et l'Assurance Maladie pour favoriser l'appropriation de cet outil par les personnels hospitaliers.

Cependant, en raison de la lourdeur du projet, et face à d'importantes difficultés de mise en œuvre liées notamment à des retards de mise à disposition de certains outils techniques, il a été décidé en juillet 2002 de reporter l'échéance d'utilisation de la CCAM dans le cadre du PMSI du 1^{er} janvier 2003 au 1^{er} janvier 2004. Afin d'aider les établissements et les industriels de l'informatique dans ce lourd chantier, qui vient après ceux du passage à l'an 2000, du basculement à l'euro et conjointement avec celui de la réforme de la tarification à l'activité, la DHOS s'est impliquée dans la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement porté par le bureau des systèmes d'information hospitaliers et du PMSI. .../...

Ce dispositif se caractérise, pour l'essentiel :

- par la mise en place d'un comité de suivi au niveau national, réuni chaque mois, associant les représentants de tous les acteurs concernés,
- par la production par le GMSIH (Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers) d'un guide méthodologique à l'intention des établissements,
- par la mobilisation de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) pour produire les outils susceptibles de faciliter la mise en place de la CCAM,
- par l'assistance des services de la CNAMTS auprès des éditeurs pour faciliter l'utilisation du cahier des charges mis à leur disposition.

À quelques mois de cette échéance, les directions des établissements de santé doivent avoir mis en place, en relation étroite avec le corps médical, un dispositif de conduite de projet adapté aux enjeux.

La mobilisation des établissements de santé doit désormais être forte et prioritaire autour de ce projet majeur, afin de surmonter les difficultés qui peuvent être rencontrées dans sa réalisation. Il s'agit, dans les quelques mois séparant de l'échéance, d'assurer les meilleures conditions d'utilisation de la CCAM au 1^{er} janvier 2004. Cette démarche constituera un investissement particulièrement productif, en favorisant, à travers l'optimisation du recueil des actes, l'adaptation du système d'information de production des soins.

Edouard COUTY
Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

La classification commune Construction, mise en

La classification commune des actes médicaux ou CCAM est la nomenclature qui s'appliquera le 1^{er} janvier 2004, à la fois pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

et des actes médicaux réalisables par des personnels paramédicaux. Les actes cliniques (c'est-à-dire essentiellement les consultations) sont actuellement en cours d'étude et devraient être intégrés à la CCAM en 2005.

Pourquoi une CCAM ?

La CCAM est née de la conjonction de plusieurs facteurs.

Deux nomenclatures d'actes médicaux coexistent aujourd'hui en France :

- le catalogue des actes médicaux (CdAM), utilisé pour le PMSI dans les établissements de soins publics et privés ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), qui définit les honoraires des praticiens du secteur libéral dans le cadre du paiement à l'acte.

Chacune présente des inconvénients et aucune ne répond actuellement à l'ensemble des objectifs poursuivis. Le CdAM ne peut être utilisé pour la tarification. Il n'est pas parfaitement homogène car non établi selon des règles d'écriture strictes et constantes d'un chapitre à l'autre. Un même acte peut ainsi figurer dans des chapitres différents, avec des libellés, des codes, voire des indices de coût relatif (ICR) différents.

La NGAP, quant à elle, a perdu sa cohérence descriptive et tarifaire au fil des ans, la dernière refonte globale et synchrone remontant à 1972 ; et l'absence de codage en empêche toute exploitation.

Ces deux références sont incompatibles à 80 % tant leurs objectifs, et donc leur construction, diffèrent.

Les pouvoirs publics ont saisi en octobre 1994 la Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels (CPNGAP)¹ pour qu'elle effectue une refonte de la nomenclature de tous les actes de chirurgie (libellés, tarifs).

Enfin, il existe en France une obligation légale (loi du 4 janvier 1993 et décret du 6 mai 1995) de codage des actes, non seulement en hospitalisation, mais aussi en ambula-

toire. Il a alors semblé rationnel qu'un système d'information en santé n'utilise qu'une référence pour la description et la valorisation des actes.

La CCAM : une nomenclature innovante

La CCAM a pour but de décrire l'activité médicale au moyen de libellés codés et de la valoriser à la fois pour les établissements de soins par le biais du PMSI et pour les praticiens du secteur libéral par la fixation de tarifs.

Pour atteindre cet objectif, l'État et l'Assurance Maladie ont constitué en 1994 un groupe de travail « multi-institutionnel² » qui a choisi d'élaborer cette nouvelle nomenclature sur la base de méthodologies précises afin d'éviter les écueils du CdAM et de la NGAP.

Dans une première phase, le PERNNS et le pôle nomenclature de la CNAMTS ont donc sollicité cinq cents experts exerçant pour moitié en établissement public, pour moitié en secteur libéral, désignés par quarante sociétés savantes. A ainsi été construit un référentiel descriptif

unique, c'est-à-dire une liste unique de libellés codés, objet de cet article.

Dans une seconde phase, ces libellés ont servi de base à la valorisation. L'ATIH, relayant le PERNNS, a ensuite réalisé une actualisation des tables de la classification en groupes homogènes de malades (GHM) pour le PMSI. Elle a également procédé au calcul de l'ICR de chacun des actes de la CCAM, en s'entourant de l'avis d'experts désignés par chacune des sociétés savantes. Le pôle nomenclature de la CNAMTS, avec mille experts des sociétés savantes, a classé les actes sur une échelle de ressources mobilisées par le praticien pour revoir de manière globale et synchrone les honoraires du secteur libéral.

Ces deux points font l'objet d'articles spécifiques dans cette même revue.

1. La CPNGAP est commission ministérielle consultative chargée de faire au ministre toute proposition en matière de nomenclature.

2. Ce groupe, qui a fonctionné en 1994 et 1995, comportait les quatre directions ministérielles [Direction

des hôpitaux (DH), Direction générale de la santé (DGS), Direction de la Sécurité sociale (DSS), Service des statistiques, des études et des systèmes d'information (SESI)], le Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé (PERNNS) et les trois

caisses d'assurance maladie [Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), Caisse autonome nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)].

des actes médicaux (CCAM) place, évolution

La CCAM « libellés » ou référentiel descriptif

La CCAM est la liste unique des libellés des actes techniques médicaux : elle sera donc identique pour tous les établissements et tous les praticiens quel que soit le secteur d'activité (public, privé, soins hospitaliers ou ambulatoires). Elle remplacera la liste des libellés du CdAM et de la NGAP et servira de support à un codage unique.

Propriétés

L'exhaustivité

Les libellés de la CCAM décrivent tous les actes techniques médicaux validés, qu'ils soient ou non pris en charge par l'Assurance Maladie, ainsi que les actes relevant de la recherche. Le degré de validité médicale des actes est précisé par les sociétés savantes et confirmé *in fine* par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

La bijectivité

Contrairement à ce qui peut exister dans le CdAM, il a été veillé dans la CCAM à ce qu'un libellé corresponde à un code unique et inversement. Un acte commun à plusieurs spécialités figure donc dans la CCAM sous la forme d'un seul libellé. Ainsi, l'autogreffe de peau mince ou demi-épaisse, pleine ou en filet, sur une surface inférieure à 50 cm², décrite initialement par les plasticiens, les stomatologues, les orthopédistes, les dermatologues et les chirurgiens vasculaires, n'apparaît qu'une fois dans la CCAM, sous un code unique ne faisant référence ni à la spécialité du rédacteur, ni à celle de l'exécutant.

La non-ambiguïté des libellés

Elle est obtenue par l'emploi d'un vocabulaire contrôlé. Une harmonisation des termes

est réalisée de telle sorte qu'un même mot garde strictement le même sens tout au long de la CCAM. Des définitions sont fournies pour tous les termes principaux ou ceux pouvant susciter une difficulté d'interprétation. Par exemple, pour insister sur la différence entre l'évacuation d'un épanchement et son drainage – qui nécessite la pose d'un matériel en fin d'intervention –, ces termes ont été préalablement définis puis employés dans la CCAM invariablement selon leur définition.

Les termes anatomiques de la CCAM sont ceux de la nomenclature anatomique internationale francisée, les termes usuels désormais archaïques restants entre crochets. Exemple : fibula [péroné], patelle [rotule].

La maniabilité du référentiel

Elle est assurée par le niveau de détail des libellés, suffisant pour assurer une description correcte de l'activité médicale sans être excessif. Elle est liée également au rangement systématique des libellés, reproductible d'un chapitre à l'autre.

L'évolutivité

Une maintenance régulière garantit l'actualisation du référentiel.

Construction

Les étapes de construction

La construction de la CCAM a été réalisée en plusieurs étapes. Les trois premières ont été conduites par le PERNNS/ATI-H et le pôle nomenclature de la CNAMTS avec les sociétés savantes : écriture des libellés à partir du CdAM, tests de ce référentiel initial sur des sites publics et privés, relecture finale pour s'assurer de la cohérence globale de la CCAM.

Sylvie ALBARET*,
Jean-Pierre BODIN**
Nicole MELIN*,
Marion MENDELSONH**

* Pôle nomenclature
de la Caisse nationale
d'assurance maladie
des travailleurs
salariés (CNAMTS)
5, rue Paul-Cézanne
75008 Paris

** Agence technique
de l'information
sur l'hospitalisation (ATI-H)
69, bd Marius-Vivier-Merle
69482 Lyon Cedex 03

La vérification de la conformité de chaque libellé à la norme européenne a été réalisée par un groupe interuniversitaire européen dans le cadre du projet GALEN. Le respect de la norme européenne³ garantit la possibilité d'échanges d'informations entre les pays européens.

La vérification du vocabulaire a été effectuée par la Commission ministérielle de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé.

Intervention de l'ANAES

Préalablement à leur inscription définitive à la CCAM, les libellés ainsi obtenus sont soumis à l'expertise de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). En effet, dans le cadre de sa mission actuelle d'évaluation, l'ANAES doit donner aux pouvoirs publics un avis sur les actes admis au remboursement. L'ANAES, début 2003, a rendu un avis sur la validité médicale d'environ cinq cents actes, majoritairement des actes émergents.

L'ANAES peut rendre un avis défavorable à l'inscription d'un acte à la CCAM, s'il n'a plus d'indication (acte obsolète), si son efficacité n'est pas prouvée ou s'il pose un problème de sécurité par rapport aux techniques alternatives. L'avis sur l'inscription à la CCAM peut au contraire être favorable, sans restriction ou avec des recommandations particulières d'indications, de conditions d'exécution (nécessité d'une formation spécifique, d'un centre spécialisé...). Enfin, l'ANAES se prononce

3. La prénorme européenne ENV1828 établie par le Comité européen de normalisation (CEN) recommande, pour l'écriture des actes techniques médicaux, un verbe d'action, un complément d'objet direct ou indirect, qui est le plus souvent une topographie, et l'absence de mention de la pathologie dans le libellé chaque fois que cela est possible sans nuire à la précision du libellé.





sur l'inscription des actes émergents ou innovants, dont certains entrent dans des protocoles de recherche clinique. Ces derniers seront alors intégrés dans le référentiel avec un code particulier permettant de les suivre et ne seront pas tarifés.

L'encodage

La CCAM est bien sûr codée. Le système de codification est défini à partir de la catégorisation des termes principaux de description employés dans les libellés.

Chaque libellé de la CCAM est repéré par un code. Hormis ceux des modificateurs, les codes ont tous le même format. Ils se composent d'un code principal à sept caractères auxquels s'ajoute une série de codes supplémentaires.

Le code principal comporte une série de quatre lettres traduisant la topographie de l'action, sa nature et le mode d'accès et la technique. Basé sur un dictionnaire publié avec la CCAM, ce système de codification structure le code et le rend semi-signifiant. Un compteur sur trois caractères numériques complète ce radical ; il permet de distinguer les libellés d'actes de même nature portant sur la même topographie et utilisant le même accès. Ainsi, tous les actes d'électrocardiographie sont repérés par les mêmes quatre lettres (DEQP), mais ils se distinguent par un compteur différent. Parmi les codes supplémentaires, certains sont constants et obligatoires, d'autres inconsistants ou facultatifs. L'information qu'ils traduisent est utilisée différemment dans le système PMSI et le système de tarification, mais le remplissage des zones correspondantes est identique quel que soit le secteur d'exercice du praticien.

Principes

Le principe de l'acte global

Il s'agit du principe de construction et de description le plus important de la CCAM. Chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art. Par exemple, lors du « changement de prothèse unicompartimentaire du genou », l'ablation de la prothèse est un temps obligé, non explicité dans le libellé, dont le codage ne sera donc pas possible avec celui du changement de prothèse.

Normalisation de description

La précision de chaque libellé est obtenue par des règles strictes d'écriture. La plus importante est la structuration de chaque libellé avec la mention des quatre axes pertinents pour la description d'un acte technique médical : deux axes obligatoires en début de libellé (action, topographie), puis deux axes facultatifs : technique utilisée et voie d'abord, non renseignés, quand ils sont évidents ou indifférents.

Ainsi, dans le libellé « Dilatation et/ou résection//de sténose du larynx//par endoscopie//avec laser », on retrouve bien les quatre axes. En revanche, dans le libellé : « Plastie bilatérale//d'oreille décollée », seuls sont renseignés les deux axes obligatoires.

Contenu

Le classement

Les 7 200 libellés que comporte la CCAM sont répartis en dix-huit chapitres, organisés par grands appareils et non par spécialités. Ainsi, le chapitre 01 regroupe tous les actes portant sur le système nerveux, qu'il s'agisse d'actes de neurologie, de psychiatrie, de neurochirurgie, de neuroradiologie ou des gestes d'anesthésie qui les accompagnent...

Les chapitres 01 à 16 correspondent à des systèmes anatomiques. Le chapitre 17 regroupe les actes sans précision topographique (par exemple séances de chimiothérapie, actes de radiothérapie externe...). Le chapitre 18 est particulier : il rassemble l'ensemble des libellés des gestes complémentaires et des modificateurs.

Chaque chapitre est divisé en deux grandes parties, consacrées l'une aux actes diagnostiques, l'autre aux actes thérapeutiques.

Les types de libellés

La CCAM comporte essentiellement des libellés d'actes globaux (actes isolés et procédures), mais aussi des libellés de gestes complémentaires et de modificateurs, notions introduites pour alléger la CCAM.

Un acte isolé (AI) est un acte global réalisable de façon indépendante, par exemple « amygdaléctomie par dissection » ou « adénoïdectomie ». Une procédure (P) est un regroupement usuel d'actes isolés, par exemple « amygdaléctomie, par dissection,

avec adénoïdectomie ». La CCAM ne comporte que les procédures les plus fréquentes ; les combinaisons d'actes non décrites par des libellés de procédures pourront l'être par des associations de libellés d'actes isolés.

La notion de geste complémentaire est une dérogation au principe de l'acte global. Ce type de libellé décrit un temps facultatif au cours d'un acte isolé ou d'une procédure ; il ne peut jamais être réalisé de manière indépendante. Ainsi, une « épisiotomie » est un temps facultatif d'un accouchement ; plutôt que de décliner tous les libellés d'accouchement, suivant qu'il y a ou non une épisiotomie, il est apparu plus simple de créer ce type de libellé, à coder en sus de l'acte principal chaque fois qu'il sera réalisé.

Un modificateur décrit et éventuellement valorise une circonstance particulière de réalisation d'un acte, par exemple « enfant de moins de 28 jours ».

Les gestes complémentaires et modificateurs ne s'appliquent qu'à une liste limitative d'actes. Ils ne peuvent ainsi s'appliquer à un acte dans lequel ils sont déjà implicites. Par exemple, le modificateur enfant ci-dessus ne pourra s'appliquer au libellé « Transfusion de concentré de globules rouges de moins de 40 ml/kg chez le nouveau-né ».

Associations d'actes

La CCAM est conçue de telle sorte que le praticien puisse désigner son acte par un seul code principal dans la majorité des cas. Toutefois, toutes les associations d'actes n'ayant pu être décrites sous forme de procédures dans la CCAM, des possibilités d'association sont offertes aux utilisateurs si elles ne sont pas en contradiction avec les principes fondamentaux de la CCAM. Certaines sont répertoriées dans des tables (tables d'association) : il en est ainsi des associations des gestes complémentaires avec les actes auxquels ils se rapportent. En contrepartie, il existe des interdictions d'association, répertoriées dans des tables d'exclusion ; elles découlent des principes de construction de la CCAM et permettent le respect de la notion d'acte global.

Valorisation des libellés

C'est à partir de ces libellés que se déroule l'étape de valorisation.

Guide de lecture et d'utilisation

L'ensemble des informations brièvement exposées ici sont détaillées dans le *Guide de lecture et d'utilisation* qui accompagne

Mise en œuvre de la CCAM

La mise en place de la CCAM peut soulever des problèmes de plusieurs ordres, liés en particulier à l'utilisation dans un établissement d'un outil commun dans des circuits d'information jusqu'alors distincts.

Formation à la CCAM

Les libellés de la CCAM emploient donc une terminologie et une présentation avec lesquelles tout usager doit se familiariser. Surtout, l'utilisation de la CCAM repose sur des concepts et des règles très stricts. Leur assimilation nécessite donc une formation préalable des utilisateurs, qui ne se résume pas toujours à la seule lecture du guide précité. Conscientes de l'enjeu, la DHOS et la CNAMTS ont mis en place en 2001 une formation de 750 formateurs « institutionnels » conformément à un plan élaboré en commun. Des médecins de DIM d'établissements publics et privés, des médecins inspecteurs de la santé, des représentants des ARH et des URCAM, des praticiens-conseils et statisticiens ou cadres des trois régimes d'assurance maladie ont suivi pendant deux jours une formation assurée conjointement par des médecins de la DHOS, du PERNNS, du pôle nomenclature, des statisticiens du pôle nomenclature et des représentants de la mission codage de la CNAMTS. Ces formateurs initiaux étaient chargés d'assurer dans chaque région des formations en cascade pour chaque catégorie d'utilisateurs (par exemple médecins-conseils chargés de la validation du PMSI, médecins de DIM). Aux médecins de DIM était dévolu le rôle de transmettre leurs connaissances aux différents utilisateurs dans leurs établissements à partir de documents pédagogiques élaborés par un groupe caisses/État. Chaque formateur a en effet reçu les montages audiovisuels et les exercices et leurs corrigés sur un CD-Rom. Ces

le corpus des libellés. Il fournit toutes les informations utiles à la compréhension des règles et des conventions d'écriture et de présentation des libellés, du système de codification et des modalités d'utilisation dans l'objectif du codage. Des annexes donnent les

derniers ont été actualisés et publiés sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr) et seront très prochainement accessibles et téléchargeables sur un site commun ATIH-CNAMTS (www.ccam.sante.fr).

Encadrement des utilisateurs

Dans cette mise en œuvre, les utilisateurs pourront bénéficier d'une aide. L'ATIH et la CNAMTS ont en effet décidé de mettre en place un serveur de forums commun (www.ccam.sante.fr), sur lequel pourront être posées toutes les questions ayant trait à la CCAM, quel qu'en soit le sujet. Une partie sera réservée aux formateurs et aux correspondants régionaux auprès desquels les usagers devraient déjà pouvoir trouver un premier niveau de réponse.

Outils

Constitution de thésaurus

Sur les 7 200 libellés de la CCAM, seul un petit nombre intéressera un utilisateur, selon sa spécialité. On estime que, sauf orientation particulière d'un établissement ou d'un service vers une pratique de très haute spécialisation, l'activité de routine peut être décrite par 10 à 15 % des libellés de la CCAM. Une extraction du corpus complet facilitera donc le codage des actes habituels des praticiens. L'ATIH est à même de fournir un tel outil, permettant par ailleurs d'assurer l'usage correct des codes dans le cadre d'une aide au codage.

Aides au codage et à la saisie

Il est en effet important que des outils soient mis en place pour s'assurer de la conformité du codage avec les règles établies. Le DIM et le responsable du système d'information

auront également à réfléchir à toute modalité d'aide à la saisie. Le renseignement de certaines informations peut en effet être facilité. Ainsi, lorsqu'une anesthésie est pratiquée pour un acte donné, son codage peut être fourni automatiquement en fonction du code principal de l'acte.

D'autre part, l'ATIH a mis en place un groupe d'utilisateurs, chargé de l'aider dans la définition et la mise à disposition de tout moyen susceptible de faciliter l'usage correct de la CCAM.

Pour les praticiens exerçant en ville, un système d'aide au codage est intégré au dispositif Sésam-Vitale.

Évolution du SIH

Cette collaboration sera nécessaire également dans la réflexion sur l'évolution du SIH, pour tendre vers l'objectif idéal découlant des concepts de la CCAM. Base fondamentale de construction des libellés et d'utilisation des codes, ils sont en effet structurants pour le SIH et imposent, à terme, un codage à la source par l'exécutant, un horodatage des actes et surtout une saisie unique dont la validité est contrôlée avant diffusion du code.

Le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) a produit des documents, fruit d'une réflexion pluridisciplinaire, recensant les conséquences de l'implantation de la CCAM dans les établissements et donnant des recommandations pour atteindre cet objectif idéal. Ceci ne dispense pas d'une réflexion propre à chaque établissement dans l'évolution de son SIH qui peut poursuivre des buts complémentaires, à adapter éventuellement à ce nouvel outil. En effet, la CCAM ne peut prétendre remplir tous les objectifs d'un système d'information, dont chaque établissement est libre de définir le



contenu propre à ses besoins. En particulier, le principe de l'acte global et la définition de règles de l'art peuvent gêner le recueil d'activité par praticien. Les règles de codage qui en découlent limitent *de facto* la possibilité dont dispose un utilisateur d'associer plusieurs codes pour des actes synchrones : cette contrainte peut être ressentie comme une perte d'information en l'absence d'adaptation du SIH. Par exemple, les actes d'ostéosynthèse de fracture incluent implicitement la réalisation des clichés de contrôle radiologique en cours d'intervention : il est donc interdit de coder ce geste d'imagerie

en sus des actes d'ostéosynthèse et, de ce fait, impossible de repérer l'activité correspondante, quel qu'en soit l'exécutant (personnel du service de radiologie ou du bloc opératoire). Sans adaptation du SIH de l'établissement à ces organisations locales variables, ces différentes situations ne pourront pas être distinguées.

Diffusion du code

Il faut insister sur le fait que l'utilisation de la CCAM dans un objectif de codage est identique, quel que soit le secteur d'exercice. Outil

de description et de codage de l'activité, la CCAM doit être employée de façon similaire en secteur libéral ou en établissement public. Du code établi après contrôles découlent en aval des utilisations variées, individuelles (documentaires, épidémiologiques, comptables...) ou réglementaires. Ces dernières sont ensuite traitées selon des règles propres (tarifaires ou classificatoires). Le caractère confidentiel de l'information portée par le code nécessite de s'assurer du respect du secret professionnel tout au long de la chaîne de transfert établie entre le producteur et l'utilisateur final.

Évolution de la CCAM

Versions actuelles

La première version de la CCAM, dite version 0 (V0), comporte deux modules. Le module PMSI fournit l'ensemble des libellés et leurs codes, ainsi que les règles de codage descriptif, expliquées dans la *Guide de lecture et d'utilisation*. Cette version, publiée sur le site du PERNNS, est utilisable depuis le 1^{er} janvier 2002. Tout établissement de santé a été destinataire en 2002 d'un CD-Rom comportant cette version et la version 6.7 de la classification en GHM.

Le module CNAM contient en sus les scores de travail et les durées des actes, ainsi que les premiers avis de l'ANAES sur une liste d'environ 500 libellés. Il a été publié en mars 2002 sur le site de l'Assurance Maladie (www.ameli.fr).

La version Obis (VObis) prend en compte des évolutions de codes et de libellés. Elle est utilisable depuis le 1^{er} janvier 2003 pour le PMSI. Une mise à jour au format de la future base de données a été réalisée en mai 2003, sans indication de valorisation des actes.

La version 0 reste en service au cours de l'année 2003 pour tout utilisateur de la CCAM en 2002 qui n'aurait pas souhaité intégrer les modifications de codes et de libellés qui font la différence avec la VObis. Les versions correspondantes des tables de la classification ont été mises au point par l'ATIH, avec l'objectif d'entraîner des divergences très limitées avec les tables en CdAM.

La fonction groupage utilisée est identique, quel que soit l'outil de codage des actes.

Version 1

La version définitive de la CCAM, dite version 1, est la version tarifante de la CCAM qui sera opérationnelle au 1^{er} janvier 2004. Elle intégrera les éléments de la version 0, les évolutions survenues depuis (y compris celles figurant dans la version Obis), les ICR et les informations de tarification. Elle sera diffusée après publication des arrêtés de nomenclature, sous forme d'une base de données unique, commune et complète sur le site de l'Assurance Maladie. Les modalités de structure, de format et de mise à jour de cette base sont précisées dans un document disponible sur ce même site.

Maintenance

Le schéma de maintenance proposé ici, résultant d'un consensus entre les différents acteurs concernés, n'est pas actuellement entériné. Pour inscrire un acte nouveau à la CCAM, la saisie de la structure de maintenance (ATIH/Pôle nomenclature de la CNAMTS) ou de l'ANAES ne peut être faite directement par un praticien. Seule la société savante concernée est habilitée à transmettre cette demande après en avoir apprécié la pertinence. L'ANAES l'inscrit ou non à son programme de travail en concertation avec la DGS, la DHOS, la DSS, l'AFSSAPS, l'ATIH

et le pôle nomenclature de la CNAMTS. S'il est retenu, une rédaction et un codage provisoire conformes à la méthodologie CCAM sont transmis à l'ANAES. L'ANAES rend alors un avis sur la validité médicale de l'acte, dont découle la décision d'inscription du libellé correspondant à la CCAM. Cet acte, s'il ne relève pas de la recherche, est ensuite valorisé selon les démarches habituelles pour en établir le tarif et l'ICR. Son admission au remboursement dépend in fine d'une décision politique.

Si l'acte concerné relève de la recherche, il sera repéré par un code particulier et non tarifé. Son inscription définitive dépendra d'un avis rendu par l'ANAES après évaluation à la fin d'une période de surveillance initialement définie.

Pour un acte devenu potentiellement obsolète, le circuit est le même, et l'acte est retiré de la CCAM si l'ANAES considère qu'il ne correspond plus aux standards des règles de l'art en vigueur.

Mises à jour

La périodicité des mises à jour dépend du type d'actualisation. Le référentiel et les tables de contrôle seront mis à jour annuellement, pour une utilisation au 1^{er} janvier de l'année suivante. Les éléments tarifaires pourront éventuellement être modifiés en cours d'année. Les ICR et les tables de la classification en GHM seront éventuellement revus annuellement pour une utilisation l'année suivante. ■

Utilisation de la CCAM à des fins tarifaires

Annie ALIÈS-PANTIN,
Gonzague DEBEUGNY,
Hedda WEISSMANN

Pôle nomenclature
de la Caisse nationale
d'assurance maladie des
travailleurs salariés
(CNAMTS)
5, rue Paul-Cézanne
75008 Paris

La conception d'un référentiel unique des actes médicaux se substituant aux deux référentiels actuellement en vigueur – le catalogue des actes médicaux (CdAM) et la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)¹ – et les distorsions patentes des honoraires actuels liées, entre autres, à des

remises à jour partielles de la NGAP, décalées dans le temps et sans recherche systématique de cohérence, ont imposé une remise à plat globale et synchrone des honoraires des actes médicaux. Cette refonte tarifaire a démarré en 1996 et concerne l'ensemble des actes techniques médicaux.

Construction de la CCAM tarifaire

La méthode retenue a été mise au point par la CNAMTS et vise à élaborer, dans le cadre du paiement à l'acte, une nomenclature cohérente et « neutre », c'est-à-dire qui ne présente pas de distorsions tarifaires et donc ne génère pas d'incitations financières à choisir un acte plutôt qu'un autre. Elle a été testée et validée en 1995 auprès de trois spécialités (urologie, chirurgie vasculaire, anesthésie-réanimation associée à ces deux spécialités). Avalidée par la Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels² le 15 février 1996, elle a démarré en octobre 1996 sur la chirurgie et l'anesthésie-réanimation et a été étendue à partir d'octobre 1998 à l'ensemble des spécialités médicales ainsi qu'à l'odontologie. Cette méthode s'inspire des travaux du Département de santé publique d'Harvard à Boston³.

Elle se fonde sur le principe suivant : pour garantir la neutralité de la nomenclature tarifaire, l'honoraire est élaboré en fonction des deux types de ressources mobilisées par le praticien pour réaliser le soin : le travail médical (qui recouvre les ressources physiques et intellectuelles) et les charges financières (appelées « coût de la pratique ») qui incombent en propre au praticien pour la réalisation de l'acte, telles

que frais en personnel, charges locatives... Le travail médical est mesuré par une méthode de hiérarchisation conduisant à une échelle de scores du travail (ou de valeurs relatives) exprimés en « points travail » et évalués indépendamment de toute considération financière. Le prix du travail médical est estimé à l'issue de la hiérarchisation, par l'étape de conversion monétaire au cours de laquelle est défini le facteur de conversion monétaire (c'est-à-dire la valeur en euros d'un point « travail »). Le coût de la pratique est estimé directement en euros par acte, par affectation des charges professionnelles à chaque acte.

L'honoraire est alors égal à la somme du prix du travail et du coût de la pratique par acte :
Honoraire = [score de travail x facteur de conversion monétaire] + coût de la pratique

1. Voir « La classification commune des actes médicaux » p.2.

2. La Commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels est une commission ministérielle consultative chargée de faire au ministre toute proposition de modification en matière de nomenclature générale des actes professionnels.

3. Hsiao W.C. et coll., Jama, 1988, 16 : 2347-2443.

4. Pour chaque acte, l'intervalle

de consensus de la variable étudiée (travail, durée...) est un intervalle prédéfini autour de la médiane des réponses des vingt experts. Cet intervalle dépend de la valeur de la médiane : ainsi, pour le travail médical d'un acte, lorsque la médiane des réponses est comprise entre 0 et 49, l'intervalle de consensus est ± 5 ; lorsqu'elle est comprise entre 50 et 99, l'intervalle de consensus est de ± 10 , etc. Un acte est déclaré « consensuel » à

l'issue du recueil postal lorsque la majorité absolue des réponses des experts (soit 11 sur 20 s'il y a 20 réponses) est incluse dans cet intervalle.

5. Hsiao W.C. et coll. : « An overview of the development and refinement of the resource-based relative value scale », Medical Care, nov 1992, 11 : NS1-NS12

Estimation du travail médical

L'estimation du travail médical se fait en deux temps : d'abord hiérarchisation des actes au sein de chaque spécialité étudiée indépendamment des autres (hiérarchisation intraspécialité), puis recherche de passerelles entre les spécialités afin d'établir une échelle unique de travail pour l'ensemble des spécialités concernées (hiérarchisation interspécialités).

Hiérarchisation intraspécialité

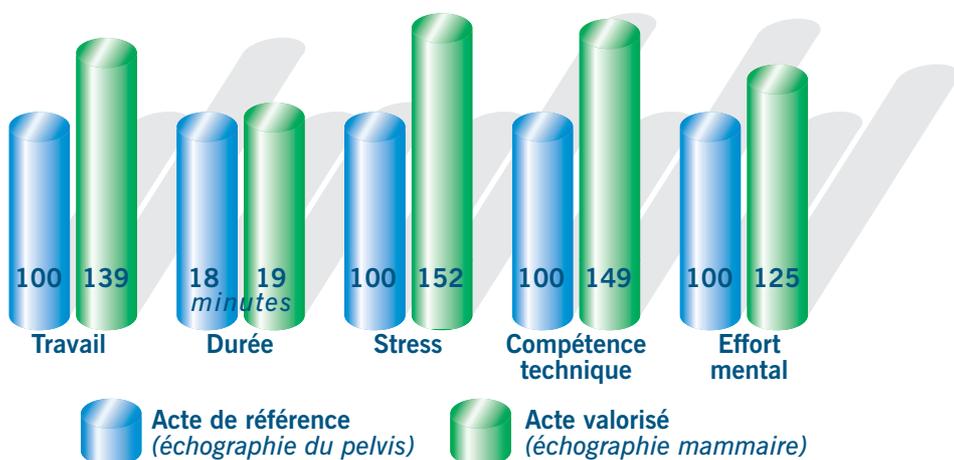
Les études de Hsiao⁴ ont montré que le travail médical était une combinaison de quatre composantes : stress, durée de l'acte, technicité et effort mental. Ainsi, les estimations effectuées au cours de la phase intraspécialité portent non seulement sur le travail



Figure 1

Exemple sur l'échographie

Scores moyens du travail et de ses composantes : durée, stress, compétence technique, effort mental, attribués par les 20 experts d'échographie pour « l'échographie mammaire », l'acte de référence retenu en échographie étant « l'échographie du pelvis féminin, par voie transcutanée » ;



Rappel : le travail médical est mesuré directement et n'est pas estimé à partir d'un modèle le liant à ses quatre composantes dont le recueil vise uniquement à faciliter la recherche de consensus et à fiabiliser la hiérarchisation du travail médical.

médical (variable globale utilisée pour l'élaboration de l'honoraire) mais également sur ses quatre composantes, afin de familiariser les experts mobilisés pour l'évaluation du travail avec le caractère multidimensionnel de ce paramètre, et en fiabiliser la hiérarchisation.

Toutes ces estimations sont fondées sur la règle de l'art, sur la notion de patient habituel (c'est-à-dire le patient le plus fréquent pour un acte donné) et sur le principe de l'acte global (chaque libellé et, par suite, chaque score comprenant l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte dans la règle de l'art).

Recueil des données

Le recueil est réalisé auprès d'un panel de vingt experts par spécialité (moitié publics, moitié privés), tirés au sort à partir d'une liste d'une centaine d'experts, proposée par les sociétés savantes concernées. Il est effectué en deux temps : enquête postale d'abord, puis réunion plénière au cours de laquelle un consensus est recherché sur les valeurs demeurées divergentes à l'issue du recueil postal⁵. Les réunions de consensus sont animées par un « consultant », issu de la discipline et nommé par la société savante, qui est le garant de la position ladite société, en

particulier, si besoin est, sur la règle de l'art. Le recueil porte sur l'ensemble des actes de chaque spécialité. Il est effectué en une à trois phases selon le nombre d'actes de la discipline : la première phase porte sur la cinquantaine d'actes les plus représentatifs de la discipline, la deuxième sur la centaine d'actes suivants et la troisième sur l'ensemble des actes restants, pour la plupart des actes très peu fréquents.

Méthode de l'acte de référence

Le travail et ses trois composantes autres que la durée sont des variables subjectives et sont donc estimées par une méthode adaptée qui consiste à définir pour chaque spécialité un acte dit « de référence » qui sert d'unité de mesure à tous les actes de la spécialité (acte fréquent, faisant appel à un travail modéré et bien standardisé).

Exemple pour la radiologie : « Scanographie du crâne et de son contenu, sans injection de produit de contraste. »

Exemple pour la chirurgie digestive : « Colectomie droite avec anastomose iléo-colique par laparotomie. »

Par convention, le travail qu'il met en jeu ainsi que ses trois composantes subjectives (stress, compétence technique, effort mental) sont fixés à 100 ; le travail et les trois

composantes subjectives de tous les autres actes sont évalués par rapport aux valeurs 100 de l'acte de référence (figure 1). Toutes les durées, elles, sont exprimées en minutes, y compris celle de l'acte de référence, afin de permettre des comparaisons avec des données exogènes et de réaliser des études de cohérence (voir « Étude de la cohérence des résultats », p.11).

À l'issue de la hiérarchisation intraspécialité, les scores de travail sont comparables au sein de chaque spécialité, mais pas d'une spécialité à l'autre, car mesurés à partir d'actes de référence différents.

La seconde phase de la hiérarchisation (phase interspécialités) a pour but de rechercher des passerelles entre les spécialités pour aboutir à une échelle unique du travail médical.

Hiérarchisation interspécialités

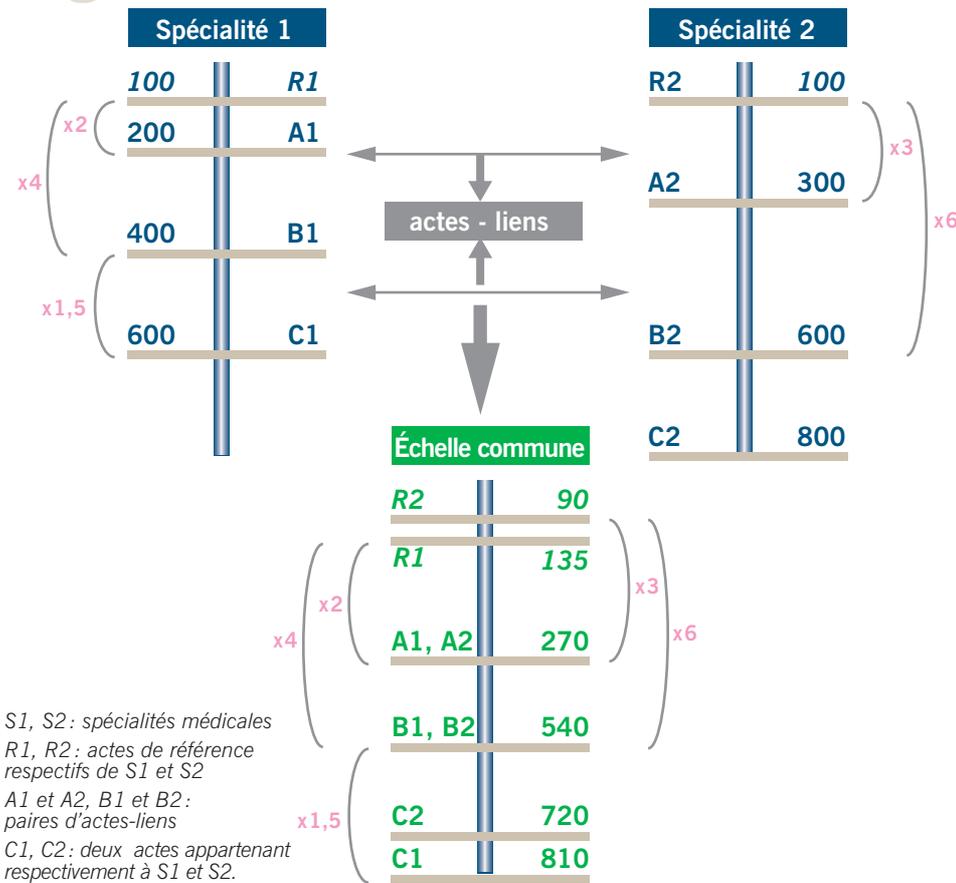
La hiérarchisation interspécialités consiste d'abord à rechercher des passerelles (des équivalences pour le travail médical) entre les différentes spécialités, puis à essayer d'égaliser les scores de travail des actes d'une même passerelle par une méthode d'optimisation, sous contraintes utilisant l'ensemble des passerelles sélectionnées. La valeur de l'acte de référence de chaque spécialité est ensuite déduite de la valeur des passerelles sur l'échelle commune, puis les scores de travail médical de tous les actes de toutes les spécialités sont recalculés par rapport à la valeur de leur acte de référence sur l'échelle commune.

Sélection des passerelles

Chaque spécialité est systématiquement « croisée » avec plusieurs autres spécialités proches (en moyenne trois à quatre). Chaque croisement mobilise trois binômes d'experts, chaque binôme étant constitué d'un expert de la première spécialité (S1) et d'un expert de la seconde spécialité (S2), tous deux ayant appartenu au panel intraspécialité de leur discipline respective et étant volontaires pour l'interspécialités.

Dans un premier temps, chaque binôme travaille indépendamment des autres et recherche deux types de passerelles : les libellés communs et les actes-liens d'un côté, les pourcentages-liens de l'autre.

Figure 2



> Premier type de passerelles :

- les libellés communs: lorsqu'il existe des libellés communs aux deux spécialités croisées, chaque binôme détermine s'il s'agit bien d'actes faisant appel au même travail médical ; les libellés communs soumis à l'analyse interspécialités doivent avoir été évalués dans chaque panel intraspécialité par un nombre minimal d'experts (au moins cinq, le plus souvent au moins dix) ;
- les actes-liens : chaque binôme a également à rechercher les couples d'actes faisant appel à un travail proche, appelés « actes-liens ». Pour être choisi, un acte doit avoir été scoré en intraspécialité par au moins huit experts, le plus souvent douze ou plus. En outre, à titre d'information, chaque binôme dispose de la durée des actes afin d'éviter de sélectionner des liens dont les écarts de durée sont trop élevés ; il est également suggéré aux experts de varier la nature des passerelles en les sélectionnant parmi les actes lourds, moyens et légers.

> Deuxième type de passerelles :

les pourcentages-liens

Pour certains types de croisements (chirurgie-anesthésie, chirurgie pédiatrique-chirurgie adulte, médecine-chirurgie), chaque binôme exprime pour une liste limitée d'actes (entre cinq et vingt) le travail des actes de l'une des deux spécialités (par exemple l'anesthésie) en pourcentage du travail de ceux de l'autre spécialité (par exemple la chirurgie digestive). Là encore, les actes sont choisis parmi ceux ayant été évalués en intraspécialité par au moins huit experts, le plus souvent douze ou plus. À l'issue des travaux par binômes, une réunion de consensus entre les deux disciplines concernées est organisée avec le consultant de chaque discipline pour sélectionner au moins dix passerelles à partir de celles présélectionnées indépendamment par chaque binôme. Ceci afin de disposer d'un nombre suffisant de passerelles pour l'optimisation sous contraintes. Hsiao et coll. avait en effet montré qu'une échelle construite à partir de huit liens par spécialité conduisait à des résultats stables⁶.

L'optimisation sous contraintes

Après la sélection des passerelles, les scores des actes de l'ensemble des spécialités sont classés sur une échelle unique par une méthode d'optimisation sous contraintes. L'objectif de l'optimisation sous contraintes est d'affecter à chaque acte d'un même couple de liens une valeur aussi proche que possible, sous la contrainte que leurs ratios de travail par rapport à leurs actes de référence respectifs soient maintenus. L'optimisation sous contraintes procède par itérations successives : à chaque itération, la plus mauvaise passerelle, celle dont l'écart entre les deux liens qui la composent est maximal et supérieur à un seuil préfixé (20 %) est exclue. Le processus d'optimisation est stoppé lorsqu'il ne reste plus de passerelles dont l'écart relatif entre les deux actes est supérieur ou égal au seuil.

À l'issue de l'interspécialité, l'ensemble des actes techniques de toutes les disciplines est classé sur une échelle unique de scores exprimés en « points travail ». Ces scores seront transformés en euros à l'issue de l'étape de conversion monétaire au cours de laquelle est négociée la valeur en euros d'un point travail, c'est-à-dire le facteur de conversion monétaire, identique pour tous les actes (voir « Conversion monétaire », p.13).

Résultats

L'échelle commune a été construite en deux temps : construction de l'échelle commune chirurgie-anesthésie (octobre 1999), puis construction de l'échelle chirurgie-anesthésie-médecine-odontologie (novembre 2000). Cette construction a été effectuée à partir de 73 interspécialités.

Les passerelles retenues par l'optimisation

Sur les 1 274 passerelles sélectionnées par les experts à l'issue des réunions de consensus, 728 ont été retenues par l'optimisation sous contraintes (c'est-à-dire l'écart relatif entre les scores des deux actes de la passerelle inférieur à 20 %), soit 57 % des passerelles proposées. Ces 728 passerelles correspondent à 950 actes de la CCAM, de telle sorte que l'échelle unique



est *in fine* construite à partir de presque 15 % de l'ensemble des actes isolés et des procédures.

Les passerelles non retenues

Quarante-trois pour cent des passerelles n'ont pu être retenues par l'optimisation sous contraintes. Cette proportion est comparable entre les libellés communs et les autres liens, de telle sorte que les libellés communs ne peuvent être considérés *a priori* comme des passerelles potentiellement meilleures que les autres liens. Parmi les passerelles non retenues, on observe que, pour la plupart des spécialités, sur l'ensemble de leurs croisements, la proportion de scores supérieurs à ceux de l'autre spécialité est très proche de la proportion de scores inférieurs. Par exemple, en gastro-entérologie, sur les 24 passerelles non retenues (31 retenues), 12 actes sont inférieurs à l'autre acte de la passerelle et 12 sont supérieurs; en radiologie, sur les 18 passerelles non retenues (89 retenues), 7 actes sont inférieurs à l'autre acte de la passerelle et 11 sont supérieurs.

Les passerelles exclues par l'optimisation ont fait l'objet d'une analyse affinée, l'objectif étant de déterminer si les deux actes de la passerelle avaient été considérés à tort comme mobilisant le même travail, ou s'il y avait une anomalie dans le positionnement intraspécialité de l'un des deux actes.

Deux types de comparaison ont été menés :
- une passerelle non retenue qui comportait un acte pris comme lien dans plusieurs autres passerelles retenues et cohérentes entre elles, nous a conduit à conclure que la passerelle proposée était erronée ;
- un acte proposé comme lien dans plusieurs autres passerelles et dont l'écart avec les actes des différents couples proposés était élevé et allait toujours dans le même sens, laissait supposer que l'acte avait été mal positionné lors de l'intraspécialité; le score de travail de l'acte a alors été redressé, par comparaison avec ses liens dans les différentes passerelles et/ou avec des actes du même type dans la spécialité. Une qua-

Tableau 1

Comparaison des valeurs moyennes de travail et de durée obtenues pour des actes d'urologie et de chirurgie vasculaire, dans le cadre de l'étude de faisabilité et de l'étude à grande échelle (refonte), avec des panels d'experts renouvelés

	Nombre d'actes	Score moyen de travail		Durée (en min)	
		Faisabilité (1995)	Refonte (1997)	Faisabilité	Refonte
Urologie	52	113	119	73	73
Vasculaire	42	201	205	113	125

rantaine d'actes ont été ainsi redressés. Les actes des passerelles rejetées qui n'ont pu faire l'objet de ce type de comparaison (actes proposés une seule fois comme lien) ont été analysés dans le cadre de l'étude de cohérence effectuée sur l'ensemble des actes (voir « Étude de la cohérence des résultats », p.11).

Les libellés communs

Le principe de la CCAM est le suivant : à un même libellé est affecté un seul code et par suite un seul niveau de ressources (travail et coût de la pratique). À un même libellé doit donc correspondre un seul score.

Or, certains scores de libellés communs se sont révélés différents à l'issue de l'interspécialités. Plusieurs raisons à cela.

La première est qu'un même libellé peut recouvrir deux actes différents ; le libellé doit alors être décliné et précisé.

La deuxième est que le travail médical est perçu différemment par les disciplines concernées : patient habituel différent, expérience différente des praticiens, acte rare dont l'évaluation repose sur le souvenir du dernier patient traité...

La troisième est liée à la précision de la mesure :

- l'acte de référence (l'unité de mesure) de l'une des disciplines peut être mieux adapté à l'évaluation de l'acte ;
- les fluctuations d'échantillonnage, lorsque la valeur résulte directement de la moyenne des scores des experts, sont plus importantes lorsque le nombre de répondants est plus faible ;
- une certaine imprécision du libellé peut engendrer une hétérogénéité des réponses qui aboutit à des scores moyens différents entre disciplines.

Pour respecter le principe un acte ⇒ un libellé ⇒ un code ⇒ un tarif, une valeur

unique de travail médical a été affectée à chaque libellé commun⁶, selon les principes suivants :

- Lorsque les scores d'un même libellé sont proches à l'issue de l'interspécialité, nous avons retenu la moyenne des scores proposés ; une exception à ce principe : les actes d'échographie. Bien que les scores de ces actes aient été proches entre les différentes disciplines concernées, nous avons retenu quasi systématiquement les scores issus du panel d'échographie pour maintenir la cohérence globale de la hiérarchie relative intra-échographie, le panel d'échographies ayant hiérarchisé tous les actes d'échographie, à l'exception des échocardiographies.
- Lorsque les scores sont différents :
 - pour la radiologie conventionnelle (dont les scores entre le panel de radiologie et les panels ayant scoré certains de ces actes étaient parfois différents à l'issue de l'interspécialité), nous avons retenu les scores issus du panel de radiologie, là encore, pour garantir la cohérence de la hiérarchie intraspécialité de ce champ, le panel de radiologues ayant scoré tous les actes de radiologie conventionnelle ;
 - pour les libellés communs à la médecine et à la chirurgie affectés de faibles scores (petits actes), nous avons retenu les scores des disciplines médicales ; en effet, au cours de toutes les intraspécialités, nous avons constaté que les experts avaient du mal à proposer des scores inférieurs à 10 % du score de l'acte de référence, de telle sorte que les actes de référence de médecine plus faibles en travail que ceux de chirurgie, permettent une estimation plus précise des petits actes ;
 - pour les autres libellés, nous avons retenu le score de la spécialité ayant le plus de répondants. Deux exceptions à cette

6. Le coût de la pratique des libellés communs sera également identique, quelle que soit la discipline qui le

pratique, de façon à aboutir à un tarif unique (voir « Affectation des charges à chaque acte », p.12).

option : la proctologie, pour laquelle nous avons pris en compte les scores des deux spécialités concernées : chirurgiens digestifs et gastro-entérologues, bien que ces derniers aient été moins nombreux à avoir scoré ; en effet, en gastro-entérologie, les scores ont été affectés par des spécialistes quasi exclusifs de la proctologie et l'acte de référence de la gastro-entérologie (coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de la valvule de Bauhin) est mieux adapté à de nombreux actes de proctologie que celui de la chirurgie digestive (colectomie droite avec anastomose iléo-colique par laparotomie) ; l'électromyographie, scorée par les neurologues, les spécialistes de médecine physique et de réadaptation et les rhumatologues, pour laquelle nous avons également pris en compte les scores des experts de médecine physique et de réadaptation, bien que moins nombreux à avoir scoré, car leurs scores étaient proches de ceux des neurologues et estimés par des spécialistes de cette technique.

Étude de la cohérence des résultats

Reproductibilité

L'estimation d'un score par des panels d'une vingtaine d'experts selon la méthode de l'acte de référence est-elle reproductible ?

Pour répondre à cette question, une comparaison a été effectuée entre les résultats de l'étude de faisabilité menée en 1995 sur l'urologie et la chirurgie vasculaire et ceux obtenus dans le cadre de la refonte sur ces deux mêmes disciplines, pour les actes dont les libellés étaient comparables dans ces deux études.

Pour chacune de ces deux disciplines, les panels mobilisés pour la faisabilité, d'une part, la refonte d'autre part, ont été complètement renouvelés et sélectionnés selon la procédure de tirage au sort précisée au paragraphe « Hiérarchisation intraspécialité » (p.7). Les résultats moyens obtenus sont quasiment identiques (tableau 1), les différences

par acte demeurant très faibles.

Comparaison des résultats secteur public/secteur privé

La comparaison des scores de travail par acte entre les experts publics et privés ne fait pas apparaître de différence significative entre les deux populations ; ce résultat laisse supposer que les scores établis sont bien fondés sur la règle de l'art.

Écart* des scores de travail pour les actes ayant au moins six répondants entre les secteurs privé et public

Total chirurgie	Total médecine
Nombre d'actes = 2 252	Nombre d'actes = 645
3 % (NS)	2 % (NS)

* Écart = (privé/public) / moyenne (privé/public)

Comparaison des durées anesthésie-réanimation/chirurgie

Nous avons comparé les durées des 1 781 actes qui ont été évalués à la fois pour l'anesthésie et la chirurgie.

Les différences observées apparaissent globalement cohérentes. En effet, 70 % se situent dans l'intervalle [-15 min/+ 45 min]⁷. Celles situées en dehors de cet intervalle, ou bien sont proches des bornes de l'intervalle, ou bien s'expliquent par les causes suivantes : le patient habituel était difficile à définir ; le libellé proposé au scorage pouvait poser un problème de compréhension ; l'acte était rare ou émergent. De telle sorte que seules quelques durées dont la différence entre les deux champs ne pouvait s'expliquer par l'une des raisons précédentes ont été redressées avec les consultants concernés, essentiellement par comparaison à d'autres actes proches et non atypiques pour les durées.

Étude de l'intensité

L'intensité d'un acte mesure le travail qu'il mobilise par unité de temps :

$$I = \frac{W \text{ (en points inter)}}{T \text{ (en minutes)}}$$

L'intensité de l'ensemble des actes de la CCAM a été étudiée en regroupant les actes selon différentes modalités au cours de

deux analyses successives.

> Première analyse : étude de l'intensité par classes de durée⁸ et par disciplines Elle a été effectuée en 2000, en amont de la première publication des résultats. Pour chaque classe de durée et pour chaque discipline, nous avons estimé la valeur moyenne de l'intensité de la classe. Nous avons ensuite répertorié tous les actes dont l'intensité s'écartait fortement de l'intensité moyenne de la classe (écart de l'ordre de 40 %), à l'exception de ceux ayant des durées faibles (et pour lesquels une faible variation de la durée peut entraîner une forte variation de l'intensité). Ces actes ont été comparés pour leur intensité aux actes de la même famille.

À l'issue de cette analyse, l'intensité de quelques actes est restée inexplicée. Nous avons interrogé les consultants concernés sur les causes de ces atypismes résiduels. Lorsque aucune raison ne paraissait expliquer l'atypisme observé, nous avons conclu à une anomalie de positionnement de l'acte et proposé aux consultants une valeur redressée du travail médical, le plus souvent par comparaison à des actes de même type et pour lesquels il n'avait pas été relevé d'incohérence. Une vingtaine d'actes a été concernée par ces redressements.

> Deuxième analyse : étude de l'intensité par familles d'acte et par classes de durée Elle a été effectuée en 2001 pour affiner l'analyse précédente. Les actes ont été regroupés selon qu'ils étaient diagnostiques ou thérapeutiques en étudiant à part, des familles particulières comme par exemple la famille des échoendoscopies pour les actes diagnostiques ou encore la famille des actes d'assistance respiratoire pour les actes thérapeutiques.

Au sein de chaque classe (correspondant aux critères croisés de famille et de durée), l'intensité de chaque acte a été comparée à l'intensité moyenne de la classe. Ceux dont l'intensité nous est apparue incohérente ont, là aussi, été soumis aux consultants, ce qui a conduit *in fine* à revoir les scores d'une vingtaine d'actes.

L'échelle de travail médical

L'échelle unique du travail médical des actes techniques résulte de la hiérarchisation des actes effectuée par

7. Cet intervalle tient compte, à la fois des fluctuations d'échantillonnage et de critères médicaux ; la borne inférieure correspond à la borne inférieure de l'intervalle de

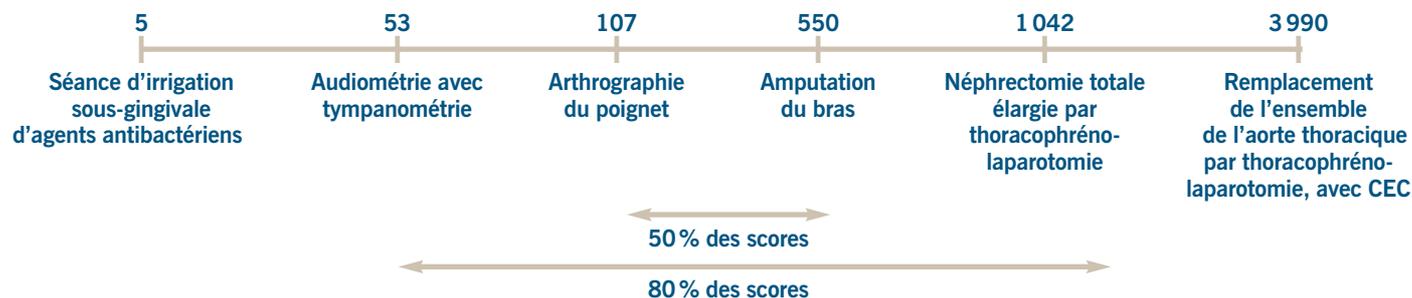
confiance de la différence des moyennes ; la borne supérieure correspond à la valeur de la différence médicalement acceptable pour les actes lourds.

8. Neuf classes de durée ont été définies : moins de 9 min, de 10 à 21 min, de 22 à 37, de 38 à 51, de 52 à 75, de 76 à 105, de 106 à 135, de 136 à 195, de 196 à 255, 256 min et plus.



Figure 3

Échelle unique du travail médical



l'ensemble des experts, de l'optimisation sous contraintes et des redressements opérés à l'issue des études de cohérence. L'échelle des scores s'étend de 5 points travail à 3990 points (figure 3). On note que 50 % des scores se situent entre 100 et 550 points. L'ensemble des résultats est présenté sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr).

Estimation du coût de la pratique

Le coût de la pratique recouvre les charges professionnelles qui incombent en propre au praticien (frais en personnel, charges locatives, frais financiers, etc.). Il est estimé en euros par acte afin d'être intégré à l'honoraire.

La méthodologie d'évaluation a été développée en collaboration avec le Credes⁹ et rapportée dans *Méthodologie pour l'évaluation des charges professionnelles des médecins en vue de la tarification des actes techniques*¹⁰. La démarche retenue répond aux contraintes suivantes :

- équité de traitement pour toutes les disciplines, d'où une procédure d'évaluation, à la fois transversale (identique pour toutes les spécialités) et qui tient compte des spécificités de chaque discipline,
- neutralité respectée (pas d'incitations financières, neutralisation des surenchères),
- unicité du tarif lorsqu'un acte est commun à plusieurs disciplines,
- identification sans ambiguïté les charges réelles des praticiens (hors charges des établissements).

Évaluation des charges totales de chaque discipline

Pour prendre en compte le fait que le taux et la structure des charges pro-

fessionnelles sont différents selon les spécialités, l'évaluation des charges est réalisée par discipline ou groupe de disciplines. Les charges totales de chaque discipline sont estimées à partir des données de la Direction générale des impôts (DGI), exhaustives et élaborées de façon comparable d'une spécialité à l'autre.

La démarche consiste à estimer le taux de charges par discipline pour le secteur 1, puis à appliquer ce taux aux honoraires totaux sans dépassement, de façon à reconstituer le montant total de charges de chaque discipline en ce qui concerne les honoraires remboursables.

Pour isoler un montant de charges propre aux actes techniques, ces charges sont ventilées au prorata des honoraires de chacun des deux groupes d'actes de la discipline : consultations et actes techniques.

Décomposition des charges totales « actes techniques » en vue de leur affectation à chaque acte

Pour l'affectation du coût de la pratique à chaque acte technique de la CCAM, les charges totales relatives aux actes techniques sont décomposées en deux types :

- Les charges « générales » ou « habituelles » de la discipline. Pour de nombreux actes, les charges professionnelles sont essentiellement des charges non spécifiques d'une activité particulière au sein d'une même discipline (personnel, loyer, redevances, etc.) ou se rapportent à une activité particulière pratiquée par l'ensemble des médecins d'une même discipline, de telle sorte que l'on peut envisager de répar-

tir ces charges sur l'ensemble des actes au prorata du nombre de points travail.

- les surcoûts, qui correspondent aux charges spécifiques induites par la pratique d'actes particuliers, qui ne sont pas réalisés par tous les praticiens et nécessitent de la part de ceux qui les pratiquent un investissement spécifique non négligeable (équipement...). Dès lors que le surcoût lié à un acte est significatif, il est préférable de l'affecter directement à l'acte correspondant, pour éviter de désinciter à pratiquer cet acte.

Pour chaque discipline, les charges générales sont égales aux charges totales relatives aux actes techniques diminuées de la somme des surcoûts. Le calcul des surcoûts spécifiques ne comprend donc que des charges supplémentaires non prises en compte dans les charges générales ; il est effectué à partir de données recueillies auprès de fabricants et de praticiens.

Affectation des charges à chaque acte

La répartition des charges générales relatives aux actes techniques d'une discipline étant effectuée au prorata des points travail de chaque acte par discipline, il est nécessaire de calculer un montant de charges générales par point travail (CgD) ; il est égal au montant total des charges générales de la discipline rapporté au nombre total de points travail effectués par cette discipline. Il est par construction fonction de chaque discipline.

Le coût de la pratique d'un acte *i* d'une dis-

cipline D selon qu'il est sans ou avec surcoût est alors le suivant :

$$CP_i = W_i \times C_{gD} + S_i$$

(S_i étant éventuel)

- W_i représentant le travail médical mobilisé pour réaliser l'acte (il est fonction de l'acte mais non de la spécialité : un même acte pratiqué par deux spécialités a un seul score de travail),
- C_{gD} représentant le coût moyen par point travail des charges générales (ou habituelles) de la discipline,
- S_i représentant le surcoût propre à l'acte concerné.

Remarque : lorsqu'un acte est commun à plusieurs disciplines et que l'estimation résultante du coût de la pratique diffère entre les deux disciplines, pour maintenir l'unicité tarifaire, le coût de la pratique qui lui est affecté est *a priori* celui de la discipline qui le pratique le plus fréquemment.

Cas particulier des équipements lourds

Pour ces équipements, soumis à autorisation et caractérisés par des charges fixes importantes, il est prévu d'appliquer, à l'instar de ce qui est déjà fait pour le scanner et l'IRM, un mode de rémunération particulier, partiellement indexé sur l'activité et qui dissocie la rémunération du travail médical de celle des coûts de fonctionnement. Les coûts de fonctionnement sont rémunérés par :

- un forfait technique plein tarif jusqu'à une activité de référence (qui correspond au niveau d'activité minimale que l'on souhaite définir par type d'équipement) ; il est égal au coût total moyen relatif à cette activité (c'est-à-dire la somme des coûts fixes totaux et des coûts variables totaux relatifs à l'activité considérée rapportée à cette même activité) ;
- un forfait technique minoré, égal au coût marginal d'un acte au-delà de cette activité.

Conversion monétaire

À l'issue de la hiérarchisation du travail médical, on dispose pour chaque acte d'un score en points travail qu'il faut ensuite convertir en prix.

Cette conversion nécessite d'estimer la valeur en euros d'un point travail, c'est-à-dire le facteur de conversion monétaire.

Identique pour tous les actes, il est égal au montant total qui va rémunérer le travail divisé par la quantité totale de travail mobilisée par l'ensemble des spécialités concernées.

Pour obtenir ce montant, on part de l'enveloppe totale allouée à la rémunération des actes techniques de l'ensemble des spécialités. Cette enveloppe globale est négociée. Par définition, elle correspond à la somme de la rémunération du travail médical et du coût de la pratique. La rémunération totale du travail médical est donc égale à l'enveloppe totale allouée aux actes techniques moins les charges correspondant aux actes techniques. L'estimation de la quantité totale de travail (également nécessaire pour l'évaluation du coût de la pratique) nécessite de connaître, d'une part le score du travail de chaque acte

(il est le résultat de la hiérarchisation inter-spécialités), d'autre part la fréquence des actes techniques. Celle-ci est évaluée, pour les actes réalisés en établissement, à partir des données du PMSI privé, pour les actes réalisés en ambulatoire, à partir d'une enquête spécifique auprès des praticiens, réalisée par l'Échelon national du service médical de la CNAMTS¹¹.

L'estimation du facteur de conversion monétaire F_c est donnée par la formule suivante :

$$F_c = \frac{[\text{Enveloppe totale} - \text{Charges totales}] \text{ des actes techniques}}{\text{Somme des points travail des actes techniques}}$$

Construction de l'honoraire

In fine, le mécanisme de construction de l'honoraire est le suivant :

$$H_i = W_i \times F_c + CP_i$$

- F_c représentant le facteur de conversion monétaire (valeur monétaire d'un point travail), identique quelle que soit la spécialité,
- CP_i étant le coût de la pratique unique pour chaque acte.

Codage tarifant de la CCAM

Principes de tarification

La CCAM tarifaire s'appliquera à tous les actes techniques réalisés en secteur d'activité libéral (en cabinet et en établissement privé) et en secteur public (soins externes et praticiens ayant une activité libérale à l'hôpital) par les médecins et les chirurgiens dentistes. Dans les établissements publics, elle remplacera également la NGAP pour le calcul de l'exonération du ticket modérateur.

Une partie de l'activité médicale continuera cependant à relever de la NGAP (par exemple les consultations). La mise en place de la CCAM induit la cohabitation entre des actes

facturés en CCAM et en NGAP sur une même facture. Mais, à la date d'application de la CCAM, un acte donné, pour une spécialité donnée, n'appartiendra qu'à une seule des deux nomenclatures.

La tarification des honoraires des actes de la CCAM s'appuie directement sur le codage des actes sans référence à des lettres clés et coefficients.

L'ensemble des informations nécessaires au codage, au PMSI et à la tarification des honoraires figure dans la base commune unique, qui sera mise à disposition gratuitement sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr).

Les règles de codage sont issues des principes mêmes de construction de la CCAM et s'appliquent quelle que soit l'utilisation en aval : PMSI ou facturation.

Pour la facturation, elles sont complétées par des informations qui

9. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé - 1, rue Paul-Cézanne, 75008 Paris.

10. Franck Von Lennep, Hedda Weissmann, Annie Aliès-Patin

(pôle nomenclature de la CNAMTS), Valérie Paris, Dominique Polton, Credes, juin 2000.

11. « Fréquence et tarif des séances d'actes en secteur ambulatoire selon les libellés de la

classification commune des actes médicaux », décembre 2000. Cette enquête porte sur un échantillon de 50 000 actes représentatifs des actes techniques médicaux réalisés en secteur ambulatoire libéral, identifiés selon les libellés CCAM.



Figure 4

Les neuf codes (seize caractères) résument les nouvelles informations liées à la CCAM dont celles nécessaires à la facturation des actes (en bleu) :



demeurent inchangées à la mise en place de la CCAM : données concernant le praticien, le patient, le lieu et la date d'exécution de l'acte, etc.

L'ensemble des règles de facturation des honoraires, le descriptif de la base et des normes d'échange sont détaillés dans le document *Cahier des charges, éditeurs de logiciels des professionnels de santé, des établissements de soins hors Sésam-Vitale, facturation des honoraires de mars 2003*, disponible sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr).

Informations spécifiques à la CCAM (figure 4)

❶ **Code de l'acte**, sept caractères alphanumériques.

À chaque libellé de la CCAM correspond un code à sept caractères, dont les quatre premiers sont signifiants (topographie, action, mode d'accès et/ou technique) et les trois derniers constituent un compteur aléatoire.



Exemple : *Évacuation de collection de la cavité pleurale, par thoracotomie sans résection costale* ⇒ **GGJA002**

❷ **Code activité**, 1 caractère alphanumérique, obligatoire, valeur par défaut = 1.

Il permet de différencier des « gestes » réalisés au cours d'un même acte, par des intervenants différents. Il est nécessaire pour définir le tarif des activités effectuées par chaque intervenant. Le nombre d'intervenants nécessaire pour un acte est défini en référence aux règles de l'art.

Les valeurs des codes activité sont, par convention :

- 1 pour l'acte principal (seul ou premier geste d'un acte qui en distingue plusieurs),
- 2 pour le deuxième geste éventuel d'un même acte,
- 3 pour le troisième geste éventuel d'un même acte,
- 4 pour le geste d'anesthésie générale ou locorégionale (réalisé pour l'acte principal),
- 5 pour la surveillance d'une circulation extra-corporelle.

Exemple : *Exérèse de la plaque d'une exstrophie vésicale avec dérivation urinaire, avec ostéotomie du bassin* (JDFA012)

JDFA012 1 : *exérèse de la plaque et dérivation urinaire.*

JDFA012 2 : *ostéotomie du bassin.*

JDFA012 4 : *anesthésie.*

Cas particulier de l'anesthésie

Pour les actes imposant une anesthésie générale ou locorégionale quasi obligatoire (actes de type chirurgical), l'intervention est repérée par le code « activité » 1, le geste d'anesthésie par le code « activité » 4.

Pour les actes pour lesquels l'anesthésie est facultative, quelques gestes complémentaires d'anesthésie ont été créés et pourront leur être associés. Dans la mesure où ces actes complémentaires ont leur propre libellé et code à sept caractères, le code activité prend alors la valeur 1.

❸ **Code extension documentaire**, 1 caractère alphanumérique, facultatif, valeur par défaut = blanc.

Ce code affine la description de l'acte réalisé en introduisant un niveau d'information supplémentaire (demande de sociétés savantes...). Il n'a pas d'incidence tarifaire.

❹ **Code phase de traitement**, 1 caractère numérique, obligatoire, valeur par défaut = 0.

Dans le cas d'un traitement qui se déroule dans le temps, ce code permet de distinguer les différentes phases du traitement.

Exemple : **MJMA007**

Reconstruction d'un tendon de la main par transplant libre, en deux temps :

MJMA007 1 : *reconstruction de la gaine fibreuse digitale avec pose de prothèse provisoire, par abord direct avec ou sans : réfection des poulies.*

MJMA007 2 : *transplant libre de tendon de la main.*

Il est important de noter que le tarif de base de l'acte (ou prix unitaire, PU) est défini en euros au niveau du triplet code acte/activité/phase (figure 5).

❺ et ❻ **Modificateurs**, 1 caractère alphanumérique, facultatif, valeur par défaut = blanc.

Rappel : un modificateur décrit et éventuellement valorise une circonstance particulière de réalisation d'un acte.

Pour décrire l'acte, le praticien pourra coder jusqu'à quatre modificateurs parmi la liste des modificateurs compatibles avec cet acte et cette activité, mais en ce qui concerne la tarification de l'acte, seuls les deux premiers seront pris en compte.

À chaque code modificateur tarifant correspond une modification du tarif de base, sous forme d'une majoration, la plupart du temps exprimée en pourcentage du tarif de base ou éventuellement sous forme d'un montant forfaitaire.

❼ **Association non prévue**, 1 caractère alphanumérique, valeur par défaut = blanc.

Ce code supplémentaire doit être transmis pour signaler les associations d'actes non répertoriées¹² (à partir du moment où elles sont autorisées). Une association d'actes est considérée comme non répertoriée si elle comporte au moins deux actes dont l'association est non répertoriée.

En l'absence actuelle d'informations horodatées, pour la tarification des honoraires, une association d'actes est déterminée par la pré-

Figure 5

Exemple*

09.03.03.01 Pratique d'un accouchement par voie naturelle

	A	P	PU
JQGD010 Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare anesthésie	1	0	398
	4	0	263

A : activité P : phase PU : tarif de base

*Toutes les valeurs sont fictives et ne préjugent en rien des tarifs de la CCAM.

sence dans une même facture de plusieurs actes effectués à une même date, par un même exécutant et pour un même code activité. L'acte dont le prix unitaire est le plus élevé¹³, et les gestes complémentaires éventuels ne subissent pas d'abattement : ils sont toujours facturés à taux plein. Des valeurs¹⁴ différentes du code permettent de distinguer les différentes règles tarifaires (coefficient d'abattement pour les actes associés).

Exemple :

MCCA008 : ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des deux os de l'avant-bras, à foyer ouvert.

NCCA013 : ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe. On codera **2** = voie d'abord ou/technique ou/sextant (actes dentaires) différents.

⑧ **Remboursement exceptionnel**, 1 caractère alphanumérique, facultatif, valeur par défaut = blanc.

Ce code doit être transmis par le prestataire de soins, uniquement pour les actes dont le remboursement est autorisé ou non en fonction de l'indication médicale (exemple : plastie du nez à visée réparatrice et non esthétique).

⑨ **Supplément de charges en cabinet**, 1 caractère alphanumérique, facultatif, valeur par défaut = blanc.

L'indication de ce code sur la facture permet, pour certains actes seulement, la facturation d'un montant de charges supplé-

mentaires (surcoût), liées à l'exécution de l'acte en cabinet ou en centre de santé, à ajouter au prix unitaire de l'acte.

Cas particulier des actes dentaires

Une information supplémentaire est spécifique aux actes dentaires : la localisation dentaire, 2 caractères alphanumériques, valeur par défaut = blanc.

Elle est basée sur la norme internationale ISO 3960-1984 qui code les arcades, sextants, dents permanentes, dents temporaires sur deux chiffres. Pour les actes dentaires où la localisation dentaire est prévue, le praticien indiquera le code de chaque dent traitée ou le code du ou des sextants concernés par l'acte réalisé. À l'exception de la lettre clé, du coefficient, des majorations nuit/férié, urgence, qui sont remplacées par les codes CCAM présentés plus haut, les informations caractérisant l'acte, actuellement transmises par les prestataires de soins, subsistent : identification du professionnel, date d'exécution, quantité, montant des honoraires, code motif de dépassement, frais de déplacements.

Codes regroupements

Pour des raisons de confidentialité, les codes affinis des actes de la CCAM ne peuvent être transmis aux organismes complémentaires. Des « codes regroupements » signifiants, déterminés à partir du code de l'acte, ont été définis et seront transmis à la place du code CCAM, code activité, code phase de traitement. Ces codes agrégés correspondent à des familles d'actes de même nature (par

exemple, PDA pour prothèse dentaire amovible). Leur niveau de détails est au moins équivalent, voire supérieur, au niveau de détails des lettres clés actuelles.

Leur liste est publiée dans le *Cahier des charges, éditeurs de logiciels des professionnels de santé, des établissements de soins hors Sésam-Vitale, facturation des honoraires de mars 2003*, déjà cité.

Exonération du ticket modérateur

La mise en œuvre de la CCAM a pour effet de faire disparaître la référence au « coefficient 50 » pour exonérer l'acte, du fait de l'abandon des lettres clés et des coefficients dans la CCAM, les tarifs étant directement exprimés en euros. À la place sera créé un seuil en montant d'euros. L'exonération sera déduite de la comparaison du montant de la base de remboursement au seuil en euros, selon des modalités proches des règles actuelles. Tout acte de la CCAM sera caractérisé par un code « exonération du ticket modérateur » qui définit le contexte dans lequel l'acte peut être exonéré, ainsi que l'étendue de l'exonération. En revanche, la CCAM ne remet en cause ni les motifs d'exonération liés au patient (ALD, grossesse, stérilité, invalidité...) ou à des dispositifs de prévention, ni les taux du ticket modérateur.

Conclusion

Les travaux techniques relatifs à la CCAM sont maintenant terminés. Ils vont servir de base à la fixation des tarifs, la CCAM tarifée devant s'appliquer au 1^{er} janvier 2004. Une procédure de maintenance est prévue avec l'appui de l'ANAES. Elle permettra à la fois l'introduction rapide d'actes nouveaux et la suppression des actes devenus obsolètes, et elle devra préserver la neutralité de la nomenclature au cours du temps. Ainsi, la future nomenclature, fondée sur l'expertise collective de 1500 experts issus des sociétés savantes complétée par une analyse de cohérence approfondie, mettra ainsi à la disposition de tous les praticiens un référentiel moderne, complet, précis et codé qui permettra de restructurer le paiement à l'acte sur des bases cohérentes et équitables. ■

12. Pour les associations prévues (répertoriées), la règle tarifaire appliquée est implicite : il n'y a pas de mention

supplémentaire à indiquer par le praticien.
13. Hors application des modificateurs.

14. Les valeurs définitives seront fixées après les négociations tarifaires et publiées par arrêté.

Les ICR des actes de la CC

La nouvelle classification d'actes médicaux (CCAM) a nécessité une nouvelle évaluation des indices de coûts relatifs (ICR). Les ICR sont un des outils PMSI permettant de déterminer des coûts moyens par groupe homogène de malades (GHM). Ils sont la clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier une partie des coûts totaux annuels des blocs médicotéchniques. Les nouveaux ICR ont repris l'essentiel des principes des ICR du catalogue des actes médicaux (CdAM). Les changements les plus importants concernent les spécialités d'anesthésie et de réanimation, et la plus grande précision dans la définition des données, qui en facilitera la maintenance.

Les nouveaux ICR seront publiés cet été dans une première version, encore imparfaite. Des études sur le terrain compléteront les travaux de validation.

Introduction

Les indices de coût relatif (ICR) ont été élaborés dans le cadre du PMSI du secteur MCO (médecine/chirurgie/obstétrique), comme l'un des outils de calcul des coûts moyens par GHM (groupe homogène de malades), traduits ensuite en échelle de coûts relatif, les indices synthétiques d'activité (ISA). L'ICR est la clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier une partie des coûts totaux annuels des blocs médicotéchniques, en fonction des actes pratiqués. Certains établissements ou organismes ont pu les utiliser pour d'autres applications, mais nous le verrons, l'outil n'est pas nécessairement bien adapté. Les ICR relèvent de la mission de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Cet outil est essentiel pour le PMSI, puisqu'il permet l'affectation d'environ 25 % des coûts des hospitalisations MCO du secteur

public, et plus encore dans le secteur privé. La construction de cette nouvelle version a fait appel aux méthodes utilisées par les ICR du CdAM, tout en introduisant des outils

simplifiant la maintenance. Les options théoriques choisies, les méthodes employées, la situation actuelle, sont présentées ici, ainsi que la suite à donner.

Les finalités des ICR

Les coûts par GHM (et les points ISA qui en découlent) sont évalués chaque année à partir des données comptables de quelques dizaines d'établissements publics participant à l'étude nationale des coûts (ENC). Depuis peu, des établissements privés font la même étude, avec la même méthodologie. Ces établissements disposent d'une comptabilité analytique qui permet d'affecter à chaque patient une partie des dépenses totales. Le principe en est simple. On affecte directement au séjour les coûts facilement identifiables, tels les prothèses ou certains médicaments très coûteux. Les autres dépenses sont affectées à chaque séjour selon des clés de répartition. L'établissement est découpé en sections d'analyse financière (SA), dont les coûts totaux annuels (personnels, matériel, amortissement...) sont connus. Chaque service clinique constitue une SA, ainsi que chaque groupe de blocs opératoires ou de blocs médicotéchniques. Pour les services cliniques, la durée de séjour constitue la clé de répartition. Pour les blocs opératoires ou médicotéchniques, c'est l'ICR. Par exemple, une section d'analyse de bloc opératoire dans un établissement a effectué pour l'année des actes totalisant 500 000 points ICR, pour des dépenses totales réelles, selon sa comptabilité analytique, de 5 000 000 € (soit 10 € le point ICR). Un séjour pour lequel le patient aura subi une intervention de 72 ICR dans cette SA, se verra attribuer un coût de $72 \times 10 = 720$ € pour cette intervention.

Les ICR sont également utilisés en tant que mesure standard des ressources allouées à un acte, par exemple pour mesurer ou comparer la production de blocs ou d'établissements ou affecter des personnels (à partir du

sous-total ICR représentant la charge en personnel soignant). Ce type d'application doit être réalisé avec prudence : des méthodes restent à développer pour permettre l'utilisation des ICR hors de leur champ initial.

Les ICR ne sont pas une mesure absolue du coût d'un acte. Les ICR sont obtenus à partir des coûts, certes, mais d'une partie seulement des coûts afférents, et plus encore d'une partie des coûts directs. Cela n'entraîne pas un non-paiement aux établissements d'une partie de leurs dépenses, celles qui sont « oubliées » par les ICR. Il n'en est rien, puisque les ICR sont une clé qui permet de répartir la totalité des coûts réels annuels de chaque bloc. Pour que la clé de répartition soit pertinente, la partie des coûts qui n'est pas prise en compte dans le calcul doit être à peu près proportionnelle à la partie mesurée. Par exemple, on peut supposer que les petits consommables sont liés à durée de l'intervention, et sont ainsi reliés positivement (mais peut-être pas vraiment proportionnellement) à la partie des coûts entrant dans l'ICR. Veiller à une définition homogène des ICR sur l'ensemble des spécialités permet d'assurer cette proportionnalité.

Les données composant les ICR (nombre de personnes, durées, matériel) ne sont pas non plus des standards. L'ICR est calculé dans le cadre d'un patient « normal » pour la spécialité (on exclut donc les situations rares : obèses, âge < 2 ans...). L'ICR est parfois une moyenne de situations différentes, quand le libellé de l'acte permet des modes de réalisations différents, associé à un travail médical du même

ordre (d'où un seul libellé CCAM), mais un coût total différent. L'environnement joue un aussi rôle important (expertise du médecin, nature de l'établissement). Par exemple le coût horaire d'un matériel dépend essentiellement de sa durée annuelle d'utilisation, et nous avons dû fixer des références auxquelles ne pourraient se plier tous les établissements. Nous avons tenu compte de la réglementation en vigueur, par exemple sur le matériel nécessaire dans un bloc opératoire, la qualification du personnel, le nombre d'infirmières pour une dialyse... Mais les ressources figurant dans les ICR n'ajoutent aucune règle supplémentaire

aux établissements. Les ICR ne pourraient pas constituer des références opposables lors de procédures de justice.

Les ICR sont différents des travaux menés par la CNAM sur les points travail affectés à chaque acte CCAM. Ces points travail sont utilisés pour déterminer le montant des honoraires médicaux des médecins libéraux, pour la seule partie « travail médical » de leur activité. Les différences avec les ICR sont les suivantes :

- les points travail mesurent uniquement le travail médical. La CNAM mesure les coûts de la pratique (matériel, personnel) essentiellement par une méthode indirecte (déclaration de revenus) ;

• la valorisation de l'activité médicale est différente dans les deux cas :

- pour les points travail, la CNAM, en accord avec les organisations de médecins libéraux, a utilisé une échelle subjective, dépendant de plusieurs critères (durée, stress, compétence technique et effort mental) ¹,
- pour les ICR, le médecin est un salarié, et ses coûts dépendent uniquement du salaire moyen (d'où un coût horaire) et la durée de l'acte.

Cependant, nous avons utilisé dans les ICR les estimations de la durée de l'activité médicale « peropératoire » mesurée par l'étude CNAM.

Définition des ICR

Les ICR des actes CdAM représentent la plus grande partie des coûts directs, correspondant à la période pendant laquelle le patient est présent dans la salle. « La plus grande partie » signifie ici que l'on prend en compte les coûts en personnel médical, en personnel soignant et en matériel, ainsi que quelques consommables coûteux, et ceux d'imagerie. Sont exclus la plus grande partie des consommables, les prothèses (affectées directement au patient) et les coûts hors présence du patient dans la salle, coûts d'organisation, de secrétariat, et de nettoyage par exemple. Les coûts ICR sont de plus relatifs à la pratique de l'acte dans une situation idéale, « dans les règles de l'art », définie par des experts, qui correspond plus ou moins aux situations réelles. S'agissant des ICR de la CCAM, ces choix n'ont pas été remis en cause.

La nature du type de patient a été modifiée. L'ICR CCAM est défini à partir du patient standard (c'est-à-dire le plus habituel), et non plus à partir du patient moyen (moyenne qui inclut les cas extrêmes). À dire d'expert, il est difficile d'évaluer les fréquences et les effets de ces extrêmes. Ces situations

particulières (obésité, jeune âge...) pourraient être prises en compte ultérieurement par les codes « modificateurs » de la CCAM. Les ICR de deux disciplines ont été également modifiés. L'ICR d'anesthésie était calculé à l'aide d'une formule assez complexe, où intervenait la nature de l'anesthésie, la durée de l'acte et l'état du patient ². Cette formule ne donnait que partiellement satisfaction aux anesthésistes, et la manière de coder l'anesthésie a profondément changé entre le CdAM et la CCAM. Il a donc été décidé, en accord avec la société d'anesthésie, de déterminer un ICR par acte de la CCAM, selon les mêmes principes que pour les autres actes, en explicitant les ressources utilisées en personnel, matériel et temps.

Une partie des coûts de réanimation (coûts en personnels) était répartie selon l'échelle oméga ³, obtenue également par une formule complexe à partir d'actes spécifiques de réanimation. Le catalogue d'actes ayant changé, une méthodologie semblable aux ICR des autres spécialités a été retenue.

Les ICR étaient décomposés en trois sous-totaux :

- IAM : coût du personnel médical,
- IAS : coût du personnel non médical (essentiellement personnel soignant),
- ICRM : coût du matériel (et du consommable quand il y en avait, essentiellement pour l'imagerie).

Ces définitions sont toujours valides, mais l'ICRM incorpore un peu plus de consommables. Par ailleurs, une représentation des données plus complète est mise en œuvre, permettant de décomposer toutes les ressources consommées, et de faciliter ainsi la maintenance.

La France est certainement une exception dans ce domaine. Des systèmes analogues au PMSI, issus des DRG américains, existent dans de nombreux pays, mais peu ont développé une échelle de coût en propre. La notion d'ICR est particulière à la France. L'idéal serait que chaque établissement soit capable de déterminer les coûts propres à chaque intervention, en mesurant les ressources réellement consommées

1. Rapport CNAM, « Méthodologie : hiérarchisation du travail médical des

actes techniques médico-dentaires selon les libellés de la classification commune

des actes médicaux ».
 2. Bulletin officiel, 95-4 bis.
 3. Idem.



en personnel, matériel et consommables. En France, par exemple, le secteur privé est capable de fournir des prix, correspondant à ses factures, mais ces prix sont probablement assez éloignés des coûts réels, tant les négociations sur les tarifs sont complexes. Le faible niveau de développement du système d'information dans les établissements justifie donc l'introduction des « standards » ICR. Ces standards semblent aussi avoir l'avantage de permettre l'utilisation des ICR pour d'autres objectifs, mais ils pourraient être remplacés ultérieurement par des moyennes observées. Voici, à titre d'exemple, la solution adop-

tée par deux pays voisins. En Belgique, la nomenclature d'actes INAMI permet de valoriser, selon une échelle à 15 niveaux, la consommation en personnel soignant de chacun des 8000 actes de cette nomenclature. Cette échelle est bâtie à dire d'expert, traduite en temps de travail (comprenant l'ensemble de l'activité afférente à l'acte, pour ce personnel). Elle est utilisée à des fins tarifaires ou d'organisation. À l'inverse, en Suisse, la constitution de l'échelle de coût des AP-DRG est effectuée à l'aide d'une comptabilité analytique, comme en France, mais la clé de répartition

équivalente aux ICR est basée sur la durée, effectivement mesurée, de chaque intervention. D'un côté, cette clé est donc plus proche du coût réel, car elle se base sur une dépense de ressources effective, mais elle est cependant moins précise, car elle néglige les facteurs autres que le temps (nombre de personnes, type de matériel). Elle est d'autant plus exacte qu'elle ne sert de clé de répartition que pour des interventions de même type, donc sur des « sections d'analyse » homogènes, où ne se mélangent pas une opération à cœur ouvert et une appendicectomie.

La méthode d'évaluation des ICR

Principes généraux

Lors de la réalisation de la CCAM, il a été choisi de refaire l'évaluation des ICR plutôt que de reprendre ceux du CdAM. La correspondance CdAM/CCAM n'était pas bijective, de sorte que l'affectation des ICR était problématique pour au moins 1/3 des actes. Par ailleurs, les évaluations ICR du CdAM n'étaient pas sans défaut. Ils dataient de plus de cinq ans. Leurs auteurs les avaient considérés comme une première version, imparfaite, qui devait être améliorée dans une seconde étape, ce qui n'a été que partiellement fait compte tenu de la lourdeur d'une telle évaluation. Enfin, il fallait si possible être cohérent avec les travaux de la CNAM sur la CCAM.

Toutefois, les mêmes principes de construction ont été conservés : mesurer l'essentiel des coûts directs, durant la présence du patient dans la salle, selon une pratique « dans les règles de l'art » établie par des experts désignés par les sociétés savantes. Les ICR CCAM doivent pouvoir s'appliquer au secteur public et au secteur privé. Ce qui a plusieurs conséquences :

- l'expertise doit comprendre des experts des deux secteurs, c'était aussi le cas des ICR CdAM ;
- les ICR doivent pouvoir s'utiliser comme clé de répartition sur des totaux différents. Aucune hypothèse n'étant alors exclue sur le financement du secteur privé, il fallait pouvoir différencier par exemple la

part d'honoraires médicaux et même séparer certains types de matériels ;

- la structure des coûts (salaires, type de personnel, matériels) pouvant être différente dans les deux secteurs, il fallait pouvoir permettre l'obtention d'ICR différents par secteur, si cela était jugé utile.

Les deux premiers points conduisent à un classement des ressources plus fin que les trois catégories utilisées précédemment pour les ICR CdAM.

Bien qu'une partie des actes soit évaluée par plusieurs sociétés savantes, il n'y a qu'un seul ICR par acte, avec un traitement particulier pour la réanimation. Les évaluations d'un même acte par plusieurs sociétés savantes permettent de comparer les niveaux moyens de ressources attribués par chaque groupe d'experts, afin d'homogénéiser en retour les ICR entre discipline.

Les combinaisons d'actes

Contrairement à la NGAP, par exemple, les ICR du CdAM ne comportaient pas de règle spécifique pour les cas où une même intervention entraînait le codage de plusieurs actes. Les ICR associés à tous les codes étaient simplement additionnés, comme s'il s'agissait d'interventions indépendantes. Certains actes CdAM (du type voie d'abord) tenaient compte de cela, mais pour les autres, la méthode retenue faisait que l'on additionnait

par exemple plusieurs fois les coûts liés aux installations et désinstallation des patients. Pour y remédier, deux conditions ont été introduites :

- savoir que différents actes sont effectués pendant la même intervention ;
 - définir une méthode de combinaison des ICR plus judicieuse que la simple somme.
- Or, la CCAM est munie de règles d'utilisation, qui portent par exemple sur les combinaisons licites de codes pour une même intervention. Les établissements de l'ENC sont incités à mettre progressivement en place un système d'information permettant de recueillir l'information nécessaire à ces validations, qui permette en particulier de relier les codes relatifs à une même intervention. Les formules permettant la combinaison des ICR pourront être mises en œuvre dans un prochain temps. Les ICR publiés cette année seront encore simplement additifs, sans tenir compte d'aucune règle d'association.

Les modificateurs

Les actes CCAM pourront être accompagnés de modificateurs (par exemple du type urgence, âge extrême, obésité). Ces modificateurs pourraient être utilisés dans la partie tarifante de la CNAM. Leur utilisation pour les ICR a été reportée dans l'attente des règles portant sur les tarifs.

La structure des données

La maintenance des ICR du CdAM a été rendue difficile par le nombre limité de données informatisées. Pour le personnel soignant, on ne connaissait que la durée totale (installation, temps peropératoire, désinstallation) et le nombre moyen de personnes, qui peut varier selon ces trois périodes. Par ailleurs, ni la décomposition des salles en différents matériels, ni leurs coûts, n'étaient documentés.

Une structure permettant de stocker chacune des ressources utilisées pour chaque acte, avec leurs fonctions, a donc été élaborée. Par exemple, un enregistrement différent est créé pour chaque type de personnel et chaque type de fonction répertoriés. Chaque acte peut ainsi être détaillé en autant de ressources en personnel, matériel ou consommables que nécessaire.

La structuration des données s'est accompagnée d'une représentation simplifiée des actes. Pour les actes chirurgicaux, trois périodes ont été définies : installation/peropératoire (intervention du médecin principal)/désinstallation. Pour certains actes techniques, des périodes de surveillance ou de calcul ont été rajoutées.

Les ressources ont des attributs (par exemple le type de sous-ICR ou la période d'utilisation de la ressource) qui permettent d'effectuer diverses opérations sur les ICR (par exemple de calculer l'ICR d'une combinaison d'actes). Elles sont reliées à des fichiers précisant leurs coûts.

Le temps médical

Chaque code CCAM (en y incluant le code activité) correspond à une seule discipline, et donc à un seul « médecin responsable ». L'acte peut aussi nécessiter un ou plusieurs « aides-opérateurs ». La nature de ceux-ci dépend du contexte (secteur public/privé en particulier). La durée de la partie peropératoire de l'acte a été estimée dans l'étude « point travail » de la CNAM par un panel de nombreux experts. Les résultats de cette étude ont donc été repris avec l'autorisation de la CNAM. Cette durée constitue la base de l'évaluation des ICR.

L'évaluation des ressources par les experts

L'ensemble des sociétés savantes ayant en propre au moins une dizaine d'actes CCAM a été sollicité par la mission PMSI, en janvier 2001, pour désigner quatre experts (deux publics, deux privés). Il leur était demandé d'affecter à chaque acte les ressources en personnel soignant et en matériel (salles, matériel proprement dit, consommables coûteux). La définition des salles et matériels est plus spécifique que pour les ICR CdAM. La définition antérieure des « salles » permettait d'y placer du matériel utilisé dans seulement la moitié des interventions affectées à la salle. Ce qui a pour inconvénient de lisser les coûts des interventions, et pourrait participer à l'écrasement des coûts par GHM.

Le travail était relativement standardisé pour les disciplines chirurgicales. Il fallait définir quelques types de salles, parfois une seule, quelques matériels supplémentaires, définir des durées d'installation/désinstallation par type d'intervention et préciser le nombre et la nature des soignants pour les trois périodes. Bien souvent, il n'y avait pas de

consommable coûteux. Les autres disciplines nécessitaient des représentations particulières car le temps médical n'y joue plus nécessairement un rôle central, et les consommables peuvent être très coûteux (radiologie interventionnelle).

La mesure des coûts

La détermination des coûts des ressources évaluées par les experts médicaux a été confiée à une équipe du CNEH. Cette équipe enquête auprès d'établissements, pour expliciter le contenu exact des salles, ou déterminer des prix sur catalogue. Elle vérifie que les expertises « selon les règles de l'art » correspondent à des pratiques courantes. Il leur a été demandé de faire spécialement attention à la durée d'utilisation des matériels un peu spécifiques, puisque c'est le coût horaire qui est utilisé pour déterminer les ICR. Ces durées d'utilisation ne sont pas identiques dans tous les établissements, il est donc nécessaire de définir un environnement standard pour ce type d'équipement.

L'ensemble de leurs évaluations sera transmis à l'ATIH, la maintenance pourra s'appuyer sur des données précises.

Le bilan - L'avenir

Le travail ne s'est pas déroulé selon le calendrier prévisionnel. Les raisons en sont diverses. Il avait été par exemple prévu initialement de fournir aux sociétés savantes une ébauche du travail demandé, discipline par discipline. Certaines incompréhensions de la part des sociétés savantes se sont fait jour, notamment en relation avec les travaux avec la CNAM. Cependant, les ICR CCAM devraient être disponibles cet été. Pour la majorité des actes, l'ICR se basera sur des évaluations validées. Pour les actes des sociétés n'ayant pas participé suffisamment tôt au travail, les évaluations de la valeur de l'ICR total s'appuieront sur le temps médical, qui est connu, et sur sa corrélation avec l'ICR total, qui est forte.

S'agissant de la maintenance des ICR, la plupart des spécialités disposent maintenant d'une description assez précise des

types de salles, de leur fonction, du rôle et de l'usage d'un grand nombre de matériels et de consommables, d'une décomposition minimale de la structure des actes, et des fonctions du personnel qui y participe. La base de données permet de se relier directement aux éléments de coûts. Ceci constitue un bilan particulièrement positif.

Les travaux futurs sont de plusieurs ordres :

- terminer le travail en cours avec les sociétés savantes ;
- valider les évaluations, par des enquêtes diverses ;
- maintenir les ICR, pour suivre l'évolution des pratiques ;
- finaliser les modules du type « combinaison d'actes » ou « modificateur d'acte » ;
- faire évoluer la définition même des ICR au fur et à mesure que les systèmes d'information hospitaliers



Les ICR des actes de la CCAM

Les sociétés savantes seront donc encore sollicitées, les établissements aussi. La question de la validation est en effet essentielle. Elle ne peut se faire qu'en réalisant des enquêtes sur site. La qualité des ICR peut être testée d'après les données de l'ENC. On y constate malheureusement que la valeur du point ICR ne semble pas constante: elle varie plus que du simple au double selon le GHM. Une des raisons structurelles tient au fait que la partie de coût « non mesurée » dans l'ICR dépend de la spécialité, de 10 % à 30 % probablement, mais cela ne pourrait pas expliquer l'ampleur des variations observées. Ces variations proviennent probablement de différences de comportement des experts entre spécialités, qu'il est assez difficile de corriger après coup, à partir d'actes évalués en commun: ils ne sont pas toujours réalisés avec la même expérience, dans un environnement semblable. Tout ceci souligne la nécessité d'une validation sur le terrain. Les ICR CdAM avaient subi eux aussi un traitement pour une homogénéisation interspécialités. Enfin, une validation sur des données réelles permettrait de tester la validité du modèle ICR: les variations de pratique, pour un même acte, entre établissements, sont-elles suffisamment petites

pour qu'un ICR standard y ait un sens? Ou bien faut-il amener progressivement les établissements à corriger les valeurs standard par la mesure de leur propre pratique?

Pour les objectifs de l'ENC, ces variations du coût du point imposent de rendre les sections d'analyse de coûts de la comptabilité analytique aussi petites que possible, compte tenu d'autres contraintes sur la possibilité de déterminer les dépenses totales, qui pèsent en sens contraire. On voit, là encore la différence de contraintes sur les ICR, selon qu'on les utilise en tant que norme globale et outil de comparaison de production, ou comme clé de répartition pour une comptabilité analytique.

Pour les objectifs de standardisation, pour la mesure de la productivité de blocs opératoires, il devrait être possible de construire, a posteriori, un indice qui tienne compte de la valeur du point d'ICR observé dans l'ENC, pas nécessairement par acte, mais par catégorie d'actes. Dans la suite, il faudra éventuellement mieux différencier et concilier les objectifs purement comptables de l'ENC et ceux plus généraux de mesure de l'activité. Les données complètes des ICR du CdAM n'ont pas été publiées, en particulier ni les effectifs, ni les durées. La raison essen-

tielle en était la qualité insuffisante des données. Cet argument est à double tranchant, car en l'absence de publication personne (ou presque) ne pouvait signaler les anomalies. L'autre raison était la crainte de voir ces effectifs et durées être utilisés à des fins peu en rapport avec leur nature: standards d'organisation, ou même lors de procédures juridiques.

Conclusion

Il y aura donc des ICR cette année sur les actes CCAM. Pour la plupart des spécialités, leur élaboration s'est appuyée sur le modèle précédent des ICR du CdAM. L'anesthésie et la réanimation verront leur méthodologie transformée. Mais le travail n'est pas pour autant terminé. Le recueil n'est pas encore complet, et il faudra valider l'outil, le faire évoluer, en tenant compte de l'état des systèmes d'information. Leur amélioration permettra aussi le maintien de l'outil à moindre coût.

Que soient remerciés les nombreux experts qui ont bien voulu dégager du temps pour cet important travail. ■

QUESTIONS D'ACTUALITÉ Hôpital 2007

Dr E. HORNUS

Hôpital 2007

L'annonce du plan Hôpital 2007 et les nombreux rapports qui l'ont accompagné renforce l'urgence de la mise en place de la tarification à l'activité. Dans ce cadre, le PMSI est amené à jouer un rôle central et sa prise en compte dans la médicalisation des options stratégiques des établissements de santé.

Le plan Cancer, déjà plus élaboré, prévoit la mise en place d'un dossier informatisé en réseau. Les problèmes techniques et organisationnels que cette mise en réseau soulève va renforcer l'importance des systèmes d'information hospitalier et le professionnalisme des médecins de DIM.

Modification GHM

La transmission des dernières données PMSI a intégré une nouvelle liste de molécules onéreuses et une évaluation de l'activité réanimation. En ce qui concerne les molécules onéreuses, leur prise en compte est sujette à la détermination de leur utilisation. Les systèmes d'information ayant parfois des difficultés pour repérer l'utilisation de certains médicaments généralistes pour la cancérologie, ces données peuvent manquer de fiabilité. En ce qui concerne la réanimation, le nouveau groupeur permet de repérer les unités fonctionnelles prenant en char-

ge un certain pourcentage de patients ayant consommé des actes de réanimation (liste fermée). Le groupeur permettra donc de pondérer spécifiquement les patients lourds hospitalisés dans ces unités. Ces modifications ont entraîné quelques retards de transmission des données PMSI.

CCAM

L'incertitude n'est pas encore complètement levée en ce qui concerne l'utilisation de la CCAM, en particulier chez les fournisseurs de logiciels. Cependant, un nombre de plus en plus important d'établissements commence à substituer pour le PMSI la CCAM au CDAM.

Des logiciels de formation et d'aide au codage sont en cours de publication

par l'ATIH. La CNAM a publié pour les fournisseurs de logiciels un cahier des charges et une base test pour valider les projets.

En tout état de cause, un gros effort sera demandé d'ici la fin de l'année aux établissements de soins pour mettre à niveau leurs systèmes d'information.

PMSI psy

Les expérimentations en grandeur réelle sont en cours et un logiciel groupeur a été mis à disposition des DIM.

INFO en SANTÉ

33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : fhf@fhf.fr
Site : www.fhf.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Gérard Larcher

RÉDACTEUR EN CHEF

Gérard Vincent

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT

Bernard Garrigues

COMITÉ DE RÉDACTION

Yann Bubien, Bruno Aublet-Cuvelier,
Éric Lepage, Régis Beuscart,
Michel Calmon, Thierry Courbis,
Pierre Dujols

SECRÉTAIRES DE RÉDACTION

Isabelle Hollinger, Laurence Mauté

MAQUETTE, FABRICATION, ÉDITION

Héral

IMPRIMEUR Pharmapost

CORRESPONDANCE Yann Bubien

y.bubien@fhf.fr