

points de repère



Depuis 2006, les données du codage de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) permettent de connaître la nature et la fréquence des actes techniques médicaux réalisés en secteur libéral (cabinets de ville et cliniques privées) et les honoraires qui en découlent.

L'objet de ce document est d'analyser la typologie de ces actes et d'étudier leur évolution, en comparant les résultats de 2008 à ceux de 2007 et en mettant en perspective les changements intervenus dans la CCAM durant ces deux années.

Les versions V10 et V11 de la CCAM, versions majeures correspondant à deux étapes supplémentaires vers l'accession aux « tarifs cibles » issus de la hiérarchisation CCAM, mises en place en septembre et décembre 2007, comportaient des changements de tarifs et des modifications du périmètre du remboursement qui ont eu une incidence sur l'évolution de l'activité médicale et des honoraires.

Sur l'année 2008, l'activité technique a globalement progressé de 4,9 % en volume et de 4,5 % en honoraires, y compris les forfaits techniques d'imagerie.

Des analyses médicalisées ciblées, fondées sur des référentiels médicaux sont menées afin de contribuer à l'amélioration des pratiques médicales (qualité de réalisation des actes et justification médicale) et à l'efficacité des soins prodigués.

Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008

Au cours de l'année 2008, l'activité médicale technique libérale, 86 millions d'actes réalisés en cabinets de ville et cliniques privées et pris en charge au titre du Régime général hors sections locales mutualistes (encadré 1), a évolué globalement à la hausse (+ 4,9 %). Cette croissance enregistre un léger ralentissement par rapport à celle de 2007 (+5,4 %), cependant les grandes tendances déjà observées se confirment.

Les actes techniques médicaux, aussi bien thérapeutiques que diagnostiques, augmentent sensiblement (+9,6 %) et leur contribution à la croissance est forte : 2,4 points. Les actes d'imagerie quant à eux évoluent de façon très contrastée selon la technique utilisée comme le montre l'analyse par famille d'actes : stagnation des radiographies (+0,2 %) et croissance de 14 % du nombre des remnographies.

Sur l'année, les honoraires remboursables issus de l'activité médicale technique libérale (5 402 millions d'euros) ont augmenté de 4,1 % (3,1 % en 2007) et les forfaits techniques associés aux actes d'imagerie (552 millions d'euros) de 8 %, soit une croissance globale de 4,5 % (3,6 % en 2007).

La mise en œuvre des avenants n° 23, 24 et 26 dans les versions 10 et 11 de la CCAM en septembre et décembre 2007 (encadré 2) s'est accompagnée, pour chacune d'entre elles, de plus de 7 800 changements de tarifs dans le cadre de la convergence vers les tarifs cibles. La revalorisation de 25 % du gain des actes gagnants¹, sauf ceux de radiologie, radiothérapie, médecine nucléaire et cardiologie interventionnelle, est à l'origine d'une redistribution entre différentes familles d'actes.

L'introduction des suppléments pour archivage des images numérisées (version V10), encore en montée en charge, conjointement aux baisses successives du tarif du supplément de numérisation (versions V10, V11 et V13) ont eu des répercussions sur les honoraires de radiologie. Il en est de même des mesures dues au Comité d'alerte, qui, en introduisant de nouveaux seuils d'activité pour les forfaits de scanographie et d'imagerie à résonance magnétique (IRM), ont rendu leurs tarifs plus dégressifs.

Ces mesures ont contribué à une augmentation globale de 33 millions d'euros de l'enveloppe des honoraires résultant de l'activité technique médicale libérale en 2008 (tableau 1).

Tableau 1

**Impact des évolutions de la CCAM (V10 et V11)
et des mesures du Comité d'alerte sur les honoraires
remboursables en 2008 (en secteur libéral)**

Famille d'actes	Impact sur les honoraires remboursables en 2008 en millions d'euros
IMAGERIE	-51,7
Radiographie	-51,9
Échographie	13,9
Scintigraphie	-7,2
Autre Imagerie	-1,9
Suppression des suppléments tomographie	-5,0
Forfaits Techniques Scanner - IRM	-28,6
Suppléments archivage numérisé	28,9
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	45,9
Actes techniques médicaux diagnostiques	32,0
Actes techniques médicaux thérapeutiques	13,9
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	0,4
ACTES CHIRURGICAUX	38,4
TOTAL	33,0

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)
Source : ERASME National V1

Enfin, la prise en charge récente de techniques innovantes comme l'exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéo-capsule intégrée et de la destruction

de lésion cutanée sur plus de 100 cm² avec laser CO2 impulsif (V15 au 21 décembre 2008), aura un retentissement sur la réalisation de ces examens.

Encadré 1

Source des données

Les résultats sont issus des données (en date de liquidation) de la base ERASME V1 (Extraction, recherches et analyses pour un suivi médico-économique) du Régime général qui contient l'ensemble de la facturation de l'activité libérale réalisée par les médecins, quel que soit leur mode d'exercice : libéral exclusif, salarié temps partiel ou secteur libéral des hospitaliers temps plein. Ils portent sur l'ensemble des actes techniques médicaux de la CCAM remboursés par le Régime général d'assurance maladie en 2008, hors sections locales mutualistes pour lesquelles le codage affiné des actes n'est pas encore disponible.

A noter : en 2008, la part du Régime général hors sections locales mutualistes dans l'activité libérale codée en CCAM est de 74,6 % pour les actes et de 73,6 % pour les honoraires sans dépassement. Il est nécessaire de tenir compte de ces ratios pour extrapoler les données présentées dans ce document.

Précisions méthodologiques

- Le nombre d'actes correspond au nombre de codes hors anesthésie, gestes complémentaires ou suppléments et irradiation en radiothérapie. En effet, les séances d'irradiation en radiothérapie ne peuvent être dénombrées avec les codes actuels du chapitre 19 utilisés pour la facturation.
- Le montant d'honoraires hors dépassement remboursables correspond à l'honoraire complet de l'acte et intègre l'honoraire de l'anesthésie, des actes complémentaires, des suppléments et des majorations.
- Le montant des forfaits techniques des scanners, IRM et TEP, qui couvrent les coûts de fonctionnement des appareils et sont versés aux structures qui les exploitent, n'est pas ajouté aux honoraires hors dépassement remboursables des actes concernés.
- Les évolutions sont calculées à partir des données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières.

¹ Acte gagnant : acte dont le tarif cible (issu de la hiérarchisation CCAM) est supérieur au tarif appliqué dans la nomenclature précédente (NGAP). Le gain correspond à l'écart entre le tarif de l'acte en NGAP et le tarif cible.

Évolutions de la CCAM 2007 - 2008

Version CCAM	Date	Mesures mises en oeuvre
Version 7	16/04/2007	Prise en charge d'actes de médecine physique et rééducation : - analyse métrologique de la posture, de la locomotion et/ou des gestuelles chez un patient polydéficient - analyse tridimensionnelle de la marche sur plateforme de force
Version 8	16/05/2007	Revalorisation d'actes de traitement non chirurgical des varices : séances de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée avec ou sans guidage Prise en charge d'un acte diagnostique de médecine physique et et rééducation : analyse instrumentale de la cinématique de la marche Introduction du supplément de charges en cabinet pour les actes d'exérèse de naevi cellulaires ou de tumeurs cutanées malignes
Version 9	28/06/2007	Prise en charge de l' anesthésie des actes de traitement des agénésies dentaires multiples (actes de pose, ablation ou dégagement et activation d'implants) liées à une maladie rare chez l'enfant (décision UNCAM du 3 avril 2007 - JO 27 juin 2007)
Version 10	12/09/2007	Mise en oeuvre de la 1^{re} phase de la 2^e étape de convergence vers les tarifs cibles (avenants n° 23 et 24 - JO du 3 mai et du 12 septembre 2007) => 7 872 changements de tarifs : - revalorisation de 15 % du gain des actes gagnants (actes pour lesquels les tarifs issus de la hiérarchisation CCAM - tarifs cibles - sont supérieurs aux tarifs appliqués dans la nomenclature précédente), sauf actes de médecine nucléaire, radiologie, radiothérapie et cardiologie interventionnelle - revalorisation de 11 % du gain des actes de rythmologie - baisse des actes de médecine nucléaire (hors TEP) de -3,3 % et des actes d'artériographies (-5 %) et de dilatation des coronaires (-1,4 %) - baisse de 40 % du supplément de numérisation - baisse des forfaits techniques de scanner de 2,5 % et d'IRM de 4 % Evolution du panier de soins : - prise en charge d'actes nouveaux - suppression de prise en charge d'actes - modification d'actes Introduction des suppléments pour archivage numérique Suppression des suppléments pour tomographie Mesures dues au Comité d'alerte Baisse du montant des forfaits techniques de scanographie et d'IRM
Version 11	28/12/2007	Mise en oeuvre de la 2^e phase de la 2^e étape de convergence vers les tarifs cibles (avenants n° 23 et 26 art.1 - JO du 3 mai et du 27 décembre 2007) => 7 838 changements de tarifs : - revalorisation de 10 % supplémentaire, soit au total +25 %, du gain des actes gagnants sauf actes de médecine nucléaire, radiologie, radiothérapie et cardiologie interventionnelle - baisse des actes de médecine nucléaire (hors TEP) de -3,3 % soit au total -6,6 % par rapport aux tarifs V9 - baisse des actes d'artériographies (-5 %) et dilatation des coronaires (-1,3 %) soit au total respectivement -10 % et -2,7 % par rapport aux tarifs V9 - baisse de 10 % du supplément de numérisation soit au total -50 % par rapport au tarif V9
Version 12	14/03/2008	Extension de la liste des actes ouvrant droit à la facturation du supplément pour archivage numérique YYYY187 (avenant n° 26 art.2 et décision UNCAM art.2 du 13 décembre 2007 - JO du 13 mars 2008) Prise en charge à 100 % du supplément pour archivage numérique d'un examen radiographique lorsqu'il est facturé avec une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein Ajout de notes de facturation pour les actes de phoniatrie (décision UNCAM art.1 du 13 décembre 2007 - JO du 13 mars 2008)
Version 13	01/05/2008	Baisse du tarif du supplément pour réalisation d'un examen radiographique à images numérisées YYYY030 (avenant n° 24 art. 4 - JO du 12 septembre 2007)
Version 14	16/10/2008	Autorisation pour les chirurgiens dentistes de réaliser, de prescrire et de facturer 98 actes de la CCAM (décision UNCAM art. 2 du 1 ^{er} juillet 2008 - JO du 01 octobre 2008)
Version 15	21/12/2008	Prise en charge de l' exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule intégrée et de la destruction de lésion cutanée sur plus de 100 cm², avec laser CO₂ impulsional (décision UNCAM art.2 du 17 septembre 2008 - JO du 21 novembre 2008)

Tableau 2

Fréquences et honoraires remboursables des actes de la CCAM en 2008 (en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution* 2007-2008	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution* 2007-2008	Contribution à la croissance des honoraires
IMAGERIE	47 375	2,2 %	2 616 019	1,7 %	0,8
Radiographie	25 057	0,2 %	1 114 161	-3,2 %	-0,7
Échographie	16 730	3,8 %	1 043 207	6,3 %	1,1
Scanographie	3 014	8,2 %	134 980	12,2 %	0,2
IRM	1 535	14,0 %	107 941	16,2 %	0,3
Scintigraphie	481	3,9 %	121 953	-1,8 %	0,0
Autre Imagerie	558	-13,9 %	93 778	-7,9 %	-0,1
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	34 477	9,6 %	1 605 850	9,3 %	2,4
Actes techniques médicaux diagnostiques	23 847	9,6 %	917 656	10,0 %	1,5
Actes techniques médicaux thérapeutiques	10 630	9,4 %	688 194	8,3 %	0,9
ACCOUCHEMENTS et actes obstétricaux	255	-0,9 %	109 568	-0,2 %	0,0
ACTES CHIRURGICAUX	3 947	0,3 %	1 070 391	3,3 %	0,6
TOTAL HONORAIRES			5 401 827	4,1 %	3,8
TOTAL FORFAITS TECHNIQUES			551 790	8,0 %	0,7
Forfaits techniques SCANNER			278 417	4,4 %	0,2
Forfaits techniques IRM			245 688	10,8 %	0,4
Forfaits techniques Tépographie			27 684	23,9 %	0,1
TOTAL CCAM	86 054	4,9 %	5 953 617	4,5 %	

* Évolution 2007-2008 calculée à partir des données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés

(a) hors anesthésies, forfaits techniques et suppléments

(b) y compris anesthésies et suppléments

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : ERASME National V1

● Progression modérée de l'activité d'imagerie

Les actes d'imagerie, les plus nombreux (55,1 % des actes), enregistrent, comme l'année précédente, une hausse modérée (+2,2 % en nombre d'actes) (tableau 2). L'activité des médecins libéraux dans ce domaine évolue de façon très contrastée selon la technique (tableau 3) : alors que les techniques d'imagerie en coupe (scanner et IRM) et de tomoscintigraphie par émission de positons continuent à se diffuser, entraînant une croissance soutenue des actes, les radiographies conventionnelles stagnent (0,2 %). Les actes de scanner, d'IRM et d'échographie semblent se substituer, en partie, aux radiographies conventionnelles.

De façon plus détaillée, toutes les familles d'actes de radiographie accusent une baisse, à l'exception des radiographies osseuses des membres, les plus fréquentes, qui augmentent de 1,7 % et des radiographies du sein (mammographies) de 1,3 %. La baisse la plus forte, déjà observée en 2007, concerne les radiographies urogénitales (-10,8 % soit 18 800 actes de moins). Les échographies urogénitales, dont le nombre augmente de 19 900 actes sur l'année, semblent les supplanter. Par ailleurs, la diffusion auprès des radiologues des recommandations édictées par la Haute autorité de santé (HAS) sur le bon usage des examens d'imagerie médicale, en particulier pour les radiographies standard du crâne et/ou du massif facial dont les indications ont

fortement diminué, continuent à porter leurs fruits avec une baisse de 4,3 % du volume de ces actes en 2008 (soit - 40 000 actes).

Les honoraires remboursables générés par les radiographies diminuent de 3,2 %, conséquence des baisses successives du tarif du supplément de numérisation (V10, V11 et V13), qui touche toutes les radiographies, et de la suppression plus ancienne (au 12 septembre 2007) des suppléments de tomographie applicables à certains actes. Cette baisse a néanmoins été freinée par la montée en charge des suppléments d'archivage des images numérisées, qui concernent également les actes d'échographie, de scanners et d'IRM (encadré 3).

Tableau 3

Fréquences et honoraires remboursables des actes d'imagerie en 2008 (en secteur libéral)

IMAGERIE	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Évolution* 2007-2008	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Évolution* 2007-2008	Contribution à la croissance des honoraires
Radiographie	25 057	0,2%	1 114 161	-3,2 %	-0,7
Radiographie osseuse des membres	10 942	1,7 %	390 465	-1,9 %	-0,1
Radiographie du rachis	2 934	-0,3 %	214 051	-3,6 %	-0,1
Radiographie du sein	3 581	1,3 %	234 734	2,4 %	0,1
Radiographie du thorax	3 580	-2,4 %	117 949	-8,1 %	-0,2
Radiographie dentaire	1 733	0,3 %	52 783	-6,3 %	-0,1
Radiographie de l'abdomen et du tube digestif	999	-0,2 %	39 914	-9,5 %	-0,1
Radiographie de la tête	981	-4,3 %	36 896	-11,2 %	-0,1
Radiographie urogénitale	160	-10,8 %	18 895	-15,9 %	-0,1
<i>Autres radiographies</i>	147	-2,2 %	8 472	-6,2 %	0,0
Échographie	16 730	3,8 %	1 043 207	6,3 %	1,1
Échographie cardiaque	1 996	5,2 %	195 508	6,3 %	0,2
Échographie vasculaire (artère, veine)	2 634	4,1 %	208 164	4,1 %	0,1
Échographie de l'appareil digestif	2 425	2,8 %	161 840	5,5 %	0,1
Échographie au cours de la grossesse	2 031	2,0 %	122 550	14,9 %	0,3
Échographie du petit bassin féminin en dehors de la grossesse	1 795	1,9 %	104 601	2,2 %	0,0
Échographie du sein	1 875	3,8 %	77 139	4,6 %	0,1
Échographie urogénitale	1 141	1,5 %	65 995	3,8 %	0,0
Échographie ostéoarticulaire et musculaire	1 161	13,5 %	44 651	18,2 %	0,1
Échographie de la thyroïde	737	1,5 %	27 540	3,8 %	0,0
Échographie pour assistance médicale à la procréation	233	0,1 %	8 893	0,7 %	0,0
<i>Autres échographies</i>	703	5,5 %	26 326	6,6 %	0,0
Scanographie (hors forfaits techniques)	3 014	8,2 %	134 980	12,2 %	0,2
Scanographie de l'appareil digestif	848	10,5 %	53 650	14,3 %	0,1
Scanographie des os et des articulations du cou et du tronc	534	5,1 %	17 618	9,5 %	0,0
Scanographie du système nerveux	476	6,0 %	18 319	9,8 %	0,0
Scanographie pulmonaire	482	8,9 %	17 228	11,0 %	0,0
Scanographie des membres	271	8,2 %	13 450	9,0 %	0,0
Scanographie de la tête	246	8,4%	7 941	13,4 %	0,0
<i>Autres scanographies</i>	157	12,3 %	6 772	18,1 %	0,0
IRM (hors forfaits techniques)	1 535	14,0 %	107 941	16,2 %	0,3
IRM du membre inférieur	502	12,4 %	35 316	14,5 %	0,1
IRM des os et des articulations du cou et du tronc	373	13,6 %	26 216	15,6 %	0,1
IRM du système nerveux	324	14,8 %	22 806	16,8 %	0,1
IRM de l'appareil digestif	125	16,6 %	8 779	19,1 %	0,0
IRM du membre supérieur	118	15,3 %	8 330	17,4 %	0,0
<i>Autres IRM</i>	92	17,4 %	6 494	19,8 %	0,0
Scintigraphie	481	3,9 %	121 953	-1,8 %	0,0
Scintigraphie de l'appareil circulatoire	126	4,1 %	54 283	-0,7 %	0,0
Scintigraphie ostéoarticulaire et musculaire	178	-2,7 %	41 090	-7,0 %	-0,1
Tépographie (hors forfaits techniques)	34	28,1 %	3 014	28,1 %	0,0
Scintigraphie de l'appareil respiratoire	17	1,9 %	6 421	-2,2 %	0,0
Scintigraphie de la thyroïde	29	-7,1 %	3 583	-12,5 %	0,0
<i>Autres scintigraphies</i>	98	15,0 %	13 563	10,4 %	0,0
Autre Imagerie	558	-13,9%	93 778	-7,9 %	-0,1
Coronarographie	77	-3,1 %	58 028	-5,6 %	-0,1
Radiologie vasculaire	50	-3,7 %	19 455	-5,1 %	0,0
Ostéodensitométrie	431	-16,6 %	16 295	-17,8 %	-0,1

* Evolution 2007-2008 calculée à partir des données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés

(a) hors anesthésies, forfaits techniques et suppléments

(b) y compris anesthésies et suppléments

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : ERASME National V1

Encadré 3

Suppléments pour archivage des images numérisées

Deux suppléments pour archivage des images numérisées, le premier pour un examen radiologique ou échographique et le second pour un examen scanographique ou remnographique, ont été introduits à la CCAM en septembre 2007 (V10), afin d'inciter les médecins à se doter de systèmes d'archivage et de gestion des images pour faciliter le suivi des patients. Ils sont autorisés pour une liste définie d'actes et ne peuvent être facturés que par des médecins, majoritairement libéraux, ayant adhéré à l'option conventionnelle « archivage » et s'engageant à respecter le cahier des charges pour un système d'archivage et de gestion des images.

La montée en charge de ces suppléments s'est poursuivie tout au long de l'année 2008. Leur nombre est passé de 80 000 en janvier à 1 426 300 en décembre pour un montant d'honoraires remboursables, tous régimes, estimé à 39 millions d'euros sur la période. Plus de 4 120 médecins ont facturé des suppléments pour archivage en décembre 2008, dont 91 % de radiologues. Ce même mois, 55,5 % des séances comportant des actes autorisant l'archivage ont effectivement donné lieu à la facturation d'un supplément.

Le nombre d'échographies progresse globalement de 3,8 % (2,5 % en 2007) : ce sont les échographies vasculaires réalisées majoritairement par les angiologues, cardiaques, et ostéoarticulaires et musculaires qui enregistrent les taux de croissance en volume les plus forts, respectivement de 4,1 %, 5,2 % et 13,5 %. A noter que la pratique des échographies transthoraciques, qui représentent 95 %

des échographies cardiaques, a fait l'objet d'une analyse détaillée (encadré 4).

La progression de 6,3 % des honoraires remboursables liés aux échographies résulte de la forte revalorisation de leurs tarifs dans le cadre de la 2^e étape de convergence vers les tarifs cibles et de l'introduction du supplément pour archivage numérique (V10). Les hono-

raires remboursables des échographies au cours de la grossesse ont notamment augmenté de +14,9 %.

Les échographies (19,4 % de l'ensemble des actes techniques) contribuent ainsi pour 1,1 point à la croissance des honoraires remboursables résultant de l'activité médicale technique.

Encadré 4

Étude sur les échographies-doppler transthoraciques du cœur et des vaisseaux intratransthoraciques (ETT)

La pratique des ETT, examens non invasifs incontournables pour le diagnostic et le suivi des cardiopathies, a fait l'objet d'une analyse détaillée, au regard du nombre d'actes réalisés en secteur libéral en 2008 (2,7 millions actes pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie, soit 253 millions d'euros d'honoraires remboursables), de l'évolution des dépenses engendrées (+5,1 % en 2008) et des disparités interrégionales de pratique observées.

Une étude portant principalement sur la répétition des ETT a mis en évidence des disparités régionales concernant le nombre annuel moyen d'ETT réalisées :

- de 1,27 en Haute-Normandie à 1,53 en Provence-Alpes-Côte d'Azur par patient,
- de 318 en Aquitaine et Midi-Pyrénées à plus de 770 en Alsace-Lorraine par cardiologue.

Ces écarts ne semblent pas s'expliquer par l'âge, le sexe ou la pathologie (identifiée par l'affection de longue durée - ALD) du patient.

Dans tous les cas, la réalisation des ETT doit se conformer aux référentiels de bonnes pratiques (Société française de cardiologie, Haute autorité de santé...) afin d'en garantir la qualité et la justification médicale. Ces référentiels, en cours d'évolution, seront largement diffusés aux cardiologues.

Grâce à l'installation de nouvelles machines, plus d'une trentaine de scanners et autant d'IRM (tableau 4), mais aussi du fait de l'élargissement ou encore du transfert de certaines indications (ex : radiographie/scanner du crâne), le nombre d'actes de scanner, d'IRM et de TEP a augmenté respectivement de 8,2 %, 14,0 % et 28,1 % en 2008.

Dans le même temps, sous l'effet de la baisse de leurs tarifs (tarification dégressive, baisse des tarifs pleins, minoration de 10 % du deuxième forfait, dues au Comité d'alerte et mises en œuvre dans la V10), les forfaits techniques de scanographie et d'IRM en montant ont progressé moins vite que les volumes des actes (+4,4 % et

+10,8 %). Le forfait technique moyen remboursé² de l'IRM est passé de 169 euros en 2007 à 163,9 euros en 2008 (soit -3 %), celui du scanner de 82,7 euros en 2007 à 78,6 euros en 2008 (soit -5 %).

Globalement, les honoraires remboursables (y compris les forfaits techniques) ont

² Source : ERASME National V1, données en date de liquidation.

augmenté de 6,8 % pour les scanners et 12,3 % pour les IRM. Ces actes contribuent respectivement pour 0,5 point et 0,7 point à la croissance des honoraires remboursables et des forfaits techniques résultant de

l'activité médicale technique. Les honoraires remboursables (y compris les forfaits techniques) de médecine nucléaire (scintigraphies et examens TEP) ont connu une hausse moyenne

de 2,2 %, les baisses de tarifs de -6,6 % sur les scintigraphies (V10 et V11) ayant été compensées par une forte progression des forfaits techniques des TEP en montants (+23,9 %).

Tableau 4

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

Type d'équipement	Au 31/12/2003	Au 31/12/2007	Au 31/12/2008	Évolution 2007 / 2008	Évolution 2003 / 2008	Autorisations objectif 2011
SCANNER						
Appareils autorisés	747	938	970	3,4 %	29,9 %	1068
Appareils installés	646	826	874	5,8 %	35,3 %	
IRM						
Appareils autorisés	416	543	577	6,3 %	38,7 %	650
Appareils installés	263	458	490	7,0 %	86,3 %	
TEP						
Appareils autorisés	33	83	94	13,3 %	184,8 %	115
Appareils installés	17	59	69	16,9 %	305,9 %	

(a) IRM : Imagerie par résonance magnétique

(b) TEP : Tomographe à émission de positons

Champ : France entière (y compris les DOM)
de la jeunesse, des sports et de la vie associative
Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

● Forte augmentation du volume des actes techniques médicaux

Globalement, les actes techniques médicaux, diagnostiques et thérapeutiques (34,5 millions d'actes), ont encore connu une forte croissance durant l'année 2008, respectivement +9,6 % et +9,4 % (tableau 2). Celle-ci s'explique en partie par la tendance, déjà amorcée en 2007, à facturer les actes réalisés en CCAM, du fait de leurs tarifs plus avantageux (associations de « petits » actes techniques dont les tarifs ont été réévalués), plutôt qu'à facturer une consultation comme dans le passé. C'est le cas en ophtalmologie, en angiologie ou encore en dermatologie où s'observe une baisse parallèle des consultations.

Sur la même période, les honoraires remboursables correspondant aux actes techniques médicaux diagnostiques et thérapeutiques (1 606 millions d'euros au total) ont augmenté respectivement de 10 % et 8,3 % contribuant pour 2,4 points à la croissance des honoraires remboursables totaux issus de l'activité médicale technique.

Ces actes, le plus souvent à caractère diagnostique (7 actes sur 10) et majoritairement réalisés en cabinet ou consultation externe (8 actes sur 10), sont ventilés en fonction de leur lieu d'exécution (tableau 5), en détaillant les plus fréquents.

Dans le domaine du diagnostic, ce sont toujours les actes portant sur l'œil : examen fonctionnel et direct de l'œil (6,6 millions d'actes), imagerie, photographie,

angiographie de l'œil et exploration de la motricité oculaire ou palpébrale, réalisés exclusivement en cabinet, qui progressent le plus (entre +12,7 % et +28,1 %). Ils contribuent globalement à la croissance des actes techniques médicaux diagnostiques pour 0,8 point et en expliquent, à eux seuls, plus de la moitié.

Pour ce qui est des actes thérapeutiques, dont plus de 7 actes sur 10 sont réalisés en cabinet, les augmentations les plus fortes concernent les traitements non chirurgicaux des varices (+52,5 % en volume d'actes et +80,2 % en honoraires remboursables) (encadré 5), et les actes d'injections thérapeutiques (+16,7 % en volume d'actes) qui bénéficient encore de l'effet des revalorisations tarifaires de l'année 2007 (V8, V10 et V11).

Tableau 5

**Fréquences et honoraires remboursables des actes techniques médicaux
en cabinet et en établissement en 2008 (en secteur libéral)**

ACTES TECHNIQUES MEDICAUX	Nombre d'actes^(a) en milliers	Evolution* 2007-2008	Honoraires remboursables^(b) en milliers d'euros	Evolution* 2007-2008	Contribution à la croissance des honoraires
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN CABINET	28 251	11,0 %	1 123 490	10,7 %	1,9
Actes techniques médicaux diagnostiques	20 938	10,9 %	698 817	12,4 %	1,4
Examen fonctionnel et direct de l'œil, hors annexes	6 550	12,7 %	135 626	15,5 %	0,3
Électrocardiographie [ECG]	3 286	6,2 %	60 435	6,7 %	0,1
Exploration de la motricité oculaire ou palpébrale	1 763	26,3 %	42 844	82,7 %	0,3
Imagerie, photographie, angiographie de l'œil	1 550	28,1 %	55 085	33,3 %	0,2
Exploration de l'audition et potentiel évoqué auditif	1 484	2,1 %	69 286	2,0 %	0,0
Épreuve fonctionnelle respiratoire	1 384	2,7 %	95 743	6,2 %	0,1
Endoscopie de l'appareil respiratoire (voies aériennes supérieures)	1 070	6,9 %	29 076	6,4 %	0,0
<i>Autres Actes Médicaux Diagnostiques</i>	<i>3 852</i>	<i>8,1 %</i>	<i>210 723</i>	<i>6,6 %</i>	<i>0,2</i>
Actes techniques médicaux thérapeutiques	7 312	11,1 %	424 673	8,1 %	0,6
Injection thérapeutique	1 178	16,7 %	32 024	15,5 %	0,1
Destruction de lésion cutanée superficielle	771	11,8 %	18 421	12,6 %	0,0
Séance d'acupuncture	736	1,6 %	8 658	6,4 %	0,0
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	700	4,2 %	33 826	13,3 %	0,1
Traitement non chirurgical des varices	583	52,5 %	11 369	80,2 %	0,1
Séance de photothérapie corporelle totale, par rayons ultraviolets A [UVA] ou ultraviolets B [UVB]	446	4,0 %	8 557	4,1 %	0,0
Pose et ablation de stérilet	385	3,2 %	15 548	3,6 %	0,0
<i>Autres Actes Médicaux Thérapeutiques</i>	<i>2 513</i>	<i>9,4 %</i>	<i>296 269</i>	<i>5,3 %</i>	<i>0,3</i>
ACTES TECHNIQUES MEDICAUX EN ETABLISSEMENT	6 226	3,6 %	482 360	6,0 %	0,5
Actes techniques médicaux diagnostiques	2 909	1,3 %	218 839	2,9 %	0,1
Électrocardiographie [ECG]	1 262	-0,8 %	20 485	1,5 %	0,0
Endoscopie digestive	983	2,6 %	142 013	2,2 %	0,1
Épreuve fonctionnelle respiratoire	151	4,0 %	8 455	6,5 %	0,0
<i>Autres Actes Médicaux Diagnostiques</i>	<i>513</i>	<i>3,1 %</i>	<i>47 886</i>	<i>4,7 %</i>	<i>0,0</i>
Actes techniques médicaux thérapeutiques	3 317	5,8 %	263 521	8,8 %	0,4
Séance de dialyse pour insuffisance rénale chronique	1 414	3,0 %	55 854	8,9 %	0,1
Forfait de surveillance en réanimation et soins intensifs	705	14,7 %	58 074	18,2 %	0,2
Confection d'un appareil rigide ou souple d'immobilisation des membres	192	-2,2 %	7 466	1,8 %	0,0
Exérèse de lésion cutanée, sous cutanée ou des tissus mous	176	-4,1 %	14 477	9,8 %	0,0
<i>Autres Actes Médicaux Thérapeutiques</i>	<i>830</i>	<i>8,1 %</i>	<i>127 650</i>	<i>5,3 %</i>	<i>0,1</i>

* Evolution 2007-2008 calculée à partir des données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés

(a) hors anesthésies et suppléments

(b) y compris anesthésies et suppléments

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : ERASME National V1

Encadré 5

Évolution des traitements non chirurgicaux des varices : exemple de transfert des consultations vers les actes techniques

L'importante évolution, entre 2007 et 2008, des honoraires remboursables liés aux traitements non chirurgicaux des varices³ s'explique par la revalorisation du tarif de ces actes en CCAM intervenue en mai 2007 (V8). En particulier, l'inclusion du guidage échographique dans la séance de sclérose de veine du membre inférieur par injection intraveineuse transcutanée (EJNJ001), a abouti à un tarif de l'acte supérieur à celui de la consultation, donc plus attractif.

On constate un phénomène de transfert d'un nombre important de soins facturés jusque là en consultation et qui correspondaient probablement à des scléroses, vers un codage des deux actes CCAM correspondants.

Sur un échantillon de 674 médecins ayant réalisés au moins une sclérose entre janvier et avril 2007 et 2008, les volumes des actes EJNJ001 et EJNF002 progressent respectivement de 17 900 actes et de 40 000 actes tandis que les consultations baissent (- 43 000 consultations).

Cette modification a eu, en termes d'honoraires, un effet d'autant plus inflationniste, que le codage des actes en CCAM permet la cotation éventuelle de deux actes par séance, lorsque ceux-ci sont pratiqués de manière bilatérale.

Au total, l'importante évolution constatée du nombre d'actes et des honoraires remboursables concernant les traitements non chirurgicaux de varices ne paraît pas liée à un changement de pratique médicale mais bien à une modification de la tarification ayant induit de nouvelles habitudes de facturation.

Tableau 6

Fréquences et honoraires remboursables en 2008 (en secteur libéral)

	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution* 2007-2008	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution* 2007-2008
Accouchements et actes obstétricaux	255	-0,9 %	109 568	-0,2 %
Accouchement par voie naturelle	160	-0,2 %	79 519	-0,5 %
Accouchement par césarienne	46	0,9 %	24 898	1,5 %
Autres actes obstétricaux	49	-5,1 %	5 152	-3,2 %

* Evolution 2007-2008 calculée à partir des données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés

(a) hors anesthésies et suppléments

(b) y compris anesthésies et suppléments

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)
Source : ERASME National V1

● Légère baisse du nombre d'accouchements et d'actes obstétricaux

En secteur libéral, après avoir enregistré une chute en 2007, le nombre d'accouchements par voie naturelle (tableau 6) se stabilise (-0,2 %) et ceux par césarienne connaissent même une légère augmentation (+0,9 %). Par contre, les autres actes obstétricaux continuent à diminuer de plus de 5 % par an.

Les honoraires remboursables associés à l'ensemble de ces actes (110 millions d'euros) stagnent (-0,2 %).

Sur la même période et pour l'ensemble des régimes, les actes d'accouchement et des actes obstétricaux en secteur public

ont augmenté de 2,3 %⁴, confirmant le basculement d'une part de cette activité du secteur privé vers le public.

● Stagnation de l'activité de chirurgie

Globalement, l'activité de chirurgie⁵ (3,9 millions d'actes) est stable (+0,3 %) mais avec de fortes variations selon les actes (tableau 2). Sur l'année, les honoraires remboursables de chirurgie, qui représentent 1 070 millions d'euros, ont progressé plus rapidement que l'activité (+3,3 %) en raison des revalorisations tarifaires de 2007.

L'activité chirurgicale réalisée en secteur libéral en établissement (79,9 % des actes de chirurgie) est présentée dans le tableau 7.

En établissement, alors que les interventions endoscopiques de lésion du côlon (232 000 actes annuels) progressent de 5,2 % et la chirurgie de la cataracte (313 000 actes annuels en établissement) de 3,5 %, les actes de chirurgie des varices diminuent de 7,4 % et ceux d'exérèses des amygdales et des végétations de 10,6 %. A noter également, la baisse de 4,8 % des actes de chirurgie de la prostate, révélatrice d'un changement dans la prise en charge du cancer de la prostate.

En parallèle, sur la même période et pour l'ensemble des régimes, l'évolution de l'activité de chirurgie en secteur public a augmenté de 4,3 %⁶, ce qui pourrait laisser entrevoir un mouvement de transfert du secteur privé vers le public.

³ Séance de sclérose de veine du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée avec guidage échographique (EJNJ001) et séance de sclérose de varice du membre inférieur, par injection intraveineuse transcutanée sans guidage (EJNF002).

⁴ Source : PMSI MCO public (Programme de médicalisation des systèmes d'information pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée - médecine, chirurgie et obstétrique).

⁵ Y compris les endoscopies interventionnelles.

⁶ Source : PMSI MCO public.

Tableau 7

Fréquences et honoraires remboursables des actes de chirurgie en établissement en 2008
(en secteur libéral)

ACTES CHIRURGICAUX	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution* 2007-2008	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution* 2007-2008	Contribution à la croissance des honoraires
Actes chirurgicaux	3 153	0,7 %	996 429	4,9 %	0,8
• Chirurgie orthopédique et traumatologie	681	1,7 %	248 674	6,2 %	0,3
<i>dont :</i>					0,0
Chirurgie du poignet et de la main non osseuse ou traumatique et chirurgie du canal carpien	198	3,0 %	41 999	6,0 %	0,0
Ménisectomie / nettoyage du genou / suture ou reconstruction des ligaments croisés et chirurgie prothétique du genou	137	0,0 %	64 216	5,2 %	0,1
Réduction orthopédique et ostéosynthèse de fracture et/ou de luxation traumatique de membre	121	-2,4 %	25 290	4,2 %	0,0
• Chirurgie digestive	490	1,8 %	159 523	3,6 %	0,1
<i>dont :</i>					0,0
Intervention endoscopique de lésion du côlon	232	5,2 %	56 303	6,2 %	0,1
Cure de hernie ou cure d'événtration de la paroi abdominale antérieure	97	-1,9 %	32 534	-0,9 %	0,0
Actes de proctologie	45	0,3 %	9 062	4,8 %	0,0
• Chirurgie de la cataracte	313	3,5 %	127 161	3,1 %	0,1
• Chirurgie cutanée	260	-0,7 %	36 725	7,2 %	0,0
<i>dont :</i>					0,0
Parage ou suture de plaies / ablation de corps étrangers / de la peau ou des tissus mous	172	1,8 %	12 052	8,6 %	0,0
Réparation par lambeau local ou régional	87	-5,4 %	24 674	6,6 %	0,0
• Chirurgie cardio-vasculaire	191	-3,4 %	64 401	0,9 %	0,0
<i>dont :</i>					0,0
Chirurgie des varices	105	-7,4 %	24 068	-3,5 %	0,0
Pose ou ablation de cathéter /système diffuseur	64	2,4 %	10 928	4,8 %	0,0
• Chirurgie gynécologique et du sein	177	-1,4 %	51 886	1,8 %	0,0
<i>dont :</i>					0,0
Chirurgie gynécologique	141	-1,2 %	40 267	1,1 %	0,0
Tumorectomie-mastectomie pour cancer	36	-2,2 %	11 619	4,2 %	0,0
• Chirurgie ORL et thyroïde	111	-9,6 %	25 896	-1,8 %	0,0
<i>dont :</i>					0,0
Exérèse des amygdales et végétations	96	-10,6 %	17 778	-4,2 %	0,0
Thyroïdectomie	16	-3,5 %	8 118	3,9 %	0,0
• Chirurgie urologique	117	-0,6 %	55 788	2,0 %	0,0
<i>dont :</i>					0,0
Chirurgie de l'adénome et cancer de la prostate	40	-4,8 %	26 955	-2,4 %	0,0
Chirurgie vésicale de l'incontinence urinaire chez la femme	23	0,0 %	6 993	0,2 %	0,0
Lithotritie, ablation, fragmentation, refoulement pour calcul du rein et des voies urinaires	39	5,2 %	15 981	9,4 %	0,0
• Autres actes de Chirurgie	813	1,7 %	226 376	8,4 %	0,3

* Evolution 2007-2008 calculée à partir des données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés

(a) hors anesthésies et suppléments

(b) y compris anesthésies et suppléments

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)
Source : ERASME National V1

Tableau 8

Actes CCAM par spécialité en 2008 (en secteur libéral)

Spécialité	Nombre d'actes ^(a) en milliers	Evolution* 2007-2008	Honoraires remboursables ^(b) en milliers d'euros	Evolution* 2007-2008	Contribution à la croissance des honoraires	% Hono. CCAM / Hono. totaux en 2008	Effectif en secteur libéral
Radiodiagnostic et imagerie médicale	37 842	2,2 %	1 851 326	1,0 %	0,3	99,9 %	5 439
Chirurgie	2 817	-0,9 %	530 940	2,4 %	0,2	72,2 %	6 215
Cardiologie	7 649	3,9 %	479 504	3,5 %	0,3	75,4 %	4 402
Anesthésie et réanimation chirurgicale	5 048	2,8 %	472 168	5,6 %	0,4	82,6 %	3 427
Ophthalmologie	10 974	15,6 %	374 578	17,5 %	1,0	55,3 %	4 786
Médecine générale et MEP ^(c)	7 150	8,4 %	316 509	7,7 %	0,4	5,4 %	62 833
Gynécologie médicale et obstétricale	3 980	5,1 %	276 916	7,4 %	0,3	49,4 %	5 581
Oncologie - Radiothérapie	128	-8,8 %	200 388	3,7 %	0,1	90,8 %	355
Gastro entérologie et hépatologie	1 816	0,4 %	199 321	1,2 %	0,0	73,3 %	2 134
Oto rhino laryngologie	3 453	4,1 %	164 490	4,5 %	0,1	66,4 %	2 298
Médecine nucléaire	454	5,9 %	114 192	-0,5 %	0,0	100,0 %	241
Pneumologie	1 780	-0,7 %	111 497	3,2 %	0,1	83,2 %	1 160
Rhumatologie	2 529	7,2 %	90 650	5,4 %	0,1	49,7 %	1 870
Dermato et vénéréologie	1 961	6,6 %	61 477	11,0 %	0,1	23,4 %	3 315
Néphrologie	1 410	4,8 %	57 422	10,6 %	0,1	85,3 %	368
Neurologie	644	13,6 %	50 748	9,9 %	0,1	62,8 %	821
Médecine physique et de réadaptation	306	18,3 %	14 409	13,5 %	0,0	37,4 %	518
Pédiatrie	286	14,8 %	13 894	13,9 %	0,0	5,6 %	2 768
Autres spécialités ^(d)	391	1,0 %	21 397	0,4 %	0,0	2,5 %	9 677
Total	90 616	4,9 %	5 401 827	4,1 %	3,8	39,7 %	118 208

* Evolution 2007-2008 calculée à partir des données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés

(a) hors suppléments et y compris anesthésie

(b) y compris anesthésies et suppléments et hors forfaits techniques

(c) MEP : médecins omnipraticiens exerçant en Mode d'Exercice Particulier (angéiologie, allergologie, acupuncture ...)

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

Champ : Régime général hors sections locales mutualistes (SLM)

Source : ERASME National V1

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

62 % des honoraires remboursables facturés en CCAM sont générés par quatre spécialités : les radiologues, les chirurgiens, les cardiologues et les anesthésistes-réanimateurs (tableau 8). Viennent ensuite les spécialités dont les effectifs sont importants : les ophtalmologistes, les gynécologues et les omnipraticiens⁷.

En 2008, la contribution la plus forte à la croissance des honoraires remboursables liés à l'activité technique provient des actes des ophtalmologues (+1 point) dont les honoraires ont augmenté de 17,5 % (encadré 6). La part des actes techniques dans leur activité qui était de 47 % en 2006 est ainsi passée à plus de 55 % en 2008 (en honoraires remboursables).

La contribution des anesthésistes-réanimateurs et des omnipraticiens, dont

l'évolution des honoraires est plus modérée (respectivement +5,6 % et +7,7 %), est de 0,4 point pour chaque spécialité.

Sur la période, l'évolution des honoraires remboursables hors forfaits techniques des radiologues est légèrement positive (+1 %) grâce de la montée en charge des suppléments d'archivage. Dans le même temps, en raison de la baisse des tarifs de leurs actes⁸, les honoraires remboursables des médecins nucléaires ont diminué de 0,5 %.

⁷ Généralistes médecins et ayant un mode d'exercice particulier.

⁸ Exception faite des tomoscintigraphies par émission de positons avec tépographe dédié.

Les honoraires remboursables des chirurgiens augmentent peu (2,4 %) mais ils représentent 9,8 % des honoraires

remboursables totaux et expliquent 0,2 point de croissance. Pour ces spécialités, l'effet des hausses de tarifs liées à

la deuxième étape de convergence de la CCAM (V10 et V11) est important.

Encadré 6

Activité des ophtalmologistes en cabinet en 2008 : exemple de transfert des consultations vers les actes techniques

L'activité globale des ophtalmologistes en cabinet, remboursée par le Régime général hors sections locales mutualistes, a augmenté en volume de 5,3 % en 2008.

Elle se caractérise par un transfert d'activité, des consultations (-3,4 %) vers les actes techniques (+17,0 %). Il en résulte une augmentation notable du poids de ces derniers qui représentaient 38 % de l'activité des ophtalmologistes en 2006, puis 43 % en 2007 et 48 % en 2008. Réévalués lors de la deuxième étape de convergence vers les tarifs cibles (V10 et V11) et souvent réalisés en association, la facturation d'actes techniques devient plus rémunératrice que celle d'une consultation.

Les honoraires sans dépassement (HSD) en rapport avec ces actes ont ainsi augmenté de 23,8 % par rapport à 2007, alors que ceux associés aux consultations ont diminué de 3,2 %. Globalement, les HSD totaux d'actes réalisés en cabinet ne cessent d'augmenter : +8,0 % entre 2007 et 2008 (soit +42 millions d'euros).



Conclusion

Les grandes tendances observées en 2007 concernant l'évolution contrastée de l'activité médicale technique facturée en CCAM se sont confirmées en 2008 :

- progression modérée des actes d'imagerie (2,2 %) soutenue par la forte augmentation des volumes d'actes de scanographie, d'IRM et de TEP (8,2 %, 14,0 % et 28,1 %) liée au développement du parc des équipements,
- forte augmentation du nombre des actes techniques médicaux (9,6 %) avec substitution aux consultations,
- stagnation de l'activité de chirurgie (0,3 %).

Les évolutions des honoraires remboursables reflètent les effets des mesures de revalorisation, prises dans le cadre de la convergence vers les tarifs cibles, et de baisse des tarifs en radiologie (supplément de numérisation) médecine nucléaire et cardiologie interventionnelle (V10 au 12

septembre 2007 et V11 au 28 décembre 2007), qui se sont répercutées durant toute l'année 2008.

Face à une forte augmentation des volumes d'actes de scanographie et d'IRM, la baisse des tarifs des forfaits techniques qui leur sont associés, a permis de contenir la rémunération globale liée à ces activités. Inversement, malgré une activité stable, les honoraires remboursables de chirurgie ont augmenté de 3,3 % du fait des revalorisations tarifaires.

Au-delà de ce constat global, le suivi de l'activité technique en secteur libéral est complété par des analyses médicalisées affinées (par acte, par technique...), fondées sur des référentiels médicaux (Haute autorité de santé, sociétés savantes...). Ces analyses seront enrichies par l'intégration des données du secteur

public afin de contribuer à l'amélioration du système de santé et des pratiques médicales (qualité et fréquence de réalisation des actes, justification médicale, transfert entre les secteurs, disparités géographiques...).

Les effets de l'introduction d'actes nouveaux (substitution entre les actes) doivent également être étudiés.

La CCAM sur AMELI

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

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



Bibliographie

Un an de codage CCAM en secteur libéral. Points de repère n° 14, CNAMTS, mars 2008.
Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007. Points de repère n° 21, CNAMTS, décembre 2008.

Contact : dact.ddgosdos@cnamts.fr