

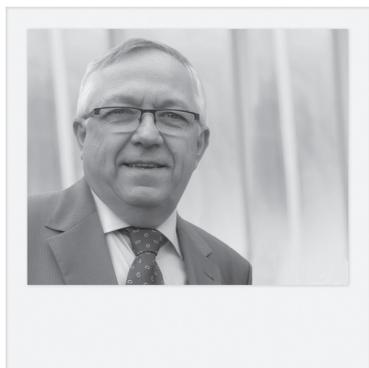
## LE DOSSIER

### Dépistage au cabinet

# Lettres clés spécifiques du dépistage : un enjeu pour la pédiatrie

**RÉSUMÉ :** Plus de 93 % de l'activité pédiatrique libérale est régie par la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Au fur et à mesure des négociations conventionnelles, de nombreuses majorations ont été créées qui ne peuvent se cumuler avec la consultation, mais cela n'a pas suffi à revaloriser notre profession. Nous sommes toujours en attente de la ROSP pédiatrique et d'une CCAM clinique, promises depuis 13 ans, mettant en place une hiérarchisation des consultations, valorisant nos examens aux âges clé, de dépistage, nos consultations longues et qui donnera enfin aux pédiatres les moyens financiers de mieux équiper leurs cabinets.

La Classification commune des actes médicaux (CCAM), à visée diagnostique et/ou thérapeutique, est sous-utilisée par les pédiatres et ne concerne que 7 % de notre activité. Il faut donc en faire la promotion, former les pédiatres dès leur internat à leur utilisation et leur codage, et surtout créer des actes spécifiques supplémentaires.



→ **F. RUBEL**  
Président du Syndicat National des Pédiatres Français

**L**es lettres clés spécifiques, actuellement utilisées pour le codage des actes de dépistage pratiqués par les pédiatres, sont régies par la nomenclature des actes médicaux basée sur la **Classification commune des actes médicaux (CCAM) [1] établie en 2005**, qui est fondée sur le principe de la réalisation d'un acte global (article I-6 des DG CCAM).

>>> Chaque acte médical est défini par un libellé qui décrit si l'acte est, à visée diagnostique et/ou thérapeutique, complet et achevé dans le même temps d'intervention.

>>> Chaque libellé comprend implicitement l'ensemble des gestes nécessaires à son exécution et à la réalisation de l'acte dans les règles de l'art.

>>> Cet acte doit ensuite respecter le principe des **associations** et de leurs **incompatibilités**, et peut éventuellement

être majoré par des modificateurs qui permettent de valoriser certaines circonstances particulières de réalisation des actes.

Il faut bien comprendre que cette CCAM s'applique de façon transversale et est utilisable par toutes les spécialités, sauf certains actes.

**La nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) [2]** reste, quant à elle, applicable pour les actes cliniques médicaux et les actes des auxiliaires médicaux. Pour ce qui nous concerne: CS, C2, VS, FPE, MNP, MBB, MPP, MPE, MPJ, MAS, etc.

**La rémunération de l'acte en CCAM est insuffisante**, et constitue un frein à son utilisation en raison des coûts d'investissements initiaux pour s'équiper. Cette rémunération dissocie :  
– **le travail médical** valorisé en nombre de points par des experts suivant quatre

# LE DOSSIER

## Dépistage au cabinet

critères : durée, stress, effort mental, compétence technique, sachant que la valeur du point unique était de 0,44 € en 2005 et n'a pas été réévaluée depuis ; – et **le coût de la pratique** de ce point de travail médical, variable selon la spécialité et suivant le groupe d'actes. Il y en a plus d'une vingtaine. La rémunération du point de travail médical varie entre 0,15 € et 0,90 €, et est lui aussi inchangé depuis 2005.

Cette CCAM est dépassée et ne peut survivre que si elle est actualisée de façon continue, et qu'un processus de revalorisation annuelle du point de travail médical se mette en place. Les coûts de la pratique doivent être expertisés régulièrement et alignés sur le coût de la vie.

Durant ces dernières décennies, **la pédiatrie française, essentiellement clinique, a eu des difficultés à s'adapter à l'évolution des technologies et s'approprier les examens complémentaires et**

**actes techniques**, comme on l'a vu pour les autres spécialités cliniques (cardiologie, pneumologie, dermatologie, gynécologie médicale, neurologie, etc.) (**fig. 1**). Ce qui nous place parmi les spécialités utilisant le moins les actes techniques répertoriés dans la CCAM.

Cette spécificité est propre à la France, car dans d'autres pays européens tels par exemple l'Allemagne ou l'Autriche, les examens complémentaires sont largement utilisés et enseignés en pédiatrie. Sur ce terrain, nous avons pris un retard considérable.

Contrairement à d'autres spécialités cliniques, nous faisons très peu d'actes en CCAM. Selon les données issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), mises à jour en octobre 2015 par l'Institut Statistique des Professionnels de Santé Libéraux (ISPL) [3], les 2 993 pédiatres répertoriés

ayant une activité libérale (y compris nos hospitaliers qui font du libéral) ont effectué 628 240 actes en CCAM en 2014. Cela représente à peine 6,9 % de nos honoraires. L'essentiel de notre activité étant la consultation clinique de premier recours avec 8 834 974 CS. Sachant que nous faisons très peu d'actes de consultant cotés C2:143 687

L'essentiel des actes cotés par les pédiatres en CCAM, soit 93 %, sont des actes techniques médicaux (**fig. 2**). L'échographie ne représente que 6,6 % de l'activité en CCAM.

L'utilisation de cette CCAM en pédiatrie est variable, nettement insuffisante et très praticien-dépendante (**fig. 3**). Toutefois, certains constats étonnent. Non seulement les pédiatres font très peu d'ECG, alors qu'il y a des recommandations (examen du sportif à 12 ans par exemple), mais surtout on voit que l'usage de l'ECG est en baisse. Seuls 74 pédiatres ont coté en 2014 les ECG qu'ils pratiquaient ; au total, ils en ont fait 2 301 selon les données ISPL.

Dans d'autres cas, on voit nettement l'impact des campagnes de sensibilisation et de formation de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA). Il en est ainsi pour l'épreuve de dépistage de la surdité avant 3 ans

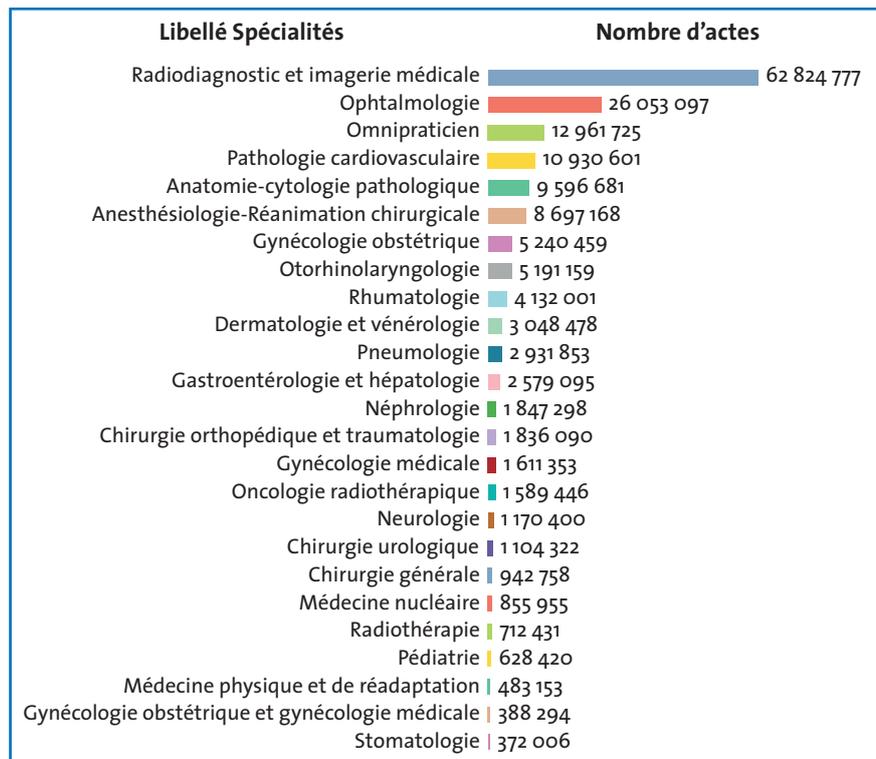


FIG. 1.

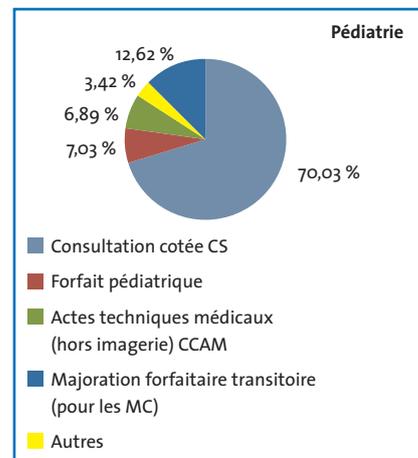


FIG. 2: Répartition des actes en honoraires.

dont l'utilisation tend à se répandre. Pourtant, seuls 600 pédiatres ont effectué cet examen en 2014, soit environ 150 examens par pédiatre (*fig. 4*).

L'examen de la vision binoculaire serait de plus en plus effectué, si l'on s'en tient aux données statistiques, passant de 343 examens en 2007 à 106 109 en 2014 (*fig. 5*). Mais il y a une autre explication : cet examen étant insuffisamment rémunéré, sa cotation n'était pas faite initialement bien que l'examen fût pratiqué. Actuellement, sa cotation se fait en association avec le dépistage auditif, et permet une rémunération complémentaire, d'où sa cotation plus fréquente.

On voit là l'impact des explications faites par le syndicat des pédiatres sur le bon usage de la nomenclature.

D'autres examens de dépistage pratiqués chez l'enfant plus grand tels l'audiométrie et la tympanométrie voient leur fréquence augmenter; mais rapportés au nombre de praticiens (206 pédiatres), leur usage est encore trop faible. Le coût élevé de l'équipement peut en être partiellement responsable (*fig. 6*).

Les explorations fonctionnelles respiratoires sont plus largement utilisées, mais là encore rapportées au nombre

de pédiatres (161), nous sommes bien en deçà des recommandations (*fig. 7*).

Dans le cadre des examens de dépistage, il reste un domaine à défricher : celui de l'exploration des troubles du développement et des apprentissages. Seules deux cotations sont possibles actuellement : le test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle et le test de d'évaluation d'un déficit cognitif. Bien qu'en augmentation, ils sont encore largement sous-utilisés en pédiatrie (*fig. 8*).

Cet examen est pratiqué par 144 pédiatres en 2014, soit une moyenne de 30 examens dans l'année. Le test d'éva-

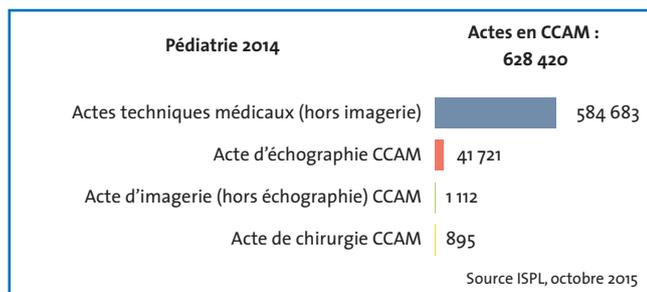


FIG. 3 : Prestation de référence.

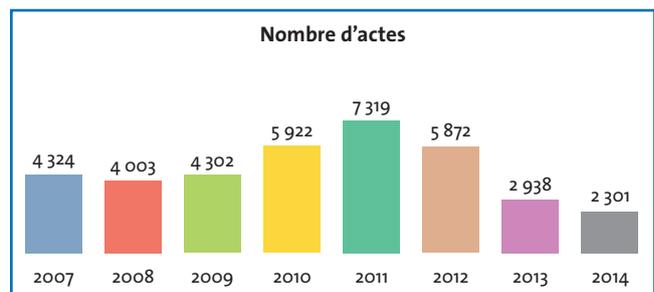


FIG. 4 : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivation.

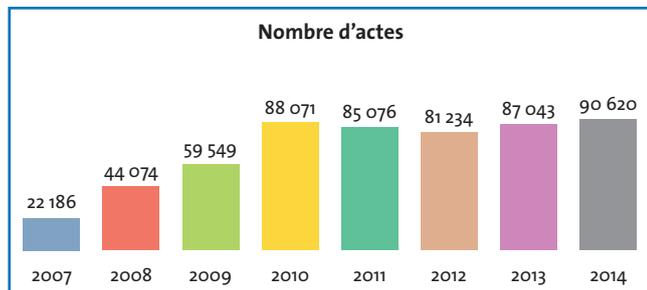


FIG. 5 : Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans.

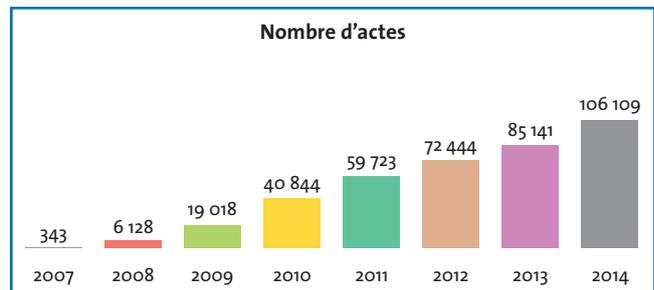


FIG. 6 : Examen de la vision binoculaire.

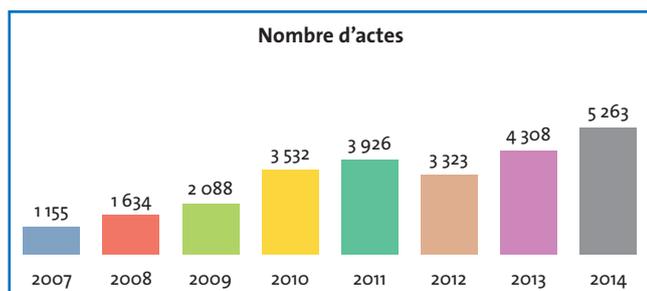


FIG. 7 : Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.

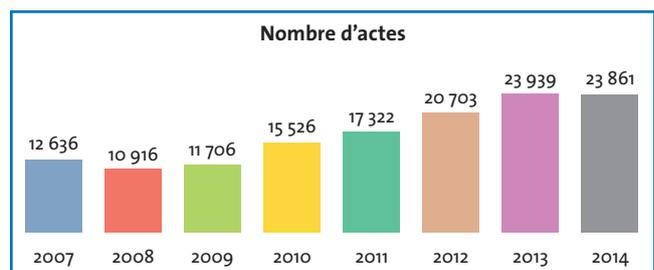


FIG. 8 : Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement (Spirom...).

## LE DOSSIER

# Dépistage au cabinet

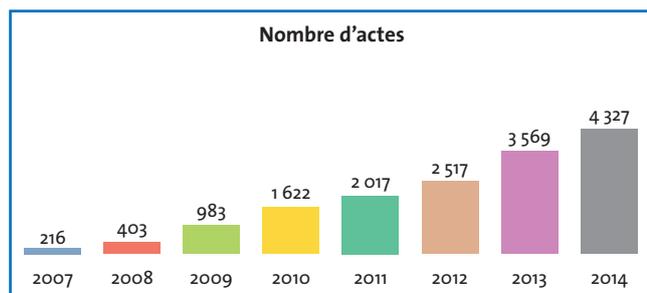


FIG. 9 : Test d'évaluation de l'efficacité intellectuelle de l'enfant.

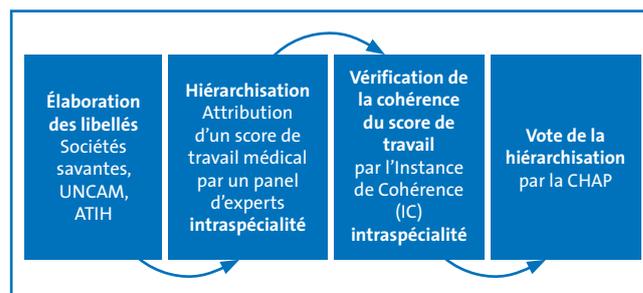


FIG. 10 : Procédure d'inscription d'un acte à la CCAM.

luation d'un déficit cognitif est, quant à lui, pratiqué par 90 pédiatres qui font 4 337 actes, soit 48 par an (fig. 9). Il faut savoir que la rémunération de ces actes est insuffisante vu le temps passé à les faire, ce qui peut être un frein. Leur utilisation est plutôt réservée à des praticiens ayant une activité orientée.

Pour avoir à disposition un panel plus large d'examen, d'usage fréquent et répondant à la demande de terrain, d'autres tests de dépistage devraient être mis à la cotation puis tarifés en CCAM. Cela demande au préalable un travail d'identification des besoins et d'élaboration des libellés par les sociétés savantes, puis de respecter une procédure longue et complexe de mise à la nomenclature que nous allons schématiser.

### Inscrire de nouveaux actes à la nomenclature

Il nous faut impérativement mettre de nouveaux actes pédiatriques à la nomenclature, car nous avons pris un retard considérable par rapport à d'autres spécialités. Sachant que, dans le cadre de l'interspécialité, nous devons nous contenter d'un à deux par an. Imaginez, si 52 spécialités mettaient deux actes par an à la nomenclature, la HAS (Haute Autorité de santé) et la CHAP (Commissions de hiérarchisation des actes et prestations) seraient saturées.

Il existe bien une **procédure accélérée** pour mettre des actes innovants à la nomenclature en 180 jours, mais son usage est rare. Après avis de la HAS, sur demande de l'Assurance Maladie, le dossier est transmis à la CHAP qui doit se prononcer dans les 5 mois – à défaut c'est l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) qui décide – puis l'UNOCAM (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire) a 21 jours pour se prononcer et enfin les ministres 15 jours.

Mais, dans la plupart des cas, **la procédure d'inscription d'un acte à la CCAM nécessite environ 2 ans et demi (fig. 10)**. Ainsi, si nous voulons mettre de nouveaux actes de dépistages à la nomenclature, nos sociétés savantes doivent se mettre rapidement à l'ouvrage.

### Conclusion

La pédiatrie française n'a pas pu s'adapter à l'évolution des technologies et s'approprier les examens complémentaires et actes techniques au moment où ils se sont mis en place dans le cadre de l'interspécialité il y a quelques décennies. Nos sociétés savantes doivent donc impérativement identifier les actes de dépistage et de diagnostic d'usage fréquent et répondant à la demande de terrain, en élaborer les libellés et les proposer à la nomenclature. Aux syndicats de les défendre au niveau des instances.

Il est temps que la rémunération de ces actes en CCAM soit réévaluée et adaptée au coût de la pratique. Les pédiatres qui hésitent pour le moment à s'équiper, ne pratiquent pas certains examens en raison de coûts d'investissements initiaux trop lourds. Seule une rémunération conséquente de la pratique pédiatrique par la mise en place de la CCAM clinique, promise depuis 13 ans, leur donnera les moyens financiers suffisants permettant de lever ces freins.

Toutefois, un certain nombre d'actes existants, inscrits à la CCAM, peuvent s'appliquer à la pédiatrie. Ils sont actuellement sous-utilisés. Il faut donc en faire la promotion, former les pédiatres dès leur internat à leur utilisation et leur codage.

### Bibliographie

1. CCAM, version 41 du 12 novembre 2015 <http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/telechargement/version-actuelle/index.php>
2. NGAP, version du 11 mars 2015 [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP.pdf)
3. Exploitation des données ISPL, SNPF décembre 2015 <http://www.ispl.fr/>

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.