

Avis sur les actes de la Nomenclature – rôle de l'Anaes

LEE-ROBIN SH

ANAES, Service Nomenclature. 2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis la Plaine Cedex

Faire de la qualité de l'offre de soins et des pratiques médicales et professionnelles le déterminant essentiel de la régulation du système de soins est une orientation prioritaire de la politique de santé.

Cette politique de la qualité s'inscrit, avant tout, dans une perspective de santé publique, de sécurité sanitaire et d'adaptation de notre système aux évolutions technologiques et scientifiques du secteur de la santé ; elle répond également à une logique d'efficience et d'optimisation des dépenses de santé.

Dans ce cadre, et au travers de ses missions, l'Anaes a un rôle majeur dans le développement de la culture de la démarche qualité et de l'évaluation de la qualité des soins. Elle peut, par exemple, apporter une aide à la décision à l'Etat et à l'Assurance Maladie pour définir le périmètre de soins remboursables par une meilleure évaluation de ce qui est admis au remboursement.

Les nomenclatures descriptives de l'activité des professionnels de santé sont essentielles pour la connaissance de cette activité, pour le suivi et l'évaluation des pratiques, ainsi que pour la tarification des actes et des services médicaux. Dans tous les exemples connus de pays ayant entrepris de maîtriser les dépenses de santé, l'existence d'une nomenclature descriptive des actes professionnels a été considérée comme un préalable incontournable. En effet, on ne peut sérieusement envisager de maîtriser des dépenses dont on ignore à quoi elles correspondent.

En France, une situation incohérente et inadaptée existe actuellement. Les actes médicaux font l'objet d'une double nomenclature, selon qu'ils sont réalisés en ville ou à l'hôpital. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui définit les honoraires pour le secteur libéral, n'est pas codée, est incomplète, imprécise et obsolète. Devenue simple instrument de rémunération pour les médecins libéraux, elle a perdu sa cohérence tarifaire au fil du temps et est devenue une source de conflits permanents entre caisses et professionnels. Le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) qui sert au PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) dans les établissements est plus récent et codé, mais purement descriptif. Il comporte un nombre excessif de libellés redondants ou ambigus et manque souvent de logique. Structuré initialement en fonction de disciplines d'exercice, il a perdu toute cohérence au fil de ses mises à jour. Ces deux listes sont à la fois incomplètes et obsolètes car leur mise à jour en fonction du progrès thérapeutique a été insuffisante, se traduisant toujours par des adjonctions tardives et jamais par des retraits. De plus, les établissements privés sont contraints d'utiliser ces deux nomenclatures en parallèle.

D'où la création d'une nomenclature unique : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) dont le champ, pour l'instant, porte sur les actes techniques. Il s'agit d'une liste de libellés codés, commune aux secteurs public et privé, complète (exhaustive), précise et neutre (qui ne présente pas de distorsions tarifaires). Elle est organisée selon une règle simple : un acte = un libellé = un code = un tarif. C'est un instrument permettant une actualisation indispensable pour enlever les libellés obsolètes et inclure les actes techniques innovants, et, enfin un codage des actes pour le suivi des dépenses. La CCAM comprend plus de 7000 actes

et est à la fois descriptive et tarifante. Les actes qui y sont listés sont codés et ont été hiérarchisés de façon à prendre en compte à la fois le « travail médical »¹ et le coût de la pratique. Prévue d'être mise en place en octobre 2004, elle permettra de structurer le paiement à l'acte sur des bases cohérentes et équitables. A terme, cette réforme s'étendra aux autres nomenclatures non médicales et aboutira à la Classification Commune des Actes des Professions de Santé (CCAPS).

Un autre reproche important aux nomenclatures existantes concerne la façon dont des nouveaux actes ont été introduits au fil des années, sans une évaluation rigoureuse de leur validité et souvent dans un contexte où les fonctions d'expertise et de négociation étaient confondues. Autrement dit, ces nomenclatures comportent des actes qui n'ont pas apporté la preuve de l'efficacité thérapeutique selon les critères scientifiques reconnus.

D'où la nécessité d'une validation technique des actes (efficacité, sécurité) *a priori* par une instance scientifique indépendante. Cette expertise a été confiée à l'Anaes pour donner aux pouvoirs publics, un avis objectif et motivé, préalable à leur inscription à la nomenclature concernée (CCAM, NGAP, NABM) et à leur admission au remboursement². Ainsi, seuls les actes considérés validés du point de vue de la sécurité et de l'efficacité devront être prise en charge.

Cet avis est fondé sur l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité de l'acte, en prenant en compte les données scientifiques, les nomenclatures étrangères et l'avis de professionnels. Ainsi, l'avis de l'Anaes peut être défavorable lorsqu'il s'agit d'un acte non efficace, obsolète ou dangereux ; l'acte peut être considéré comme encore en phase de recherche clinique lorsque les données sur l'efficacité et la sécurité sont insuffisantes. Un avis favorable peut être rendu lorsqu'il s'agit d'un acte éprouvé, accompagné ou non de recommandations concernant les indications, la formation et/ou l'environnement technique nécessaires à la bonne réalisation de l'acte.

L'avis de l'Anaes est un avis consultatif et ne concerne pas l'admission au remboursement à proprement parler. Il est néanmoins obligatoire avant toute nouvelle inscription et constitue une aide essentielle à l'Etat et à l'Assurance Maladie pour fonder les décisions d'admission des actes professionnels au remboursement.

Il est important de rappeler qu'une classification descriptive et tarifante des actes pris en charge présente une limitation importante comme outil de régulation de dépenses. Elle est structurée pour décrire des techniques d'une façon individualisée. Elle ne reflète pas une prise en charge globale du patient dans un contexte clinique. Il est fortement souhaitable alors, de faire le lien entre l'admission d'un acte au remboursement et les recommandations de bonnes pratiques pour s'assurer de sa réalisation conforme à l'état des connaissances scientifiques et à la règle de l'art.

¹ Travail médical = combinaison de la durée, la compétence technique, l'effort mental et le stress lié au risque

² article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiant l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale