



La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) **Technique** en ACP¹ (Anatomie et Cytologie Pathologiques)

Une réforme mal conduite ?

* * *

Nous rappellerons en préambule que le pathologiste, acteur incontournable dans de nombreuses pathologies et, en particulier, en cancérologie, réalise un acte *intellectuel* (décision médicale), *non automatisable, unique et non répétitif* (à la différence de la biologie ou de la radiologie) et *de grande responsabilité* étant donné ses conséquences humaines pour le patient et financières pour la collectivité.

L'Assurance Maladie énonce clairement les buts de la CCAM sur son site internet, "ameli.fr"

- *Disposer d'une nomenclature non incitative*
- *Disposer d'une nomenclature descriptive, permettant de connaître l'activité médicale*
- *Disposer d'une nomenclature évolutive, tenant compte des progrès techniques.*
- *Disposer d'une nomenclature ne créant pas de distorsion entre les spécialités médicales.*

Or ces finalités ne semblent pas prises en compte pour la future CCAM technique en ACP. En habillant celle-ci avec le costume désuet de la NGAP, seul persiste l'objectif de maîtrise comptable.

1 - La CCAM technique en ACP est incitative. L'imprécision des libellés est telle qu'ils regroupent des actes, clairement identifiables, pour lesquels, compte tenu de la méthodologie prévue pour le calcul du coût de la pratique², le médecin ACP sera pour l'un, surpayé, et pour un autre, de toute évidence, sous payé. Cette situation entraîne des effets pervers, soit en encourageant la sélection des actes les plus rentables, soit en provoquant une dégradation des pratiques pour les actes réalisés à perte. Cette nomenclature risque d'être fortement délétère, à la fois en terme de santé publique et en termes économiques. Particulièrement en cancérologie, les actes d'ACP sont à l'origine de traitements lourds pour le patient et coûteux pour l'Assurance Maladie. Ils doivent donc être réalisés avec la plus grande rigueur. La CCAM -ACP incite à l'inverse. A terme, on peut imaginer l'abandon de certains types d'examen ou même, de certaines sous-spécialités (l'urologie, par exemple) par les pathologistes exerçant en secteur conventionné.

2 - Cette nomenclature n'est pas descriptive. En reprenant l'esprit de la NGAP, la CCAM-ACP ne décrit pas avec précision l'activité des pathologistes. Ainsi, qu'y a-t-il de commun entre une intervention sur un kyste ovarien bénin (Salpingo-ovariectomie [Annexectomie], par laparotomie (167,2 € ; acte JJFA004) et un patient opéré d'un cancer du pancréas (Duodéno pancréatectomie totale avec splénectomie [Spléno pancréatectomie totale], par laparotomie (985,1 € ; acte HNFA004). A priori rien ; pourtant, l'acte d'ACP « décrivant » la prise en charge de ces deux patients pourra être le même : ZZQP169. L'Assurance maladie doit impérativement approfondir, avec l'aide de la profession sa connaissance de l'ACP pour éviter de telles imprécisions.

Actuellement, alors que l'INCA émet des recommandations sur la pratique médicale en ACP (par exemple, par la mise en place des "*comptes-rendus fiche standardisés*" pour 38 localisations cancéreuses), les libellés ACP correspondant n'existent pas au risque d'une perte de chance pour les patients.

¹ Classification Commune des Actes Médicaux pour la spécialité médicale d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

² Compte tenu de cette méthodologie, plus le coût de la pratique d'une spécialité est élevé, plus la précision des libellés et donc des « scores » de travail est important sous peine d'importantes distorsions. Les libellés ACP sont, dans l'ensemble, les moins précis de toutes les spécialités alors que cette discipline a le taux de charge (>60 %) le plus élevé.

3 - Cette nomenclature ne prend pas en compte les progrès techniques. Immunohistochimie, test HPV, Biologie moléculaire sont les laissés pour compte de cette CCAM. Au lieu de valoriser les examens immunohistochimiques en précisant leur finalité diagnostique, pronostique ou prédictive des traitements à mettre en œuvre, seul compte le seuil, totalement artificiel, de cinq anticorps. Les tests HER2, RE, RP,.... ne sont même pas comptabilisés séparément. L'Herceptine® bénéficie ainsi de l'AMM alors que les tests HER2, décidant de sa prescription (IHC, comme FISH/CISH) et permettant des économies dans un rapport de 1 à 1000, ne sont même pas pris en charge par l'Assurance Maladie !

Malgré le rapport favorable de l'ANAES/HAS en 2004, la biologie moléculaire (test HPV, hybridation in situ) directement en rapport avec les actes diagnostics réalisés par le pathologiste (frottis cervical, diagnostic de cancer, test HER2, etc..) n'est pas reconnue par l'Assurance Maladie dans la NGAP et est loin de l'être dans la future CCAM.

4 - Cette nomenclature crée des inégalités, d'une part au sein même de la discipline, d'autre part entre les spécialités médicales.

En refusant, jusqu'à présent, la segmentation du coût de la pratique entre les différents types d'examen (cytologie/ histologie) et en ne prenant pas en compte, dans le cadre des pièces opératoires, le vrai coût de la pratique (nombre de blocs, temps de technique) et le temps de travail médical qui sont générés par la mise en place des comptes-rendus standardisés et donc par le respect des "bonnes pratiques", elle crée des distorsions inacceptables entre pathologistes à activités différentes. Pour un même examen, le diagnostic anapath se fait, souvent, en plusieurs étapes, donc sur plusieurs jours (extemporané, macroscopie, temps technique, microscopie, recoupes et techniques complémentaires, immunohistochimie), ce qui ne peut qu'aggraver les inégalités.

En repoussant à fin 2008, la CCAM technique en ACP, elle pénalise, encore, cette spécialité de l'équivalent de quatre années d'inflation après avoir, déjà, fait baisser les honoraires de 20 à 50%, selon les types d'examens, durant ces vingt dernières années. Généralistes comme spécialistes ont, récemment, bénéficiés d'avancés tarifaires significatives (augmentation des consultations et visites, majorations diverses, CCAM). Les pathologistes, pendant cette période, n'ont obtenu qu'une "majoration transitoire" MAP dont le montant couvre à peine la baisse de la lettre clé P survenue, sans aucune justification, en 2000 et demeurent exclus de la MCS alors qu'ils tiennent informés aussi bien le médecin traitant que le chirurgien ou le cancérologue de leurs diagnostics.

On comprend bien que, en abandonnant la hiérarchisation inter-spécialités pour l'anapath et donc le principe de l'"échelle unique", la CNAM veut éviter de déterminer des "actes liens" avec d'autres spécialités qui risqueraient d'entraîner une importante revalorisation des actes d'ACP, dont la valeur est bloquée depuis vingt ans. Mais alors, où se trouve l'égalité inter-spécialité ?

Pour expliquer son refus de tenir compte des revendications des ACP, l'assurance maladie se retranche derrière les statistiques : les ACP sont, en terme de revenu, dans la moyenne haute des médecins spécialistes et leurs charges n'évoluent pas de façon significative.

Le second argument est totalement inexact : les pathologistes sont entraînés dans une spirale infernale : les importantes augmentations de travail entraînant une augmentation strictement parallèle des charges, ces dernières restent proportionnellement constantes ; ils sont victimes des statistiques médicales de l'Assurance maladie qui ne procèdent qu'à une analyse purement comptable.

Or les pathologistes ne veulent pas travailler "*plus*" mais travailler "*mieux*". Ils ne sont pas responsables de l'augmentation du nombre de cancers (+ 60% en 20 ans) ou de la mise en place du "Plan Cancer"; Par contre, ils sont directement impliqués dans toutes les étapes de cette pathologie : prévention, dépistage, diagnostics, facteurs pronostiques et prédictifs des traitements et en subissent les conséquences. La multiplication des actes n'est pas de leur fait et la chute alarmante du nombre de pathologistes entraîne un accroissement de leur temps de travail qu'il leur est impossible de réguler. Un rapport du Conseil National de l'Ordre des médecins (Etude n°39-2 -2007) comme plusieurs études régionales prévoient une baisse de 50 % de la démographie en ACP à l'horizon 2020, ce qui rend l'augmentation du nombre d'actes par pathologistes inévitable.

Les ACP sont parmi les spécialistes qui pratiquent le plus d'actes à responsabilité et qui comptabilisent - à leur corps défendant - un maximum d'heures de travail et de disponibilité. Il n'est pas

forcément choquant que leurs revenus soient considérés comme élevés ; et beaucoup, parmi eux, préféreraient qu'ils le soient moins avec une charge de travail plus raisonnable !

Le "**Plan Cancer**" demande des changements de pratique aux professionnels de santé. Ces changements touchent de plein fouet les ACP compte tenu de leur implication en oncologie. Une maîtrise médicalisée, intelligente, de dépenses médicales en ACP devrait donc plus s'intéresser à l'avenir de cette spécialité qu'à son passé. Le plan de lutte contre le cancer "priorité nationale", avec une enveloppe de 50,6 millions d'euros (+11,8% par rapport à 2006) explique, en grande partie, la hausse du budget 2007 du programme de santé publique et de prévention. Paradoxalement, seuls, les médecins qui sont incontournables par leurs diagnostics semblent totalement privés de moyens complémentaires, humains et financiers.

* * *

En résumé :

La nouvelle nomenclature proposée par la CCAM aux ACP ne répond pas à ses propres objectifs et n'apporte pas d'amélioration à ce qu'était la NGAP. Il est impératif de la réétudier d'urgence avec la profession.

La chute du nombre de médecins anatomo-cyto-pathologistes risque de mettre rapidement en danger la cancérologie privée comme publique en restreignant l'accès aux soins et conduire à l'éclosion d'un système de diagnostic parallèle et déconventionné.

La logique ayant présidé à la CCAM-ACP est à l'évidence purement comptable. Les quelques 0,0X % d'économies que l'assurance maladie pourra réaliser sur l'ACP, ne seront rien face aux coûts humains et financiers engendrés par une nomenclature ne permettant pas aux pathologistes de travailler selon « les règles de l'art ». La responsabilité en incombera à l'Assurance Maladie.

Les pathologistes, pour leur part, sont prêts à proposer pour la CCAM –ACP quelques mesures de bon sens débouchant sur une nomenclature plus juste et permettant, à l'occasion, de substantielles économies à l'Assurance Maladie.

Nous reprendrons la conclusion du rapport du CNOM (Démographie médicale française – Les spécialités en crise – Situation au 1^{er} janvier 2006, p.12-18- Ordre National des Médecins) :

"L'anatomie-cyto-pathologie humaine est une spécialité numériquement faible, mais incontournable, et non substituable actuellement dans le plan cancer. L'organisation des collections tumorales, la maîtrise des nouvelles technologies, l'expertise morphologique des pièces opératoires avec protocoles de plus en plus complexes sont les points forts de la discipline. Les spécialistes en ACPH participent aux registres des tumeurs, aux unités pluri-disciplinaires, aux cancéropôles, et aux travaux de recherches cliniques. Leur temps de travail est considérablement augmenté, avec déséquilibres structurels et dynamiques menaçant la stabilité de la spécialité. Cette démographie incertaine altère déjà le service de Santé Publique."

Docteur Michel GUIU - Président du SMPF
Avril 2007