

Au cours de l'année écoulée, les chirurgiens-dentistes ont été confrontés à la mise en place de la CCAM. Les difficultés d'application de cette nouvelle nomenclature ont été essentiellement occasionnées par l'inadaptation de certains logiciels et, plus étonnant, l'impréparation de nombreuses caisses primaires d'assurance maladie. Et pourtant, comme toute nomenclature destinée à la prise en charge des actes professionnels, la CCAM est l'œuvre de l'Assurance maladie. Dans un litige opposant plusieurs médecins à la CPAM de l'Hérault, le Conseil d'État apporte des réponses essentielles sur la nature de la CCAM, l'autorité compétente pour la mettre en place et son application au regard du principe général d'égalité.

La CCAM *est de nature réglementaire*

Conseil d'État, 30 décembre 2014, n° 372605

Marc Sabek

*Docteur en Sciences Odontologiques,
Docteur en Droit
Expert près la Cour d'Orléans*



Dans un conflit opposant plusieurs médecins à la CPAM de l'Hérault, le Conseil d'État apporte des réponses essentielles sur la nature de la CCAM, l'autorité compétente pour la mettre en place et son application au regard du principe général d'égalité.

La nature de la CCAM

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) de l'Hérault a été saisi d'un litige concernant le forfait des actes d'urgence (chapitre XIX de la CCAM), opposant un médecin et la caisse primaire. Avant de trancher le litige, le TASS a sursis à statuer jusqu'à ce que la juridiction administrative se soit prononcée sur deux points: **la nature juridique** de la classification commune des actes médicaux (est-ce une loi, est-ce un règlement opposable? Qui a la compétence pour le rédiger,

le mettre en application?) et l'éventuelle violation du principe d'égalité par les dispositions du chapitre XIX (Adaptations pour la CCAM transitoire). Autrement dit, la CCAM permet-elle de différencier les tarifs sans se soucier de l'impératif d'égalité entre des citoyens exerçant la même profession?

À la première question, la Haute juridiction ne fait que rappeler les textes qui définissent clairement

le caractère réglementaire de la CCAM, c'est-à-dire sa qualité de règle qui s'impose aux praticiens médicaux.

En effet, l'article L.162-1-7 du Code de la Sécurité sociale indique clairement que la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie est établie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) qui, seule, dispose de cette liste et des conditions d'inscription ou de

L'inscription d'un acte à la CCAM suit un parcours défini par le Code de la Sécurité sociale

1. Évaluation et avis de la HAS

Entre autres missions, la Haute autorité de santé (HAS) émet un avis sur les conditions d'inscription (ou de radiation) d'un acte dans la nomenclature professionnelle gérée par l'assurance maladie, que ce soit la CCAM ou la NGAP.

2. Saisine de la HAS

Pour lancer une procédure d'évaluation d'un acte, la HAS doit être saisie par l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie), la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), les sociétés savantes, les fédérations professionnelles, le ministère de la Santé, l'INCa (Institut national du cancer), les agences nationales de santé, l'UNPS (Union nationale des professionnels de santé) ou encore par les associations d'usagers agréées au niveau national. Dans le cas d'une saisine par l'UNCAM, la réponse de la HAS doit intervenir dans un délai de six mois, éventuellement renouvelable. Pour les demandes formulées par les autres entités, il n'y a pas de délai de réponse imposé à la HAS.

3. Libellé et hiérarchisation

Après avis de la HAS, la CNAM-TS et l'ATIH (Agence technique de l'information hospitalière) rédigent le libellé de l'acte et l'ATIH propose le code.

Les règles de hiérarchisation des actes remboursés par l'assurance maladie ont été mises en place par l'UNCAM. La CHAP (Commission de hiérarchisation des actes professionnels) assure la cohérence de la hiérarchisation du nouvel acte par comparaison avec les actes déjà inscrits à la CCAM.

4. Tarification

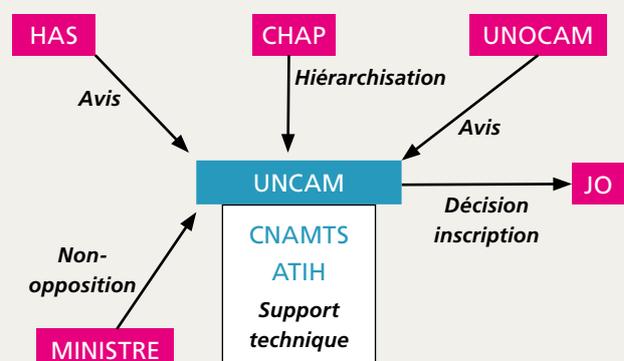
En principe, le tarif du nouvel acte doit tenir compte de sa hiérarchisation. Il fait également l'objet d'une négociation conventionnelle entre les syndicats et l'assurance maladie.

5. Inscription

Une fois précisée la question du tarif, l'UNCAM sollicite l'avis de l'UNOCAM qui a un délai de 6 mois pour répondre. Ensuite, l'UNCAM doit s'assurer de « l'aval » du ministre qui dispose de 45 jours pour s'opposer à l'inscription de l'acte.

C'est au terme de ce marathon que la décision de l'UNCAM d'inscription pourra être publiée au *Journal officiel*: le libellé de l'acte, son code et son tarif intégreront alors la CCAM, accompagnés éventuellement des notes précisant les conditions d'exécution ou de prise en charge.

De fait, il n'y a pas de délai prescrit par les textes, entre l'émission de l'avis par la HAS et l'inscription de l'acte à la CCAM. La lourdeur de la procédure et les délais qui paraissent interminables pour rendre la CCAM réellement dynamique doivent inciter à revoir l'ensemble des textes qui encadrent la rédaction de la nomenclature professionnelle, notamment parce que celle-ci intègre des actes non pris en charge, ce qui la distingue de la liste des actes remboursables par l'assurance maladie.



radiation des actes qui y sont inscrits. **Ce pouvoir réglementaire relève donc de la seule Assurance maladie (UNCAM)**, même si le texte prévoit un avis de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et que le ministre chargé de la Sécurité sociale peut s'opposer à l'inscription ou à la radiation d'un ou de plusieurs actes (*voir encadré page précédente*).

La CCAM et le principe d'égalité

La deuxième question posée concerne l'application (égalitaire) par tous les médecins du forfait pour les actes d'urgences (code YYYY010 du chapitre XIX de la CCAM; 48 €). Il s'agit du « traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) ». Ce traitement est réalisé dans plusieurs situations d'urgence (détresses respiratoires, cardiaque d'origine allergique ou traumatique, état aigu d'agitation, état de mal comitial). Le Conseil d'État souligne que ce forfait est réservé « au cas où des actes techniques d'urgence

nécessitent la présence prolongée du médecin en dehors d'un établissement de soins ». Cette dernière notion (« établissement de soins ») est entendue comme un « établissement de santé ».

Les juges relèvent que « les médecins libéraux effectuant ces actes en dehors d'un tel établissement ne sont pas, même lorsqu'ils assurent la permanence des soins dans un cabinet de ville ou dans une maison de santé », dans la même situation que leurs confrères libéraux les effectuant dans un établissement de santé. Ainsi, ces médecins effectuant les actes en dehors d'un établissement de santé « ne sont confrontés qu'épisodiquement aux urgences mentionnées dans la rubrique YYYY010 et ne bénéficient pas de l'appui des personnels, du matériel et des locaux d'un établissement de santé ».

Le Conseil d'État constate ainsi que la différence de traitement entre médecins libéraux, selon qu'ils exercent ou non en « établissement de soins, est en rapport direct » avec l'objet de la CCAM. Il conclut à l'absence d'atteinte au principe d'égalité.

Autrement dit, la CCAM peut prévoir, pour un même acte, des conditions de rémunération différentes pour des praticiens placés dans des situations d'exercice différentes.

Une exclusivité



La CCAM au quotidien : quel code, quelle prise en charge, quels honoraires...

Indispensable !

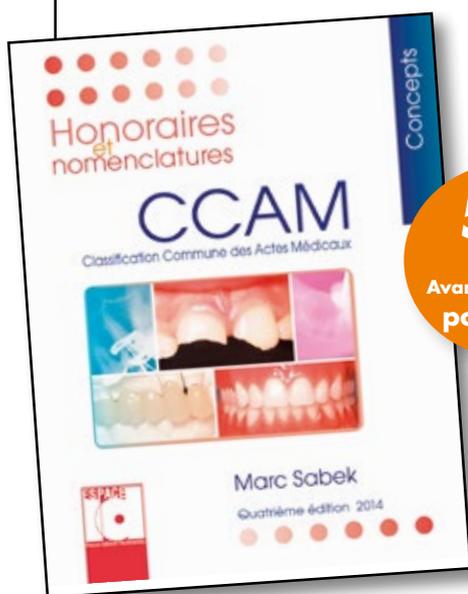
Je commande : Honoraires et nomenclatures CCAM

Nom Prénom.....
 Adresse

 Code postal Ville
 Tél E-mail.....

40 av. Bugeaud - 75784 Paris Cedex 16
 Tél. 01 56 26 50 00 - Fax 01 56 26 50 01
 abon@information-dentaire.fr

www.information-dentaire.fr



53€

Avantage Abonné
port offert