



Document de travail public

Koohnê, le 06/05/2023

Préambule : Justification des mesures

En Calédonie, lors de la tarification d'un soin, les professionnels conventionnés sont invités à utiliser la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP) en vigueur.

Cette NGAP est un listing de plusieurs centaines de pages où figurent les actes les plus courants de chaque profession, de la prise de sang à la chirurgie d'exérèse de la prostate, en passant par les soins de kinésithérapie pour une lombalgie.

Une prestation réalisée et non décrite au sein de cette NGAP ne pourra pas mener à sa cotation et donc à sa réalisation ou sa facturation.

Or en Nouvelle Calédonie, la NGAP en vigueur n'a pas évolué depuis 2005. Jusqu'en 2005, la nomenclature en vigueur en Nouvelle Calédonie était celle de métropole, constamment améliorée pour tenir compte des nouvelles pratiques et actes qui apparaissent. Puis il a été décidé d'intégrer la NGAP dans sa version de 2005, et depuis il n'y a plus eu de mise à jour.

Cependant, l'adaptation de la NGAP en métropole est constante et permet de faire correspondre au mieux le cadre de soin aux nécessités en évolution du besoin en Santé Publique. Cette adaptation nécessite un conseil d'experts en santé, chargés d'émettre des propositions de changements, et d'amender cette nomenclature. En Nouvelle Calédonie, nous ne pouvons-nous permettre ce mode de fonctionnement, faute d'avoir suffisamment d'experts à réunir au sein d'une commission annuelle de réforme de la NGAP.

La NGAP calédonienne est donc dans l'impasse depuis 2005 concernant les masseurs kinésithérapeutes (sa seule évolution en 18 ans portant à une modification de cotation pour un acte de neurologie)

Nous accueillons donc la demande du Contrôle Médical Unifié de la CAFAT, formulée le 27/03/2023 en commission de santé de la CAFAT, d'unifier à nouveau la NGAP métropolitaine et Calédonienne, avec bienveillance.

Détail de la mesure et de son impact financier

Concernant les masseurs-kinésithérapeutes,

Les changements sont principalement la valorisation du bilan diagnostic kinésithérapique, l'homogénéisation des cotations entre AMK et AMS (qui prévoyaient jusqu'à maintenant le choix pour un même acte entre un AMK 7 ou un AMS 7,5), la reconnaissance de la sénologie (création d'une cotation globale pour le lymphœdème post mammectomie) et l'abrogation de la cotation AMK6 pour l'accompagnement à la déambulation des personnes âgées sur 20mn.

Détail des changements ci-dessous :

Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :

– pour deux membres :

Passage d'un amk 8 en 8,5

Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60^e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.

Passage d'un amk 10,1 à 10,7

Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre).

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale

Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale

Rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage:

– d'un membre :

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale

– de deux membres :

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale

Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur).

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale

Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale

Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...) :

– d'un membre ou du tronc.

Passage d'un amk 7 à 8

Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire.

Passage d'un amk 7 à 8

Rééducation abdominale du post-partum.

Passage d'un amk 7 à 8

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :

– atteintes localisées à un membre ou à la face.

Passage d'un amk 8 (cf Arrêté n°2007-679/GNC) à 8,5

– atteintes intéressant plusieurs membres.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale (cf Arrêté n°2007-679/GNC)

Rééducation de l'hémiplégie.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale (cf Arrêté n°2007-679/GNC)

Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale (cf Arrêté n°2007-679/GNC)

Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie :

– localisation des déficiences à un membre et sa racine.

Passage d'un amk 8 (cf Arrêté n°2007-679/GNC) à 8,5

– localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale (cf Arrêté n°2007-679/GNC)

Rééducation des malades atteints de myopathie.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale (cf Arrêté n°2007-679/GNC)

Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile.

Mise à jour de la NGAP mais cotation égale (cf Arrêté n°2007-679/GNC)

Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques).

Passage d'un amk 7 à 8

Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques.

Passage d'un amk 7 à 8

Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel:

– pour un membre ou pour le cou et la face.

Passage d'un amk 7 à 8

Rééducation pour un lymphoedème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphoedème.

Création d'un amk 15,5

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback.

Passage d'un amk 8 (cf Arrêté n°2007-679/GNC) à 8,5

Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé.

Passage d'un amk 8 à 8,5

Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes).

Abrogation de l'acte.

Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre.

Passage d'un amk 7 à 8

On constate qu'en 23 ans, la Nomenclature métropolitaine a fortement évolué, favorisant la prise en charge des bilans, et valorisant des filières auparavant délaissées par les praticiens faute de pouvoir obtenir une rémunération au niveau des exigences de certains actes (sénologie par exemple).



On constate également que les cotations principalement utilisées par les masseurs-kinésithérapeutes (affection rhumatologiques et orthopédiques) n'ont pas bénéficié d'augmentation, de par leur côté très généraliste. Et cette constatation a son importance car les AMK 8, AMS 7,5 et AMS 9,5 sont très majoritairement cotés par les masseurs-kinésithérapeutes et forme le gros de la dépense de santé. Leur évolution aurait inexorablement mené à une augmentation proportionnelle de l'enveloppe dédiée aux soins en kinésithérapie en Nouvelle Calédonie.

Sauf pour quelques cabinets spécialisés en lymphologie, ou en neurologie, l'impact de cette nomenclature touchera surtout les masseurs-kinésithérapeutes qui souhaitent réaliser des bilans systématiques et les transmettre aux médecins prescripteurs.

Ne bénéficiant pas de chiffres précis sur la quantité exacte d'actes en fonction de chaque cotation par ans, un calcul de notre part pour chiffrer cette mesure serait au mieux hasardeux. Nous ne nous risquons donc pas à un chiffrage précis.

Cependant, les données issues de cabinets volontaires montrent une projection d'augmentation de 0.214% avec leur activité actuelle. Ce chiffre est à balancer par le fait qu'une cotation plus attractive sur un acte donné va probablement pousser des confrères à modifier leur pratique et à se former dans ce domaine spécifique, augmentant donc le nombre de prises en charge spécifiques et le niveau de formation dédié.

Conclusion

Vous l'aurez compris, les résultats de cette analyse préliminaire sont principalement un détail du souhait du CMU de voir la NGAP actuelle évoluer plus librement grâce à la dynamique de soin métropolitaine.

Nos données ne nous permettent pas de chiffrer exactement cette décision en l'état.

Cependant nous ne pouvons que nous réjouir de voir des soins spécifiques valorisés. En effet, la valorisation permet le développement de filières de soins plus efficace et évite que des patients se retrouvent en difficulté pour accéder à des soins, jugés trop peu valorisés par les soignants et par conséquent non priorités.

Nous apportons une remarque qui nous paraît également essentielle : la NGAP métropolitaine est intéressante car elle a subi des évolutions spécifiques suivant la santé publique métropolitaine.

Se reposer sur cette nouvelle NGAP ne doit pas nous faire oublier les spécificités de notre territoire en matière de santé publique :

Nous pensons spécifiquement à la filière métabolique, et à l'obésité, grande absente de cette NGAP malgré des éléments probants dans la bibliographie liant activité physique adaptée et réduction des conséquences de l'obésité.

Le travail initié sur la filière cardio pulmonaire doit aussi aboutir après l'expérimentation menée il y a quelques années, qui rendait trop exclusif la pratique de cette rééducation, et a mené à son



essoufflement. Or les maladies cardio-pulmonaires sont encore un problème très couteux en Nouvelle Calédonie, et le masseur-kinésithérapeute n'a pas les moyens dans la NGAP de valoriser leur prise en charge.

Aussi, nous proposerons à la DASS NC et aux provinces, avant la fin d'année, des projets de cotation en rapport avec les enjeux de santé publique et de prévention, pour garder notre spécificité calédonienne, en complétant et en amendant les recommandations d'expert qui ont mené à la nomenclature métropolitaine.

Pour la profession,
Par le SMKNC

Romain Terrat
Président du SMKNC

Remerciements spécifiques à Romain TERRAT, Hugo VU VIET CHUAN, Charlène BONNAUDET, Laurent RICAUD pour leur travail de fond sur ce dossier.