

# Compte rendu

ASSEMBLÉE NATIONALE

Mercredi  
21 janvier 2026

Séance de 8 heures 30

**Commission des affaires sociales**

17<sup>e</sup> LÉGISLATURE

**Mission d'évaluation et de contrôle  
des lois de financement  
de la sécurité sociale**

Compte rendu n° 01

– Audition du Haut Conseil des nomenclatures :  
Pr François Richard, président, et Dr Christian  
Espagno, vice-président .....2

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

**Présidence de  
M. Cyrille Isaac-Sibille,  
*co-président***



*La séance est ouverte à huit heures trente.*

*(Présidence de M. Cyrille Isaac-Sibille, co-président)*

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale auditionne le Pr François Richard, président du Haut Conseil des nomenclatures, et le Dr Christian Espagno, vice-président du Haut Conseil des nomenclatures (HCN).*

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Je remercie le professeur Richard et le docteur Espagno de nous rejoindre ce matin. Nous avons souhaité, comme nous le faisons régulièrement dans le cadre de nos auditions, nous concentrer sur des thèmes pointus, afin d'obtenir des réponses précises. Nous l'avions fait l'année dernière sur le médicament ; nous nous penchons aujourd'hui sur la question de la nomenclature. Ces sujets sont souvent très techniques, et c'est pourquoi je vous remercie d'avoir répondu au questionnaire qui vous a été envoyé. Tout l'intérêt de cette heure d'audition réside dans cet échange : nous disposons déjà de vos réponses écrites, et l'objectif est maintenant d'approfondir les différents points que vous avez soulevés.

Le sujet est d'une grande importance, puisqu'il s'agit du principe de la nomenclature des actes médicaux, qui conditionne la rémunération des professionnels de santé. Nous faisons face à une obsolescence de la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui n'a pas été revisitée depuis 2004.

Ma première question portera sur les raisons qui nous ont conduits à la situation actuelle. Pourriez-vous revenir en introduction sur les facteurs qui expliquent que la CCAM n'ait pas été révisée depuis 2004 et soit aujourd'hui complètement obsolète ? Je souhaiterais également que vous détailliez l'ensemble des distorsions que cette situation induit. Nous avons constaté, notamment lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, que ce sujet revenait sans cesse, qu'il s'agisse du problème des dépassements d'honoraires ou de ce que certains ont qualifié de « rentes », c'est-à-dire des cotations surévaluées.

Par ailleurs, je n'ai jamais bien compris comment les médecins pouvaient admettre entre eux l'existence d'un gradient de rémunération allant de 1 à 5 selon les spécialités, et que cet état de fait soit accepté par l'ensemble de la profession.

**Pr François Richard, président du Haut Conseil des nomenclatures.** Le docteur Espagno et moi-même sommes heureux d'être auditionnés ce jour, car nous pensons qu'il est important que la commission des affaires sociales puisse débattre de ce sujet.

Pour resituer le contexte, du temps de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), nous ne savions rien ; nous disposions d'une lettre et d'un chiffre, mais nous ignorions à quel acte ils correspondaient. La mise au point de la CCAM en 2004, au terme de dix ans de travail, a constitué un très grand progrès. Pour la première fois, un code permettait de savoir précisément quel acte était réalisé, et il devenait possible, à l'échelle nationale, de connaître exactement la nature des dépenses de santé.

Le problème est que les médecins, et nous en faisons déjà partie à l'époque, avaient demandé que cette CCAM fasse l'objet d'un suivi et d'une évolution, ce qui a été refusé. De plus, lors de sa mise en œuvre sur le terrain, des discussions syndicales et politiques particulièrement importantes ont entraîné de nombreuses distorsions, qui perdurent aujourd'hui puisque rien n'a changé depuis.

Plusieurs facteurs expliquent la situation actuelle. Premièrement, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) se trouvait dans une situation de conflit d'intérêts, puisqu'elle était à la fois celle qui décidait et celle qui payait. Deuxièmement, la CCAM est restée figée, alors même que des progrès fantastiques ont lieu tous les quatre ans ; en près de vingt-cinq ans, elle n'était donc plus du tout à jour. Troisièmement, la Cnam avait, à juste titre, établi lors de la construction de la CCAM des règles générales qui, pour beaucoup, se justifiaient à l'époque, mais qui ne sont plus du tout défendables aujourd'hui, car les pratiques ont complètement changé.

Il y a vingt-cinq ans, un acte chirurgical consistait à ouvrir, retirer ou remplacer un organe, puis refermer. Aujourd'hui, de nombreuses procédures précèdent l'ouverture, comme la neuronavigation ou des enregistrements réalisés par les chirurgiens ou les médecins interventionnels. Tout ce temps de travail et ces actes préparatoires ne sont pas pris en compte et n'existent pas dans la nomenclature. En pneumologie, par exemple, les équipes réalisent systématiquement l'intervention la veille sur des jumeaux numériques. Par ailleurs, l'échographie s'est transformée et est désormais utilisée par les chirurgiens et les médecins, et non plus seulement par les radiologues, pour améliorer leurs gestes. Tous ces actes existent, mais ne sont pas reconnus.

Enfin, un dernier point : en même temps que la CCAM était construite, la Haute Autorité de santé (HAS) a remplacé l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et son évaluation est devenue obligatoire pour inscrire les actes à la nomenclature. La difficulté est que la HAS met en moyenne entre deux à dix ans pour valider un acte et n'en valide qu'une dizaine par an. En conséquence, avec le docteur Espagno et l'ensemble du Haut Conseil des nomenclatures (HCN), nous avons identifié plusieurs centaines d'actes qui sont couramment utilisés, mais qui ne sont jamais passés par la HAS et ne sont donc pas inscrits.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Cela rejoint ma deuxième question. De quels moyens disposez-vous pour travailler et pour assurer le suivi de la CCAM ? Quels sont vos moyens actuels et de quels moyens supplémentaires auriez-vous besoin ? Vous évoquez les difficultés liées à la HAS. Est-ce uniquement un problème de moyens ou est-ce aussi un problème d'organisation ? Quelles sont vos propositions à ce sujet ?

**Dr Christian Espagno, vice-président du Haut Conseil des nomenclatures.** Pour mesurer l'ampleur du chantier et de l'obsolescence de la nomenclature dont parlait le professeur Richard, il faut savoir que les différents comités cliniques, qui ont travaillé par familles cohérentes d'actes, ont modifié environ 50 % des libellés. Cela signifie qu'avant cette révision, la moitié des libellés de la CCAM n'étaient plus adaptés à la réalité de la pratique.

Vous souligniez, monsieur le président, le caractère extrêmement technique de ce sujet, mais ces travaux nous ont permis de mesurer l'ampleur des évolutions de la pratique médicale en vingt ou vingt-cinq ans ; elles n'ont plus rien à voir avec ce qu'elles étaient à l'époque. Cela ne fait que renforcer la nécessité d'assurer une maintenance de la nomenclature au fil de l'eau, un sujet qui nous tient particulièrement à cœur.

En ce qui concerne les moyens, le législateur a prévu que le HCN s'adosserait à la Cnam pour ses travaux. Ces derniers nécessitent une infrastructure extrêmement importante. Nous avons créé quarante-trois groupes de travail, composés chacun d'une quinzaine de médecins, mobilisant ainsi près de 600 praticiens. Cela exigeait une organisation considérable. Or, la Cnam n'a pas pu mettre à notre disposition les ressources humaines nécessaires pour réaliser ce travail.

Lorsque nous avons participé, avec le professeur Richard, à la mise en place de la CCAM entre 1997 et 2005, le département des actes de la Cnam comptait une vingtaine de médecins dédiés à cette tâche, pour un travail d'une ampleur comparable. Pour la refonte actuelle, la Cnam n'a pu mettre à notre disposition depuis 2020 qu'entre quatre et huit médecins, selon les périodes, qui plus est à temps non complet, car ils avaient d'autres missions à accomplir. Par conséquent, quelles que soient leur bonne volonté et leur capacité de travail, le traitement a été beaucoup plus lent qu'à l'époque, alors que la mise en place de la CCAM avait déjà pris huit à dix ans.

Nous avons donc clairement un problème de moyens et ne disposons d'aucune marge de manœuvre. Le HCN est certes une structure indépendante, mais il dépend totalement de la Cnam pour ses ressources, qu'elles soient humaines ou économiques.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Il faudra peut-être envisager une audition de la Cnam, ainsi que de la HAS, sur ce sujet. Vous arrivez pratiquement au terme de votre travail sur les codes. Vous nous avez expliqué comment vous avez procédé à la hiérarchisation des actes par rapport à un acte de référence. Les réponses apportées au questionnaire expliquent très bien la hiérarchisation intra-famille et extra-famille. J'aimerais comprendre si ce travail est achevé ou s'il se poursuivra jusqu'à la fin de l'année 2026.

Une fois les codes établis, il faudra leur attribuer une valeur monétaire. La question qui nous intéresse tous est de savoir qui fixera cette valeur. Pour ce faire, des propositions devront être formulées, ce qui s'annonce particulièrement complexe. J'ai cru comprendre que les organisations professionnelles le réclamaient. Dans le cadre de votre mission, est-ce à vous qu'il reviendra de faire une proposition ? Compte tenu du conflit d'intérêts que vous avez mentionné s'agissant de la Cnam, j'aimerais savoir comment votre travail se traduira concrètement.

**Pr François Richard.** Le travail de réécriture des actes, comme l'a mentionné le docteur Espagno, est terminé depuis deux ou trois mois. Les 13 600 actes ont été revus, et nous en comptons désormais près de 14 000, car certains ont dû être dédoublés pour tenir compte des progrès techniques. Ce travail a été validé par les 600 médecins qui collaborent régulièrement avec nous.

Concernant la partie hiérarchisation, environ un tiers est achevé. Sur les quarante-trois comités de hiérarchisation que nous avons créés, un tiers a terminé ses travaux, et nous espérons finaliser les deux tiers restants au cours de l'année 2026.

La méthode de définition du tarif décidée en 2005 consiste à attribuer à chaque acte une quantité de travail médical, par exemple 300 points. Ces points sont ensuite multipliés par un coefficient, actuellement de 0,47 euro, pour définir le tarif médical. À cela s'ajoute le coût de la pratique, qui correspond aux charges du médecin. Ce coût de la pratique est négocié exclusivement entre la Cnam et les syndicats professionnels nationaux ; nous n'intervenons pas dans ce domaine. D'ailleurs, des discussions sont en cours à ce sujet depuis un mois et demi. Un coefficient de charges, variable selon les spécialités, est appliqué. Le tarif final est donc la somme du tarif médical – points de travail multipliés par 0,47 – et du coût de la pratique.

La définition du nombre de points de travail est l'objet de la hiérarchisation. Initialement, pour chaque spécialité, un acte emblématique avait été choisi. En chirurgie digestive, par exemple, il s'agissait de l'opération de la vésicule biliaire. Une vingtaine d'experts devaient alors comparer tous les autres actes de la spécialité à cet acte de référence,

en estimant par exemple qu'une colectomie était trois fois plus compliquée et une appendicite deux fois moins.

Cette fois, en élaborant la nouvelle méthodologie, nous avons considéré qu'il était difficile de comparer des actes lorsque les écarts de complexité sont trop importants. Nous avons donc construit ce que nous appelons des « actes repères ». Dans chaque spécialité, il y a toujours un acte de référence, comme la vésicule, mais nous avons ajouté une échelle de dix à quinze actes intermédiaires de complexité variable, comme l'appendicite, la colectomie ou la duodéno-pancréatectomie. Les autres actes sont alors comparés à l'acte repère le plus proche sur cette échelle, ce qui facilite les comparaisons et les rend plus justes.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** La question qui se pose ensuite est celle de la hiérarchisation entre les spécialités.

**Dr Christian Espagno.** La première phase de notre travail consiste à hiérarchiser les actes les uns par rapport aux autres au sein d'une même famille cohérente, c'est-à-dire une famille d'actes pratiqués par une ou deux spécialités. Cette approche vise à éviter les incohérences passées, comme en 2000-2005, où différentes spécialités traitaient les mêmes actes. Par exemple, la chirurgie du rachis peut être effectuée par des chirurgiens orthopédistes ou des neurochirurgiens. Nous les avons donc réunis dans le même groupe de travail, afin que leurs propositions soient cohérentes pour les actes qu'ils réalisent couramment.

Dans cette première étape, nous leur demandons d'évaluer la valeur de travail d'un acte donné – le double, la moitié, etc. – par rapport à l'acte de référence et aux actes repères. Il est essentiel de comprendre qu'il s'agit d'une hiérarchie établie selon des critères constants, quelles que soient les familles concernées, à savoir la durée de l'acte et le temps de mobilisation du praticien.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Concernant les spécialités, et plus particulièrement les spécialités voisines, chacun sait que les écarts de rémunération sont aujourd'hui très importants, et c'est là que réside la difficulté. Faut-il s'attendre à des modifications profondes des rémunérations entre les spécialités ?

**Dr Christian Espagno.** Oui, clairement. L'évolution des pratiques a rendu certains actes beaucoup plus simples à réaliser, tandis que d'autres sont devenus plus complexes, ce qui a creusé des écarts qu'il faut corriger. Ce premier point peut expliquer les différences.

Ensuite, lorsque les experts évaluent un acte récent ou innovant, ils ont tendance à le survaloriser, car son apprentissage n'est pas encore maîtrisé. Avec le temps, les praticiens s'habituent, l'acte devient plus simple et des améliorations apparaissent. L'absence de maintenance de la nomenclature a contribué de façon considérable à ces écarts, que nous devons désormais corriger.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Votre travail est considérable et nous vous en félicitons. Il est clair que cela entraînera des changements importants. Comment envisagez-vous la mise en œuvre de cette réforme ? Sera-t-elle brutale ou progressive ? Comment voyez-vous l'application concrète de vos travaux ?

**Pr François Richard.** Il s'agit d'une question difficile. Prenons l'exemple de la cataracte. En 2000, sa cotation a été calculée sur la base d'une durée de 40 minutes, ce qui correspondait à la réalité de l'époque. Aujourd'hui, l'intervention dure 5 minutes. On pourrait en conclure qu'il y a un problème, et cela est en partie vrai. Inversement, les outils que nous utilisons, notamment les lasers femtoseconde, sont extrêmement plus complexes

qu'auparavant. Les critères d'évaluation de la charge de travail incluent la durée, mais aussi le stress, la compétence technique et l'effort mental.

En urologie, ma spécialité, nous utilisons couramment une quinzaine d'appareils techniques totalement différents ; il ne s'agit plus simplement d'un bistouri. Il est évident que les praticiens doivent maîtriser de nombreuses nouvelles technologies, et cela doit être pris en compte dans la rémunération.

Il faut donc trouver un équilibre : lorsqu'une intervention devient plus simple, comme la lithotritie extracorporelle dont le tarif a baissé avec le temps, il est normal que la rémunération diminue. En revanche, lorsque la complexité augmente, la rémunération doit suivre. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous plaçons pour un suivi continu de la nomenclature, afin que les ajustements se fassent dans les deux sens.

Dans les comités de travail, les médecins discutent entre eux et s'autorégulent, n'hésitant pas à dire : « Non, ce que nous demandons est trop cher, il faut diminuer. » Ils prennent conscience de l'importance d'avoir des tarifs justes. Nous leur expliquons que l'essentiel est de préserver la hiérarchie entre les actes : une appendicite doit toujours valoir deux fois moins qu'une vésicule, etc.

Ensuite, la Cnam peut ajuster la valeur globale en modifiant le coefficient multiplicateur, par exemple en le passant de 0,47 à 0,30 ou 0,50. Si l'enveloppe est fermée et que le nombre d'actes augmente, la valeur du point diminue mécaniquement.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Vous évoquez l'évolution des techniques. En radiologie, il existe une distinction entre l'acte intellectuel, le geste et le forfait technique pour l'équipement. N'envisagez-vous pas d'instaurer des forfaits techniques pour l'appareillage utilisé en chirurgie, par exemple ? Comment les choses sont-elles envisagées sur ce point ?

**Pr François Richard.** En urologie, nous utilisons quinze machines différentes pour lesquelles il n'existe aucun forfait technique. Leur financement n'est donc pas assuré, sauf par le biais des groupes homogènes de séjours (GHS) dans les établissements. Un problème majeur – le docteur Espagno me complétera sur ce point – est que l'évolution des honoraires et celle des GHS sont totalement dissociées, ce qui est absurde.

Pour vous donner un exemple, les nouveaux traitements du cancer de la prostate par ultrasons focalisés de haute intensité ont été inscrits à la nomenclature par le HCN pour une durée limitée, afin d'accélérer le processus. Cet acte, inventé en France et utilisé dans le monde entier depuis quinze ans, n'était toujours pas remboursé sur notre territoire. Il l'est enfin depuis un mois, mais l'intervention ne peut plus être réalisée, car le ministère de la Santé a oublié de créer le GHS correspondant.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** On le voit bien, ce matériel appartient désormais aux hôpitaux ou aux cliniques et est financé par eux, et non par le médecin. C'est tout le problème de la distinction avec le radiologue. Mais dès lors que le matériel est financé par l'établissement, son coût devrait être intégré dans le GHS et non plus être à la charge du médecin.

**Pr François Richard.** Il est indispensable d'avoir une discussion parallèle sur ces deux volets, car actuellement, on peut imaginer une augmentation des honoraires accompagnée d'une baisse du GHS, ou l'inverse, ce qui est totalement illogique.

**Dr Christian Espagno.** Monsieur le président, je voudrais revenir sur la question fondamentale que vous avez posée, celle de l'atterrissage de la réforme. Si nous concluons

nos travaux fin 2026 comme nous l'espérons, nous les confierons aux partenaires conventionnels, qui négocieront en 2027 l'avenant permettant la mise en place de la nouvelle CCAM. Nos propositions entraîneront des modifications fondamentales en termes de valeur de points de travail, avec un impact direct sur le tarif des actes.

À ce moment-là, plusieurs options lourdes de conséquences se présenteront. La première serait d'appliquer d'emblée les nouvelles valeurs et les tarifs qui en découlent. La deuxième serait de reprendre le choix fait en 2000, avec le dogme « pas d'actes perdants ». Une valeur cible était fixée ; pour les actes jugés « trop payés », cette cible devait être atteinte progressivement grâce à l'inflation, leur rémunération n'étant pas revalorisée. En contrepartie, les actes « gagnants » voyaient leurs honoraires augmenter très lentement.

Le problème est que l'inflation a considérablement baissé dans les années 2010, et certains actes n'ont toujours pas atteint les tarifs prévus à l'époque. On comprend le souci de ne pas bouleverser l'équilibre économique de certaines spécialités, mais il faudra éviter d'attendre à nouveau vingt ans pour atteindre les justes tarifs.

Une autre possibilité, à laquelle la Cnam réfléchit, serait de définir une enveloppe globale par spécialité. Les valeurs des actes évolueraient au sein de cette enveloppe, qui resterait stable pour ne pas mettre en difficulté les praticiens. L'inconvénient, comme vous l'avez souligné, est que cela maintiendrait les écarts de rémunération entre les spécialités.

Ce point est particulièrement important. Nous espérons que le HCN sera consulté. Notre voix n'est que consultative, la décision appartenant aux partenaires conventionnels, mais nous pouvons apporter des éléments techniques et scientifiques. Nous pourrions par exemple indiquer que tel acte doit atteindre rapidement la valeur que nous proposons, ou que la tarification de tel autre n'est plus du tout adaptée. En tant que structure indépendante ayant mené une réflexion scientifique sur la valeur des actes, nous pourrions jouer un rôle de conseil utile si les partenaires conventionnels nous sollicitent.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Je retiens deux points principaux. Premièrement, le fait que vous soyez adossé à la Cnam pose un problème de moyens et de dépendance, tandis que la HAS ne parvient pas à suivre le rythme. Il semble nécessaire de trouver un nouveau système. Deuxièmement, le conflit d'intérêts de la Cnam, qui à la fois fixe les règles et paye.

À cet égard, si vous avez des propositions à nous faire pour une nouvelle organisation qui garantirait votre autonomie, assurerait un suivi efficace et éviterait que la nomenclature ne redevienne rapidement obsolète comme après 2004, nous sommes preneurs. Faut-il par exemple vous adosser à la HAS plutôt qu'à la Cnam ? Nous attendons vos propositions.

**Pr François Richard.** Nous avons deux propositions générales que nous essayons de faire valoir auprès de la Cnam, avec quelques difficultés.

La première concerne la règle de « non-association d'actes ». Actuellement, si deux actes sont réalisés, le premier est payé à 100 % et le second à 50 %. Au-delà, il n'y a plus de rémunération. Nous avons proposé de créer des « procédures construites », ce que la Cnam a accepté en principe. Par exemple, le traitement d'une endométriose complexe nécessite en général quatre interventions chirurgicales distinctes au cours de la même opération. Aujourd'hui, seules deux sont rémunérées. Il faut adapter la nomenclature à une médecine qui se veut personnalisée.

Autre exemple : les prothèses de hanche ou de genou. Réaliser une intervention bilatérale en une seule fois est interdit. Les chirurgiens opèrent donc un côté, puis l'autre six mois plus tard, ce qui double les coûts : ambulance, hospitalisation, anesthésie. Depuis trois ans, je demande à la Cnam de mener une étude économique simple à partir des données du système national des données de santé (SNDS) pour calculer combien cette interdiction de l'association d'actes lui coûte réellement. Pour économiser 500 euros sur le prix de la prothèse, on dépense probablement 3 000 ou 4 000 euros de frais d'hospitalisation supplémentaires.

La seconde proposition est encore plus importante. La lenteur de la HAS, non par mauvaise volonté, mais par manque de moyens, bloque l'inscription de certaines d'actes. La loi est claire : sans avis de la HAS, pas d'inscription. Lorsque nous interpellons la HAS ou la Cnam en leur disant : « Si vous ne les remboursez pas, interdisez-les », elles refusent, laissant les médecins dans un vide juridique.

Notre proposition est de donner un code à chaque acte, même s'il n'est que descriptif dans un premier temps. Cela permet de collecter des données. Nous l'avons fait avec succès pour la chirurgie robotique. Il y a cinq ans, nous étions incapables de quantifier le nombre d'opérations assistées par robot. J'ai proposé à la Cnam de créer un code descriptif, et elle a même accepté d'y associer un tarif temporaire. En quatre ans, nous avons constitué une base de données de 110 000 malades opérés par robot, ce qui nous permet de comparer les résultats avec les autres techniques et de démontrer la valeur de l'innovation.

Nous proposons de généraliser ce système à tous les actes non inscrits à la CCAM, avec une obligation de registre en vie réelle. En trois ans, nous obtiendrions des données sur des dizaines ou des centaines de milliers de cas *via* le SNDS, ce qui permettrait une évaluation correcte. Actuellement, les assimilations créent un trou noir dans le SNDS ; avant la création du code robotique, 90 % des malades opérés par robot étaient mal cotés. Il s'agit d'un sujet majeur.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Vous avez expliqué la large concertation menée avec les médecins au sein de vos comités. La fixation de la nomenclature est-elle concertée ? La question des tarifs, laissée in fine à la Cnam, peut-elle faire craindre que ceux-ci soient imposés, ce qui poserait un problème ? Je dis cela, car de nombreux médecins participent à vos travaux et formulent des propositions intelligentes en matière d'efficience et de pertinence pour les patients.

D'ailleurs, aura-t-on le courage de sortir de la nomenclature certains actes qui ne sont plus pertinents ? On sait que certains sont réalisés uniquement parce que d'autres, plus adaptés, mais moins invasifs, ne sont pas valorisés.

Ma deuxième question porte sur les arrière-pensées financières. Si l'on n'adopte pas une logique vertueuse consistant à valoriser les actes utiles tout en éliminant les actes inutiles ou redondants, on risque de se heurter à la logique des enveloppes globales. Cette question financière est-elle totalement mise de côté jusqu'en 2026-2027 ? L'angoisse des professionnels face à une réforme qui pourrait être imposée paralyse toute initiative, alors même que sur le terrain, ils sont favorables à une révision. Quelle méthode préconisez-vous pour réformer sans mettre toute la profession vent debout ?

Enfin, nous avons voté une accélération de la révision de la nomenclature. Cette mesure a été immédiatement perçue comme une volonté de donner un pouvoir unilatéral à la Cnam, ce qui n'était pas l'esprit du texte. L'idée était d'aller plus vite pour ne pas refaire la même erreur et attendre vingt ans. Quelles modifications législatives, réglementaires ou

conventionnelles faudrait-il apporter pour que, une fois la nouvelle nomenclature établie en 2027, on puisse la réviser rapidement ? Il s'agit d'un enjeu crucial si nous voulons réaliser des économies intelligentes plutôt que de continuer à appliquer des rabots aveugles. Nous sentons bien que derrière cette révision se cache une volonté de faire des économies, ce qui, dans un contexte de vieillissement de la population, est une approche qui nous mènera dans le mur.

**Dr Christian Espagno.** Concernant les actes obsolètes, le problème est relativement simple. Les comités cliniques ont identifié 300 à 400 libellés qui ne correspondent plus aux règles de bonne pratique. Nous demanderons leur suppression. Le seul obstacle réglementaire est la nécessité d'un avis positif de la HAS. Dès 2021, nous avons négocié avec elle une procédure simplifiée pour ces décisions. Les experts et les conseils nationaux professionnels (CNP) rédigent actuellement des fiches qui sont transmises à la HAS. Normalement, tous les libellés jugés obsolètes devraient donc disparaître.

Le deuxième point que vous soulevez est fondamental. On nous a chargés d'un travail de hiérarchisation des actes, c'est-à-dire de quantifier la charge de travail pour chacun d'eux. Comme l'a dit le professeur Richard, la formule actuelle de calcul de l'honoraire comprend la rémunération du travail médical et le coût de la pratique. Si cette règle est maintenue et respectée, le tarif correspondra à une réalité scientifique. En revanche, si la Cnam prend une décision unilatérale et fixe un tarif arbitraire, on s'écartera de la rigueur scientifique pour entrer dans une pure négociation syndicale.

Vous faisiez allusion aux articles 77 et 78 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Personnellement, ces articles ne m'ont pas choqué, car je les ai vus comme une opportunité de valider ce que nous réclamons à cor et à cri : une maintenance de la nomenclature. Mais pour cela, il faut que les règles du jeu soient respectées. Lorsque le directeur général de la Cnam ou les CNP estiment que les pratiques ont suffisamment changé pour justifier une révision de la hiérarchisation d'un acte, ils doivent saisir le HCN, comme le prévoit l'article.

Le HCN doit alors, en toute indépendance, réaliser son travail d'expertise et déterminer la nouvelle valeur de travail. Il est ensuite impératif que les partenaires conventionnels appliquent cette valeur et ne décident pas arbitrairement que ce sera « 10 % de moins ». Cette procédure peut donc être une très bonne ou une très mauvaise chose, selon que l'on s'en tient ou non aux règles établies par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. J'ai d'ailleurs rappelé au président de votre commission et à la directrice de cabinet de la ministre que le code prévoit la saisine obligatoire du HCN pour déterminer la valeur en points de travail.

**Mme Joëlle Mélin (RN).** Merci de venir nous éclairer sur la nomenclature, qui occupe une place de plus en plus centrale dans le monde médical. Pour avoir vu naître et se développer la NGAP puis le programme de médicalisation des systèmes d'information, j'ai assisté à une complexification croissante.

Je souhaiterais avoir votre avis sur un point particulier. Ayant été médecin rééducateur, j'ai moi-même pratiqué la nomenclature et observé l'usage qu'en font les professionnels de santé. La règle de la dégressivité des tarifs pour les actes associés, le deuxième étant moins rémunéré et le troisième non rémunéré, perturbe le système et incite à une forme de « course à la nomenclature », ce qui, je le crains, est à l'origine d'une partie de la fraude.

Ma question est la suivante : était-il vraiment utile d'être aussi descriptif ? Comment peut-on traiter un segment du rachis sans aborder les segments supérieur et inférieur ? Comment traiter un coude sans considérer le poignet, l'épaule, voire le rachis ? L'être humain est un tout. Sommes-nous obligés de le détailler à ce point ? Je comprends que cela devienne plus complexe dès que la technique et les coûts d'infrastructure entrent en jeu, mais nous sommes alors face à deux mondes différents pour un seul et même être humain. Pensez-vous qu'une simplification aurait été possible ? Vos travaux s'orientent-ils vers une simplification ou vers toujours plus de détails ? En rééducation, nous étions passés de 700 à près de 7 000 actes.

**Pr François Richard.** Nous n'avons pas réduit le nombre de descriptions, qui reste important. En revanche, la nouveauté par rapport à 2005 est que nous avons expliqué aux comités qu'il était inutile de chercher à définir des tarifs variés à l'euro près. On peut très bien imaginer, pour une spécialité comptant 200 actes, que 50 d'entre eux aient le même tarif, même si leur description diffère. La description conserve un intérêt, notamment pour évaluer la pertinence, mais il ne faut pas jouer sur des variations tarifaires minimales. En pratique, c'est ce qui se fait : les experts raisonnent par groupes d'actes ou de technologies. Nous leur avons demandé de ne pas créer de différences de tarif injustifiées.

Pour répondre à monsieur le rapporteur général sur la pertinence, qui est en effet un problème majeur, le système des registres en pratique réelle a déjà commencé à faire ses preuves. En ophtalmologie, par exemple, une étude sur la cataracte, à laquelle participent plusieurs centaines de praticiens, permet d'améliorer la pertinence des soins grâce au partage anonymisé des résultats. L'intelligence artificielle a même permis de montrer que pour certains profils de malades, l'opération n'apporterait pas d'amélioration et ne devait donc pas être réalisée.

Monsieur le président, je serais heureux si nous pouvions avoir une réunion avec votre mission d'évaluation dédiée à l'évaluation et à l'inscription des actes. Si nous ne changeons pas le mode de fonctionnement actuel de la HAS, dans trois ans, 200 actes supplémentaires qui devraient être inscrits ne le seront pas. Nous avons une proposition à faire, peu coûteuse, qui nécessite simplement que tous les acteurs – professionnels, tutelles et vous-mêmes – se parlent. Des solutions simples existent et ont déjà été testées avec succès, comme le montre l'exemple de la robotique. Nous faisons face à des blocages que nous devons lever, et votre rôle à cet égard est particulièrement important.

**M. Michel Lauzzana (EPR).** Ma préoccupation concerne l'intégration de l'innovation, car la médecine accélère. Vous avez en grande partie répondu, mais je pense par exemple au référentiel des actes innovants hors nomenclature, qui a parfois freiné l'évolution. La médecine génomique pose aujourd'hui un vrai problème d'intégration. Ma question est la suivante : de quel recours disposez-vous en cas de conflit avec la Cnam, qui a une vision comptable, alors que la vôtre est technique ? Les choses se règlent-elles uniquement à l'amiable, ou le ministère a-t-il une vision pour arbitrer ?

**Dr Christian Espagno.** La porte d'entrée pour tous les actes innovants est la HAS. C'est elle qui, en premier lieu, freine le système, car l'évaluation des actes est particulièrement longue. Tant que nous n'avons pas son feu vert, c'est-à-dire un service attendu suffisant et une amélioration du service attendu, nous ne pouvons pas inscrire l'acte à la nomenclature « tarifante ».

Nous pouvons, en accord avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, utiliser un code descriptif. L'acte a un code, comme pour les robots, mais sans tarif associé. Cela permet au moins de suivre son évolution.

Par ailleurs, le législateur a doté le HCN d'un outil très important : l'inscription provisoire. Nous pouvons inscrire un acte à la CCAM « tarifante » pour une durée de trois ans, renouvelable une fois. Cela donne plus de souplesse à la HAS, qui peut donner son feu vert tout en demandant des éléments supplémentaires. L'acte est alors inscrit avec un tarif que nous avons calculé, et le HCN demande systématiquement la mise en place d'un registre en vie réelle pour suivre sa réalisation et répondre aux questions complémentaires.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Je vous remercie encore pour tous ces apports, ainsi que pour vos réponses détaillées au questionnaire. Je pense que nous compléterons cette audition par une table ronde en y associant d'autres acteurs. Merci de nous faire remonter vos propositions, notamment concernant le schéma d'organisation que vous avez évoqué. Une fois que nous les aurons reçues, nous organiserons une table ronde avec la HAS afin de voir comment améliorer le fonctionnement du système, afin que nous puissions, à notre tour, formuler nos propres propositions.

*La séance est levée à neuf heures trente.*