

Compte rendu

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

Mercredi
25 mars 2026

Séance de 8 heures 30

Commission des affaires sociales

17^e L É G I S L A T U R E

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

Compte rendu n° 2

– Table ronde réunissant des syndicats de médecins
représentatifs sur les modalités envisageables pour la
réévaluation des tarifs des actes et prestations devant
résulter de la révision de la classification commune des
actes médicaux.....2

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

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



La séance est ouverte à huit heures trente-quatre.

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

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale entend, sous la forme d'une table ronde, des syndicats de médecins représentatifs sur les modalités envisageables pour la réévaluation des tarifs des actes et prestations devant résulter de la révision de la classification commune des actes médicaux.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Je vous remercie de vous être rendus disponibles pour cette audition concernant la nomenclature des actes médicaux. Pour rappel, la Mecss a récemment mis en place des audits « focus » qui nous permettent de nous concentrer sur des sujets qui nous paraissent particulièrement critiques. C'est dans ce cadre que nous avons souhaité organiser ces auditions sur la nomenclature, en recevant plusieurs acteurs : la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), la Haute Autorité de santé (HAS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et, bien évidemment, les syndicats. L'objectif de ces auditions ciblées est de comprendre les tenants et les aboutissants de cette réforme à venir.

Lors des débats budgétaires, un thème revient sans cesse : celui de l'obsolescence des nomenclatures sur lesquelles reposent la tarification des actes et prestations, notamment médicaux, et leur prise en charge par la sécurité sociale. Nous avons pu constater les prémices de cette réforme dans le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), avec la révision de certains actes techniques. Ce qui a été fait à petite dose est appelé à se généraliser, d'où l'intérêt d'en discuter dès maintenant.

On évoque depuis de nombreuses années la refonte d'ampleur de la classification commune des actes médicaux (CCAM), sous l'égide du Haut Conseil des nomenclatures (HCN), que nous avons entendu. Il est essentiel pour nous de comprendre les enjeux et les conditions de réussite de cette révision. C'est la raison pour laquelle nous vous avons conviés aujourd'hui, afin de recueillir le regard constructif des médecins.

Je vous remercie pour les réponses que vous avez apportées à notre questionnaire écrit, qui suscitent de nouvelles interrogations. Je vous propose de profiter de cette audition pour exprimer votre sentiment général sur les enjeux liés à cette révision de la nomenclature et sur le plan actuellement envisagé. Je rappelle que ce processus est censé aboutir à une révision de la tarification des actes techniques en 2027.

J'observe que si certains d'entre vous semblent considérer ces travaux comme légitimes, d'autres les dénoncent. Dans la mesure où ils constitueront le fondement de la nouvelle nomenclature, il est important que vous soyez très précis dans les critiques que vous adressez à ce processus. Nous avons auditionné le HCN, qui nous a présenté sa méthodologie, notamment la redéfinition des libellés et la procédure de hiérarchisation, sur lesquelles nous pourrions revenir. Certains d'entre vous ont estimé que la révision en cours passait à côté de l'objectif de simplification qui aurait dû être recherché. D'autres semblent accorder peu de crédit à cet effort de mise à jour de la CCAM.

Un cabinet d'audit externe a été mandaté pour travailler sur la révision du coût de la pratique, qui constitue l'une des composantes du tarif. Plusieurs d'entre vous ont paru sceptiques sur les travaux conduits par ces experts ; ce sera l'occasion d'en débattre.

Enfin, ma dernière question est la suivante : comment pouvez-vous résumer vos attentes sur les modalités qui seront adoptées et sur la progressivité de la mise en place de cette nouvelle nomenclature ?

Je précise Le Bloc n'est pas présent aujourd'hui en raison d'un malentendu logistique. Nous organiserons une audition spécifique avec lui.

Dr Jean-Christophe Nogrette, secrétaire général de MG France. MG France est un syndicat de médecins généralistes. Nous avons une vision transversale de la CCAM, car nous utilisons des codes qui appartiennent à différentes spécialités. Pour reprendre une image, la CCAM est organisée en plusieurs bâtiments, un par spécialité, avec un grand couloir commun. Nous utilisons les actes situés à l'entrée de chaque bâtiment, c'est-à-dire ceux qui sont réalisables dans une petite structure sans grands moyens techniques.

Pour nous, l'enjeu est de pouvoir continuer à avoir accès à ces cotations, car elles sont utiles à notre exercice. En effet, l'accès aux spécialistes devient de plus en plus tendu sur tous les territoires. Les médecins généralistes sont donc amenés à réaliser de plus en plus d'actes techniques pour permettre à leurs patients d'y accéder. Je pense par exemple aux infiltrations, aux poses de dispositifs intra-utérins ou aux ablations de tumeurs cutanées, des spécialités où l'on connaît la tension existante. C'est pourquoi nous utilisons beaucoup ces cotations aujourd'hui, et il est important pour nous de conserver cet accès.

Par ailleurs, la façon dont les tarifs sont calculés nous paraît extrêmement opaque. Comme tout le monde, nous regrettons que la CCAM n'ait pas été revalorisée depuis très longtemps. Voilà l'essentiel de mon propos.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Il est utile que les réponses soient concises, en se concentrant sur les points positifs et négatifs, afin de faciliter ensuite l'analyse par les députés.

Dr Sophie Bauer, présidente du Syndicat des médecins libéraux. Chirurgien thoracique et cardiovasculaire, je connais très bien ce problème. Nous faisons face à plusieurs écueils.

D'une part, la création d'un Haut Conseil était, à mon sens, absolument inutile. Nous disposons déjà des conseils nationaux professionnels et d'une commission de hiérarchisation des actes et prestations. Il n'y avait aucun besoin de créer cette instance supplémentaire. D'autant plus que, dans cette nouvelle instance, nous avons eu la surprise de voir nommées, pour certaines spécialités, des personnes qui n'étaient absolument pas reconnues comme des experts par la profession. Je pense par exemple à la médecine vasculaire, où sont apparus des individus qui n'étaient ni des représentants syndicaux, ni au fait de la méthode de travail, et avec qui on nous a de surcroît empêchés de communiquer, au motif qu'ils n'avaient pas besoin d'être contactés par les syndicats. Il y a donc eu un véritable problème de méthode.

Deuxième point : la simplification. Il est assez curieux de vouloir à tout prix simplifier la hiérarchisation des actes. Pour l'avenir, notamment pour l'intelligence artificielle et l'analyse méthodologique, nous avons besoin de savoir ce qui se passe en vie réelle, quelle méthode est choisie en fonction du patient, afin de nous améliorer constamment. Or, en simplifiant, nous allons perdre de l'information, ce qui est illogique. Des actes vont être regroupés sous un seul code, alors qu'auparavant les codes étaient beaucoup plus détaillés. Certes, cela nous demandait un effort supplémentaire au moment de la cotation, mais cela aurait permis, avec les moyens de recherche actuels, d'avancer beaucoup plus vite pour

déterminer, en fonction de la pathologie et de l'état du patient, la meilleure méthode et la meilleure intervention à proposer. Nous subissons donc là aussi une perte d'information.

Troisième point : la méthodologie sur le facteur de charge. C'est une grande nébuleuse. Il a été décidé de faire appel à des sociétés de conseil extérieures. Nous-mêmes, à l'union régionale des professionnels de santé (URPS) d'Île-de-France, avons essayé d'accéder à certaines données pour pouvoir vérifier ce qui allait nous être proposé. Cette voie ne nous a absolument pas été ouverte. Nous n'avons pas pu obtenir certaines données, en particulier toutes les données sur les charges réelles des médecins issues de la déclaration des bénéficiaires. Nous n'avons eu ni les chiffres d'affaires, ni les bénéficiaires, alors que nous aurions très bien pu, nous aussi, vérifier la situation. On aboutit à des résultats incompréhensibles.

Ce qui est certain, c'est que nous avons actuellement des actes payés au même tarif de remboursement qu'il y a quarante ans. Les tarifs cibles étaient ceux de 2005 ; or, certains de ces tarifs cibles n'ont été atteints qu'en 2024, lors de la dernière convention. Vous voyez que nous avons atteint la cible de 2005 en 2024, avec près de vingt ans de retard. Quand ce nouveau facteur de charge sera publié, il sera déjà obsolète, puisque les travaux ont démarré en 2024. On voit bien qu'il y a toujours un décalage. La maintenance de la CCAM n'est jamais faite, car la Cnam n'a qu'une seule crainte : que l'augmentation de nos charges l'oblige à rembourser les actes à un tarif supérieur. D'où la nécessité impérieuse pour les chirurgiens d'appliquer des compléments d'honoraires. Nous n'avons pas le choix, sinon nous ne pouvons plus payer nos charges. Nous allons donc nous retrouver avec une CCAM trop simplifiée, qui pénalisera ceux qui réalisent les actes les plus compliqués.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. J'entends ce que vous dites, mais pour vous, il ne faut donc pas changer.

Dr Sophie Bauer. Ce n'est pas qu'il ne faut pas changer. Nous aurions pu conserver les actes actuels en les « dépoüssiérant », c'est-à-dire en retirant de la nomenclature ceux qui n'ont plus de raison d'y figurer, et surtout, en intégrant très rapidement les innovations. Nous avons un problème, par exemple, sur tout ce qui concerne la chirurgie robotique. Le coût des consommables, du robot lui-même, etc., n'est absolument pas intégré dans le facteur de charge. Par conséquent, soit ce coût est payé par les compléments d'honoraires, soit ce sont les établissements qui le supportent, mais rien n'est fait pour financer cette innovation. C'est un réel souci.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Vous évoquez les chiffres d'affaires et les revenus, en affirmant ne pas disposer d'éléments à ce sujet. Il me semble pourtant que l'Ordre des médecins dispose de données très claires en la matière.

Dr Sophie Bauer. Non, il y a des données auxquelles nous n'avons pas accès.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. L'Ordre des médecins publie pourtant régulièrement des documents sur les revenus des différentes spécialités.

Dr Sophie Bauer. Nous n'avons pas accès aux données initiales, qui sont celles de l'administration fiscale. Ni nous, ni l'Ordre des médecins ne pouvons y avoir accès.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Peut-être est-ce la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) qui a accès à ces informations et qui produit ces tableaux.

Dr Sophie Bauer. La Carmf dispose de certaines données, mais nous aurions également besoin d'une vision régionale, car nous savons que dans certaines régions, comme

l'Île-de-France, les facteurs de charge sont beaucoup plus importants. Or, nous ne pouvons pas obtenir ces informations. Nous allons donc nous retrouver avec un facteur de charge qui sera non seulement déjà dépassé, mais qui ne sera pas non plus représentatif de la diversité des charges qui existent.

Dr Valérie Briole, vice-présidente de l'Union française pour une médecine libérale. Je vous remercie de nous consulter, car cela nous semble essentiel. Nous sommes parfois convoqués à des réunions directement avec la sécurité sociale où la méthode n'est jamais remise en question. Le mot « négociation » devient un concept lointain, car la sécurité sociale nous propose des méthodes, et que nous disions oui ou non, elles sont appliquées quand même. Votre démarche de questionnement est donc une bonne chose.

Ensuite, concernant l'intervention des cabinets d'audit, comme ma collègue l'a mentionné, quelle formation, quelle connaissance ont-ils du monde libéral ? Tout le monde semble croire que le tarif affiché pour un acte est le revenu final du médecin. Or, à Paris, il ne nous reste régulièrement qu'entre 20 et 30 % du tarif appliqué. Une consultation pour un patient en secteur 2, ou relevant de l'aide médicale de l'État ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé, est facturée 23 euros. Au final, il nous reste 7 euros. Avec 7 euros, on ne paie même pas l'endroit où l'on travaille.

Je vais vous donner un exemple concret, qui rejoint les propos de mon collègue de MG France. Il parlait des infiltrations de l'épaule. Je suis rhumatologue. Alléluia ! En 2024, il y a eu une réévaluation au regard des facteurs de charge. Tenez-vous bien : en vingt-cinq ans, l'acte est passé de 26,13 euros à 26,72 euros. Que peut-on faire avec cela ? À titre de comparaison, dans les autres pays d'Europe, cet acte est tarifé au moins six fois plus : 145 euros en Allemagne, de 150 à 250 euros au Royaume-Uni, de 400 à 1 500 dollars aux États-Unis et au Canada. Nous sommes donc très loin du compte.

Ce qui nous dérange dans notre groupe, c'est la méthodologie proposée pour cette CCAM, qui vise finalement à appliquer une réglementation prix-volume en maintenant un plafond. Cela peut fonctionner pour l'industrie automobile, mais pas pour la médecine. Ce n'est pas parce qu'on réalise beaucoup d'opérations de la cataracte, pour prendre l'exemple des ophtalmologues, que le prix de l'acte doit diminuer. Il faut une assurance, une aide opératoire, du matériel, etc. Avec l'inflation que nous subissons, ce tarif ne peut pas baisser. Nous avons des charges. Selon les données d'Eurostat, la France est le deuxième pays au monde où les prélèvements sont les plus élevés, juste après le Danemark.

La méthode imposée, telle qu'elle est décrite, annonce des réductions tarifaires sur certains actes. Or, nous sommes déjà très largement sous-tarifés. Le PLFSS prévoyait que la décision finale appartiendrait au directeur de la sécurité sociale, et c'est précisément cela qui a mis tous les médecins dans la rue. Cette diminution annoncée dans la méthodologie nous pose un problème majeur, et je pense que tous mes confrères en ont conscience.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Comme vous le soulignez, il y a plusieurs dimensions. Je pense qu'il faut distinguer trois choses : premièrement, la hiérarchisation des actes ; deuxièmement, la tarification, qui n'est pas encore à l'ordre du jour et qui posera effectivement un problème lors des négociations conventionnelles ; et troisièmement, la séparation entre l'acte intellectuel et le forfait technique, qui inclut le matériel. C'est dans cette direction que nous travaillons au sein de la Mecss.

Dr Sandra Daninos vice-présidente de l'Union française pour une médecine libérale. Je suis psychiatre. Il y a un travail considérable à faire, car la CCAM est très axée sur la tarification technique. Par conséquent, pour les spécialités cliniques comme la

psychiatrie, la pédopsychiatrie ou la gérontopsychiatrie, tout le travail de coordination en amont et en aval n'est pas pris en compte. Idéalement, pour bien effectuer son travail, un pédopsychiatre doit participer aux synthèses à l'école, échanger avec les parents, avec l'aide sociale à l'enfance, etc. Je tenais à ajouter ce point, car la psychiatrie est en train de mourir.

Dr Franck Devulder, président de la Confédération des syndicats médicaux français. Comme nous vous avons communiqué nos réponses écrites, je serai bref. Finalement, cette réforme suscite à la fois beaucoup d'attentes et beaucoup d'inquiétudes.

Beaucoup d'attentes, car la CCAM, notre outil de travail quotidien, est forte aujourd'hui de 13 000 actes, appelés à augmenter. Le HCN est une bonne chose, car, contrairement à avant, ce sont les professionnels de santé eux-mêmes qui se sont regroupés au sein de ce qu'ils appellent les comités cliniques, composés de médecins de nos spécialités respectives, issus des commissions professionnelles et des sociétés savantes. Les travaux originels du HCN avaient évoqué une réduction importante du nombre d'actes, qui est aujourd'hui de 13 000. Or, les derniers travaux montrent qu'il va y avoir une progression, ce qui est logique puisque la médecine a évolué. On parlait tout à l'heure de la chirurgie robotique. Après une redéfinition des actes un par un, on passera de 13 500 à près de 14 000 actes. Nous n'allons donc pas vers une réduction, ce qui me convient, car il est important de pouvoir utiliser les bons libellés pour les bons actes.

Souvenons-nous que la mise en place de la CCAM en 2004 avait d'emblée créé une forte tension avec les syndicats médicaux de l'époque, car il y avait déjà sur la table des actes jugés « gagnants » qui devaient atteindre leur valeur cible, et des actes jugés « perdants », ce qui déséquilibrait l'ensemble. La réponse des syndicats avait alors été de refuser tout acte perdant. Bilan des courses : l'atteinte de la valeur cible a beaucoup tardé, pour ne pas dire qu'elle n'est quasiment jamais arrivée pour un certain nombre d'actes.

L'inquiétude est grande car la dynamique financière est forte. Vous le savez mieux que moi, la CCAM représente aujourd'hui une enveloppe de 14 milliards d'euros. Vous nous demandez si les 240 millions d'euros supplémentaires prévus dans la convention médicale de 2024 sont une bonne chose. C'est toujours un signal positif, mais le vrai sujet sera celui du nombre d'actes supplémentaires qui y seront associés.

Nos deux sujets d'inquiétude sont les suivants : pourquoi cela n'avance-t-il pas assez vite, peut-être en raison de la complexité de la méthodologie ? Et surtout, la peur que nous inspirent les propos de nos partenaires de l'assurance maladie – car c'est ainsi que je conçois nos rapports. Nous sommes inquiets quand nous entendons dire qu'il y aura des spécialités gagnantes et des spécialités perdantes. S'il y a des spécialités perdantes de façon trop brutale, on risque de faire disparaître telle ou telle pratique, non seulement du paysage de la médecine libérale, mais de la médecine tout court, car les choix des plus jeunes seront conditionnés par cela.

Je salue le travail mené par les différents comités cliniques. En tant que gastro-entérologue, je suis de près, en toute indépendance, ce qui se fait pour ma spécialité et pour les autres. Le processus n'est pas terminé : la hiérarchisation intra-spécialité n'est pas finalisée. Il restera ensuite ce que l'on appelait autrefois l'instance de cohérence, pour articuler les hiérarchisations des différentes spécialités.

Enfin, il restera l'enjeu majeur, qui sera économique et qui relèvera de votre décision. C'est l'enjeu de la nation : quels moyens mettons-nous sur la table pour continuer à avoir une médecine innovante ?

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Je pose une question à l'ensemble des syndicats, car je me la suis souvent posée : est-il normal que le gradient de revenus entre les différentes spécialités médicales, pour des médecins qui ont tous suivi les mêmes études, soit de 1 à 5 ? Je pense que cela doit tous nous interroger. C'est une question de fond, et il serait intéressant que vous nous fassiez des propositions à ce sujet.

Dr Franck Devulder. J'ai répondu par écrit. C'est presque la question la plus difficile que vous nous posez. En tant que syndicaliste, il est évidemment très compliqué de répondre à cela. Soyons transparents, le gradient de revenus est bien supérieur à 1 à 5.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. J'enlève les extrêmes, je raisonne sur une courbe de Gauss.

Dr Franck Devulder. Vous nous interrogez sur la nécessité de mettre en place des effets redistributifs entre les spécialités. Je ne suis pas très favorable à une politique de revenus qui consisterait à prendre aux uns pour donner aux autres. En revanche, je suis favorable à ce que l'on mette l'accent sur les consultations et les spécialités cliniques, comme l'évoquaient mes collègues de MG France et ma consœur psychiatre. Dans la convention médicale signée il y a un an et demi, nous avons insisté sur ce point, même si cela doit encore progresser. Il faut valoriser ces spécialités cliniques, sans oublier les autres, mais en cessant de faire progresser ceux qui sont tout en haut de l'échelle des revenus.

Je pense que nous y arriverons si nous abordons la question des effets redistributifs avec courage, car ce n'est pas facile pour un syndicaliste de le dire. Il faut le faire de façon explicite, transparente et progressive. Si, à la sortie de la nouvelle CCAM dans un an et demi, la rémunération de la chirurgie de la cataracte – exemple souvent pris par l'assurance maladie – baisse brutalement d'un tiers, tant pour le médecin que pour l'établissement, le jour où je devrai me faire opérer, j'aurai du mal à trouver un ophtalmologue. Je pense qu'il faut y aller avec courage et volontarisme, mais avec une certaine progressivité.

Dr Bruno Perrouty, président des Spécialistes CSMF. Pour répondre à votre question sur l'amplitude des revenus, il y a un point fondamental : dans cette amplitude, la rémunération de l'acte intellectuel clinique est sous-évaluée depuis très longtemps, et les actes techniques permettent de compenser cette sous-évaluation. C'est malheureusement artificiel, mais c'est ainsi. Je suis neurologue et j'avoue que, parfois, en dehors des commissions officielles, je dis : « Banco, je transforme mes actes techniques avec une tarification d'actes cliniques et mes actes cliniques à la tarification des actes techniques ! » Quand vous passez plus d'une heure sur un petit trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité pour poser un diagnostic et que vous êtes rémunéré à la moitié d'un canal carpien, vous vous posez des questions.

Il y aura un vrai travail à mener, mais ce n'est pas le sujet de la CCAM aujourd'hui. Le premier problème de la CCAM est ancien. Vous demandiez pourquoi elle n'a pas été révisée : c'est une usine à gaz, nous le savons tous. On est parti d'une feuille blanche avec le HCN en 2021, mais nous sommes bientôt en 2026. D'après les informations du Haut Conseil et de la Cnam, l'application ne se fera pas avant début 2028. La hiérarchisation intra-spécialité se terminera probablement à la fin de cette année, et l'inter-spécialité peut-être aussi, sans certitude. Avec les événements politiques qui interviendront, l'application risque d'être repoussée à 2028. Vous voyez le décalage : 2021-2028, alors même qu'on a voulu aller vite.

Un avantage est que nous avons des groupes d'experts dans chaque spécialité, composés de libéraux et d'hospitaliers. Cela fonctionne, mais c'est très compliqué. J'ai proposé à une de mes consœurs de présider le groupe d'experts de neurologie ; elle a, malheureusement pour elle, accepté. C'est un travail de bénédictin. Il faut avoir le courage de le faire. Une réflexion sur une simplification du processus est nécessaire, même si je n'ai pas toutes les clefs. On nous promet une révision au fur et à mesure, mais on nous l'avait déjà dit.

Je voudrais souligner l'importance de cette réforme avec un exemple vécu en 2004 par la neurologie, qui a failli provoquer une catastrophe de santé publique. L'électroencéphalogramme (EEG) a été notoirement sous-coté en 2004. C'est un acte qui prend trois quarts d'heure et qui était coté 57,60 euros. Petit à petit, les neurologues et les hôpitaux ont arrêté d'en faire. Le professeur Derambure à Lille a écrit un éditorial dans une revue spécialisée pour alerter sur le fait que les directeurs d'hôpitaux disaient : « Ce n'est pas rentable, vous arrêtez ». Les patients épileptiques, qui sont 900 000 en France, n'étaient plus pris en charge.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Après, il y a aussi la question de la délégation de tâches qui se développe, avec d'un côté la réalisation de l'EEG et de l'autre, son interprétation.

Dr Bruno Perrouty. Je vous rassure, je travaille avec une technicienne EEG. La délégation de tâches, je connais. Mais cela a failli tourner à la catastrophe, et je pense que cela pourrait se produire dans d'autres spécialités. Il faut être très attentif à la manière dont cela se passe, mais il faudra probablement simplifier la procédure. Et comme l'a dit Franck, l'issue est inquiétante.

Concernant les revenus analysés dans le groupe de travail sur le coût de la pratique, ils nous ont été présentés. Je crois que c'est la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques qui communique les éléments à ce groupe de travail. Il y a déjà eu des flottements, notamment sur la manière de traiter les médecins exerçant en société. On verra ce que cela donnera, mais il est vrai que tout le monde est inquiet et que le processus manque parfois de transparence. C'est cela qui nous pose un problème.

Dr Raphaël Hocquemiller, vice-président de la Fédération des médecins de France. Je suis gynécologue à Paris en secteur 1. Au nom de la FMF, nous voulions surtout insister sur un point : pour nous, la CCAM doit représenter la valeur de notre travail, et non la capacité de remboursement de l'assurance maladie.

Certes, hiérarchiser les actes est un travail excessivement difficile, mais il est absolument nécessaire de le remettre à jour après vingt ans, car nos charges, comme l'ont dit tous mes collègues, évoluent. Si nous n'évaluons pas le prix de notre travail de manière régulière, presque au fil de l'eau, nous nous retrouverons inévitablement avec des distorsions énormes. La chirurgie robotique en est un exemple hallucinant : cette technique a été développée après la création de la CCAM et n'est absolument pas cotée, alors qu'elle est excessivement coûteuse et indispensable pour que les patients puissent en bénéficier.

Il va falloir dépoussiérer la nomenclature et espérer obtenir une évaluation juste du prix de notre travail dans la prochaine version, attendue pour fin 2026. Mais il est crucial que soit prévue la réévaluation continue de ce travail, car la médecine, Dieu merci, est une science qui évolue vite, et de plus en plus vite. Cette évolution doit être prise en compte, car c'est une nécessité pour nous.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Je vous remercie pour vos interventions. Vous nous avez déjà alertés sur vos inquiétudes, notamment sur la notion d'enveloppe constante alors que les coûts et les techniques des actes ont évolué.

Ma première question concerne les actes qu'il ne faudrait potentiellement plus faire, parce qu'ils ne sont plus pertinents. J'ai lu vos réponses au questionnaire, mais ce n'est pas une dimension que vous avez beaucoup évoquée. Dans la révision de la nomenclature, identifiez-vous des pistes d'économies liées à des actes qu'il n'y a plus lieu de réaliser dans l'intérêt du patient ?

Ma seconde question porte sur une approche comparative. Certains actes, bien que mal cotés, sont plus intéressants dans une approche globale d'économie de la santé par rapport à d'autres qui, bien que plus rentables, entraînent parfois des coûts annexes non pertinents. Avez-vous cette approche comparative ? Je pense aux techniques qui évoluent et favorisent l'ambulatoire. Parfois, le problème réside dans des éléments parallèles, comme le coût des dispositifs médicaux nécessaires à l'acte, qui n'est pas pris en charge et rend l'acte non pertinent.

Sur ces deux dimensions – les actes à ne plus faire et les actes comparables plus pertinents à condition de revaloriser l'ensemble de leurs composantes –, quelle est votre analyse ?

M. Jean-François Rousset (EPR). J'ai moi-même été médecin chirurgien. J'ai été expert à la nomenclature en 2004-2005 et j'y avais trouvé beaucoup d'intérêt, car c'était une révolution. Pour la première fois, on évaluait les actes d'une spécialité en les qualifiant par un temps, une durée, un niveau de stress, ce qui donnait un coefficient. C'était un travail approfondi dans chaque spécialité, et je trouve que ce principe devrait perdurer dans la nouvelle discussion, car il a un réel intérêt.

Le deuxième intérêt était de trouver des « actes passerelles » entre spécialités. C'est là que nous avons touché aux premières difficultés. Je me souviens qu'en tant que chirurgien digestif, lorsque nous étudions la colectomie droite, l'acte était unique et incluait historiquement la résection du tube digestif, les sutures vasculaires, le curage ganglionnaire et l'anastomose. Nous nous sommes aperçus que dans d'autres spécialités, comme la chirurgie vasculaire, les actes étaient tronçonnés et cumulatifs. Trouver des actes passerelles s'est donc avéré extrêmement difficile.

Ensuite, quand il a fallu donner une tarification à ces actes, en supposant même que la hiérarchisation et les actes passerelles aient été bien faits, force est de constater que ce fut un échec, puisque les écarts de revenus entre les spécialités sont de 1 à 7, voire plus.

Je pense qu'il faudrait conserver ce qui était très utile et vertueux dans la décision de créer cette CCAM dans les années 2000, et la faire évoluer pour qu'à la fin, chaque praticien, qu'il soit psychiatre, pédiatre ou rhumatologue, y trouve son compte par rapport à celui qui opère la cataracte. Je signale d'ailleurs qu'il y a des pays où ce ne sont même plus les chirurgiens qui pratiquent cet acte. C'est une question qu'il faut aussi se poser. Il faudrait garder ce qui était bien dans les années 2000 et le faire évoluer vers une meilleure répartition, car finalement, chacun exerce sa compétence et sa responsabilité.

Mme Joëlle Mélin (RN). Merci de vous battre comme vous le faites dans un domaine qui est assez ubuesque, il faut bien le dire. Vingt à vingt-cinq ans de retard sur les nomenclatures, et vous vous débattiez comme vous le faites, et comme j'ai pu le faire en mon temps. Cela devient tout à fait rocambolesque.

D'autant plus que si l'on adopte une autre vision des choses, l'acte intellectuel médical pur, la clinique, ne peut être coté de la même manière que ce que l'on appelait la paraclinique, c'est-à-dire tout ce qui nécessite un appareillage, un média ou du personnel supplémentaire. Ces derniers dépendent du système commercial : les aides sont soumises aux règles du droit du travail, et les appareils, de plus en plus sophistiqués, relèvent de règles commerciales. Leurs exploitants, même s'ils comprennent qu'ils seront rémunérés *in fine* par de l'argent public, n'ont pas à faire les mêmes sacrifices que vous, qui subissez le blocage des prix conventionnels.

Nous avons d'un côté un système conventionnel et de l'autre, un système commercial. C'est d'ailleurs exactement le même problème que rencontrent les pharmacies d'officine. Et l'on voudrait faire coïncider les deux. Je crois qu'à un moment donné, il faudra mener une réflexion sur la multiplication des actes à l'infini. Comme le disait notre collègue à propos des actes passerelles, il est absurde de tronçonner. En rééducation, vouloir rééduquer un coude sans le poignet et l'épaule est un non-sens, et pourtant nous avons des cotations différentes.

Tout cela est à revoir complètement. Plutôt qu'une question précise, je propose une réflexion à un autre niveau. Au lieu de continuer à essayer de faire coïncider les remboursements avec les coûts, il faudra peut-être reprendre la réflexion sur cette dichotomie fondamentale entre le conventionnel et le commercial.

Dr Franck Devulder. Je réponds d'abord à M. Bazin. Y a-t-il des sources d'économies sur les actes désuets ? J'y ai cru pendant longtemps. Simplement, il faut ouvrir les yeux : si ces actes sont désuets, ils ne sont, malheureusement ou heureusement, plus pratiqués. Donc, si le HCN travaille bien à un « dépeussierage » de la nomenclature, pour reprendre une expression peu élégante, l'économie qui en résultera est déjà réalisée et ne sera pas au rendez-vous.

L'innovation est un enjeu majeur, avec la question de savoir qui paye. Prenons la chirurgie robotique. Aujourd'hui, pour y avoir accès dans le secteur libéral, financé par nos cotisations sociales, la situation est différente du secteur hospitalier où le coût est absorbé par le fonctionnement de l'hôpital. Dans l'établissement de santé privé où je travaille, il y a deux robots. Les urologues et de nombreux autres chirurgiens les utilisent selon les recommandations professionnelles. Simplement, ma direction me dit : « L'usage du robot, ce sont 500 euros par intervention ». Qui paie ? En pratique, ce n'est pas le chirurgien, qui y consacrerait plus que ses propres honoraires. Cela se traduit donc par des compléments d'honoraires qui ne vont pas dans la poche du médecin, dont la valorisation des actes n'a pas bougé depuis vingt ans.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Je suis d'accord avec cela, mais la question est aussi que ce matériel, qui était autrefois à la charge du médecin – nous avons tous eu nos boîtes de chirurgie –, est maintenant payé par l'établissement. Là aussi, une réflexion s'impose.

Dr Franck Devulder. Tout cela entre dans le calcul du niveau des charges, mais un robot, qui vaut 2 millions d'euros plus les consommables, aucun chirurgien ne peut se le payer seul.

À M. Rousset, qui a exercé le même métier que moi, je dirai que le problème des actes uniques et des actes cumulatifs est bien connu. Nous avons toujours dénoncé la règle selon laquelle le premier acte est coté à 100 %, le deuxième à 50 % et le troisième à 0 %. Quand vous réalisez une procédure avec quatre actes, vous cotez le premier, le deuxième à

moitié, et le reste est gratuit. Je pense que la solution réside dans des procédures particulières. On cite souvent l'exemple de l'endométriose. Mon confrère gynécologue connaît la complexité de cette prise en charge bien mieux que moi, mais ces procédures complexes doivent répondre à une nomenclature globale, sinon nous n'y arriverons jamais.

Dans nos échanges avec le HCN, nous portons l'idée, non évoquée ici, des « actes à surcoût ». Ne faudrait-il pas valoriser différemment une même procédure selon la situation clinique ? Je pense à la chirurgie du très jeune enfant, au patient très obèse ou aux patients très âgés. Qu'il s'agisse d'imagerie, de chirurgie ou d'endoscopie, prendre en charge un prématuré, une personne de 95 ans ou un patient en obésité morbide est plus compliqué, plus risqué, plus long.

Enfin, madame la députée, je ne sais si j'ai bien perçu vos propos, mais je n'ai pas l'impression d'exercer un métier sacrificiel. Je pense que j'exerce le plus beau métier du monde. La vraie question pour la société est de savoir comment assurer la soutenabilité de notre système de santé, alors que tout a changé : 400 000 personnes en affection de longue durée de plus chaque année, 15 millions de personnes qui vivent sur notre territoire en plus, un rapport au travail qui a changé, la dénatalité, etc. Comment, au regard de ces éléments, améliorer l'accès aux soins. Les médecins français ne sont pas les plus malheureux de l'Organisation de coopération et de développement économiques, loin de là. En revanche, quand on regarde le tarif par acte, que ce soit pour les consultations ou les actes techniques, nous avons à rougir face à nos voisins d'Europe de l'Ouest. En pratique, cela veut dire que nous faisons du volume. Et comme on nous rattrape sur le volume, on nous applique un « coup de rabet », ce qui nous pousse à faire encore plus de volume. C'est une course sans fin. À la CSMF, c'est cette question qui nous occupe en permanence.

Dr Valérie Briole. J'ai entendu qu'il serait souhaitable de réévaluer les actes au fil de l'eau. Actuellement, certains n'ont pas été réévalués depuis vingt ou vingt-cinq ans. J'ai reçu à l'URPS médecins Île-de-France, que je préside, une délégation néerlandaise. Ils nous ont interrogés sur la réévaluation de nos tarifs. Nous leur avons expliqué notre système. Eux nous ont dit : « Nous, tous les ans, nous discutons, nous appliquons le facteur d'inflation et nous réévaluons ». À la fin, nous leur avons demandé s'ils voulaient venir travailler en France. Ils ont répondu : « En vacances, oui, mais jamais pour y travailler ».

Concernant la délégation de tâches et les surcoûts, plusieurs enquêtes montrent des effets secondaires, par exemple en gynécologie avec des actes faits par des sages-femmes. Elles font du très bon travail, mais leur formation, de cinq ans contre treize, est plus courte et elles ne connaissent pas toujours leurs limites, ce qui peut entraîner des retards de diagnostic de cancer. Ce n'est donc pas la panacée.

En rhumatologie, nous avons mené une enquête. L'accès aux spécialistes est difficile – nous sommes 300 en Île-de-France. Le délai d'accès moyen est de trois mois, mais peut aller jusqu'à plusieurs années. Pendant cette période d'attente, j'ai analysé les coûts induits : 87 % d'examens d'imagerie par résonance magnétique (IRM) toujours justifiés, des hospitalisations, des arrêts de travail, une errance diagnostique, de mauvais traitements. Un patient qui a mal au genou peut en réalité souffrir de la hanche. Sans examen par un spécialiste, il subit des infiltrations inutiles au genou, une perte de chance et un retard de diagnostic, avec une perte économique pour la société. Il faut donc maintenir les spécialistes dans le parcours de soins.

Les soins ne seront jamais réalisés en fonction des cotations, mais bien en fonction des demandes. Il y a deux poids, deux mesures. Nous aimerions que certaines

spécialités se rejoignent en termes tarifaires. En psychiatrie comme en rhumatologie, il y a beaucoup d'actes cliniques et psychologiques non valorisés.

Enfin, je rejoins ma consœur sur le cumul d'actes. La réglementation actuelle, censée être économique, ne l'est pas du tout. Quand je reçois un patient et que je dois, dans la même consultation, faire une ponction de genou, une infiltration d'épaule et une échographie d'un tendon, ces actes ne sont pas cumulables. On pourrait créer un forfait. C'est important, car pour des raisons financières, certains confrères font revenir le patient plusieurs fois, ce qui a un coût environnemental, un coût en perte de chance et en examens complémentaires inutiles. Il est vraiment important de se refocaliser sur des forfaits.

Dr Sandra Daninos. Je voulais juste ajouter qu'en psychiatrie – je prêche pour ma paroisse –, on a une vision très obsolète de notre spécialité, qui fait pourtant d'énormes avancées. Il n'y a pas de cotation pour la stimulation magnétique transcrânienne répétitive ou pour les groupes de parole, que beaucoup de confrères voudraient mettre en place. Il faut dépoussiérer la nomenclature. Je ne sais pas s'il faut simplement ajouter des actes, mais il faut la moderniser. Nous n'avons pas de consultation d'urgence, pas de consultation spécifique de gérontopsychiatrie. On nous ajoute des majorations qui ne servent pas à grand-chose, ou une cotation pour des tests dont nous n'avons pas besoin et qui sont surtout utilisés par les médecins généralistes. Les différentes thérapies, le travail de coordination avant et après la consultation, rien de tout cela n'est coté ni valorisé. Il faut vraiment dépoussiérer tout cela.

Dr Sophie Bauer. Les actes obsolètes, nous ne les faisons plus. Nous ne sommes pas fous. S'il n'y a pas d'indication, on ne fait pas l'acte. Le gisement d'économies n'est pas là.

Sur le problème des dispositifs médicaux, nous avons un vrai sujet environnemental. J'ai calculé l'itinéraire d'un ballon que j'utilise pour l'angioplastie : fabriqué en Chine, il va aux États-Unis pour être labellisé, retourne en Chine pour être emballé, retourne aux États-Unis pour l'étiquetage, puis part en Allemagne, le dépôt européen, avant d'arriver un jour dans mon bloc opératoire. L'empreinte carbone est démentielle. Si vous avez un pouvoir d'action, et je pense que vous l'avez, réindustrialisez ce pays. Nous avons besoin de dispositifs médicaux fabriqués en France.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Merci, mais nous sortons un peu du sujet.

Dr Sophie Bauer. C'est dans le sujet, car ces dispositifs coûtent très cher. On pourrait les fabriquer chez nous, peut-être pour un coût équivalent, en maîtrisant au moins la production.

Je passe mon temps à payer pour opérer. Mon bloc opératoire est ma danseuse. Comme j'opère beaucoup de gens incapables de payer des compléments d'honoraires, quand je traite sept artères dans la même séance pour qu'ils puissent remarcher, je ne suis pas payée. C'est moi qui paye pour opérer les gens. Ce bénévolat forcé a une limite : celle de pouvoir payer ses charges et son aide opératoire, que beaucoup de chirurgiens paient d'ailleurs en direct.

Le résultat de la sous-rémunération des actes techniques, c'est la financiarisation de la santé. Les financiers vont vers ce qui est rentable et abandonnent le reste. C'est ce qui s'est passé pour la biologie. Nous, chirurgiens, avons perdu nos cliniques, qui sont maintenant aux mains de gestionnaires. On ne trouve plus de maternité privée, car avec les coûts d'assurance, il n'y a plus de gynécologues-obstétriciens ni d'anesthésistes privés qui puissent exercer. Avant même de toucher un bistouri, un gynécologue-obstétricien doit payer

36 000 ou 40 000 euros d'assurance par an, alors que les accouchements sont rémunérés à 80 euros.

Il y a une discordance importante entre ce que nous faisons, la charge mentale et technique que nous y mettons, et notre rémunération. Vous parliez de rémunérer tout le monde de la même façon parce que nous faisons les mêmes études, mais ce n'est pas tout à fait le cas. Neurochirurgie, chirurgie thoracique et cardiovasculaire, ce sont quinze ans d'études. Les autres spécialités, ce sont douze ans. Nous faisons des gardes toute notre vie. Ce ne sont pas les mêmes exercices, ni les mêmes risques, ni les mêmes assurances.

Dr Bruno Perrouty. Je voulais répondre sur les actes obsolètes qui sont pourtant de pratique quotidienne. Je suis neurologue : en 2026, le scanner ne devrait jamais être utilisé en neurologie. Il engendre des faux négatifs qui sont une catastrophe. Tous les jours, je vois des patients qui, pour un accident vasculaire cérébral, sont allés dans un hôpital disposant d'une IRM, mais qui n'ont eu qu'un scanner. C'est un scandale qui provoque des catastrophes. On devrait supprimer les scanners en neurologie.

Deuxièmement, cette assemblée nous a poussés à négocier un protocole sur l'imagerie. Dans ce protocole, le « coup de rabot » est absurde, car comme l'a dit Franck, il incite à faire du volume. En revanche, nous négocions actuellement la suite, qui est axée sur la pertinence. C'est évidemment par la pertinence que nous ferons des économies. Seulement, cela prend un peu de temps.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. J'entends que vous échangez régulièrement avec le Haut Conseil, ce qui est une bonne chose. Mais les professionnels de santé, les médecins dans leur ensemble, sont-ils au courant de ce travail ? Informez-vous vos adhérents et les autres médecins de cette révision qui va tout bouleverser ? Je pense qu'en amont de cette réforme, il est absolument crucial que les professionnels de santé soient informés.

Dr Bruno Perrouty. Il y a un problème avec le HCN. En principe, ses membres sont soumis à une obligation de réserve et de silence complet, ce qui rend la communication entre les groupes d'experts et l'extérieur officiellement compliquée. C'est un sujet qu'il faudrait peut-être aborder clairement, pour permettre à un groupe d'experts de pouvoir converser avec les médecins.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Merci infiniment. Je pense que nous continuerons à nous voir régulièrement sur ce sujet.

La séance est levée à neuf heures trente.