

Compte rendu

ASSEMBLÉE NATIONALE

Mercredi
6 mai 2026

Séance de 8 heures 30

Commission des affaires sociales

17^e LÉGISLATURE

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

Compte rendu n° 6

Audition focus sur la révision de la classification commune
des actes médicaux (CCAM)

– Audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de
la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam),
M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de
soins, et Mme Veronika Levendof, responsable des
relations avec le Parlement.....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 M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins, et Mme Veronika Levendof, responsable des relations avec le Parlement sur les modalités envisageables pour la réévaluation des tarifs des actes et prestations devant résulter de la révision de la CCAM.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) mène des travaux de long terme, mais aussi des auditions « focus » ciblées. Celle qui nous réunit aujourd'hui porte sur un sujet délicat, le prix des actes médicaux, et nous remercions les représentants de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) d'avoir répondu à notre invitation.

Nous souhaitons dans un premier temps comprendre pourquoi la révision de la classification commune des actes médicaux (CCAM) n'est pas effectuée régulièrement.

Par ailleurs, les réponses au questionnaire que nous avons adressé à la Cnam sont quelque peu elliptiques sur le sujet des options tarifaires pour la mise en place de la nouvelle CCAM. Sans préjuger des décisions qui seront négociées en 2027 par les partenaires conventionnels, pourriez-vous nous exposer les possibilités qui s'offrent pour aboutir à une tarification plus juste des actes, sans engendrer d'effets redistributifs trop violents ?

M. Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Redéfinir et ré-hiérarchiser les quelque 13 000 actes techniques est un chantier majeur, d'une très grande complexité. Ce travail n'est en aucun cas piloté par la seule Cnam : il est construit avec les médecins, leurs sociétés savantes, la Haute Autorité de santé (HAS), le Haut Conseil des nomenclatures (HCN) et les syndicats médicaux. Ce chantier comporte deux volets.

Le premier volet est purement scientifique. Conduit sous l'égide du HCN, avec le concours des sociétés savantes et de la Cnam, ce chantier n'offre pas de place à la négociation et aboutira à des tarifs cibles. La période 2023-2024 a vu la redescription des actes, et 2025-2026 sera consacrée à la hiérarchisation. Certes, la nouvelle CCAM pourra sembler soudaine, mais il ne s'est pas rien passé entre 2004 et 2024 : près de 600 actes ont été introduits pour plus d'un milliard d'euros, et une vingtaine de versions ont été mises en œuvre. Autrement dit, nous n'avons pas rouvert le sujet de la CCAM vingt ans après. La réalité est plus complexe, mais la sortie d'une CCAM révisée, j'en conviens, reste un moment très important. Nous réfléchissons d'ailleurs à un système de mise à jour lissée au fil du temps.

Le second volet, tarifaire, relèvera entièrement de la discussion conventionnelle, ce qui explique le caractère quelque peu elliptique de nos réponses à votre questionnaire s'agissant des options tarifaires : tout dépendra, en effet, d'une négociation avec les partenaires conventionnels. Contrairement à ce que j'ai pu entendre dans certaines auditions, la Cnam n'est ni de près ni de loin juge et partie, et encore moins seule décisionnaire. Aussi, j'insiste : toute la négociation tarifaire sera conventionnelle. Vous l'avez constaté lors de la discussion sur le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale : dès lors que le Parlement a envisagé de conférer des pouvoirs unilatéraux soit à la ministre de la santé, soit à

l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour mettre en œuvre la CCAM, les réactions ont été vives.

Je tiens à être très clair sur ce point : la CCAM n'est nullement décidée de manière unilatérale par la Cnam, ni sur le volet scientifique, ni sur le volet tarifaire. Même l'enveloppe de 240 millions d'euros pour la réforme de la nomenclature a été négociée avec les syndicats médicaux dans le cadre de la convention médicale de 2024.

La manière dont nous atteindrons les tarifs cibles dépendra de l'ambition et de la vitesse choisies. En 2004, nous ne sommes pas allés jusqu'aux tarifs cibles, car les syndicats, à l'époque, n'ont pas souhaité qu'il y ait des perdants. À ce stade, je ne sais pas encore quelle sera l'ampleur des redistributions, car la phase de hiérarchisation n'est pas achevée. Pour notre part, il nous semblera légitime d'aller vers les tarifs cibles, sans ignorer les impacts.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Envisagez-vous une mise en œuvre progressive de la nouvelle CCAM ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Je n'imagine pas une application radicale du jour au lendemain, car il n'est pas impossible que cette révision entraîne des évolutions de tarifs, et donc d'honoraires. L'expérience de 2004 a montré l'importance de la perception par les parties prenantes de la légitimité des tarifs cibles, d'où la nécessité de laisser le travail scientifique aller à son terme, y compris sur les charges. La progressivité serait sans doute la manière la plus intelligente d'avancer.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Comment travaillez-vous sur le coefficient de charges ? Comment est-il fixé ? Comment évolue-t-il ?

M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le tarif cible d'un acte se compose de deux éléments : son poids dans la hiérarchie de la nomenclature, qui reflète sa complexité, et le volume de charges qu'il consomme pour le médecin.

Le coefficient de charges est établi, en vertu d'une méthodologie élaborée avec les médecins, à partir d'une estimation des charges pour chacune des spécialités, d'après les déclarations fiscales et sociales des professionnels, et à la faveur d'un travail d'analyse et de production de données mené par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, avec le concours d'un auditeur indépendant, choisi conjointement avec les médecins. Le résultat est ensuite intégré dans la formule de calcul des tarifs, qui bascule dans le champ de la discussion conventionnelle.

M. Jean-François Rousset (EPR). Envisagez-vous de distinguer, dans la valorisation de l'acte, l'acte lui-même et l'outil utilisé ? Ayant moi-même été chirurgien, il ne me serait jamais venu à l'idée de répercuter le coût de mon équipement dans mes actes. Aujourd'hui, la chirurgie robotique ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) représentent des coûts très importants, et les médecins tiennent compte de la facturation du matériel par la structure dans laquelle ils travaillent. Cela me semble illogique, et je considère qu'il serait préférable de s'orienter vers un paiement différencié. À mon sens, il existe de nombreuses incohérences de cet ordre, qui sont autant de pistes d'amélioration.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Je résume le propos de mon collègue par une question : est-ce que cela fait partie des coefficients de charges ?

M. le directeur de l'offre de soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Cela dépend des situations. En radiologie, les équipements lourds tels que les IRM

ou les scanners font déjà l'objet de forfaits techniques correspondant aux charges associées, indépendamment de l'acte lui-même.

La CCAM permet d'identifier des actes dits à surcoût spécifique, pour lesquels les charges correspondantes sont exclues du périmètre global. Nous avons sollicité l'ensemble des conseils nationaux professionnels afin qu'ils proposent des listes d'actes relevant de cette logique d'individualisation du surcoût.

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Pour aboutir à un système simple et lisible, il nous semble préférable d'intégrer autant que possible les charges associées directement dans la valorisation de l'acte. Je ne suis pas certain que la dissociation entre forfaits techniques et actes, telle qu'elle existe en radiologie, soit le modèle le plus pertinent. Mais nous n'avons pas d'idée arrêtée sur ce point : si un consensus se dégage sur le fait que certains coûts sont trop spécifiques pour être absorbés dans le tarif de l'acte, nous en tiendrons compte.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. J'en reviens au rythme de mise à jour de la CCAM. La dernière révision d'ampleur date de vingt ans ; depuis, seuls 600 des 13 000 actes ont été révisés. Certains actes médicaux désuets figurent toujours dans la nomenclature, et nous savons quels problèmes posent les cotations par assimilation, qui ne sont pas toutes évaluées. Comment comptez-vous, à l'avenir, réviser la CCAM en continu ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Nous souhaitons en effet une gestion plus dynamique qu'auparavant, dans les deux sens : retrait des actes obsolètes et intégration des innovations. Il convient de relativiser ce chiffre de 13 000 actes, qui laisse croire à une inflation technocratique hors de contrôle. En réalité, 80 à 90 % de la pratique sont couverts par 10 à 15 % des actes. Et les 600 actes révisés représentent 10 à 15 % du poids de la CCAM.

Une description extrêmement précise des actes est nécessaire, quand bien même certains actes sont rarement pratiqués. La maintenance sur une nomenclature aussi vaste et dense est une tâche difficile, dans le contexte d'une rareté de la ressource médicale. Dès que l'on fait bouger les curseurs, on touche à l'équilibre général du système et aux hiérarchies. Par conséquent, il n'est pas certain qu'une maintenance continue permettrait d'éviter complètement des cycles de révisions globales. Cet objectif est toutefois partagé, et il était d'ailleurs fixé dans la convention de 2024.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. N'est-il pas possible, comme pour le médicament, d'attribuer rapidement une hiérarchie aux actes innovants ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. La Cnam inscrit son action dans un cadre réglementaire, en vertu duquel un acte est introduit au remboursement dès lors qu'il est évalué. Si le Parlement souhaite réfléchir à des dispositifs d'accélération des procédures, la Cnam n'y est pas opposée, mais à condition de garantir la sécurité, la qualité et la pertinence des actes – ce qui ne me semble pas illégitime afin d'éviter le remboursement d'actes non pertinents.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Une fois la hiérarchisation établie, un nombre de points sera attribué à chaque acte, puis une valeur monétaire à ce point. Ne pourrait-on pas imaginer un mécanisme automatique de revalorisation indexé sur l'inflation plutôt que de dépendre d'une négociation à chaque fois ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Pour la première fois depuis près de vingt ans, nous avons augmenté la valeur du point dans la convention de 2024. C'était une demande forte des syndicats.

La dynamique des dépenses liées aux actes techniques a été extrêmement significative : elles sont passées de 7,3 milliards d'euros en 2013 à 13 milliards d'euros en 2025, alors que le nombre de professionnels a plutôt diminué – ce qui atteste d'importants gains de productivité. En outre, les spécialités techniques se situent en haut de l'échelle des revenus des médecins spécialistes. D'une certaine manière, le niveau tarifaire est associé à des gains de productivité et à un niveau d'efficacité du système.

Nous avons souhaité, avec les syndicats, augmenter la valeur du facteur de conversion, et nous l'avons fait pour 2024-2025. Il n'avait pas été jugé nécessaire de le faire antérieurement. Nous prendrons l'enveloppe de référence de la CCAM, nous y ajouterons l'enveloppe de la négociation, et cela nous permettra de déterminer les grands équilibres budgétaires. Ensuite, nous aurons une discussion conventionnelle sur la répartition de cette enveloppe, avec d'un côté un montant global et de l'autre des tarifs cibles.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Pouvez-vous nous préciser l'enveloppe de référence de la CCAM, afin de situer les 240 millions d'euros par rapport à l'enveloppe globale ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Nous prendrons l'année de discussion des tarifs comme référence, nous y ajouterons l'enveloppe prévue dans la négociation, et cela nous donnera une enveloppe globale. En 2025, la dépense en honoraires de la CCAM est estimée à 11,4 milliards d'euros de dépenses remboursées.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Comment envisagez-vous ensuite de faire évoluer cette rémunération pour intégrer l'innovation et l'obsolescence ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les années suivant l'accord que nous espérons en 2027 seront sans doute marquées par le chemin de convergence vers les tarifs cibles, à la faveur d'une discussion tarifaire régulière avec les médecins. Je tiens à valoriser cette démarche : c'est l'un des seuls domaines où nous menons un travail fin de mise en relation entre les coûts de production d'un soin et les tarifs. Si les principaux tarifs de la CCAM n'ont pas évolué sur quinze ans, c'est parce qu'il n'y avait pas de légitimité à le faire, compte tenu de la dynamique des volumes.

Entre-temps, nous avons créé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), qui a introduit des modificateurs de tarifs atteignant aujourd'hui 20 % pour certains actes. Quand certains disent que tel ou tel tarif n'a pas bougé depuis 1972, ils oublient ces majorations très importantes.

M. le directeur de l'offre de soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le travail effectué dans le cadre de la révision actuelle apporte des gains méthodologiques qui simplifieront la révision en continu. Par exemple, des fiches simplifiées ont été conçues afin que la HAS puisse se prononcer rapidement sur des évolutions simples, et la procédure de saisine de la HAS a été revue. Toute la méthodologie et les comités cliniques pourront être réutilisés, à condition d'obtenir une acceptation complète de la nouvelle nomenclature par l'ensemble des spécialités : en 2005, il n'y a pas eu d'accord sur les coefficients de charge avec certaines spécialités, notamment la radiologie, ce qui a bloqué toute évolution ultérieure.

M. Jean-François Rousset (EPR). La refonte de la nomenclature est très attendue pour limiter les dépassements d'honoraires. Pensez-vous qu'elle y parviendra ? Nous avons proposé un Optam rénové permettant d'encadrer les dépassements dans 52 % des cas, avec une modération du pourcentage de dépassements par rapport aux tarifs opposables. Allez-vous aborder ce sujet dans les discussions ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Il est évident qu'un lien fort existe entre les dépassements d'honoraires et la CCAM, et cette redéfinition des tarifs constituera un socle important dans la discussion. Cependant, la pratique des dépassements est très hétérogène : il est difficile de trouver une corrélation systématique entre des actes en quelque sorte sous-tarifés dans la CCAM, parce que mal définis et mal hiérarchisés, et des pratiques de dépassement. Il faudra impérativement intégrer le paramètre de la nouvelle CCAM dans la discussion sur les dépassements, sans toutefois s'attendre à ce que la définition de tarifs cibles règle mécaniquement le problème pour tous les actes.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Comptez-vous allouer davantage de ressources humaines pour mettre en place une maintenance en continu de la CCAM ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Le travail de redéfinition des actes n'est pas effectué uniquement par les médecins-conseils de l'assurance maladie. La Cnam s'appuie d'abord sur l'immense mobilisation des spécialités et du HCN. Ce socle a été construit en 2004, et il n'est pas illégitime de mettre moins de moyens qu'à l'époque, où nous partions de zéro. En outre, nous faisons face, comme d'autres institutions publiques, à la rareté de la ressource médicale d'expertise, par ailleurs mobilisée par d'autres sujets.

J'en profite pour souligner que c'est la Cnam qui a proposé à l'automne dernier de faire évoluer la méthode pour accélérer le processus. Si nous avions conservé la méthode coconstruite avec les syndicats et le HCN, nous serions incapables de négocier en 2027. Autrement dit, ce n'est pas parce que la Cnam met moins de moyens humains qu'elle retarde l'ensemble du processus, au contraire.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Comment appréhendez-vous la finalisation du processus, en termes de calendrier, mais aussi d'accompagnement des parties prenantes ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. L'objectif est de terminer le travail technique d'ici fin 2026 et d'engager les négociations en 2027. Je ne suis pas en mesure de donner un calendrier de fin de discussion, car cela dépendra des conditions de la négociation. Un travail d'accompagnement important sera mené, au-delà des syndicats, directement auprès des spécialistes concernés : nous avons déjà commencé à réfléchir à la manière d'acclimater, en quelque sorte, les nouvelles descriptions d'actes dans chaque spécialité, car il est crucial que les médecins s'emparent de ce travail.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Comment percevez-vous les velléités du Parlement de s'emparer du sujet ?

M. le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Je comprends parfaitement l'impatience du Parlement à l'égard de travaux engagés depuis plusieurs années, et chacun partage la volonté d'aboutir à un système plus souple et plus réactif. Néanmoins, sur un chantier concernant des dizaines de milliers de médecins spécialistes, il me semble pertinent de respecter le cadre de la discussion conventionnelle, afin que les professionnels s'approprient la nouvelle nomenclature. Je le dis aussi à mes

partenaires conventionnels : il nous appartient de montrer au Parlement et au Gouvernement que le système avance efficacement, parce que si la convention ne produit pas ces effets, il n'est pas illégitime que le législateur ou le Gouvernement cherche d'autres voies – chacun doit en être bien conscient.

M. le président Cyrille Isaac-Sibille. Je vous remercie pour vos réponses : il nous semblait en effet important que la CCAM figure à l'ordre du jour de la Meccs.

La séance est levée à neuf heures vingt-sept.