

N° 2875

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2026.

## RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

*en application de l'article 145 du Règlement*

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*en conclusion d'auditions de la mission d'évaluation  
et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale,*

ET PRÉSENTÉ PAR

M. JÉRÔME GUEDJ, M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE et M. SÉBASTIEN PEYTAVIE

Députés.

---



## SOMMAIRE

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>1. IMPACT DE LA RÉVISION DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX SUR L'ÉVOLUTION DES TARIFS HOSPITALIERS</b> .....	11
<b>TRAVAUX DE LA MISSION</b> .....	11
1. Audition du mercredi 21 janvier 2026.....	11
2. Audition du mercredi 25 mars 2026.....	22
3. Audition du mercredi 8 avril 2026.....	37
4. Audition du mercredi 6 mai 2026.....	45
5. Audition du mercredi 13 mai 2026.....	51
<b>ANNEXE : RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES</b> .....	59
<b>2. DEUX HEURES DE LIEN SOCIAL POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE</b> .....	129
<b>TRAVAUX DE LA MISSION</b> .....	129
<b>ANNEXE : RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES</b> .....	137
<b>3. REMBOURSEMENT DES PROTECTIONS PÉRIODIQUES RÉUTILISABLES POUR LUTTER CONTRE LA PRÉCARITÉ MENSTRUELLE</b> .....	149
<b>TRAVAUX DE LA MISSION</b> .....	149
<b>ANNEXE : RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES</b> .....	157



## AVANT-PROPOS

Pour la deuxième année consécutive, la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) a voulu que des sujets précis soient étudiés dans le cadre d'auditions « focus », s'appuyant sur un questionnaire technique écrit auquel les personnes invitées étaient priées de bien vouloir répondre avant leur venue à l'Assemblée nationale.

Le présent rapport a vocation à rendre compte de ces auditions, et à mettre à la disposition de tous les contributions écrites qui ont alimenté les échanges avec les membres de la Mecss.

- Un premier cycle d'auditions a porté sur la révision de la classification commune des actes médicaux (CCAM) et son incidence sur les tarifs des actes techniques médicaux. Dans ce cadre, la Mecss a auditionné successivement le Haut Conseil des nomenclatures (HCN), une fois individuellement puis une fois en même temps que la Haute Autorité de santé (HAS), les principaux syndicats représentatifs de médecins, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) puis l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Ces auditions ont permis de mesurer la très grande complexité du chantier initié en 2021 sous l'égide du Haut Conseil des nomenclatures. L'intégralité des 13 000 actes que compte actuellement la CCAM ont ainsi été réexaminés et leurs libellés adaptés ; plus de 1 500 actes non cotés actuellement devraient intégrer cette nomenclature, tandis que 400 actes devenus obsolètes devraient en être radiés. Ce travail considérable nécessite une expertise scientifique de pointe que seules peuvent apporter les différentes spécialités médicales, lesquelles sont étroitement associées à ce processus dans le cadre des différents comités cliniques mis en place.

La première phase de cette refonte – celle de la redéfinition des libellés des actes et de leur hiérarchisation en fonction de la valeur travail qu'ils incorporent – devrait s'achever à la fin de l'année 2026. S'ouvrira alors une phase tout aussi essentielle : celle de la tarification de cette nouvelle nomenclature, en tenant compte, notamment, du coût de la pratique, c'est-à-dire des charges supportées par les différentes spécialités. Cette étape sera entièrement aux mains des partenaires conventionnels : Cnam et syndicats médicaux représentatifs.

D'après le **rapporteur Cyrille Isaac-Sibille, coprésident de la Mecss**, pour que la nouvelle CCAM soit juste et que les professionnels se l'approprient, elle devra favoriser une redistribution progressive à destination des spécialités actuellement moins bien rémunérées. La revalorisation globale de la nouvelle CCAM à hauteur de 240 millions d'euros décidée dans la dernière convention médicale devra être mobilisée à cette fin. Pour l'avenir, les auditions ont permis de préciser les contours d'une gestion plus dynamique de la CCAM, en lien avec les mesures votées dans la dernière loi de financement <sup>(1)</sup>. Il appartient à présent aux

---

(1) Articles 77 et 78 de la loi n°2025-1403 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

partenaires conventionnels de définir les modalités de cette maintenance renforcée, qui suppose probablement de doter les conseils nationaux professionnels (CNP) de moyens de recherche supplémentaires, mais aussi d'accélérer et de simplifier certaines procédures d'évaluation par la HAS. Il faudra définir des moyens et procédures permettant de coter et de valoriser plus rapidement les actes innovants, mais aussi d'accélérer la radiation des actes obsolètes, dont certains sont encore pratiqués, et qui devrait pouvoir se faire sans avoir à solliciter un avis de la HAS.

Les rapporteurs suivront étroitement l'achèvement de ce processus de révision de la CCAM. De sa bonne conduite dépendent en partie l'équité et l'efficacité de l'allocation des ressources et la pertinence des soins dispensés, dans un contexte où les actes de la CCAM pèsent aujourd'hui près de 12 milliards d'euros, contre 7 milliards d'euros en 2013.

● Une audition « focus » a, par ailleurs, été organisée sur le temps consacré à l'accompagnement et au lien social des personnes en perte d'autonomie vivant à domicile, mesure dite « deux heures » (article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023), avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Selon le **rapporteur Jérôme Guedj, coprésident de la Mecss**, cette audition a permis de constater que la mise en œuvre de ce dispositif, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024, est toujours très limitée, voire inexistante.

En effet, alors même que la loi impose aux services départementaux de systématiquement proposer la mise en place d'heures de lien social lors de l'élaboration des plans d'aide au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), seule une trentaine de départements déclare appliquer cette mesure. En 2024, sur plus de 800 000 bénéficiaires de l'APA à domicile, on dénombrait seulement 536 personnes accompagnées dans ce cadre, pour un total de 11 139 heures de lien social réalisées <sup>(1)</sup>.

Parmi les facteurs explicatifs de ce démarrage « *décevant* » <sup>(2)</sup>, la DGCS et la CNSA font état d'une méconnaissance du dispositif par les services départementaux qui instruisent les demandes d'APA et d'une sous-consommation structurelle des plans d'aide à l'APA en lien avec le manque de professionnels disponibles et d'un reste à charge jugé prohibitif par les bénéficiaires.

Le rapporteur a également relevé l'absence de données plus récentes permettant de suivre le déploiement et la montée en charge du dispositif. En l'absence de système d'information national sur l'APA, les services du ministère des solidarités et de la CNSA restent dépendants de l'enquête annuelle « Aide sociale » de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui repose elle-même sur les données déclaratives transmises

---

(1) Soit moins de deux heures par mois et par bénéficiaire en moyenne, contre les neuf heures d'accompagnement autorisées par l'article D. 232-8-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Compte rendu de la réunion de la Mecss du 20 mai 2026.

par les départements. Or ces informations sont parcellaires et ne favorisent pas le suivi en temps réel du déploiement des mesures votées par le Parlement dans les lois de financement de la sécurité sociale.

Cette audition « focus » a, en outre, constitué l'occasion d'aborder la question plus large de la santé économique du secteur de l'aide à domicile, dont les modalités de financement et tarification ont été considérablement réformées depuis 2022. La fragilité du secteur a ainsi été reconnue et le constat d'une dérégulation à l'œuvre a été posé : « *des conseils départementaux procèdent à une détarification, voire une déshabilitation, non coordonnée et sans réflexion sur ses conséquences pour les personnes [accompagnées]* » <sup>(1)</sup>. Il en résulte des hausses conséquentes du reste à charge qui remettent en cause l'accessibilité financière du service et accentuent la sous-consommation des plans d'aide.

Une nouvelle réforme de la tarification apparaît donc nécessaire. À cet égard, la DGCS et la CNSA ont fait part à la Mecss de la réalisation en cours d'une enquête nationale sur les coûts des services à domicile afin de mieux calibrer les nouvelles modalités de tarification envisagées. Si le rapporteur salue cette démarche, il ne peut que regretter que la précédente réforme du financement ait été réalisée sans avoir procédé à une telle étude préalable.

• Enfin, une audition « focus » s'est tenue sur le remboursement des protections périodiques réutilisables au bénéfice des assurées de moins de 26 ans et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), prévu par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Cette disposition qui figurait dans le projet de loi au stade de son dépôt est la traduction d'un engagement pris par la Première ministre de l'époque, Mme Élisabeth Borne, le 8 mars 2023, pour lutter contre la précarité menstruelle. La précarité menstruelle désigne le fait pour les personnes menstruées de ne pas avoir accès à des protections périodiques en quantité suffisante, contraignant ces premières à utiliser les protections trop longtemps, à avoir recours à des substituts inadaptés les exposant à des risques d'infections, ou les privant de leur liberté de travailler ou d'étudier dans des conditions dignes. La précarité menstruelle concernerait un tiers des femmes âgées de 18 à 50 ans et singulièrement les jeunes âgées de 18 à 24 ans dont on estime que 1,4 million d'entre elles vivent sous le seuil de pauvreté. Cette nouvelle disposition est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024 mais son décret d'application n'a été publié que le 17 avril 2026 <sup>(2)</sup> et elle n'est toujours pas applicable. Elle constitue dans son principe une avancée majeure et une première mondiale saluée par les associations et entreprises du secteur.

L'audition menée par le **rapporteur Sébastien Peytavie** dans le cadre des travaux de la Mecss a permis de faire état de l'avancement des textes réglementaires encore attendus, d'évoquer les obstacles techniques ou administratifs rencontrés,

---

(1) Ibid.

(2) Décret n° 2026-288 du 17 avril 2026 relatif à la prise en charge par l'assurance maladie des protections périodiques réutilisables en application de l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale.

ainsi que d'avancer sur les perspectives concrètes de mise en œuvre de ce dispositif attendu par de nombreuses bénéficiaires et évoqué très régulièrement lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le rapporteur a convié la direction de la sécurité sociale (DSS), l'association Règles élémentaires ainsi qu'une entreprise fabriquant des coupelles menstruelles (Luneale) à une table ronde. Tenant compte de certaines alertes formulées par l'entreprise et l'association entendues dans ce cadre, il formule une série de recommandations sur le contenu de l'arrêté ministériel encore attendu qui présente d'ores et déjà certaines limites qu'il conviendrait de faire évoluer à court terme, avant la mise en œuvre effective de la mesure attendue pour la rentrée universitaire de 2026.

À court terme, le rapporteur enjoint à la DSS de tenir compte des observations concordantes des entreprises et associations s'agissant de l'avis de projet diffusé le 23 avril 2026 relatif au cahier des charges technique des produits remboursables portant notamment sur les niveaux de qualité, de certification et les exigences imposées aux entreprises. Alors que l'avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) sur cet avis de projet est attendu pour la fin du mois de juin 2026, il apparaît déjà que le projet d'arrêté ne permet pas de garantir la sécurité d'utilisation des produits ainsi que leur durabilité.

Le rapporteur reprend à son compte la position des entreprises et associations qui revendiquent un standard de qualité maximal des produits admis au remboursement, compte tenu de l'enjeu de santé publique associé à leur utilisation régulière. En l'état du droit, les protections périodiques réutilisables ne sont pas des dispositifs médicaux, mais des produits de consommation courante ; malheureusement de nombreuses études ont permis d'établir que ces produits contiennent bien souvent des substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques telles les nano particules d'argent, les microplastiques, les composés per- et polyfluoroalkylés (Pfas), etc. Aucune étude scientifique portant sur une cohorte significative n'a permis d'établir que les substances toxiques contenues dans les protections périodiques jetables comme réutilisables (en particulier dans la couche isolante et la couche absorbante) sont sans effet sur la santé humaine. **Le principe de précaution devrait conduire à exiger que les culottes menstruelles réutilisables admises au remboursement soient totalement exemptes des substances identifiées comme toxiques** préalablement mentionnées ; s'agissant des coupelles menstruelles, ce même principe exige de restreindre leur composition au seul silicone médical catalysé au platine dont la sécurité pour cet usage précis est établie sans ambiguïté depuis plusieurs décennies, à l'inverse des thermoplastiques élastomères (TPE) mentionnés dans l'avant-projet. Ces derniers sont un matériau moins cher appartenant à la famille des plastiques qui ne présente pas les mêmes garanties pour un usage prolongé et des cycles de stérilisations réguliers.

Dans le même ordre d'idées, le rapporteur plaide pour un **renforcement des exigences de durabilité figurant dans le cahier des charges**. Actuellement, le

cahier des charges de l'avant-projet exige une durabilité comprise entre dix-huit et vingt-quatre mois d'utilisation, ce qui correspond à environ 52 cycles de lavage d'une culotte menstruelle ou de stérilisation d'une coupelle menstruelle. Les associations et entreprises plaident pour une durabilité renforcée permettant de garantir une sécurité d'utilisation pendant quatre ans, correspondant à 120 cycles d'utilisation. Un tel renforcement réduirait d'abord l'obsolescence des protections remboursées par la sécurité sociale, rehausserait ensuite le niveau de qualité des produits mis à disposition et permettrait enfin aux bénéficiaires de constituer un stock de protections et une utilisation moins intensive de chaque produit.

Le rapporteur recommande en outre d'**augmenter le nombre d'articles pris en charge** : alors que seules deux culottes menstruelles sont actuellement prévues par le décret du 17 avril 2026, il préconise la prise en charge de cinq à sept culottes menstruelles pour la première année puis deux renouvellements chaque année, tout en autorisant des dérogations lorsque la taille ou la capacité d'absorption des articles délivrés ne correspond plus au besoin de l'assurée.

Le rapporteur fait sienne la recommandation des associations demandant une **standardisation des capacités d'absorption allégées par les fabricants et la création au sein du cahier des charges de deux catégories « flux moyen » et « flux important »** correspondant à un volume d'absorption de respectivement 30 millilitres et 60 millilitres. Il plaide en outre pour une **obligation d'affichage sur l'emballage du produit des informations relatives aux matériaux utilisés, au pays de fabrication et à la capacité d'absorption minimale garantie**.

Le rapporteur est également favorable à une évolution du cahier des charges pour **prioriser le remboursement de protections périodiques réutilisables de fabrication française**, associées à une garantie de respect de normes sociales et environnementales élevées et à une limitation de l'importation de produits fabriqués à l'étranger dans des conditions non contrôlées et au détriment de producteurs nationaux déjà implantés, en particulier des petites et moyennes entreprises et des très petites entreprises.

Au-delà de ces adaptations minimales nécessaires relatives aux produits mis à disposition des bénéficiaires, **le rapporteur restera vigilant quant à l'absence de reste à charge pour les assurées de moins de 26 ans ne bénéficiant pas de la C2S**. En effet, il ressort de l'audition que les organismes complémentaires d'assurance maladie ne disposent pas encore d'un circuit de facturation garantissant le remboursement de la part mutuelle, faisant craindre au rapporteur un reste à charge important pour les assurées, en dépit d'une promesse de remboursement intégral, ce qui aurait un effet désincitatif pour des bénéficiaires précaires.

**Le rapporteur attire l'attention du Gouvernement sur la nécessité de formaliser un outil de suivi et d'évaluation de la mesure** en particulier s'agissant de son impact sur les bénéficiaires visés par le dispositif s'agissant de la diminution effective de la précarité menstruelle pour ces publics.



# 1. IMPACT DE LA RÉVISION DE LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX SUR L'ÉVOLUTION DES TARIFS HOSPITALIERS

## COMPTE RENDU DES AUDITIONS DE LA MISSION

### 1. Audition du mercredi 21 janvier 2026

*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) <sup>(1)</sup>.*

**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'avons 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.

---

(1) <https://assnat.fr/s9xmC1>

**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.

\*  
\* \*

## 2. Audition du mercredi 25 mars 2026

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale auditionne en 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 CCAM<sup>(1)</sup>.*

**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 auditions « 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

---

(1) <https://assnat.fr/pq&CgX>

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 « dépeussierant », 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 Meess.

**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 (CSMF).** 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 intraspécialité 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 Perrouy, 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 Perrouy.** 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 débattez 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'endométriome. 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'examen 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 remarquer, 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.

### 3. Audition du mercredi 8 avril 2026

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale auditionne conjointement le Pr Lionel Collet, président de la Haute Autorité de santé, et le Dr Cédric Carbonneil, chef du service de l'évaluation des actes professionnels et adjoint à la directrice de l'évaluation et de l'accès à l'innovation, ainsi que le Pr François Richard et le Dr Christian Espagno, coprésidents du Haut Conseil des nomenclatures, sur la procédure d'évaluation des actes et prestations préalablement à leur inscription au remboursement et les moyens d'accélérer cette inscription <sup>(1)</sup>.*

**M. le président Jérôme Guedj.** Cette table ronde fait suite à une précédente audition du professeur Richard et du docteur Espagno en janvier 2026 à l'issue de laquelle il était apparu nécessaire d'approfondir la problématique de la procédure d'évaluation des actes et prestations médicaux, préalable à leur inscription au remboursement, jugée trop lente et retardant toute mise à jour des nomenclatures.

Il nous a donc semblé pertinent d'entendre l'acteur principal de cette évaluation préalable, la Haute Autorité de santé (HAS), afin de comprendre précisément l'organisation actuelle et les contraintes qui expliquent cette impression de lenteur et d'engorgement. Conformément à l'usage, vous avez tous reçu préalablement un questionnaire écrit, dont les réponses ont été communiquées aux membres de la Mecss. Il en ressort que vous ne partagez pas nécessairement le diagnostic sur la situation comme sur les évolutions souhaitées.

Je suggère que la HAS nous rappelle brièvement les contraintes pesant sur cette procédure. Dans vos réponses, vous estimez que la perception d'un engorgement est subjective, une évaluation durant en moyenne 238 jours. Vous mettez aussi en avant les moyens humains contraints de la HAS, qui dispose de vingt à vingt-cinq chefs de projet pour conduire des évaluations sur un champ bien plus large que celui des seuls actes et prestations médicaux.

**Pr Lionel Collet, président de la Haute Autorité de santé.** Je vous remercie d'organiser cette table ronde sur un sujet très attendu par les professionnels de santé. Dès sa création en 2004, la mission d'évaluation des actes a été confiée à la HAS. Nous discuterons principalement ce jour des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM), mais la HAS évalue d'autres actes : le répertoire des actes innovants hors nomenclature, les actes onéreux ou les actes indissociables des dispositifs médicaux. Depuis 2005, les actes qui relèvent de la CCAM n'ont pas connu de révision d'ampleur.

Nous avons déjà alerté sur l'inadéquation de nos moyens par rapport à notre charge de travail et nous avons souhaité obtenir des moyens temporaires.

---

(1) <https://assnat.fr/uARzKn>

**Dr Cédric Carbonneil, chef du service de l'évaluation des actes professionnels et adjoint à la directrice de l'évaluation et de l'accès à l'innovation.** La problématique de l'évaluation des actes professionnels comporte deux dimensions : la réalité des faits et la perception. Nous produisons désormais en moyenne près d'une centaine d'avis par an pour les évaluations d'actes, par l'évaluation directe d'actes, qui représente 85 % du total, et l'évaluation d'actes associés à des dispositifs médicaux, pour les 15 % restants. Cette centaine d'avis se répartit entre les différentes nomenclatures évoquées précédemment.

Nos évaluations reposent sur une analyse critique de la littérature scientifique, réalisée par les services de la HAS, complétée par la consultation d'experts pluridisciplinaires et de parties prenantes. L'ensemble de ces actions, associé à une courte phase de validation, conduit à une évaluation dont la durée avoisine 260 jours, selon la méthode retenue. Lorsque nous disposons d'une littérature scientifique de qualité, avec des études comparatives disponibles, que les experts sont rapidement disponibles et que les parties prenantes sont réactives, nous pouvons traiter les dossiers bien plus rapidement.

Nous avons beaucoup travaillé ces dernières années pour accélérer chacune de ces étapes et répondre à la demande, en définissant les procédures, en demandant des moyens supplémentaires, en renforçant nos capacités d'analyse de la littérature et en essayant de mobiliser davantage les experts, ce qui reste une difficulté en raison de leur disponibilité limitée.

Un des éléments qui demeure problématique concerne la qualité des données transmises, particulièrement pour l'évaluation des actes de la classification commune des actes médicaux, pour laquelle nous disposons trop rarement d'études comparatives. Je n'évoque pas seulement l'essai contrôlé randomisé, qui est la référence, car nous sommes en mesure d'accepter d'autres typologies d'études. Des efforts considérables ont été réalisés en interne ces dix dernières années pour accélérer le processus, passant d'une cinquantaine d'avis rendus à une centaine par an.

Cependant, et j'en viens à la perception, encore faut-il que la HAS soit sollicitée pour réaliser ces évaluations. La plupart des demandes nous parviennent par des canaux institutionnels : l'assurance maladie ou le ministère de la santé représentent les trois quarts de nos saisines. Nous procédons également à des autosaisines lorsque nous jugeons un sujet prioritaire. Les 12 % restants émanent des professionnels et ce canal est donc sous-utilisé. À titre d'illustration, dans le domaine de la radiothérapie, nous n'avons reçu aucune demande d'évaluation depuis 2015.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Je vous remercie d'avoir répondu si précisément au questionnaire. La question qui nous intéresse consiste à améliorer la situation.

**Pr François Richard, président du Haut Conseil des nomenclatures.** Nous sommes globalement d'accord avec les analyses du professeur Collet et du docteur Carbonneil. Le problème de fond réside dans la manière dont l'évaluation des actes médicaux est construite en France depuis vingt-cinq ans, sur la base d'une CCAM uniquement tarifante. Actuellement, un acte qui n'est pas passé par la HAS, faute de demande ou de saisine, ne peut être inscrit à la nomenclature et ne peut donc être remboursé. En France, de nombreux actes sont donc traités par assimilation : ce traitement perturbe cependant le système national des données de santé (SNDS) et entraîne par définition des codages erronés, tant sur le plan du diagnostic que des traitements et du suivi.

Il est donc impératif de changer ce système pour parvenir à un principe simple : un acte, une intervention, un code. Nous avons procédé ainsi pour la chirurgie robotique depuis cinq ans, ce qui nous a permis de constituer une cohorte de plus de 400 000 malades. Le coût ne sera pas plus élevé pour la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) qui, avec l'assimilation, paie déjà sans savoir ce qu'elle finance.

Actuellement, ni la HAS ni la Cnam n'interdisent la réalisation d'actes non inscrits. Nous proposons donc qu'un acte non évalué et non accepté ne soit tout simplement pas autorisé.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** À la fin de la réponse au questionnaire, vous formulez deux propositions intéressantes. Faut-il mettre en place des inscriptions provisoires ou imaginer un système d'accès précoce ? Que pensez-vous de ces deux options ?

**Dr Christian Espagno, vice-président du Haut Conseil des nomenclatures.** Nous partageons une perception commune du problème de l'évaluation des actes. À partir du moment où nous recevons un dossier évalué par la HAS, nous pouvons nous aussi améliorer nos délais d'inscription à la CCAM tarifante.

Nous aurions besoin d'établir une classification des actes selon l'urgence de leur besoin. Certains actes innovants et très importants devraient être priorisés dans le processus d'évaluation de la HAS. En revanche, l'évaluation d'autres actes peut attendre, avec une inscription à la CCAM non tarifante par un code descriptif, ce qui nécessite un accord avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), qui maîtrise la gestion de ces codes.

Lorsque nous décidons d'une inscription provisoire, les registres que nous demandons peinent à se mettre en place. À la lumière des expériences des dernières années, nous devons définir ensemble une méthodologie plus claire et plus précise.

Je souhaite citer un exemple de progrès considérable : dans le cadre de la refonte de la nomenclature, de très nombreux actes étaient pratiqués sans code descriptif précis, d'où le recours à ces assimilations qui répondent à un besoin de codage et de rémunération. En nous concertant avec la HAS, nous avons élaboré

des fiches simplifiées pour ces actes courants. Cette démarche permet d'inscrire environ 1 000 actes supplémentaires à la nomenclature, ce qui prouve que la coordination autour d'une méthodologie construite nous rend beaucoup plus efficaces.

**Pr Lionel Collet.** Je n'avais jamais entendu cette idée d'accès précoce pour les actes. L'accès précoce du médicament est défini dans un cadre législatif : il concerne des patients en impasse thérapeutique, atteints d'une maladie grave, rare et invalidante, et leur permet d'accéder très rapidement à un médicament présumé innovant. Ce médicament doit ultérieurement être évalué en droit commun.

Par analogie, je comprends qu'il s'agit de réfléchir à des actes en accès précoce qui finiraient par passer dans le droit commun. Pour le médicament, l'accès constitue le seul moyen pour le patient de bénéficier du traitement, ce qui n'est pas le cas pour les actes. L'objectif consisterait à ce que l'acte soit reconnu, rémunéré et identifié. Ce serait donc moins un accès précoce qu'une procédure dérogatoire, à l'instar de ce qui existe pour les dispositifs médicaux.

Cette procédure n'empêcherait pas le passage ultérieur en droit commun, ce qui prendra du temps et nécessitera tout de même des données, alors que l'acte est déjà réalisé par assimilation, et donc déjà codé. Je ne suis donc pas certain qu'il s'agisse de l'option à privilégier : j'ai besoin de temps pour y réfléchir, mais je vois d'emblée les difficultés que cela pourrait créer.

**Dr Cédric Carbonneil.** Je tiens à rappeler les raisons pour lesquelles l'évaluation par la HAS est nécessaire. Les actes sont réalisés et rémunérés, mais de nombreux actes sont cependant réalisés à tort. La seule évaluation réalisée sur l'efficacité et la sécurité des actes professionnels est celle menée par la HAS. Il n'existe pas d'autorisation de mise sur le marché ou d'autre autorisation préalable pour un acte professionnel. Cette évaluation nous semble donc essentielle pour garantir que la balance bénéfice-risque d'un acte pris en charge par la solidarité nationale est satisfaisante.

Il est vrai qu'aujourd'hui ces évaluations arrivent souvent trop tard par rapport au développement d'une technologie. Il faut pouvoir identifier ces innovations bien plus tôt et mettre en place un continuum d'évaluation. Le système du médicament fonctionne relativement bien parce qu'il suit différentes phases avant l'évaluation finale, ce qui n'existe pas pour les actes : des études sont réalisées sans connexion entre elles, et il peut s'écouler cinq ou dix ans entre une première étude en centre hospitalier universitaire et une étude comparative. Pendant ce temps, la technique se diffuse de manière anarchique et il devient difficile de la réguler.

Un dispositif équivalent à l'accès précoce des médicaments existe déjà avec le forfait innovation qui est pourtant totalement sous-utilisé, puisque nous ne recevons qu'une à cinq demandes par an. Il est pourtant conçu pour l'évaluation des actes, notamment chirurgicaux. Sa sous-utilisation étant due en partie au déficit de notoriété, nous avons mis en place un accompagnement des professionnels depuis

trois ans pour y remédier. La principale problématique est toutefois celle du financement. Le coût de la technique est pris en charge dans l'enveloppe innovation, mais le coût de la recherche et des études reste à la charge du demandeur. Pour les actes chirurgicaux, ce sont souvent les conseils nationaux professionnels (CNP) qui portent les demandes et très peu disposent des ressources financières pour mener ces études. Ce dispositif répond pourtant à tous les besoins : il permet un codage précoce, une tarification précoce ; il garantit le recueil de données optimal et nous permet d'évaluer et de tarifier rapidement ensuite. Une optimisation des modalités de financement du forfait innovation, qui relève du niveau réglementaire, pourrait constituer une solution pour les professionnels.

Les conseils nationaux professionnels ne sont cependant pas outillés pour ce dispositif. Ils fonctionnent encore de manière artisanale, pour proposer des études ou même pour répondre à nos simples demandes d'experts. Alors qu'ils ont une mission réglementaire d'assister les institutions pour trouver des experts, aucun financement ne leur est dédié pour cela.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Nous procédons actuellement par assimilation et nous n'avons donc aucune donnée en vie réelle sur ces pratiques. Le principe consiste à savoir comment coder puis rémunérer une innovation. Le forfait innovation prévoit-il une rémunération ? Qui la fixe ?

**Dr Cédric Carbonneil.** Lorsque le dossier est déposé, le demandeur formule une proposition de cotation qui permet la rémunération de l'acte. Une première estimation est donc faite *a priori*, ce qui facilite la tarification en sortie et favorise l'évaluation de l'acte.

Nous nous rejoignons sur le besoin d'un codage très précoce et d'études systématiques. Notre point de divergence concerne le recours à des codages non tarifant. L'expérience nous a montré que ces codages ne fonctionnent pas. Nous préférons donc nous orienter vers des codes tarifant.

Nous rejoignons également MM. Richard et Espagno sur la nécessité de prioriser très tôt les actes à évaluer, ce qui peut être réalisé par chaque société savante. Nous avons testé cette approche dans le cadre de la chirurgie bariatrique : trois techniques ont été ainsi identifiées. L'une est en cours de forfait innovation, une autre est passée par un programme hospitalier de recherche clinique dont l'étude vient de se terminer, ce qui nous permettra de l'évaluer en 2026 et de proposer une tarification. Ce dispositif peut donc fonctionner et doit maintenant être généralisé.

**Pr François Richard.** Je connais bien le forfait innovation, puisque j'ai moi-même déposé la première demande à la HAS pour les ultrasons focalisés de haute intensité (*Hifu*). Il a fallu attendre quinze ans pour obtenir une réponse sur une technique d'origine française qui se développait partout ailleurs dans le monde, alors que le travail avait été mené avec l'Association française d'urologie (AFU).

En médecine interventionnelle et en chirurgie, 70 % des actes relèvent des améliorations progressives et ne sont pas des innovations disruptives comme les

*Hifu*. En 2009, l'AFU a demandé à la HAS de tester le laser. L'étude a duré trois ans, mais la réponse officielle n'a été qu'apportée qu'après cinq ans et la réponse officielle au bout de sept ans.

La HCN, la HAS, la Cnam, l'Atih et les CNP devraient créer une organisation commune, au lieu de travailler en silos. Nous devons décrire les actes et définir les étapes nécessaires, en adaptant la procédure aux besoins.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Un problème de sécurité existe toutefois. Certaines techniques ayant bénéficié d'une cotation par assimilation ont donné lieu à des scandales, comme celui des bandelettes. La sécurité des patients est primordiale.

**M. Jean-François Rousset (EPR).** Dans l'histoire de la médecine et de la chirurgie, l'évolution est permanente. Les actes véritablement nouveaux sont rares, contrairement aux technologies et aux moyens utilisés pour les réaliser. Pour construire la rémunération d'un acte, il convient de tenir compte du coût de l'innovation technologique, à savoir l'achat du matériel et l'amortissement, mais pas de l'acte lui-même.

Dans la construction de la nomenclature, la HAS et les représentants des professionnels doivent tenir compte de l'efficacité, de la pertinence des soins et de la sécurité du malade. L'évaluation d'un acte doit sans doute commencer par celle de ses effets secondaires et délétères. Le rôle de la HAS sera probablement de choisir, parmi les actes proposés, le meilleur pour le malade selon les circonstances, le professionnel et l'endroit.

**Pr François Richard.** Le changement d'outil induit-il un changement dans l'opération ? La réponse est probablement négative. En chirurgie, les étapes sont constantes : une voie d'accès, des plans de clivage pour atteindre l'organe, l'intervention sur l'organe, puis la fermeture. Une étude des programmes hospitaliers de recherche clinique a montré l'an dernier que 75 % des études d'évaluation n'aboutissaient pas, car elles sont trop complexes.

Pour mesurer la pertinence des actes, tous les actes doivent avoir un code. Les innovations de rupture doivent faire l'objet d'études approfondies menées par la HAS pour assurer la sécurité des patients. En revanche, la procédure doit être accélérée pour les changements mineurs.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Il existe un sujet de méthode et un sujet de valorisation. Vous avez principalement évoqué les actes innovants, mais je voudrais m'attarder sur les actes existants. Si certains actes existants ne sont plus pertinents, nous devrions sans doute accélérer leur sortie de la nomenclature. Si de meilleures alternatives à des actes existent, tant pour la santé des patients que pour l'approche économique globale, disposez-vous d'une approche comparative ? Envisagez-vous la substitution d'actes coûteux par des actes moins coûteux et plus pertinents, même si cela suppose de valoriser des dispositifs médicaux qui ne le sont pas assez aujourd'hui ? N'y a-t-il pas un sujet de cotation comparative et incitative

à imaginer, alliant la démarche qualitative à une démarche économique, dans un souci du patient et de bonnes pratiques ?

Concrètement, quelles sont vos recommandations pour améliorer la méthode ? Qu'est-ce qui dépend du législatif, du réglementaire ou du conventionnel ? De même, sur la valorisation, vous avez mentionné l'indisponibilité des experts et les faibles sollicitations des professionnels. Comment expliquez-vous cette absence de demande formelle de réévaluation, alors que tous les professionnels que nous entendons nous disent que de nombreux actes n'ont pas été réévalués depuis des années ?

**Dr Cédric Carbonneil.** La pertinence est systématiquement intégrée dans chacune de nos évaluations, qui sont par nature comparatives. La loi nous impose de statuer sur le service attendu et sur l'amélioration du service attendu (ASA). Nous devons indiquer si le nouvel acte fait mieux, aussi bien ou moins bien que l'existant, d'un point de vue clinique et organisationnel. Nous définissons systématiquement les indications dans lesquelles l'acte est pertinent et précisons sa place dans la stratégie de prise en charge – substitution, alternance ou addition.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** L'acte moins pertinent ne sort toutefois pas de la nomenclature.

**Dr Cédric Carbonneil.** Il peut sortir de la nomenclature, lorsqu'un acte se substitue parfaitement à un autre. Depuis 2020, la loi nous permet de rendre un avis favorable sur la substitution d'actes.

Certains actes sont obsolètes : ils peuvent être facilement identifiés par les professionnels. Dans le cadre de la refonte de la CCAM, une procédure spécifique permet, sur simple signalement pluriprofessionnel, de signaler un service rendu insuffisant. La littérature scientifique est peu utile dans ce contexte et la véritable source d'information est professionnelle. Lorsque tous les professionnels concernés s'accordent pour retirer un acte, ce retrait peut intervenir. Lorsque cet accord interprofessionnel existe, l'avis de la HAS reste-t-il indispensable ? Nous pourrions sans doute accélérer le processus pour les actes obsolètes. Mais si l'objectif est purement de sortir un acte obsolète, on peut probablement aller plus vite.

**Dr Christian Espagno.** Toute bonne évaluation requiert une implication accrue des professionnels, et en particulier des CNP qui les représentent. Or, force est de constater que la plupart des CNP ont beaucoup de difficultés à s'impliquer dans l'évaluation, à tous les niveaux. Ils n'ont ni les moyens financiers, ni les moyens humains, ni le savoir-faire, ni la connaissance des arcanes administratifs. Il serait pertinent de simplifier la procédure sur la plateforme Evacte et de réfléchir aux modalités de l'étude comparative dans le domaine des actes techniques, tout en respectant la nécessité d'un service attendu et d'une ASA suffisants.

Nous demandons systématiquement qu'un registre de données en vie réelle soit mis en place, lorsque l'inscription provisoire est accordée. Or, de nombreuses demandes ne sont pas suivies d'effet, car les CNP rencontrent des difficultés pour

mettre en place ces registres. Cela fait perdre à l'inscription provisoire l'essentiel de sa substance, qui vise justement à améliorer la connaissance de la pratique de l'acte en vie réelle. C'est pourquoi le HCN a proposé de mettre en place une *task force* informelle, réunissant toutes les parties prenantes. À chaque inscription provisoire, cette structure contacterait le CNP pour l'aider à mettre en place ce registre, sur le plan logistique et humain.

**Pr François Richard.** À chaque fois qu'un nouvel acte est créé avec un nouveau code, la HAS pourrait déterminer les critères de résultat – cliniques, biologiques ou autres – pertinents. Je travaille actuellement avec l'Atih pour intégrer les quelques critères que la HAS définirait dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et donc dans le SNDS. Les résultats des registres pourraient être obtenus automatiquement.

Avec un collègue, j'ai mené une étude sur le SNDS portant sur 200 000 malades suivis pendant dix ans. Nous avons montré que les bandelettes pour incontinence ne présentaient pas les mêmes risques que celles pour prolapsus, pour lesquelles on observait des cas catastrophiques. L'injection de données médicales nous avait permis d'obtenir ces résultats sur une si grande cohorte. Cette possibilité renforcerait la mesure de la pertinence, si tous les actes avaient des codes, tarifants ou non.

**Dr Cédric Carbonneil.** Le problème du financement des registres non industriels et de leur qualité dépasse le cadre des actes professionnels.

Je suis entièrement d'accord avec la médicalisation du PMSI, avec un ajout qui paraît essentiel : l'indication. Lorsque cette information sera disponible, des comparaisons extrêmement précises pourront être réalisées, permettant d'apprécier la pertinence. Cet outil manque cruellement.

Le manque de sollicitations des professionnels s'explique par la méconnaissance et par le manque d'intérêt. Le codage par assimilation assure une rémunération immédiate, sans aucune évaluation de la sécurité. Une démarche vertueuse doit donc être instaurée pour engager le processus plus tôt et obtenir la juste rémunération de l'acte.

Il n'existe pas de vigilance des actes en France, contrairement aux médicaments ou aux dispositifs médicaux. Le prochain scandale sanitaire risque de concerner ce point.

**M. le président Cyrille Isaac-Sibille.** Je vous remercie pour cette franchise. Je reviens sur le cas Essure : il est incroyable que nous ne parvenions pas à retrouver les centaines de milliers de femmes concernées, faute de registre. Nous avons une grande responsabilité à cet égard.

Nous avons abordé des sujets au-delà de la nomenclature, mais je vous remercie de nous permettre de réfléchir à ces sujets. Il n'est pas normal que la

création d'un registre sur les cancers doit passer par une loi. Ces outils devraient être une évidence.

\*

\* \*

#### 4. Audition du mercredi 6 mai 2026

*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), et M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins, sur les modalités envisageables pour la réévaluation des tarifs des actes et prestations devant résulter de la révision de la CCAM<sup>(1)</sup>.*

**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

---

(1) <https://assnat.fr/k4BnTa>

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 Mecss.

\*

\* \*

## 5. Audition du mercredi 13 mai 2026

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale auditionne Mme Nathalie Fourcade, directrice générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), Mme Joëlle Dubois, directrice des classifications, de l'information médicale et des modèles de financement, et M. Geoffrey Lefebvre directeur du financement et de l'analyse économique <sup>(1)</sup>.*

**M. le président Jérôme Guedj.** Nous accueillons l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) pour cette dernière audition de la Mecss consacrée à la révision des nomenclatures d'actes, et plus particulièrement la classification commune des actes médicaux (CCAM).

L'Atih est une agence que l'on associe à la tarification hospitalière, mais deux raisons justifient son audition : d'une part, elle exerce une mission explicite de gestion courante de la CCAM – élaboration des codes et libellés pour retranscrire fidèlement l'activité médicale –, d'autre part elle joue un rôle central dans la détermination des tarifs des hôpitaux et des établissements de santé privés d'intérêt collectif, les actes de la CCAM entrant en ligne de compte pour évaluer le coût des séjours. Une révision profonde de la CCAM aura donc nécessairement un impact sur les tarifs hospitaliers, ce qui semble souhaitable, dans la mesure où il existe des distorsions connues.

Ma première question porte sur le travail de redéfinition des libellés, entrepris depuis 2021 et aujourd'hui achevé : cette CCAM rénovée améliorera-t-

---

(1) <https://assnat.fr/yA3b51>

elle significativement la description et la valorisation des actes techniques des médecins, et constituera-t-elle une source importante de progrès pour l'allocation des ressources dans le système de soins ?

**Mme Nathalie Fourcade, directrice générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).** L'Atih travaille sur les nomenclatures de santé depuis sa création en 2000 et a participé à l'élaboration de la CCAM, qui est une classification commune à l'assurance maladie et à l'État. Ses missions portent sur l'élaboration des codes et des libellés, la définition des règles de construction et la rédaction du guide de lecture et de codage. Ces travaux sont décisifs, car la qualité du codage dépend directement de leur précision : des règles imprécises entraînent un codage défaillant, avec des conséquences dommageables sur la connaissance de l'activité, le pilotage et le financement.

Les tarifs hospitaliers sont des forfaits ; la tarification se fait à l'activité, et non à l'acte. Pour déterminer ces tarifs, l'Atih prend en compte les actes réalisés au cours des séjours et les pathologies des patients, puis rassemble les séjours en groupes homogènes de malades (GHM), auxquels sont associés des tarifs. L'impact de la CCAM sur ces tarifs est donc indirect et s'exerce à deux niveaux : d'abord sur le groupage en GHM si le contenu des actes change, ensuite sur la mesure des coûts, les charges médico-techniques des séjours étant ventilées sur les différents actes pour construire le coût servant de base tarifaire.

Une meilleure description des actes permettra des progrès significatifs sur la connaissance de l'activité des professionnels, un développement plus rapide des innovations et une meilleure allocation des ressources. L'enjeu reste néanmoins de trouver un équilibre entre précision de la description et la nécessité pour les professionnels de s'y retrouver, notamment pour des actes peu fréquents. Il convient de rappeler que 90 % de l'activité concerne 10 % des actes, mais certains professionnels se trouvent en difficulté faute de codes adaptés, ce qui conduit à un codage par assimilation qui ne satisfait personne.

**M. le président Jérôme Guedj.** Dans ce travail, y voyez-vous une intensification ou une complexification ?

**Mme Nathalie Fourcade.** L'Atih dispose de marges de manœuvre pour réduire la diversité des actes pris en compte dans le groupage, et donc pour ajuster le nombre de types de séjours hospitaliers auxquels est associé un tarif.

**M. le président Jérôme Guedj.** D'après vos réponses à notre questionnaire, la révision de la CCAM ne devrait pas avoir d'impact significatif sur la structure des tarifs hospitaliers, leur niveau restant déterminé par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Or certaines activités sont notoirement sous-financées, quand d'autres sont très rentables. Ne faudrait-il pas prévoir également une refonte des tarifs eux-mêmes, afin de mieux retranscrire les coûts réels et valoriser l'innovation ?

**Mme Nathalie Fourcade.** Les tarifs sont définis à partir de l’Ondam voté en loi de financement de la sécurité sociale. Chaque année, l’Atih mène une étude nationale de coûts pour évaluer les coûts de production des différents GHM et calcule des tarifs issus des coûts. Un objectif de convergence entre les tarifs effectifs et ces tarifs issus des coûts est fixé ; les ajustements sont réalisés annuellement lors des campagnes tarifaires, selon les enveloppes disponibles.

**M. le président Jérôme Guedj.** Quelles sont les activités qui apparaissent sous-financées, et celles dont la tarification est excessive ?

**M. Geoffrey Lefebvre, directeur du financement et de l’analyse économique.** Parmi les activités notoirement sous-financées figurent les activités liées à l’obstétrique, à la maternité et à la grossesse.

Il est cependant difficile de vous donner une idée exacte du volume de ce sous-financement et de l’ampleur de la distorsion, car les coûts incluent des éléments qui ne sont pas nécessairement financés par les seuls tarifs, toute l’activité hospitalière n’étant pas couverte par l’enveloppe tarifaire seule. L’exercice vise surtout à vérifier si l’enveloppe est bien ventilée au regard de la hiérarchie des coûts. Il est difficile de donner un chiffre précis, d’autant que l’on ne peut pas comparer directement les activités des secteurs public et privé, les tarifs ne couvrant pas le même périmètre. Pour les activités de maternité, on évoque un sous-financement de l’ordre de 10 %, mais c’est un exercice conventionnel qui appelle à la précaution. En général, les écarts sont considérés comme significatifs à partir de 5 %.

**M. le président Jérôme Guedj.** Dans un contexte d’obsolescence des nomenclatures, les professionnels pratiquent un codage dégradé par assimilation. Êtes-vous en mesure d’évaluer l’ampleur de cette pratique dans les hôpitaux ? Comment y remédier ?

**Mme Joëlle Dubois, directrice des classifications, de l’information médicale et des modèles de financement.** L’Atih diffuse en permanence des consignes de codage pour garantir la qualité de l’information médicale, qui sert à financer les établissements. Nous dénonçons régulièrement cette pratique du codage par assimilation. Cette pratique se rencontre aussi dans les hôpitaux, contrairement à ce que l’on pourrait croire : quand l’acte n’existe pas dans le référentiel, les professionnels cherchent quelque chose qui ressemble à leur activité et codent un acte approchant.

**M. le président Jérôme Guedj.** Dans ce choix par assimilation, y a-t-il la tentation de choisir un codage dont la tarification est plus favorable ?

**Mme Joëlle Dubois.** À la fin d’une prise en charge, les professionnels du codage cherchent avant tout le code correspondant à l’acte réalisé.

**M. le président Jérôme Guedj.** S’il n’existe pas, comment procèdent-ils ? Quel outil leur permet de trouver l’acte ?

**Mme Joëlle Dubois.** Ils disposent d'outils informatiques permettant une recherche par mot-clé. Ces logiciels – qui varient d'un établissement à un autre, en fonction des accords conclus avec les éditeurs – leur permettent de cibler les référentiels de leur spécialité et de chercher dans cet ensemble réduit l'acte le plus proche de leur pratique.

**M. le président Jérôme Guedj.** Comment ces logiciels sont-ils actualisés ?

**Mme Joëlle Dubois.** Les sociétés de services informatiques actualisent leurs outils en fonction des publications de l'Atih sur son site internet et au *Bulletin officiel*, qui fait foi. Cette mise à jour n'est pas tout à fait effectuée en temps réel, et c'est précisément ce qui pose problème : il existe un délai entre la publication officielle, qui impose un codage à une date donnée, et la mise à jour effective des outils par les sociétés de services. Les établissements s'en trouvent pénalisés pour leur facturation et pour leur capacité à remplir les résumés de sortie de séjour avec les référentiels à jour, ce qui donne lieu à des récriminations fréquentes.

**M. le président Jérôme Guedj.** Vous avez suggéré dans vos réponses à notre questionnaire écrit de mettre en place une plateforme internet dédiée permettant aux professionnels de faire part de leurs demandes d'inscription et d'instruire les dossiers, avec une procédure établie entre les différentes parties. Selon vous, comment un tel dispositif pourrait-il fonctionner ?

**Mme Joëlle Dubois.** Cette suggestion s'inspire de la classification internationale des maladies, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'apprête à diffuser la onzième révision (CIM-11). Cette nouvelle classification, nativement numérique, permet une maintenance plus souple de la nomenclature. Sa mise en place est une petite révolution structurelle et organisationnelle pour les établissements. Pour l'accompagner, l'OMS a mis en place une plateforme permettant de recueillir les avis des utilisateurs et d'assurer une maintenance régulière et continue. Ce système fonctionne bien depuis plusieurs années, c'est pourquoi nous estimons qu'une plateforme de même nature pourrait être utilisée pour actualiser la CCAM. Elle permettrait d'être à l'écoute des professionnels lorsqu'il leur semble manquer des actes dans le référentiel.

**M. le président Jérôme Guedj.** Vous indiquez dans le questionnaire que des moyens supplémentaires devraient être affectés à la maintenance de la CCAM. Actuellement, trois personnes sont en charge de la CCAM et, hors campagne de révision, cela représente 0,3 équivalent temps plein (ETP) réparti sur ces trois personnes. Quel renforcement vous apparaîtrait nécessaire ?

**Mme Nathalie Fourcade.** Un ETP supplémentaire permettrait de combiner des travaux d'actualisation de la CCAM avec le déploiement de la CIM-11, qui va changer la façon dont les informations seront codées, collectées, puis utilisées par l'Atih et mises à disposition de tous les acteurs.

Par ailleurs, l'Atih publie depuis 2015 une CCAM descriptive à usage du programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers (PMSI)

destinée à mieux décrire l'activité des établissements. Il s'agit de la CCAM complétée de codes et de libellés supplémentaires permettant de préciser les conditions de réalisation d'actes déjà évalués par la Haute Autorité de santé (HAS). Elle est de plus en plus mobilisée par les acteurs institutionnels pour ajouter des actes rapidement et de façon réactive. L'exemple de l'accès précoce pour les dispositifs médicaux illustre cette logique : lorsqu'un dispositif innovant validé par la HAS ne peut être utilisé faute d'acte adapté, le ministère peut missionner l'Atih pour créer un acte dans la CCAM descriptive. Le Haut Conseil des nomenclatures (HCN) est très intéressé par cette voie pour tracer des actes innovants et éviter le codage par assimilation, ce que l'Atih soutient, à condition qu'un cadre strictement sécurisé soit défini.

**M. le président Jérôme Guedj.** Le rythme de mise à jour de la CCAM est-il compatible avec l'accélération de l'innovation technologique à l'hôpital, ou bien le retard de codage condamne-t-il certains établissements à des déficits sur leurs activités de pointe ?

**Mme Joëlle Dubois.** Le problème de la maintenance est que les actes nouveaux doivent être évalués par la HAS avant d'être inscrits à la CCAM. La difficulté récurrente est l'embouteillage qui se produit lorsque la HAS a trop d'actes à évaluer et doit établir des priorités. Les professionnels souhaitent pouvoir au moins coder les actes innovants, leur donner un libellé et suivre l'activité réalisée, tout en définissant les établissements autorisés à les pratiquer à titre provisoire. Les informations ainsi recueillies aideraient la HAS à aller plus vite dans son évaluation. Les codes attribués aux actes innovants dans l'attente de leur évaluation et de leur publication officielle à la CCAM relèveraient justement de la CCAM descriptive dont nous venons de parler.

**M. le président Jérôme Guedj.** Existe-t-il un équivalent en médecine de ville de cette CCAM descriptive à usage du PMSI, c'est-à-dire une CCAM descriptive à usage du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie ?

**Mme Joëlle Dubois.** En réalité, il n'existe qu'une seule CCAM, qui se décline en une CCAM tarifante pour les honoraires médicaux et en une CCAM descriptive dans le cadre du PMSI. En ville, les codes de la CCAM descriptive ne passent pas dans les chaînes de facturation ; les professionnels libéraux ne peuvent donc pas être rémunérés sur cette base. C'est un dispositif à envisager pour l'avenir. Il convient aussi de noter que les actes innovants sont fréquemment effectués en premier à l'hôpital.

**Mme Nathalie Fourcade.** Dès lors que des actes sont inscrits à la CCAM descriptive, l'Atih peut suivre leur utilisation et, s'il est prématuré de les intégrer dans les tarifs, des enveloppes spécifiques peuvent être allouées aux hôpitaux sur la base de ces remontées d'informations. Ces financements ne sont pas encore inclus en routine dans les tarifs, mais ce mécanisme est déjà régulièrement mobilisé.

**M. le président Jérôme Guedj.** Comment qualifiez-vous vos interactions avec le HCN, la HAS et la Caisse nationale de l'assurance maladie ?

**Mme Nathalie Fourcade.** La répartition des rôles est claire et le système fonctionne bien. L'Atih a participé à l'ensemble du travail de classification ; elle n'intervient pas dans la hiérarchisation, ce qui est normal. Elle a travaillé sur les codes et libellés et effectuera un dernier tour de révision pour vérifier la cohérence intra- et inter-spécialités avant le résultat final. Les interactions se passent très bien.

**M. le président Jérôme Guedj.** En quoi l'intelligence artificielle (IA) modifie-t-elle votre activité ? Son intégration dans le traitement des données hospitalières est-elle destinée au seul contrôle tarifaire ou permet-elle également une aide au pilotage médical pour les chefs de service ?

**Mme Nathalie Fourcade.** L'Atih développe avec les hôpitaux des outils d'aide au codage mobilisant l'IA. Mais la piste la plus prometteuse réside dans le changement de conception des nomenclatures elles-mêmes : la CIM-11 est bien plus riche en informations que la précédente, actualisée en continu, et sera probablement la dernière révision majeure. Des outils plus sophistiqués d'aide au codage sont d'ores et déjà proposés aux professionnels pour les accompagner vers un codage de qualité.

Par ailleurs, l'Atih utilise l'IA pour aider les utilisateurs à formuler des requêtes lors de l'exploitation de données complexes, car définir le champ précis des données et des concepts peut s'avérer compliqué pour un non-expert. Des gains de productivité importants sont attendus en interne, mais l'agence est encore en phase de preuve de concept avant un déploiement généralisé.

**M. le président Jérôme Guedj.** Nous sommes à une étape charnière de la réforme du financement hospitalier, avec l'introduction des nouvelles dotations sur objectif et la réforme de la dialyse et de la radiothérapie. Comment garantir que les nouveaux outils de recueil ne vont pas aggraver la charge administrative des soignants, tout en assurant une visibilité financière stable aux établissements ?

**Mme Nathalie Fourcade.** La charge de collecte est en effet lourde pour les établissements, et il importe de la réduire. La plateforme Druides constitue une avancée significative en ce sens, en réduisant le nombre de dispositifs nécessaires pour alimenter le PMSI. Mais il faut aller beaucoup plus loin : c'est un grand axe de travail. Pour la dialyse et la radiothérapie, des échanges nourris sont en cours avec les éditeurs.

**Mme Joëlle Dubois.** La dialyse et la radiothérapie illustrent bien la conception d'un nouvel outillage. Il a fallu créer une classification pour qualifier les prises en charge, conformément à la demande du ministère de financer désormais des épisodes de soins pour la radiothérapie et un forfait hebdomadaire pour la dialyse plutôt qu'une séance. Pour la radiothérapie, les travaux ont démarré au sein du HCN dans le cadre de la révision de la CCAM. Il faut articuler tous ces éléments pour produire un système cohérent permettant aux établissements – et aux cabinets

libéraux pour la radiothérapie – de décrire leur activité et d’être financés correctement.

**Mme Nathalie Fourcade.** L’Atih travaille étroitement avec des établissements testeurs, dont elle collecte les besoins, puis élabore les outils avec des établissements volontaires. Lorsque les plateformes comme Druides sont modifiées, elles sont d’abord testées en interne, puis avec ce panel. Cela permet de s’assurer que la charge de collecte est bien simplifiée tout en permettant de recueillir toute l’information nécessaire au pilotage et au financement.

**M. le président Jérôme Guedj.** Alors que nous allons commencer la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, avez-vous des points d’alerte à porter à notre attention ?

**Mme Nathalie Fourcade.** Je regrette de n’avoir pas anticipé cette question, car j’aurais certainement eu des points précis à porter à vous soumettre. Néanmoins, je dirais que des moyens supplémentaires en termes d’effectifs sont toujours bienvenus. Nous avons évoqué un ETP pour les questions de nomenclature ; nous aimerions aussi consacrer plus de moyens au déploiement de l’intelligence artificielle.

**Mme Joëlle Dubois.** J’ajoute un point d’alerte concernant le calendrier des réformes de la radiothérapie et de la dialyse. Ces projets sont menés tambour battant depuis presque deux ans, avec la commande ferme d’une mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2027. C’est un très grand défi. La dynamique est bonne pour l’instant, mais un dérapage peut survenir à tout moment, notamment en lien avec les fédérations hospitalières qui pourraient s’inquiéter de ce qui sera mis en place.

**Mme Nathalie Fourcade.** Le calendrier est en effet très serré, mais nous espérons y parvenir grâce aux moyens que nous avons mobilisés.

**M. le président Jérôme Guedj.** Je vous remercie pour vos réponses.



## ANNEXE RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES

### Réponses apportées par le Haut Conseil des nomenclatures (HCN)

#### 1. Pouvez-vous nous rappeler le périmètre exact des missions du HCN ? Quelles sont les nomenclatures concernées ?

- Il existe à la LAP (Liste des Actes et des Prestations) 3 nomenclatures :

La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) qui regroupe les actes médicaux techniques diagnostiques ou thérapeutiques de l'ensemble des spécialités médicales

La NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) qui concerne la codification de toute l'activité de consultations des médecins, des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes ainsi que les actes techniques des professions paramédicales

La NABM (Nomenclature des Actes de Biologie Médicale) qui est un référentiel listant et décrivant les différents actes de biologie qui peuvent être réalisés dans le cadre des soins médicaux en France. Elle est complétée par un référentiel des « actes innovants hors nomenclature », le RIHN, actuellement dans sa version 2.0 qui est un dispositif de prise en charge financière dérogatoire et transitoire de certains actes innovants de biologie médicale et d'anatomocytopathologie, conditionnée à la réalisation d'un recueil de données. Il faut noter que le même acte, lorsqu'il est réalisé par des médecins anatomopathologistes et des biologistes non-médecins peuvent être inscrits aux deux nomenclatures avec des modes de calculs tarifaires très différents. Dans ce cas une note tarifaire indique quel tarif choisir mais des ambiguïtés peuvent persister.

- Le Haut Conseil des Nomenclatures, instance scientifique, indépendante et pérenne créée par la LFSS 2020 et installée le 2 septembre 2021 a été chargée d'améliorer d'abord la CCAM avec 3 missions :

a) La rénovation en profondeur de l'ensemble de la Classification Commune des Actes Médicaux créée et installée en 2004, sans mécanisme de maintenance malgré le souhait des médecins et qui est exigée par son obsolescence actuelle. Cf 6

b) l'introduction au fil de l'eau, plus rapide des nouveaux actes évalués par la HAS. Cf8

c) La création d'une maintenance régulière de la CCAM afin que les évolutions et le progrès médical et technologique soient pris en compte dans la CCAM dans un délai raisonnable ce qui n'est pas le cas actuellement. Cf10

#### 2. Pouvez-vous également nous préciser les moyens matériels et humains à votre disposition pour remplir ces missions ?

**Les moyens du HCN sont définis par le décret 2021-491 du 21 avril 2021.**

Il est composé de 12 membres avec voix délibératives : 10 médecins dont cinq avec une expérience significative dans le secteur libéral et cinq avec une expérience significative dans le secteur hospitalier public ainsi que deux personnalités qualifiées en raison de leurs compétences en économie de la santé et en santé publique. Ces membres sont nommés pour 3 ans. Un Président et un Vice-Président sont choisis dans les deux collèges médicaux pour assurer en alternance ces fonctions. Assistent également au Haut Conseil avec voix

consultative un représentant des usagers, un représentant de la HAS et le président de la « Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP) médecins »

Les travaux du HCN impliquent la nécessaire indépendance des membres et l'absence de conflit d'intérêt avec des organisations intervenant dans les domaines de compétence du HCN. Dans le décret 4 réunions annuelles minimum du HCN sont prévues ; depuis 2021 chaque année entre 40 et 60 réunions plénières ont eu lieu avec un taux de présence supérieur à 80%. Les membres reçoivent des indemnités ou des vacations forfaitaires définies par le ministre de la Santé et de la sécurité sociale et gérées par la CNAM, celle-ci met à disposition du HCN une personne qui tient lieu de Secrétaire General, ainsi que du temps médecins conseils, secrétariats, informaticiens etc. pour les nombreux travaux techniques nécessaires

Aux nombreuses réunions plénières déjà citées il faut ajouter les réunions quotidiennes présentielle ou en visioconférences nécessaires la première année pour d'une part créer puis écrire toute la méthodologie de la révision de la CCAM et d'autre part définir les 43 comités cliniques chargés de la réécriture des 13600 libellés des actes, recruter le référent chargé de diriger ces travaux ainsi qu'installer les 15 à 25 membres de sa spécialité ou de spécialités voisines. On a pu ainsi constituer en moins de 6 mois un panel de près de 600 experts sans conflits d'intérêt (vérifié par les services juridiques de la CNAM) et ainsi effectuer en 2022 et 2023 la réécriture des libellés

Pour ce travail gigantesque sur les 8 médecins conseils du département, 4 ont pris leur retraite (ils étaient 24 en 2004) et deux ont été remplacés, le secrétaire général a changé d'affectation et nous sommes restés plusieurs mois sans personne sur le poste ce qui a entraîné un retard certain, il y a 5 statisticiens, 3 assistants de direction et 2 responsables du Département des Actes : DACT

Un certain nombre de difficultés itératives matérielles et organisationnelles auraient pu être surmontées plus rapidement si un budget adapté avait été attribué au HCN pour affirmer son indépendance et gérer son fonctionnement.

### **3. Pouvez-vous nous décrire précisément la procédure de hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation ? Quelles en sont les étapes, quelles personnes y sont associées ? Comment les décisions sont-elles prises ?**

#### **Construction des deux critères fondamentaux de la CCAM : la description des libellés des actes, la hiérarchisation des actes**

La CCAM regroupe les actes professionnels des seules professions médicales, dont les sociétés savantes considèrent qu'ils sont légitimes et dont la HAS s'est prononcée favorablement à leurs inscriptions (même si elle a émis une restriction ou un encadrement de l'exécution).

##### ➤ La description des libellés

Le principe général est celui de l'acte global qui stipule que tous les gestes utiles et nécessaires à sa réalisation sont inclus dans le libellé et la hiérarchisation, chez un patient dit « habituel », c'est-à-dire correspondant aux caractéristiques les plus fréquentes de la patientèle du médecin pour cet acte

Les libellés décrivent une grande majorité (plus de 13000) des actes dits isolés, diagnostiques ou thérapeutiques, en précisant l'acte technique et le mode ou la voie d'accès : « cholécystectomie par laparotomie » (ablation de la vésicule biliaire par incision chirurgicale

de l'abdomen) ; lorsque la fréquence le justifie et pour simplifier la codification, des procédures , associant plusieurs actes sont utilisées : « cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par laparotomie ».

Les libellés décrivent un nombre plus limité d'actes ou **gestes complémentaires**, qui par définition, ne peuvent être réalisés de façon indépendante : « prélèvement d'autogreffe osseuse à distance du foyer opératoire, sans changement de position » ou de **modificateurs** qui sont utilisés dans des situations modifiant les conditions habituelles de l'acte (citées plus haut) et donc utiles pour la description et/ou la valorisation de l'acte. On distingue des modificateurs organisationnels comme l'urgence ou des modificateurs liés aux patients eux-mêmes et dont certains ont été proposés par le HCN et accepté dans la négociation conventionnelle, comme les âges extrêmes, des antécédents chirurgicaux ou radiothérapeutiques sur le même organe, une obésité morbide indépendante de l'acte... Ils permettent une souplesse et une précision améliorée de la CCAM.

À chaque libellé, s'associe un **code** qui participe au classement de la CCAM par chapitres topographiques (n=19) avec des sous chapitres d'actes diagnostiques et sous chapitres d'actes thérapeutiques.

Ce Code, type AAAA000 précise le chapitre topographique pour la première lettre (A Syst. Neuro, B Œil.), un organe (tissu ou fonction) de l'appareil topographique pour la seconde (HL. H Syst Dig. L Foie), une action diagnostique ou thérapeutique pour la troisième ( F, Exciser) un mode d'accès, réfractif ou non pour la quatrième (A abord ouvert , E endoscopie Trans orificielle)

Ainsi un acte « d'hépatectomie par laparotomie » débute par HLFA, le détail de l'acte dépend du code chiffre qui suit.

- La hiérarchisation des actes est la deuxième séquence indispensable à la constitution de la CCAM.

C'est une obligation réglementaire, mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la Sécurité sociale

L'objectif principal est d'obtenir une échelle unique et relative du travail médical des actes techniques médicaux. La hiérarchisation permet d'attribuer un score de travail médical exprimé en point pour chaque acte. En pratique pour créer cette échelle relative des scores de travail médical on a comparé , en interrogeant il y a 25 ans plusieurs centaines d'experts, chacun des libellés créés dans chaque spécialité à un **acte de référence** propre à chaque spécialité et dont la valeur était par convention à 100 ( pour les différents critères : point travail, compétence technique, stress, effort mental, seule la durée était calculée en minutes) ; une quantité de travail estimée au double était cotée 200, à la moitié à 50.

Ainsi une échelle relative de valeur était construite, par exemple pour 240 actes d'une spécialité, c'est la hiérarchisation intra famille. Mais ces valeurs n'étaient pas comparables avec l'échelle de valeur d'une autre spécialité dont l'acte de référence était aussi à 100 mais dont la quantité de travail pouvait être différente de la précédente. Il a fallu effectuer une technique d'optimisation sous contrainte, qui consiste après avoir recherché à l'aide de binômes d'experts de spécialités voisines des actes communs ou considérés comme nécessitant un travail comparable et après les avoir appareillés, comparer les deux échelles relatives de telle façon que les différences existantes au départ entre chaque acte de chaque échelle soient effacées dans l'échelle finale unique. C'est la hiérarchisation inter famille.

On comprend facilement la raison de l'obsolescence de la CCAM ainsi construite en 2004 et dont les actes n'ont pas été modifiés compte tenu de la rapidité des progrès techniques et médicaux.

A partir de cette échelle unique de 13 600 actes, les partenaires conventionnels ont définis le tarif en euros de l'acte en négociant un facteur de conversion monétaire unique qui multiplié par le nombre de point travail donne le tarif médical de l'acte auquel s'ajoute un cout de la pratique du professionnel, calculé par le nombre de point travail de l'acte multiplié par un coefficient de charge spécifique de la spécialité.

Actuellement la durée de hiérarchisation de chaque famille d'acte dépend bien sûr du nombre d'actes (entre 40 et plus de mille actes selon les familles) mais en moyenne le processus complet prend 3 à 5 mois par famille. Environ 5 à 6 familles sont traitées simultanément à des phases différentes du processus. La phase de hiérarchisation inter famille avec les calculs d'optimisation sous contrainte se fera au cours du 2ème semestre 2026.

Un objectif fort est de finaliser la refonte de la nomenclature fin 2026 et de confier notre travail aux partenaires conventionnels dès le début 2027.

**4. Quelle est la durée moyenne de cette procédure ? Peut-elle être réduite ? Y-a-t-il un moyen de prévoir la hiérarchisation accélérée d'un acte ou d'une prestation lorsque cela apparaît nécessaire ?**

La réponse est développée à la fin du 8)

**5. Quel regard portez-vous sur l'état actuel des nomenclatures d'actes remboursés par la sécurité sociale ? Partagez-vous le constat d'une obsolescence importante, à l'origine de distorsions multiples dans le système de soins ?**

**État actuel de la CCAM**

La CCAM est actuellement obsolète pour des raisons multiples alors qu'elle a été un progrès considérable au moment de sa création. Il faut rappeler qu'auparavant la tarification des actes médicaux, depuis les années 1970, dépendait de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui attribuait à chaque acte un code formé d'une lettre (définissant le type d'acte : Kc chirurgie, C consultation etc.) et d'un chiffre 10, 50 120 etc. dont la valeur était en rapport avec le niveau de remboursement ; mais par exemple un Kc120 rétribuait une certaine somme en francs, pour au moins une vingtaine d'interventions différentes, mais personne à partir de l'activité codifiée au bloc ne pouvait savoir ce qui était réellement fait : il fallait retourner au dossier médical. Par ailleurs aucune structure scientifique ne gérait cette nomenclature qui dépendait des négociations plus ou moins officielles entre la CNAM, le ministère et les médecins, la CNAM ayant un conflit d'intérêt puisque c'est elle qui inscrivait et elle qui décidait ce qu'elle remboursait.

Trois événements vont accélérer le changement :

– Les travaux du groupe (1985) Image sous la direction de G de Pourvoirie suivi de l'Expérience Languedoc-Roussillon (1986) avec la création du PMSI et l'institution de règles de codage puis l'extension du PMSI en 1989 aux hôpitaux et en 1991 aux établissements privés.

– Le rapport, en 1997, de Ch Prieur et JL Portos sur le remplacement de la NGAP dans lequel ils insistaient sur la nécessité de gérer de façon équilibrée la fonction tarifaire et la fonction descriptive de la nomenclature (ce qui n'a pas été fait en 2004)

– La mise au point d'un Catalogue des Actes Médicaux par Sylvie Albret et Annie Allies-Patin à La CNAM à partir de 1997, dont on va constater que la coexistence avec la NGAP dans le secteur libéral est ingérable ce qui va aboutir en 2004 à la Classification Commune des Actes Médicaux ou CCAM, (dont la méthode de hiérarchisation du score de travail s'est inspirée des travaux de Medicare et de William Hsiao) après une phase de test sur deux spécialités chirurgicales (urologie et vasculaire) puis une implication générale de la CNAM, des professionnels et de l'ensemble des Sociétés savantes et des syndicats.

À partir de 2005, l'organisation de la nouvelle Nomenclature est la suivante :

- Une nomenclature totalement révisée, la CCAM où chaque acte a un libelle spécifique avec un code unique, une quantification en « point travail » du travail nécessaire à la réalisation de l'acte qui est classée en une échelle de valeur comparative entre toutes les spécialités. Mais jusqu'à 2021 aucune évolution adaptative n'a été envisagée

- Une nomenclature dont l'inscription des actes est soumise à l'avis d'une nouvelle agence indépendante la Haute Autorité de Santé, HAS, créée le **13 aout 2004** qui « *contribue par ses avis à éclairer la décision publique pour optimiser la gestion des biens et services remboursables* ».

Elle prend la suite de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ANAES, où l'on débattait de la nécessité d'apporter une aide à la décision à l'État et à l'Assurance Maladie pour définir le périmètre de soins remboursables par une meilleure évaluation de ce qui serait admis au remboursement.

Le rôle de la HAS est de définir le SA et l'ASA de chaque acte candidat à une inscription à la CCAM. Pour cela elle a développé une méthodologie de qualité mais chronophage ce qui associé à une surcharge de missions notamment dans la période Covid et des tensions en nombre de personnels et à une certaine rigidité doctrinale dans les techniques d'évaluation à des délais de réponse variant de 3 à 10 ans, et surtout à un nombre de dossiers sans réponse devenus inquiétants puisqu'empêchant toute inscription à la CCAM

Ce qui entraîne des conséquences considérables. Seuls les actes étudiés par la HAS avec un avis favorable pouvant être inscrits au remboursement et donc avoir des honoraires remboursés et être inscrit dans un GHS pour les frais des ES, les actes non étudiés ne sont pas interdits de pratique mais ne sont pas financés par l'Assurance Maladie. Cette absence d'inscription qui entraîne une absence de prise en charge a donc logiquement, sauf financement spécifique, plusieurs conséquences possibles : absence de réalisation pratique de l'acte, absence de développement de son évaluation, et/ou de sa promotion et même de plus en plus souvent suppression du marché en cas de DMI. Une autre conséquence est l'absence de création (sauf exception) d'un code spécifique de l'acte : or le code de la Sante publique, dans le cadre du PMSI oblige chaque médecin de coder son activité pour chaque malade, quitte à utiliser un code voisin dit par assimilation ce que le code de la sécurité sociale interdit formellement : cette assimilation entraîne 1) une perte dans le PMSI parfois du vrai diagnostic et toujours du vrai acte effectué du malade 2) un faux tarif de l'acte puisque c'est l'acte assimilé qui a été codé 3) le SNDS perd de son efficacité et la qualité de ses extractions peut être perturbée si celles-ci se concentrent sur des actes ou l'assimilation est majeure comme cela a été le cas pour la coeliochirurgie puis l'assistance robotique Cela a par ailleurs un fort retentissement sur la recherche et l'évaluation des DMI et les innovations en chirurgie

Si au contraire on améliore l'équilibre tarifaire et descriptif de la nomenclature en réorganisant l'inscription on améliorera le fonctionnement des prises en charge car les nomenclatures descriptives de l'activité des professionnels de santé sont essentielles pour la

connaissance de cette activité, pour le suivi et l'évaluation des pratiques, ainsi que pour la tarification des actes et des services médicaux. Dans tous les exemples connus de pays ayant entrepris de maîtriser les dépenses de santé, l'existence d'une nomenclature descriptive fiable des actes professionnels a été considérée comme un préalable incontournable. En effet, on ne peut sérieusement envisager de maîtriser des dépenses dont on ignore à quoi elles correspondent.)

**6. Pouvez-vous faire un point d'étape précis sur la révision en cours des 13 000 actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) : comment avez-vous procédé ? Où en êtes-vous ? Quels sont les points de blocage éventuels ? A quelle échéance cette révision sera-t-elle achevée ?**

**Point d'étape de la révision :**

Sous réserve de la finalisation définitive des travaux de redescription des actes, il y aurait environ 1560 actes supplémentaires, avec un nombre d'actes en activité 1 passant de 7920 actes à 9480 soit une augmentation de 19,7%.

Sur les 43 comités cliniques, 29 ont augmenté leur nombre d'actes et 14 les ont diminués.

Les 13 000 actes habituellement évoqués intègrent les actes d'anesthésie qui sont environ 4900 et sont en fait des duplicatas des actes interventionnels nécessitant une anesthésie générale.

Comparaison internationale

- **États unis** (Current procedural terminology) : Environ **10 000** actes tarifés (même principe de mesure de la ressource médicale que la CCAM, études de HSIAO) ;
- **Suisse** (TARMED) : environ **4600** actes (basée essentiellement sur la durée) ;
- **Australie** (Medicare benefits schedule) : environ **5700** actes (uniquement descriptifs, les honoraires sont définis par les médecins) ;
- **Belgique** : environ **3900** actes (à confirmer, car finalisation des travaux en cours) ;
- **Classification internationale des maladies** (International classification of diseases) : environ **87 000** actes ;

**I. Une hausse du nombre d'actes à nuancer pour plusieurs raisons**

Seules certaines familles ont largement augmenté leur nombre d'actes, et ce pour plusieurs raisons.

– Il s'agit d'actes subdivisés du fait d'une nouvelle voie d'abord (par exemple cœlioscopie en plus de la laparotomie) doublant des actes déjà nombreux dans de grandes familles. Du fait de la nature de ces subdivisions, elles n'augmentent pas le volume d'associations possibles ;

– L'estimation actuelle comprend également les actes avec assistance robotique dont un grand nombre sont encore innovants et ne seront donc pas retenus dans la version finale des travaux qui n'intègre que les actes manquants déjà largement pratiqués et dans les recommandations de bonnes pratiques.

Par ailleurs, les travaux encore en cours devraient permettre de limiter le nombre d'actes final.

– Des ajustements sont réalisés lors des travaux de hiérarchisation avec des suppressions proposées par les experts lorsque les actes ne leur semblent plus pratiqués malgré le souhait du comité clinique de les conserver ;

– Des travaux sont en cours pour identifier des actes cliniques, ou des actes qui ne semblent pas faire partie des bonnes pratiques médicales afin de les supprimer de la CCAM.

## **II. Une simplification de la future CCAM s'appuyant principalement sur la clarification des pratiques, de certaines règles et la suppression d'ajouts conventionnels au fil des dernières versions**

Bien que cela ne soit pas intuitif, l'augmentation du nombre d'actes pour certaines familles représente une simplification de l'utilisation de la CCAM par les médecins. En effet, certains libellés trop génériques n'étaient pas bien compris par les professionnels. Aussi, la déclinaison de certains libellés permettra de se rapprocher de la pratique réelle et simplifiera l'utilisation de la nouvelle CCAM.

Par ailleurs, d'autres paramètres de la CCAM ont été revus afin de simplifier son utilisation :

– La suppression de tous les suppléments soit 80 actes s'appliquant en complément d'autres actes. Ces derniers ont pu devenir des gestes complémentaires, mais ont été supprimés lorsqu'ils s'agissaient de revalorisations. Cela ne préjuge pas de potentiels ajouts en négociations conventionnelles.

– La réduction du nombre de modificateurs. À ce stade, seuls 8 modificateurs en lien avec le patient ont été retenus sur les 37 préexistants. Des modificateurs en lien avec des modifications de pratiques dans certaines situations organisationnelles seront probablement débattus lors des négociations, mais le total devrait certainement rester inférieur à la situation actuelle.

– Une précision sur la règle d'écriture portant sur l'usage du partitif « de » source de contentieux, remplacé systématiquement par les mentions « un » « plusieurs » ou « un ou plusieurs ». Le partitif « de » impliquait dans les règles CCAM « un ou plusieurs », mais était parfois interprété par les médecins comme « un » qui codaient donc plusieurs actes. Cette précision simplifiera l'interprétation et limitera le risque de contentieux.

Un potentiel de simplification important se situe dans la revue des règles de la CCAM. En effet, un certain nombre de précisions et d'exceptions spécifiques à plusieurs pratiques se sont cumulées au cours des dernières années. Une analyse de ces règles est une discussion sur l'évolution de certaines d'entre elles lors de la négociation serait de nature à simplifier l'utilisation de la CCAM de façon plus conséquente que la diminution du nombre d'actes.

En conclusion, un certain nombre d'actes seront encore supprimés par rapport au constat actuel relativisant le nombre d'actes supplémentaire.

Pour autant, cette augmentation qui restera modérée, s'avère particulièrement pertinente puisqu'elle permet de préciser utilement les pratiques des actes afin d'améliorer la qualité du codage et donc la maîtrise médicalisée en limitant les situations d'assimilation.

L'estimation encore précaire à ce stade serait d'une augmentation d'environ 900 actes en activité 1.

La simplification de la CCAM ne tient pas à la baisse du nombre d'actes. Si ces derniers correspondent mieux à la pratique, le codage s'en verra simplifié et la pertinence améliorée. Par ailleurs diverses mesures ont déjà permis une simplification de l'utilisation de la CCAM. Enfin, la revue des règles générales et notamment d'un certain nombre d'exceptions à la règle devrait permettre une vraie simplification de cette nomenclature.

## **7. Cette révision en cours de la CCAM devrait-elle induire une modification radicale de l'échelle des tarifs ? Si oui, certains secteurs sont-ils plus concernés ?**

### **Quelle modification des tarifs pourrait être entraînée par cette révision globale ?**

Il semble probable, intuitivement, que la modification des tarifs soit différente dans la révision complète ou quand elle est faite au fil de l'eau : en effet la méthodologie de la révision d'un nombre important, 100 à 150 actes par séance va d'abord se faire par chaque expert, individuellement, devant son ordinateur, à son rythme, en remplissant chaque critère et en comparant en permanence les résultats de chaque acte entre eux et en les corrigeant au fur et à mesure ; il y a donc une expertise qui automatiquement s'auto construit dans ce processus.

Bien sûr en fonction de l'histoire de chaque expert, de son analyse personnelle de l'évolution des tarifs précédemment, de ses revenus, des risques et des charges du métier, on pourrait craindre une tentation d'optimisation des cotations des critères mais d'autres éléments vont en sens contraire : les différents comités n'ayant pas le même acte de référence des cotations non pertinentes risqueraient d'entraîner une sous cotation d'une spécialité lors de la hiérarchisation comparative, l'enveloppe globale ayant des limites l'autorégulation raisonnable s'impose, la définition consensuelle d'environ 10% d'actes repères permet des bornes d'ajustement qui préviennent les manipulations ou les erreurs, quelques tests statistiques ou des mesures de contrôle comme l'intensité des actes (travail/durée) dépitent des actes atypiques qui sont étudiés ensuite par le HCN et revus avec le référent du comité, enfin entre 20 et 30 experts voire plus donnent leurs avis dont les statisticiens nous expliquent les répartitions pour comprendre certains types de réponses mais de toute façon pour les actes à enjeux une voire plusieurs journées de consensus sont organisées entre experts, membres du HCN, membres du DACT en revoyant l'ensemble des résultats.

Le risque est plus grand lorsque, au cours de la hiérarchisation au fil de l'eau, le nombre d'experts est faible, l'acte est par définition nouveau et peu connu, la nouveauté est souvent surcotée ne serait-ce qu'en raison des courbes d'apprentissage, le temps de réflexion des experts est plus limité et une éventuelle surenchère d'experts est plus sensible lors de la recherche du consensus. Par contre comme le HCN a obtenu la création d'une maintenance et si une hiérarchisation paraissait douteuse elle pourra contrôler rapidement.

Enfin toute hiérarchisation est présentée à la CHAP pour un avis simple, mais cela permet aussi une vision différente, syndicale, des professionnels qui peut aider à dépister les malfaçons.

**8. Pouvez-vous faire le point sur les enjeux liés à la tarification des actes nouvellement hiérarchisés ? Comment s'effectue le chaînage entre l'évolution de la hiérarchisation et celle de la tarification ? À qui revient-il de proposer la nouvelle tarification ? Dans quel cadre est-elle entérinée ?**

**La tarification des actes nouvellement hiérarchisés** suit la procédure habituelle mais aura des spécificités pratiques de mises en place selon qu'il s'agit de la révision globale de la CCAM ou des actes étudiés au fil de l'eau.

– la procédure habituelle, une fois la hiérarchisation validée par le HCN puis la CHAP, utilise la formule classique :

TARIF = TARIF MEDICAL. +. COUT PRATIQUUE. =. W x coeff monétaire  
+ W x Coeff de charge

W : score travail.

Coeff. Monétaire : 0,47 euro

Coeff charge : variable selon spécialité

Actuellement viennent de démarrer les négociations entre les partenaires sociaux pour d'une part décider s'ils gardent la même formule de détermination de la valeur des tarifs et des coefficients et d'autre part comment lorsque la hiérarchisation sera complètement terminée, le passage de l'ancienne CCAM avec les anciens libellés se fera vers la CCAM rénovée avec les nouveaux tarifs. Ce chapitre de la CCAM est du ressort des partenaires sociaux sans interventions techniques du HCN

Par contre, dans le cadre de l'examen au fil de l'eau des actes et prestations qui lui sont fournis par l'UNCAM après l'avis reçu de l'HAS, le HCN met au point les libellés qui lui sont soumis et les hiérarchise conformément à la méthodologie définie.

Pour cela le HCN avec le DACT convoque des experts de la spécialité connaissant la pratique de l'acte qui ont été choisis avec l'aide du Comité National Professionnel idoine pour une séance en Visio conférence d'environ 2heures au cours de laquelle on leur explique la méthodologie, et les critères de jugement, puis chaque expert vote isolément sans connaître le vote des autres et place l'acte à hiérarchiser au niveau d'une échelle d'actes repères sélectionnés comparables dans la description ou les objectifs. Une fois les résultats statistiques des votes extemporanés obtenus, une discussion basée sur les questions posées par le HCN permet le plus souvent un consensus s'il n'avait pas été obtenu d'emblée. Le score travail, les différentes durées per-interventionnelles et globales du médecin ou chirurgien et celles de l'anesthésiste si nécessaires sont ainsi obtenues pour l'ensemble des actes de cette séance.

Il peut arriver qu'un nombre insuffisant d'experts présents à la visio, ou ayant une expérience réelle de l'acte (ce qui peut arriver pour des actes très récents ou très innovants) ou une absence de consensus amène à reprogrammer une nouvelle séance.

Le HCN rédige ensuite un rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation soumis compte tenu des enjeux de pertinence médical et le valide en

séance plénière. Depuis la LFSS 2020 Il peut proposer soit une inscription définitive soit une inscription provisoire pour une durée de 3 ans renouvelable une fois avec mise en place d'un registre de pratique en vie réelle ce qui permet d'apporter un complément de données et permettre une évaluation plus rapide par la HAS. Ce rapport est remis dans un délai de 6 mois, renouvelable une fois dans les cas complexes, à l'UNCAM après avis simple de la CHAP médecin (Cf art 38 LFSS 2020). En l'absence d'avis rendu par la commission dans ce délai, l'avis est supposé rendu.

**9. Dans le contexte de la révision en cours de la CCAM, comment la réforme des tarifications afférentes sera-t-elle mise en œuvre ? Où en est ce processus ? Quelles sont les difficultés rencontrées ?**

Si la question a trait à l'impact sur les tarifs des GHS ce sujet est abordé plus loin mais actuellement les passerelles n'existent pas et manifestation des exemples récents ont montré la nécessité de réflexions communes et en tous cas d'évolution des tarifs pertinents et logiques

**10. Le HCN a aussi dans ses missions l'actualisation régulière des nomenclatures. Au-delà de la révision en cours de la CCAM, comment mettez-vous en œuvre cette mission de révision périodique ?**

**La maintenance opérationnelle est fondamentale**

Pour cela le HCN travaille afin de proposer d'ici la fin du mandat de ces membres actuels (mai 2027) une méthodologie détaillée de maintenance « au fil de l'eau » dont les grandes lignes seront les suivantes : Mettre en place une conférence annuelle de maintenance de la CCAM réunissant toutes les parties prenantes afin de déterminer les objectifs prioritaires, réaliser une planification systématique de la révision des actes par les 43 Comités Cliniques et créer une plateforme accessible par le site du HCN pour que chaque praticien, mais également l'ensemble des acteurs concernés (fédérations d'établissements, industriels,...), puissent indiquer toute difficulté de codage et obtenir une réponse rapide. L'analyse des remontées ainsi qu'une veille documentaire systématisée concernant les principales évolutions des techniques et des pratiques décrites dans la littérature devraient pouvoir largement bénéficier de l'aide de l'IA.

Cette maintenance opérationnelle nécessitera certes d'allouer au HCN un budget de quelques dizaines de milliers d'euros mais dont la somme restera bien modeste par rapport aux coûts générés par la nécessité d'une refonte complète tous les 20 ans.

**11. Deux articles ont été adoptés dans le cadre de la LFSS pour 2026 (77 et 78), qui visent à rendre plus réactif le processus d'actualisation des nomenclatures et des tarifications afférentes. Quel regard portez-vous sur ces articles ? Selon vous, des évolutions de notre cadre juridique sont-elles nécessaires pour fluidifier ce processus ?**

**Les deux articles 26 ter et quater** du PLFSS qui sont devenus les articles 77 et 78 de la LFSS tout dépend de la lecture que l'on fait de ces articles. Ils prévoient qu'en cas de modifications significatives de la réalisation d'un acte il peut, à la demande du DG de la CNAM, des CNP ou de la CHAP, être procédé à tout moment à l'adaptation de sa hiérarchisation. L'article 78 prévoit que les conditions techniques de cette adaptation se font selon les dispositions de l'article L 162-1-7 du CSS qui décrit clairement le rôle du HCN. Si ces articles sont considérés comme la possibilité pour le DG de la CNAM de modifier de façon arbitraire et unilatérale la valeur d'un acte en s'affranchissant d'une hiérarchisation rigoureuse

et de la négociation conventionnelle cette disposition est très critiquable. D'ailleurs le DG actuel de la CNAM s'est prononcé contre ces articles et a dit qu'il n'avait pas l'intention de les utiliser. D'un autre point de vue s'ils sont utilisés dans un cadre conventionnel ces articles vont rendre en effet plus réactif le processus d'actualisation de la CCAM et vont dans le sens d'une maintenance plus fluide. Si ces articles ne sont pas supprimés le Décret d'application devra reprendre précisément les rôles respectifs de chaque structure et permettre de s'appuyer sur une hiérarchisation rigoureuse du HCN pour déterminer dans le strict cadre conventionnel le nouveau tarif.

## **12. Au-delà des points évoqués ci-avant, certaines évolutions vous paraissent-elles nécessaires pour faire en sorte que les nomenclatures d'actes et prestations remboursés correspondent mieux aux coûts réels supportés et aux bénéfices engendrés pour les patients ?**

**Concernant certaines évolutions nécessaires**, au-delà d'un calcul plus pertinent du cout de la pratique qui n'est pas dans le champ de compétence du HCN mais relève des partenaires conventionnels il paraît indispensable d'établir des passerelles entre l'inscription à la CCAM et le PMSI qui sont actuellement très cloisonnés. En effet l'inscription d'un nouvel acte à la CCAM, surtout s'il s'accompagne de l'usage d'un DMI onéreux à la charge de l'établissement nécessite une réflexion tarifaire commune.

Il est manifeste que le fonctionnement actuel de l'inscription des actes dans la CCAM et de leur évaluation ainsi que celles des DMI éventuellement associés est mauvais et s'aggrave d'année en année parce qu'il y a 25 ans des choix discutables ont été faits , aggravés par le temps, les déficits financiers , l'accélération du progrès médical et du vieillissement de la population , enfin que personne ne veut prendre la responsabilité de modifier un système de façon intelligente en se faisant se parler et agir de façons agiles les mêmes acteurs mais ENSEMBLE.

Tout est écrit dans le rapport de IGAS 2012, et dans « ma Sante 2022 » de JM Aubert en 2017

Cela a abouti à la LFSS 2020

- Nécessité d'une nomenclature hiérarchisée par une commission indépendante
- Création du « **Haut Conseil des Nomenclatures** »
- Création de la possibilité d'**inscription provisoire** à la CCAM. + Registres
- « Pour inscrire au plus vite les actes plus novateurs, plus pertinents »
- « Pour soutenir l'innovation au bénéfice des patients »

La conséquence la plus visible est double

Plusieurs centaines d'actes manquants répertoriés par le HCN lors de la révision des libelles

Une évaluation des actes avec soit des délais trop longs, soit pas de réponse aux demandes, soit plus de demande en France devant les retards

Exemples

- 1987 « Second French REvolution » Coelio chirurgie Mouret
- Inscription incomplète en 2005 dans CCAM. Dizaine d'actes manquants en 2025

- 2000 Première mondiale : Prostatectomie Tele Robot Abbou
- Fin 2000 autorisation FDA, 2025 non inscrite dans CCAM
- 2011 AFU demande évaluation HIFU (innovation française Lyon)
- 2014 Forfait innovation, accord HAS 2024, SMR 5? Oubli GHS ?

Exemple de gestion d'actes manquants et d'évaluation en pratique réelle

### 2019 Académie Nationale de Chirurgie / CNAM créent :

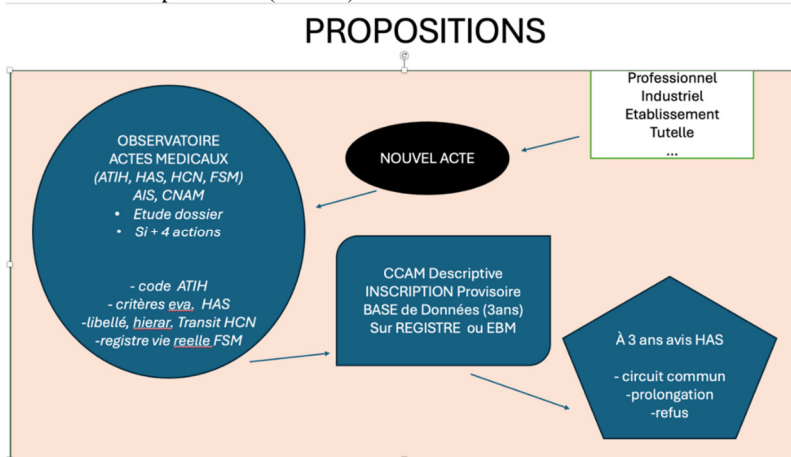
- Un code d'extension documentaire obligatoire
- 55 actes avec assistance robotique (15 uro, 12 gyneco, 19 digest, 4 thorac, 5 ORL)
- Préfiguration d'inscription provisoire
- Équivalent tarification provisoire (coelio chirurgie)
- Chainage SNDS comparant pour ces 55 actes des critères selon l'accès
- Assistance robotique, coelio-chirurgie, voie incisionnelle
- Sur 3 ans 491778 actes : 102336 R, 290149 C, 99393 I

### 2025 Proposition du HCN

- Présentation à la HAS par le HCN des 55 actes manquants + avis CNP

Avec résultats tirés du SNDS, comparatifs.

- Proposition nouvelle liste d'actes en inscription provisoire pour 3 ans
- Avec code ext doc (ATIH) libelle (HCN) critères (HAS) registre prat prof (FSM) tarification provisoire (CNAM)



### CONCLUSION

- Tout acte a un code descriptif et la possibilité de demander Inscription et Tarification provisoire sur 3 ans
- Avec évaluation obligatoire des actes et des pratiques

- Sur des critères définis au départ avec la structure définie + haut qui pourront être de niveaux adaptés
- Avec un suivi programmé sur 3 ans et industrialisé avec l'aide de représentants des CNP, Sociétés savantes, industriels, FSM, ANC, HDH, HCN et différentes tutelles
- Ainsi promoteur et industriel gèrent avec **critères validés** leur recherche pendant la période transitoire avant de repasser devant HAS avec datas
- La systématisation des registres favorise le développement des **bases de données** dans le cadre de la Stratégie Nationale
- La **traçabilité des actes** est enfin obtenue et l'assimilation ainsi que le trou noir sont supprimés grâce à une tarification transitoire non hypocrite
- Le **délai de réponse** de la HAS peut ainsi être diminué considérablement
- La dissociation de la CCAM descriptive et de la CCAM tarifaire est obtenue
- La **maintenance** par le HCN évite l'obsolescence des nomenclatures
- La **pertinence des actes** peut être étudiée en chainant avec le PMSI et les critères médicaux supplémentaires demandés par la HAS, traitée par le HDH



## **Table ronde avec les syndicats de médecins**

### **Réponses apportées par l'Union française pour une médecine libre - Syndicat (UFMLS)**

- 1. À votre avis, quelles raisons expliquent qu'il n'y a pas eu de maintenance suffisante de la CCAM depuis sa mise en place en 2004, ce qui nous conduit à la situation d'obsolescence et aux distorsions tarifaires que nous connaissons aujourd'hui ?**

La raison principale semble la volonté politique de ne pas revaloriser un secteur correspondant à l'activité des spécialistes d'organe, qu'elle estime comme suffisamment tarif. (le comble figurant dans les propos du directeur de la CNAM osant qualifier certaines professions médicales de rentières.)

- 2. Pouvez-vous nous donner votre appréciation sur la manière dont ont été conduits, depuis 2021, les travaux devant aboutir à la refonte de la CCAM, sous l'égide du Haut Conseil des nomenclatures ? En particulier :**

- a. Êtes-vous satisfaits de la manière dont les différentes spécialités médicales ont été associées aux travaux ?*

Non, les instances concertées ne représentent pas la totalité de la profession et n'ont qu'une légitimité très limitée.

D'autre part, la « règle du jeu » qui, en cas d'égalité de voies entre la section médicale et la section sociale, donne la décision finale au président de la commission, ce qui nuit à l'équilibre de cette méthodologie, transformant une négociation en chambre d'enregistrement. Cela justifie l'interruption de la participation de UFMLS participation à cette CHAP

- b. Les résultats produits à ce stade, en termes de refonte des libellés, d'inscription des actes manquants, de radiation des actes obsolètes et de hiérarchisation, correspondent-ils à vos attentes ?*

Les méthodes de calcul sont incompréhensibles et produisent un effet volontairement dilué sur la valorisation.

Beaucoup trop de « pièges » ont été introduits dans certains actes comme la cotation à l'épisode de soins que nous rejetons et rejeterons car non compatible avec le paiement à l'acte, seul garant de l'indépendance des soins pour les patients dans leur contrat tacite avec leurs médecins libéraux, ce qui participe au frein de nouvelles installations en libéral.

Par ailleurs, certaines dénominations d'actes sont totalement déconnectées de la réalité et la valorisation accordée aux actes les plus fréquemment effectués, proportionnelle à leur volume, non à leur coût réel ni à leur complexité ou à la responsabilité associée à cet acte.

Enfin, lors de ces discussions, il n'est pas abordé la valeur réelle des actes et ces discussions sont complètement abstraites et les méthodologies occultes

- c. *Quel regard portez-vous sur l'état d'avancement actuel des travaux du HCN ? Pensez-vous que la date de la fin 2026 pour l'achèvement des travaux de hiérarchisation sera tenue ? Avez-vous été favorables à la simplification opérée dans la procédure de hiérarchisation, en vue d'en accélérer l'échéance ?*

Cette date pose question eu égard à l'immensité de la tâche.

Nous militons pour une simplification de la nomenclature et des contraintes administratives. Imaginez un jeune médecin se destinant à l'activité libérale à qui vous montreriez ce catalogue CCAM, cela vous donnerait envie de vous installer ?

### **3. Au sujet des modalités retenues pour la tarification des actes au moment de la création de la CCAM en 2004 :**

- a. *Les modalités retenues, avec l'application de coefficients de charge aux scores de travail médical définis par la hiérarchisation, ont-elles été adaptées à l'épreuve de la réalité ?*

Non, c'est obscur et inapproprié.

Par exemple, pour vous donner une idée, voici le différentiel tarifaire d'une infiltration d'épaule passée en 20 ans de 26.13 € à 26.72€ en France, 2eme pays le plus chargé au monde après le Danemark (Eurosat, octobre 2025) valorisée dans les autres pays d'Europe au moins 6 fois plus, 145€ en Allemagne, 150 à 250€ au Royaume Uni, et 400\$ à 1500 \$ en cas d'écho guidage aux États-Unis ou au Canada...

Si vous rapportez au coût de fonctionnement d'une consultation estimée dans Paris à 44 €, rapportée au temps de consultation, incluant, la location du bureau avec charges, ménage, le matériel, l'assurance professionnelle, les charges sociales et de Retraite, la mutuelle, l'abonnement aux logiciels métiers, de prise de rendez-vous, de télétransmission, d'aide à la prescription, les services de comptabilité, l'imposition pour travailler dans Paris, l'infiltration de l'épaule est largement déficitaire même (surtout) avec son augmentation de 2025 à 26,72 euros!

Sachant que les secteurs 2 réalisent 50 à 60 % de leurs actes au tarif opposable, l'activité devient alors déficitaire et n'incite pas aux nouvelles installations en libéral, pouvant également dissuader les accords bancaires pour financer les murs de cabinet libéral.

- b. *Les tarifs des actes devaient converger au fil des années vers des tarifs cibles définis par les modalités de calcul susmentionnés. Quel regard portez-vous sur la manière dont ce processus de convergence a été conduit ?*

La stratégie imaginée pour réévaluer les cotations de la CCAM annonçant un plafond inextensible est déjà une annonce de diminution et restriction tarifaire.... Comment s'en satisfaire ?

Elle a été conduite selon une stratégie s'appuyant sur des rapports coûts/volumes, applicable dans l'industrie automobile mais pas en santé publique !

Aucune concertation sur le choix de la méthode et ne tenant pas compte de l'évolution du coût de la vie, de la technicité, et des charges de fonctionnement, qui finissent par dépasser le fruit de l'exercice professionnel.

Les valeurs de la majorité de ces actes sont totalement déconnectées des réalités économiques actuelles ; elles ne sont pas favorables à une activité libérale dans chaque secteur, en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM, qui ne sont plus économiquement viables et pire encore en secteur 2 non OPTAM ou secteur 3, compte tenu du volume d'actes (50% environ) réalisés au tarif opposable avec une cotation inférieure au secteur 2 non OPTAM, nulle en secteur 3, et des charges URSSAF et Carmf supérieures s'appliquant sur tous les actes.

Ce fonctionnement différentiel demeure également scandaleux, dans notre pays de l'égalité, et pose une problématique constitutionnelle, lorsqu'on se positionne aussi en tant que patient cotisant plusieurs fois pour sa santé, relevant de remboursements différents selon les secteurs d'exercice des médecins, afin de plafonner le financement des soins par la Cnam et les Ocam

- c. *Les coefficients de charge n'ont pas été revus depuis 2005. Quelles sont, à votre avis, les spécialités médicales les plus désavantagées par cette situation ?*

Les coefficients de charge n'ont pas été revus depuis 2005. Quelles sont, à votre avis, les spécialités médicales les plus désavantagées par cette situation ?

Les spécialités cliniques avec des actes intellectuels chronophages et des techniques de faible valeur ou faible volume, comme la rhumatologie par exemple ou endocrinologie, gastroentérologie. (Ex AHLB006 = infiltration du canal carpien à 26 euros! À tel point que pour les C2S, il est préférable de coter un cs + mcs à 31, 50...) et les démarches de réflexion avec reprise des dossiers sur plusieurs années et plusieurs motifs traités en une consultation non valorisée

#### **4. Au sujet de la révision des tarifs qui seront applicables dans le cadre de la future CCAM rénovée :**

- a. *Nous confirmez-vous qu'un avenant à la convention sera négocié a priori en 2027 pour mettre en place la nouvelle CCAM ?*

Cela ne dépend pas de nous et nous vous rappelons que notre syndicat n'a pas signé de convention dans la mesure ou aucun des versions et avenants qui nous ont été proposés n'était digne d'une profession libérale voulant le rester, tout en restant au niveau de connaissance et de technicité nécessaires pour pratiquer des soins en utilisant les techniques les plus récentes et innovantes

- b. *Pouvez-vous nous donner votre point de vue sur les travaux d'études préliminaires sur les coûts de la pratique engagés en juillet 2024, avec le recours à des auditeurs indépendants ? Leur finalité est-elle de définir les nouveaux coefficients de charge ?*

Ces auditeurs indépendants, chargés d'évaluer les facteurs de charge n'ont pas pris la mesure du fonctionnement d'un exercice de médecin libéral puisqu'ils confondent la tarification CCAM et le BNC, alors qu'il existe un écart d'au moins 60 % de moins en secteur 2.

Il faudrait qu'ils puissent s'informer du réel coût de la pratique. Coût réel d'une consultation dans Paris, intra-muros supérieure à 40 €.

Quelle peut être la valeur ajoutée de ces « auditeurs indépendants » ? Quelles sont leurs compétences en la matière ? Qui les nomme ? Sur quels critères ?

*c. La convention médicale a provisionné 240 millions d'euros dans la perspective de l'entrée en application de la nouvelle CCAM. Avez-vous confirmation que ce sera le montant de la réévaluation globale de la nouvelle CCAM ?*

Nous n'avons aucune confirmation de l'engagement financier de 240 millions.

Nous considérons néanmoins cette somme comme très largement inférieure à ce qu'elle devrait être pour que les actes CCAM, dont certains sont bloqués depuis 25 ans, soient réévalués à leur juste valeur.

*d. Quelles options vous sembleraient permettre une plus juste tarification des actes sans créer de rupture trop brutale pour les différentes spécialités (détermination d'une enveloppe globale par spécialité ? fixation d'une nouvelle valeur-cible pour les actes, à atteindre en plusieurs années ? ...)*

À titre d'exemple, nous avons déjà fait la proposition de fixer une valeur cible pour le C pour atteindre progressivement 50 euros, c'est à dire la moyenne européenne sur la durée de la convention...nous avons été traités d'« extravagant » par certains...

Pour la majorité des actes CCAM, le retard pris à cause de l'inertie des autorités décisionnaire est tel que cela nous semble impossible de revenir rapidement à des valeurs que nous estimons justifiées en 2026.

Nous recommandons une **réévaluation régulière au regard de l'évolution du coût de la vie, idéalement annuelle** comme c'est le cas aux Pays Bas (cf délégation en santé ayant visité le fonctionnement en santé en France cette année)

*e. Pensez-vous que la réforme de la tarification pourrait avoir des effets redistributifs importants entre les spécialités médicales, au bénéfice des spécialités les moins bien rémunérées aujourd'hui ?*

Si l'enveloppe fixée est globale, peut être que cela sera possible...mais nous sommes pessimistes ; il y a trop d'écart entre la réalité économique du fonctionnement et les objectifs tarifaires que nous voudrions fixer, en contexte économique fragile.

**5. La convention médicale prévoit par ailleurs l'expérimentation d'une dérogation à la règle de la non-association d'actes pour la prise en charge de l'endométriose. Cela vous semble-t-il nécessaire d'étendre ces dérogations dans le cadre de la future CCAM ?**

Bien entendu, ces règles de non association d'actes nuit gravement à la prise en charge des patients et sont encore une fois totalement déconnectés de l'activité au quotidien

Il faut les supprimer partout et solliciter d'avantage les complémentaires santé dans leur prise en charge.

La non valorisation des associations d'actes est une incohérence en santé publique, car affaiblit la prise en charge globale, environnementale générant de nombreux déplacements, transports, examens d'imagerie supplémentaires, et économique puisque bien fréquemment les patients multiplient les besoins d'indemnités journalières, les demandes de soins auprès de

différents acteurs, parfois non médicaux, non DE avec des surcoûts inadaptés, assumés par le patient, la CNAM et les complémentaires

**6. La dernière convention médicale a acté la nécessité d'assurer la maintenance en continu de la CCAM rénovée (article 85), mission qui revient également au HCN. Quelles modalités vous sembleraient permettre d'assurer cette maintenance en continu dans des conditions plus satisfaisantes que depuis 2004 ?**

En indexant les actes et les tarifs parallèlement à l'inflation, comme cela existe dans de nombreux pays d'Europe ...c'est simple à mettre en place ; il ne manque que la volonté politique de le faire.

En interdisant les dévalorisations de volumes.

On notera que les tarifs des contrats de complémentaires ont doublé en 20 ans alors que le C par exemple est resté fixé à 23 euros depuis 1992 ....

**7. Avez-vous d'autres sujets de préoccupation ou points d'alertes que vous souhaitez nous faire partager dans le cadre de cette problématique de révision de la nomenclature ?**

Un message principal, merci de votre réflexion pour simplification !

Beaucoup trop d'énoncés d'actes de cette CCAM nouvelle version sont ou restent incompréhensibles, inapplicables ou sujets à discussion, ce qui induit des doutes et des difficultés pour les praticiens sur le terrain ; ces derniers étant soumis à des contestations et réclamation d'indus de la part des caisses, et un découragement à l'exercice libéral versus salarié (pourtant plus onéreux pour la nation).

\*

\* \*

**Réponses apportées par le Syndicat des médecins libéraux (SML)**

**1. À votre avis, quelles raisons expliquent qu'il n'y a pas eu de maintenance suffisante de la CCAM depuis sa mise en place en 2004, ce qui nous conduit à la situation d'obsolescence et aux distorsions tarifaires que nous connaissons aujourd'hui ?**

L'absence de maintenance suffisante de la CCAM s'explique en grande partie par une logique de maîtrise des dépenses de santé. La Sécurité sociale a cherché à faire des économies au détriment des médecins. Ainsi, de nombreux tarifs actuels reposent encore sur des bases fixées il y a près de 40 ans, d'où une obsolescence et des distorsions tarifaires.

**2. Pouvez-vous nous donner votre appréciation sur la manière dont ont été conduits, depuis 2021, les travaux devant aboutir à la refonte de la CCAM, sous l'égide du Haut Conseil des nomenclatures ? En particulier :**

*a. Êtes-vous satisfaits de la manière dont les différentes spécialités médicales ont été associées aux travaux ?*

Non, la manière dont les spécialités ont été associées n'est pas satisfaisante. Dans certaines disciplines, des médecins pourtant compétents ont été écartés, ce qui a pu nuire à la qualité et à la pertinence des travaux.

- b. Les résultats produits à ce stade, en termes de refonte des libellés, d'inscription des actes manquants, de radiation des actes obsolètes et de hiérarchisation, correspondent-ils à vos attentes ?*

Nous n'avons pas beaucoup de résultats

- c. Quel regard portez-vous sur l'état d'avancement actuel des travaux du HCN ? Pensez-vous que la date de la fin 2026 pour l'achèvement des travaux de hiérarchisation sera tenue ? Avez-vous été favorables à la simplification opérée dans la procédure de hiérarchisation, en vue d'en accélérer l'échéance ?*

Nous portons un regard critique sur l'état d'avancement des travaux du HCN. Nous n'étions pas favorables à la simplification de la procédure de hiérarchisation, celle-ci entraîne une baisse des tarifs pour certains actes déjà pas revalorisés à ce jour.

### **3. Au sujet des modalités retenues pour la tarification des actes au moment de la création de la CCAM en 2004 :**

- a. Les modalités retenues, avec l'application de coefficients de charge aux scores de travail médical définis par la hiérarchisation, ont-elles été adaptées à l'épreuve de la réalité ?*

Ces modalités étaient adaptées à l'époque de leur mise en place. Toutefois, il était prévu de faire évoluer le facteur de charge, ce qui n'a pas été réalisé par la suite

- b. Les tarifs des actes devaient converger au fil des années vers des tarifs cibles définis par les modalités de calcul susmentionnés. Quel regard portez-vous sur la manière dont ce processus de convergence a été conduit ?*

Le processus de convergence a été beaucoup trop lent. Alors que les tarifs cibles étaient définis dès 2005, certains actes ne les ont atteints qu'en 2024 !

- c. Les coefficients de charge n'ont pas été revus depuis 2005. Quelles sont, à votre avis, les spécialités médicales les plus désavantagées par cette situation ?*

Les spécialités techniques, frais de personnel, assurance RCP x 10 après la loi Kouchner

### **4. Au sujet de la révision des tarifs qui seront applicables dans le cadre de la future CCAM rénovée :**

- a. Nous confirmez-vous qu'un avenant à la convention sera négocié a priori en 2027 pour mettre en place la nouvelle CCAM ?*

Cette perspective n'est pas acceptable. Le fait de reporter cette échéance après les élections présidentielles traduit un décalage préoccupant et un manque d'engagement de la part du directeur de la caisse

- b. *Pouvez-vous nous donner votre point de vue sur les travaux d'études préliminaires sur les coûts de la pratique engagés en juillet 2024, avec le recours à des auditeurs indépendants ? Leur finalité est-elle de définir les nouveaux coefficients de charge ?*

Ces travaux ont effectivement pour objectif de définir les nouveaux coefficients de charge. Toutefois, on peut déjà anticiper que, lorsque les résultats seront disponibles, ils risquent d'être en partie obsolètes.

- c. *La convention médicale a provisionné 240 millions d'euros dans la perspective de l'entrée en application de la nouvelle CCAM. Avez-vous confirmation que ce sera le montant de la réévaluation globale de la nouvelle CCAM ?*

Vraisemblablement...

- d. *Quelles options vous sembleraient permettre une plus juste tarification des actes sans créer de rupture trop brutale pour les différentes spécialités (détermination d'une enveloppe globale par spécialité ? fixation d'une nouvelle valeur-cible pour les actes, à atteindre en plusieurs années ? ...)*

Il convient de rappeler que les médecins français sont les plus mal payés d'Europe. La charge mentale et la dépense physique sont différentes en fonction des spécialités, par exemple, l'espérance de vie des chirurgiens libéraux est de 72 ans.

- e. *Pensez-vous que la réforme de la tarification pourrait avoir des effets redistributifs importants entre les spécialités médicales, au bénéfice des spécialités les moins bien rémunérées aujourd'hui ?*

La question ne se limite pas à une logique de redistribution entre spécialités. L'enjeu principal est plutôt de revaloriser globalement la rémunération des médecins français afin de la rapprocher de la moyenne européenne, plutôt que d'opérer des transferts entre spécialités déjà sous tension.

- 5. La convention médicale prévoit par ailleurs l'expérimentation d'une dérogation à la règle de la non-association d'actes pour la prise en charge de l'endométriose. Cela vous semble-t-il nécessaire d'étendre ces dérogations dans le cadre de la future CCAM ?**

Ce serait totalement légitime.

- 6. La dernière convention médicale a acté la nécessité d'assurer la maintenance en continu de la CCAM rénovée (article 85), mission qui revient également au HCN. Quelles modalités vous sembleraient permettre d'assurer cette maintenance en continu dans des conditions plus satisfaisantes que depuis 2004 ?**

L'amélioration de la maintenance en continu de la CCAM rénovée suppose avant tout un engagement financier réel et durable de la caisse

**7. Avez-vous d'autres sujets de préoccupation ou points d'alertes que vous souhaitez nous faire partager dans le cadre de cette problématique de révision de la nomenclature ?**

Comme évoqué précédemment, dans certaines spécialités, il apparaît que des experts ont été écartés des travaux par la Cnam, comme cela a pu être le cas en médecine vasculaire. Cette situation peut nuire à la qualité et à la légitimité des révisions engagées.

\*

\* \*

**Réponses apportées par la Fédération des médecins de France (FMF)**

**1. A votre avis, quelles raisons expliquent qu'il n'y a pas eu de maintenance suffisante de la CCAM depuis sa mise en place en 2004, ce qui nous conduit à la situation d'obsolescence et aux distorsions tarifaires que nous connaissons aujourd'hui ?**

Attente des médecins depuis 15 ans qui opèrent au même tarif depuis 21 ans

La CNAM a reculé l'échéance d'année en année de convention en convention

D'où le choix obligatoire du S2

Lâcheté + démission + volonté de la CNAM de laisser s'effondrer les honoraires des médecins

**2. Pouvez-vous nous donner votre appréciation sur la manière dont ont été conduits, depuis 2021, les travaux devant aboutir à la refonte de la CCAM, sous l'égide du Haut conseil des nomenclatures ? En particulier :**

*a. Êtes-vous satisfaits de la manière dont les différentes spécialités médicales ont été associées aux travaux ?*

Confidentiel, quasi secret défense, aucun point d'étape, interdiction de participation des médecins syndiqués,

Comment on va rattraper des possibles « erreurs » si les médecins n'ont jamais accès aux groupes de travail ?

En Dermato, 1ere fois depuis 2021 que le CNP lance un appel pour une relecture ??

*b. Les résultats produits à ce stade, en termes de refonte des libellés, d'inscription des actes manquants, de radiation des actes obsolètes et de hiérarchisation, correspondent-ils à vos attentes ?*

On ne sait pas car c'est non diffusé, totalement secret

*c. Quel regard portez-vous sur l'état d'avancement actuel des travaux du HCN ? Pensez-vous que la date de la fin 2026 pour l'achèvement des travaux de hiérarchisation sera tenue ? Avez-vous été favorables à la simplification opérée dans la procédure de hiérarchisation, en vue d'en accélérer l'échéance ?*

Les médecins n'attendent plus grand-chose, 21 ans d'attente, une refonte qui devait être finie en mai 2025....des échéances sans cesse retardées, c'est le dépit ... D'autre part, les médecins qui ont donné de leur temps n'ont jamais été payés pour leur perte de ressource ni de leurs frais de transport.

On ne sait pas ce que veut dire « simplification » opérée dans la procédure ....

### **3. Au sujet des modalités retenues pour la tarification des actes au moment de la création de la CCAM en 2004 :**

- a. *Les modalités retenues, avec l'application de coefficients de charge aux scores de travail médical définis par la hiérarchisation, ont-elles été adaptées à l'épreuve de la réalité ?*

Les groupes de travail sont encore en cours, le dernier groupe de travail date d'octobre 2025, par ex les charges sociales n'ont pas été définies dans le coefficient de charges, complexité des S1 S2.....Encore un groupe de travail qui a beaucoup de retard et qui s'est mis en place très tardivement après la signature de la convention en juin 2024

- b. *Les tarifs des actes devaient converger au fil des années vers des tarifs cibles définis par les modalités de calcul susmentionnés. Quel regard portez-vous sur la manière dont ce processus de convergence a été conduit ?*

Regard catastrophé car ce tarif cible n'a jamais été en rapport avec la réalité.

Des tarifs cibles ont été atteints d'emblée et donc JAMAIS revalorisés

Ex de l'exérèse d'une tumeur cutanée de moins de 5 cm<sup>2</sup> = 28,80 depuis 2004, au tarif cible depuis cette date ; Donc ZERO revalorisation depuis 21 ans, c'est-à-dire que les dermatos S1 opèrent à perte. Le FSD (forfait sécurité dermatologie) a aidé à limiter la perte puisqu'il a été créé en 2009 pour valoriser l'environnement de chirurgie dermatologique, il est passé de 35 puis 40 puis 45 euros, mais il n'est pas associable à tous les actes de chirurgie dermatologique

- c. *Les coefficients de charge n'ont pas été revus depuis 2005. Quelles sont, à votre avis, les spécialités médicales les plus désavantagées par cette situation ?*

Je ne sais pas répondre car toutes les spécialités ont vu leurs charges exploser

Exemple, le prix des ramassages des DASRI a été multiplié par plus de 4 en 17 ans et c'est bien sur une charge obligatoire

Les médecins en S1 ont été largement désavantagés puisque ne pouvant ajuster leurs honoraires sur l'augmentation des charges.

### **4. Au sujet de la révision des tarifs qui seront applicables dans le cadre de la future CCAM rénovée :**

- a. *Nous confirmez-vous qu'un avenant à la convention sera négocié a priori en 2027 pour mettre en place la nouvelle CCAM ?*

Il faut poser la question à la CNAM et pas aux syndicats, normalement une convention est signée pour 5 ans : 2011 puis 2016 puis il s'est passé 8 ans avant de signer celle de 2024 ...

Certes il y a eu le Covid, mais la CNAM a sciemment retardé la mise en place d'une nouvelle convention pour empêcher la revalorisation des actes, puis règlement arbitral de 2023

- b. Pouvez-vous nous donner votre point de vue sur les travaux d'études préliminaires sur les coûts de la pratique engagés en juillet 2024, avec le recours à des auditeurs indépendants ? Leur finalité est-elle de définir les nouveaux coefficients de charge ?*

Je fais partie de ce groupe de travail, ce ne sont pas des auditeurs indépendants, la Cnam nous a expliqué à la 1ere réunion qu'on manquait de temps et a choisi SES auditeurs, la FMF (Bernard HUYNS et moi-même, sommes les seuls syndicats à avoir demandé des auditeurs indépendants. En choisissant ses auditeurs la CNAM a forcément orienté ou a pu orienter les travaux.

Mais vu le retard pris par la HCN et les autres groupes de travail, des auditeurs indépendants étaient tout à fait possible

- c. La convention médicale a provisionné 240 millions d'euros dans la perspective de l'entrée en application de la nouvelle CCAM. Avez-vous confirmation que ce sera le montant de la réévaluation globale de la nouvelle CCAM ?*

Nous ne le savons pas

- d. Quelles options vous sembleraient permettre une plus juste tarification des actes sans créer de rupture trop brutale pour les différentes spécialités (détermination d'une enveloppe globale par spécialité ? fixation d'une nouvelle valeur-cible pour les actes, à atteindre en plusieurs années ? ...)*

A réfléchir, faire un rattrapage urgent des spécialités médicales en bas du tableau, endocrinologie, dermatologie... soit enveloppe et création d'acte clés réservés ou revalorisation de leurs actes CCAM les plus courants avec valeur cible élevées

- e. Pensez-vous que la réforme de la tarification pourrait avoir des effets redistributifs importants entre les spécialités médicales, au bénéfice des spécialités les moins bien rémunérées aujourd'hui ?*

Nous ne le savons pas

C'est un souhait fort car il n'y aucune raison que les spécialités médicales aient des revenus 10 fois inférieurs à certaines spécialités hautement rémunératrices

**5. La convention médicale prévoit par ailleurs l'expérimentation d'une dérogation à la règle de la non-association d'actes pour la prise en charge de l'endométriome. Cela vous semble-t-il nécessaire d'étendre ces dérogations dans le cadre de la future CCAM ?**

L'association NGAP + CCAM existe pour des nombres limités d'actes alors que cela devrait être la règle pour libérer du temps médical et éviter de faire revenir les patients

**6. La dernière convention médicale a acté la nécessité d'assurer la maintenance en continu de la CCAM rénovée (article 85), mission qui revient également au HCN. Quelles modalités vous sembleraient permettre d'assurer cette maintenance en continu dans des conditions plus satisfaisantes que depuis 2004 ?**

Groupes de travail des syndicats signataires se réunissant à chaque semestre pour assurer la maintenance

**7. Avez-vous d'autres sujets de préoccupation ou points d'alertes que vous souhaitez nous faire partager dans le cadre de cette problématique de révision de la nomenclature ?**

A – Le prix de nos actes ne doivent pas être fixés en fonction de la possibilité de remboursement de l'assurance maladie, mais en fonction de leur coût réel

B – Beaucoup d'actes sont réalisés à tarif nul ce qui n'est pas normal en 2026, certains actes innovants sont déjà remboursés dans d'autres pays et ignorés de l'assurance maladie

La FMF a répertorié ces actes

**ACTES à TARIFS NULS**

La FMF demande que les médecins ne travaillent plus à perte et la création rapide des actes cités en dessous

**Anesthésie**

L'échographie en anesthésie locorégionale (ALR). La technique utilisée à l'époque n'était pas clairement définie ce qui a conduit à une sous-évaluation de l'acte. Contrairement à l'acte d'échographie de repérage par assimilation utilisé initialement en Anesthésie locorégionale (QZQM001 – échographie des tissus mous), la nouvelle cotation n'a pas tenu compte du coût réel de la pratique ni de point travail. Cette évaluation a entraîné une perte d'environ 10 € par acte pour les praticiens.

Actes à tarif nul

Toute anesthésie locorégionale réalisée en complément d'une anesthésie générale, lorsqu'elle est effectuée à visée antalgique.

Pose d'un cathéter périmerveux effectuée sous anesthésie générale.

Pose d'un cathéter veineux central réalisée pendant une anesthésie générale.

Transfusion d'un volume sanguin inférieur à la moitié du volume sanguin total.

Pose d'une péridurale antalgique en préambule à une anesthésie générale.

**Cardiologie**

Holter ECG sur 72h et Holter ECG de longue durée. Ces 2 actes n'ont pas de cotation et doivent être codés comme un Holter ECG de 24h (DEQP005 : 77.01 euros). En effet, ces actes nécessitent 2 à 3 fois plus de temps d'analyse et plus de consommable (Patches d'électrodes et papier d'impression)

Parfois les praticiens font revenir les patients pour refaire une pose d'Holter de 24h.

Ces actes essentiels dans les bilans de syncope ou d'AVC pourront être valorisés en créant une cotation spécifique "Holter ECG de plus de 48h » à hauteur de 150 Euros

MAPA c'est-à-dire Mesure de la Tension artérielle en ambulatoire, fourni par le cardiologue mais pas de cotation (Holter tensionnel EQQP008= 0), mais l'appareil de Holter a un coût et surtout un coût de maintenance très élevée.

Ces actes ont une importance cruciale dans la pertinence des soins (17 millions d'hypertendus en France) notamment en permettant de dépister les labilités tensionnelles non dépistables autrement et de diminuer/Adapter la prise de molécules antihypertensives

### **Dermatologie**

Injections de Kenacort pour les cicatrices chéloïdes et injections de Bléomycine (cadre hospitalier) dans la même indication.

La cure d'ongle incarné par phénolisation n'a pas de cotation, or c'est une méthode, simple et rapide à pratiquer au cabinet pour traiter efficacement les ongles incarnés.

### **Gastro-entérologie et Gynécologie**

L'anuscopie n'a pas de cotation, elle est pourtant utile, coûteuse et pratiquée par tous les spécialistes s'intéressant aux HPV.

(La dermoscopie et l'ECG ont par exemple une cotation propre)

### **Gynécologie**

La pose d'un pessaire n'a pas de cotation, est effectuée gratuitement. Mais cet acte est long et nécessite du temps auprès de la patiente. Et dans les recommandations HAS c'est cet acte qui vient en 1er avant la chirurgie.

La surveillance de grossesse pathologique (avec HTA Diabète etc..) n'est pas codifiée ni la consultation préconceptionnelle

### **Oncologie**

#### **NOUS SOMMES TRES EN RETARD EN FRANCE**

La réalisation d'une séance de photobiomodulation est un acte sans cotation. Cette technique de traitement utilise la lumière rouge et proche infrarouge rouge. Elle est reconnue internationalement pour le traitement des mucites chimio ou radio-induites, pour les radiodermites. Elle fait partie du traitement de référence dans ces indications par la MASCC (Multi Association of Supportive Cadre in Cancer) l'AFSOS (Association Française de Soins Oncologiques de Support) et l'ASCO (American Society of Clinical Oncology). Elle a de nombreuses indications pour le traitement des douleurs notamment en oncologie (neuropathie post chimiothérapie), pour la DMLA sous sa forme sèche. Elle est en cours d'étude dans de nombreuses autres indications (démence, cicatrisation, etc.) et les études cliniques sont prometteuses. Elle reste confidentielle en France car :

- le matériel est cher (les machines coutent de 10 000 à plus de 60 000 euros et chacune a une indication bien précise, avec parfois du consommable payant).

- cela mobilise du temps médical : il est nécessaire de réaliser entre 10 et 15 séances par patient

- et il n'existe aucune cotation CCAM ou NGAP

En Suisse, elle a obtenu une cotation officielle et est donc remboursée. De même aux États Unis.

### **Otorhinolaryngologie**

L'endoscopie de la cavité nasale par voie nasale (GAQE003) a une cotation nulle or elle peut être nécessaire sans y associer une endoscopie du pharynx qui, elle a une cotation (GAQE001 de 31,40 euros). Ce geste ne peut être rentable

Prix d'un endoscope rigide = 1500-2000 euros

Prix d'un endoscope flexible = 4500-6000 euros

A mettre en rapport avec le prix d'un Fibroscopie du pharynx et du larynx, par voie nasale GCQE001 = 28,80, geste forcément réalisé à perte (moins cher qu'une consultation de base)

Les cotations pour retirer les bouchons d'oreilles CADG001 et CADG002 sont exclues des cotations de test de l'audition CDQP002 jusqu'à CDQP017 car inclus dans les tests d'audition mais un test d'audition sans nettoyer le conduit auditif est inutile. Il n'est pas rentable de faire le geste de retirer le bouchon d'oreille puis de faire le test d'audition en connaissance des prix des endoscopes et de la cotation de l'audiométrie.

Test audition tonale CDQP015= 10 minutes 41,61 euros,

Test audition tonale vocale CDQP002 = 25 minutes 54,17 euros

L'enregistrement des otoémissions a une cotation nulle (CDQP009 et CDQP004)

### **Pédopsychiatrie**

En pédopsychiatrie, on peut coter la majoration famille si on est psychiatre, pédopsychiatre mais pas si on est neuropsychiatre. Code 17.

### **Pneumologie**

Test de réversibilité au salbutamol n'a pas de cotation, n'est pas rémunéré mais est essentiel pour aider au diagnostic d'asthme et qui est chronophage car nécessite d'attendre théoriquement 20 min avant de refaire l'EFR qui cette fois-ci est cotée zéro euro.

### **Psychiatrie**

#### **NOUS SOMMES TRES EN RETARD EN FRANCE**

Les Rtms acte de stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS),

Acte technique innovant non invasif utilisé pour traiter de multiples troubles neurologiques dont la dépression. Réserve à la recherche jusqu'aux années 1990, elle est largement utilisée en neurologie et psychiatrie mais actuellement aucun remboursement possible donc pas accessible à tous les patients.

\*

\* \*

#### **Réponses apportées par la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)**

- 1. A votre avis, quelles raisons expliquent qu'il n'y a pas eu de maintenance suffisante de la CCAM depuis sa mise en place en 2004, ce qui nous conduit à la situation d'obsolescence et aux distorsions tarifaires que nous connaissons aujourd'hui ?**

*Pourquoi n'y a-t-il pas eu de maintenance suffisante de la CCAM depuis 2004 ?*

La principale explication tient au fait que la CCAM a été conçue comme un outil technique ambitieux, mais sans que soient réellement garantis dans la durée les moyens politiques, financiers et organisationnels nécessaires à sa maintenance.

Dès l'origine, la nomenclature devait évoluer régulièrement pour intégrer :

- les innovations techniques,
- l'évolution des pratiques professionnelles,

- la disparition d'actes obsolètes,
- et l'ajustement des hiérarchisations.
- En pratique, plusieurs freins ont empêché cette maintenance :
- lourdeur des procédures ;
- insuffisance des moyens humains consacrés à l'expertise ;
- absence de calendrier opposable ;
- difficulté à arbitrer les impacts financiers entre spécialités ;
- crainte récurrente d'effets redistributifs.

La conséquence est connue : accumulation d'écarts entre valeur médicale réelle des actes et tarifs opposables, avec une obsolescence progressive de nombreux libellés.

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), entrée en vigueur en 2005, avait été conçue comme un système dynamique devant être régulièrement révisé pour refléter l'évolution des pratiques médicales, des technologies et des conditions d'exercice. Elle comporte aujourd'hui environ **13 000 actes techniques médicaux**.

Cependant, la maintenance structurelle de cette nomenclature n'a pas été assurée dans la durée. Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

⇒ **Une gouvernance insuffisamment structurée**

Avant la création du Haut Conseil des Nomenclatures (HCN) en 2020-2021, la révision des actes reposait sur des procédures complexes et dispersées entre plusieurs instances, notamment :

- la Commission de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP),
- la CNAM,
- la Haute Autorité de santé,
- les organisations professionnelles.

Cette fragmentation a ralenti les décisions et empêché une maintenance régulière.

⇒ **Une absence de révision économique des paramètres fondamentaux**

La CCAM repose sur deux composantes principales :

- **un score de travail médical (W)** reflétant la complexité et la durée de l'acte ;
- **un coefficient de charge (Cg)** reflétant les coûts d'exercice nécessaires à sa réalisation.

Or ces paramètres n'ont quasiment pas été révisés depuis la mise en place initiale de la CCAM. Les coefficients de charges reposent encore en grande partie sur des modèles économiques datant des années 2000.

⇒ **Une évolution rapide des pratiques médicales**

Depuis vingt ans, les conditions d'exercice ont profondément évolué :

- développement d'équipements techniques coûteux,
- montée en puissance du numérique médical,
- nouvelles obligations de traçabilité et de sécurité,
- augmentation du coût des assurances professionnelles.

Les documents de travail relatifs à la réforme rappellent que les charges des médecins libéraux représentent aujourd'hui **environ 55 % à 65 % des revenus professionnels**.

L'absence d'actualisation régulière des paramètres économiques a donc entraîné une **distorsion croissante entre les tarifs CCAM et la réalité des coûts de pratique**.

**2. Pouvez-vous nous donner votre appréciation sur la manière dont ont été conduits, depuis 2021, les travaux devant aboutir à la refonte de la CCAM, sous l'égide du Haut conseil des nomenclatures ? En particulier :**

*Appréciation sur les travaux conduits depuis 2021 sous l'égide du Haut Conseil des Nomenclatures*

Le redémarrage des travaux sous l'égide du Haut Conseil constitue une avancée positive.

Pour la première fois depuis longtemps, une méthode plus structurée a été engagée avec :

- revue des libellés ;
- identification des actes manquants ;
- radiation d'actes devenus inutiles ;
- reprise de la hiérarchisation.

Cependant, la dynamique reste lente au regard des attentes du terrain.

La principale difficulté est que les professionnels perçoivent encore insuffisamment la traduction concrète de ces travaux dans la rémunération réelle.

La création du Haut Conseil des Nomenclatures constitue une avancée importante dans la gouvernance de la nomenclature. Cette instance a été créée pour coordonner la refonte de la CCAM et garantir la cohérence scientifique et technique des travaux.

Le rapport d'activité du HCN souligne l'ampleur du chantier :

- 44 comités cliniques mobilisés
- 500 experts médicaux impliqués
- 2 835 actes validés après analyse
- 305 actes nouveaux créés
- 144 actes obsolètes supprimés.

Ces travaux constituent une étape indispensable pour moderniser la nomenclature.

Cependant, plusieurs limites doivent être soulignées.

Un rythme encore insuffisant

La révision de la nomenclature comporte plusieurs étapes :

1. mise à jour des libellés des actes,
2. hiérarchisation des actes,
3. révision économique intégrant les charges de pratique.

Or, à ce stade, la hiérarchisation reste très partiellement engagée. Le rapport du HCN indique que seulement deux familles d'actes ont été hiérarchisées, alors que la CCAM en comporte plusieurs dizaines.

Un calendrier très contraint

Le HCN lui-même souligne que le respect de l'objectif de finalisation à l'horizon 2026 nécessitera :

- un renforcement des moyens humains,
- une accélération du rythme des travaux,
- la conduite simultanée de nombreuses hiérarchisations.

*a. Êtes-vous satisfaits de la manière dont les différentes spécialités médicales ont été associées aux travaux ?*

### **Association des spécialités médicales**

L'association des spécialités a été réelle mais parfois inégale selon les disciplines.

Les CNP et sociétés savantes ont été mobilisés, ce qui est indispensable.

Cependant :

- certaines spécialités ont eu le sentiment d'une temporalité trop contrainte ;
- d'autres regrettent un manque de lisibilité sur les arbitrages finaux.

Pour réussir, la future CCAM doit être perçue comme une construction partagée.

*b. Les résultats produits à ce stade, en termes de refonte des libellés, d'inscription des actes manquants, de radiation des actes obsolètes et de hiérarchisation, correspondent-ils à vos attentes ?*

### **Les résultats à ce stade correspondent-ils aux attentes ?**

Sur les libellés, oui : il existe un réel progrès.

Sur l'inscription des actes manquants également.

En revanche, sur la hiérarchisation tarifaire, nous sommes encore dans l'attente de résultats pleinement lisibles.

Or c'est là que se situe l'enjeu principal : une nomenclature modernisée n'a de sens que si elle corrige réellement les distorsions économiques accumulées.

À ce stade, les résultats restent essentiellement techniques.

Les attentes des médecins portent surtout sur :

- la correction des distorsions tarifaires,
- la reconnaissance du temps médical réel,
- l'intégration des charges de pratique.

*c. Quel regard portez-vous sur l'état d'avancement actuel des travaux du HCN ? Pensez-vous que la date de la fin 2026 pour l'achèvement des travaux de hiérarchisation sera tenue ? Avez-vous été favorables à la simplification opérée dans la procédure de hiérarchisation, en vue d'en accélérer l'échéance ?*

### **État d'avancement actuel – échéance fin 2026**

L'objectif fin 2026 paraît ambitieux.

Le rapport du HCN indique en effet que :

- la re-description de certaines familles d'actes reste incomplète,
- la hiérarchisation inter-familles n'est pas encore engagée,
- les ressources humaines mobilisées restent limitées.

Il peut être tenu uniquement si :

- le rythme des arbitrages s'accélère ;
- les validations politiques suivent ;
- les moyens techniques restent mobilisés.

La simplification de certaines procédures de hiérarchisation allait dans le bon sens, car il fallait sortir d'une mécanique trop lente.

Mais simplifier ne doit pas conduire à affaiblir la qualité des arbitrages.

### **3. Au sujet des modalités retenues pour la tarification des actes au moment de la création de la CCAM en 2004 :**

*a. Les modalités retenues, avec l'application de coefficients de charge aux scores de travail médical définis par la hiérarchisation, ont-elles été adaptées à l'épreuve de la réalité ?*

### **Tarification initiale 2004 : coefficients de charge adaptés ?**

Les coefficients initiaux ont permis de bâtir un système cohérent au départ, mais ils ne reflètent plus aujourd'hui la réalité économique des cabinets.

Depuis 2004 :

- charges immobilières ;

- salaires ;
- coûts réglementaires ;
- équipements ;
- temps administratif

ont considérablement évolué.

Ne pas actualiser ces coefficients pendant vingt ans crée mécaniquement des écarts majeurs.

Le problème n'est donc pas tant le modèle lui-même que l'absence de mise à jour régulière de ses paramètres.

Sans révision périodique :

- les écarts entre actes se figent,
- les innovations ne sont pas correctement valorisées, certaines spécialités deviennent structurellement sous-rémunérées

*b. Les tarifs des actes devaient converger au fil des années vers des tarifs cibles définis par les modalités de calcul susmentionnés. Quel regard portez-vous sur la manière dont ce processus de convergence a été conduit ?*

### **Convergence vers les tarifs cibles : quel regard ?**

La convergence a été incomplète, discontinue, et souvent subordonnée aux marges budgétaires disponibles.

Plusieurs facteurs expliquent cette situation :

- contraintes budgétaires,
- négociations conventionnelles successives,
- révisions ponctuelles plutôt que globales.

Le résultat est une nomenclature dans laquelle certains actes ont été réévalués tandis que d'autres sont restés quasiment inchangés pendant plus de vingt ans.

Autrement dit la logique économique initiale a souvent été rattrapée par la contrainte conventionnelle. Cela explique que certaines spécialités restent durablement éloignées de leur valorisation théorique.

*c. Les coefficients de charge n'ont pas été revus depuis 2005. Quelles sont, à votre avis, les spécialités médicales les plus désavantagées par cette situation ?*

### **Spécialités les plus désavantagées**

Les spécialités les plus pénalisées sont généralement celles :

- à forte charge cognitive ;
- à temps médical long ;
- avec peu de possibilités d'optimisation technique ;

- et forte mobilisation de personnel ou plateau technique léger.

On pense notamment à plusieurs spécialités cliniques, mais aussi à certaines disciplines techniques dont les charges ont fortement augmenté.

#### **4. Au sujet de la révision des tarifs qui seront applicables dans le cadre de la future CCAM rénovée :**

- a. Nous confirmez-vous qu'un avenant à la convention sera négocié a priori en 2027 pour mettre en place la nouvelle CCAM ?*

##### **Avenant conventionnel en 2027**

Oui, tout indique qu'un avenant conventionnel sera nécessaire pour donner une traduction opposable à la nouvelle CCAM.

La nomenclature ne peut pas entrer en application sans support conventionnel clair.

- b. Pouvez-vous nous donner votre point de vue sur les travaux d'études préliminaires sur les coûts de la pratique engagés en juillet 2024, avec le recours à des auditeurs indépendants ? Leur finalité est-elle de définir les nouveaux coefficients de charge ?*

##### **Études de coûts engagées en 2024**

Le recours à des auditeurs indépendants est une démarche utile.

Elle permet d'objectiver :

- les charges réelles ;
- les écarts entre spécialités ;
- l'évolution économique des structures.

Oui, leur finalité est clairement d'éclairer la redéfinition des coefficients de charge.

Mais leur crédibilité dépendra de la transparence méthodologique

- c. La convention médicale a provisionné 240 millions d'euros dans la perspective de l'entrée en application de la nouvelle CCAM. Avez-vous confirmation que ce sera le montant de la réévaluation globale de la nouvelle CCAM ?*

##### **Les 240 M€ provisionnés suffiront-ils ?**

240 M€ constituent un signal positif, mais très probablement insuffisant si l'objectif est une correction significative des déséquilibres accumulés.

L'écart historique est tel qu'une réforme pleinement sincère nécessitera probablement une trajectoire pluriannuelle.

- d. *Quelles options vous sembleraient permettre une plus juste tarification des actes sans créer de rupture trop brutale pour les différentes spécialités (détermination d'une enveloppe globale par spécialité ? Fixation d'une nouvelle valeur-cible pour les actes, à atteindre en plusieurs années ?...)*

### **Quelles options pour une tarification plus juste ?**

La solution la plus réaliste semble être :

- une trajectoire progressive ;
- avec valeur-cible définie ;
- atteinte en plusieurs années.

Une enveloppe globale par spécialité peut être utile pour sécuriser les équilibres.

Mais il faut éviter une lecture purement corporatiste.

Le principe doit rester : valoriser le travail médical réel.

- e. *Pensez-vous que la réforme de la tarification pourrait avoir des effets redistributifs importants entre les spécialités médicales, au bénéfice des spécialités les moins bien rémunérées aujourd'hui ?*

### **Effets redistributifs entre spécialités**

Oui, il y aura nécessairement des effets redistributifs.

C'est même une condition de crédibilité de la réforme.

Mais ces redistributions doivent être :

- explicites et transparentes
- objectivées par des données économiques
- progressives ;
- accompagnées politiquement.

5. **La convention médicale prévoit par ailleurs l'expérimentation d'une dérogation à la règle de la non-association d'actes pour la prise en charge de l'endométriose. Cela vous semble-t-il nécessaire d'étendre ces dérogations dans le cadre de la future CCAM ?**

### **Dérogations type endométriose**

Oui, certaines dérogations d'association d'actes méritent d'être élargies.

La rigidité actuelle ne reflète pas toujours la réalité clinique moderne.

Il faut cependant éviter une multiplication non encadrée qui rendrait la nomenclature illisible.

- 6. La dernière convention médicale a acté la nécessité d'assurer la maintenance en continu de la CCAM rénovée (article 85), mission qui revient également au HCN. Quelles modalités vous sembleraient permettre d'assurer cette maintenance en continu dans des conditions plus satisfaisantes que depuis 2004 ?**

**Maintenance continue future**

La maintenance continue suppose :

- calendrier annuel obligatoire ;
- gouvernance stable et moyens suffisants ;
- capacité d'instruction rapide ;
- arbitrage conventionnel régulier.

Il faut sortir d'une logique de rattrapage tous les quinze ans.

La nomenclature doit devenir un outil vivant

- 7. Avez-vous d'autres sujets de préoccupation ou points d'alertes que vous souhaitez nous faire partager dans le cadre de cette problématique de révision de la nomenclature ?**

**Point d'alerte final**

Le principal point d'alerte est le suivant : si la réforme technique n'est pas suivie d'une traduction économique tangible, elle sera vécue comme une déception supplémentaire par les médecins.

Aujourd'hui, derrière la CCAM, il y a une question plus large : celle de la reconnaissance réelle du travail médical.



**Réponses apportées par le Haut Conseil des nomenclatures (HCN) et par la Haute Autorité de santé (HAS)**

• **Questions destinées à la HAS**

**1. L'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale confère à la HAS une mission d'« évaluation périodique d'évaluation du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent », préalable indispensable à leur inscription sur une nomenclature en vue de leur prise en charge par la sécurité sociale. Au sujet de cette mission :**

*a. Précisez le périmètre exact des produits, actes et prestations de santé devant faire l'objet de cette évaluation préalable, outre les actes et prestations médicaux ayant vocation à être inscrits sur la CCAM ;*

L'évaluation du Service Attendu (SA) /du Service Rendu (SR) ou du Service Médical Rendu (SMR) évoqués dans l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale (CSS) concernent globalement l'ensemble des technologies de santé pour lesquels un remboursement, via l'inscription sur une liste positive, est envisagé. Cela concerne donc les médicaments (dont les vaccins), les dispositifs médicaux à usage individuel et prestations inscriptibles à la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR) et les actes professionnels inscriptibles à la Liste des Actes et Prestations (LAP) mentionnée à l'article L.162-1-7 du CSS. La LAP est aujourd'hui constituée de 3 nomenclatures d'actes distinctes :

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui permet la prise en charge d'actes techniques réalisés par des médecins, chirurgiens-dentistes ou sage-femmes ;
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) qui permet la prise en charge d'actes techniques réalisés par des biologistes médicaux (médecins ou pharmaciens),
- et la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NAGP) qui permet la prise en charge des actes cliniques réalisés par les médecins (consultations par exemple) et des actes techniques réalisés par des paramédicaux, à condition que la spécialité paramédicale ait préalablement établie une convention avec l'Assurance maladie.

Le champ d'évaluation des actes professionnels par la HAS est donc extrêmement vaste, puisqu'il couvre l'intégralité du champ des actes techniques réalisés par les médecins (chirurgie, actes interventionnels, imagerie médicale, médecine nucléaire, anatomocytopathologie, radiothérapie, explorations fonctionnelles, endoscopie...), toute l'odontologie, la biologie médicale, les diverses consultations et tous les actes paramédicaux. Les actes inscriptibles à la CCAM ne représentent donc qu'une partie du périmètre d'évaluation des actes professionnels par la HAS.

*b. Rappelez les grandes étapes de cette procédure d'évaluation, ainsi que les consultations menées dans ce cadre ;*

Il existe deux canaux possibles utilisés par la HAS pour évaluer des actes professionnels.

1 - le premier canal (voie principale) concerne la quasi-totalité des actes professionnels, excepté les nouveaux actes associés à des dispositifs médicaux implantables (cf. infra).

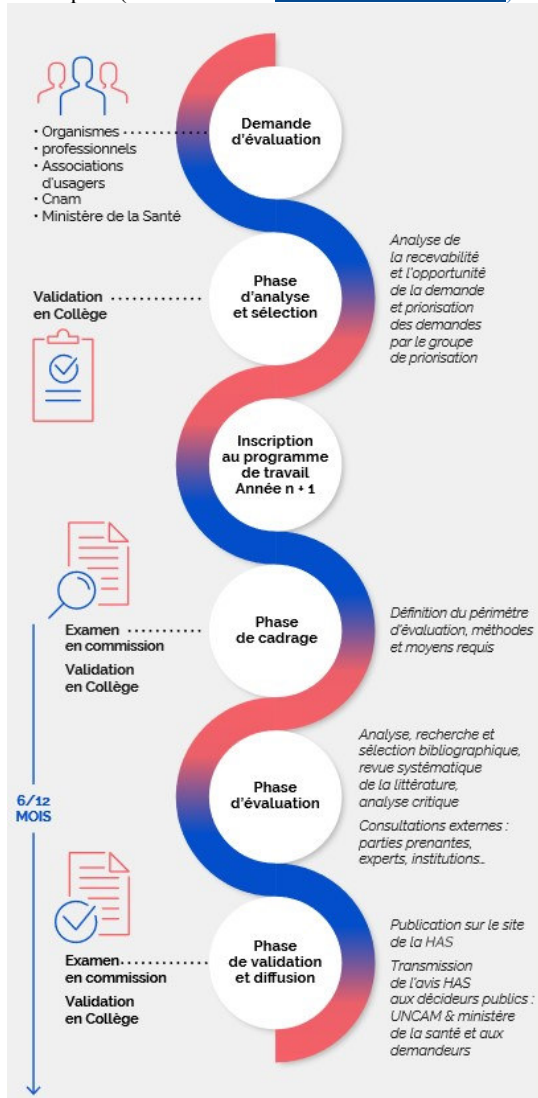
De manière générale, l'ensemble des informations concernant cette modalité d'évaluation est disponible sur la page dédiée du site HAS : Haute Autorité de Santé - Comprendre l'évaluation des actes professionnels

Vous trouverez le descriptif de la procédure dans le schéma ci-dessous.

Nous disposons également de deux méthodes d'évaluation d'actes professionnels :

Une méthode générale (accessible ici : [Haute Autorité de santé](#))

Une méthode rapide (accessible ici : [Haute Autorité de santé](#))



Les consultations externes sont de deux ordres et surviennent à deux moments dans le processus (lors du cadrage et lors de l'évaluation à proprement parler).

Nous avons d'une part la consultation d'experts (professionnels de santé et patients/usagers) qui s'expriment intuitu personae, ne présentent pas de conflit d'intérêt, et sont intégrés dans un groupe de travail pluridisciplinaire, intégrant une représentation des secteurs publics et privés ainsi qu'une représentation géographique (paris/province), dans la mesure du possible, en fonction de la disponibilité des experts sollicités. A noter qu'un groupe d'experts d'évaluation d'acte est, sauf de très rares exceptions, toujours pluridisciplinaires car un acte professionnel implique généralement plusieurs spécialités (chirurgiens+ anesthésistes, ou encore cliniciens+ biologiste ou radiologues...) expliquant donc le fait qu'un groupe d'experts dans le champ de l'évaluation des actes professionnels comprend généralement entre 5 et 15 membres. Les experts sont interrogés sur des questions techniques (pertinence et complétude de l'analyse critique de la littérature scientifique réalisée par les services de la HAS, éclairage sur les aspects de sécurité de l'acte, sur ses conditions de réalisation, sur la place dans la stratégie de prise en charge ou les indications). Nous soulignons ici l'importance du positionnement collégial des experts.

Nous avons d'autre part la consultation des parties prenantes (conseils nationaux professionnels, sociétés savantes, associations de patients/usagers du système de santé, et syndicats industriels). Leur interrogation ne porte pas sur les aspects techniques, déjà traités par les experts, mais sur l'acceptation globale de la note de cadrage ou des conclusions provisoires de l'évaluation menée par la HAS. Il s'agit ici d'apprécier l'acceptabilité globale du document par les instances représentatives nationales. Il s'agit en fait d'une phase contradictoire internalisée dans le processus, avant examen final par l'une des commissions de la HAS puis validation par le Collège de la HAS.

À noter qu'en complément des parties prenantes, il est également possible de solliciter la position d'institutions en lien avec l'acte à évaluer (INCa pour des sujets sur le cancer, ABM sur des sujets portant sur la greffe, l'AMP ou la génétique, ASNR sur des examens impliquant des rayonnements ionisants, ANSM si implication de médicaments...).

2 - Il existe également un deuxième canal (minoritaire en volume) qui concerne des actes associés à des dispositifs médicaux (DM) implantables. En effet, lorsqu'un DM implantable est évalué par la HAS en vue de son remboursement (inscription à la LPPR) et que l'utilisation de ce DM requiert de nouveaux actes (généralement des actes de pose, de modification ou de retrait du DM implantable), alors l'évaluation de l'acte est réalisée conjointement avec celle du DM, puisqu'indissociable et reposant sur les mêmes données. Cela se traduit donc par un avis portant sur le DM rendu par la CNEDIMTS complété par un simple avis rendu par le Collège de la HAS portant sur l'acte et s'adossant sur l'avis rendu par la CNEDIMTS.

*c. Rappelez la forme que prennent les avis émis par la HAS dans ce cadre ; un avis positif emporte-t-il mécaniquement l'inscription de l'acte ou de la prestation concerné à la nomenclature ?*

Pour mémoire, pour chaque évaluation, 3 documents sont produits et mise en ligne sur le site de la HAS :

- le rapport d'évaluation (principalement à destination des professionnels de santé/patients/usagers, industriels) ;

- la décision officielle d'adoption du rapport par le Collège de la HAS ;

- l'avis sur le remboursement à destination de l'Assurance maladie (transmis à l'Assurance maladie le jour même de la mise en ligne sur le site de la HAS.

Concernant l'avis, il reprend les éléments permettant de statuer sur le Service Attendu (SA), Service Rendu (SR) et sur l'Amélioration du Service Attendu (ASA), conformément à l'article R.162-52-1 du CSS à savoir les considérants en matière d'efficacité, de sécurité, de place dans la stratégie de prise en charge, de sévérité des pathologies concernés par les indications et d'impact en santé publique (notamment en matière d'impact organisationnel).

NB : Conformément à ce même article, les avis sur les SA/SR/ASA pour les actes professionnels sont rendus pour chaque indication de chaque acte évalué. Ainsi, contrairement à un avis portant sur un médicament ou un DM qui porte sur un seul produit et généralement sur une ou deux indications revendiquées, un document d'avis sur les actes professionnels porte sur l'intégralité du périmètre de l'évaluation associée. Cette dernière peut donc porter sur un acte avec une seule indication, mais peut également porter sur un acte avec de multiples indications (ex : radiographie du thorax avec 238 indications/non-indications) ou sur une multiplicité d'actes portant sur de multiples indications (par exemple évaluation de l'ensemble des examens de dosage des fragments du complément).

Enfin l'avis précise les conditions de réalisation de l'acte et le cas échéant les données ou études devant être menées, notamment lorsqu'un remboursement provisoire, en application de l'article L.162-1-7 est envisagé.

Il est rappelé que l'avis de la HAS est consultatif pour l'Assurance maladie et que cette dernière est donc totalement libre de suivre ou non l'avis de la HAS. En effet, le remboursement d'un acte pourrait être médicalement justifié, mais trop coûteux pour être pris en charge et donc faire l'objet d'une décision négative de prise en charge par l'Assurance Maladie. Dans les faits, l'Assurance maladie suit quasiment systématiquement la position de la HAS, mais parfois en restreignant le périmètre de remboursement initialement prévu par la HAS (cas des soins dentaires parodontaux par exemple).

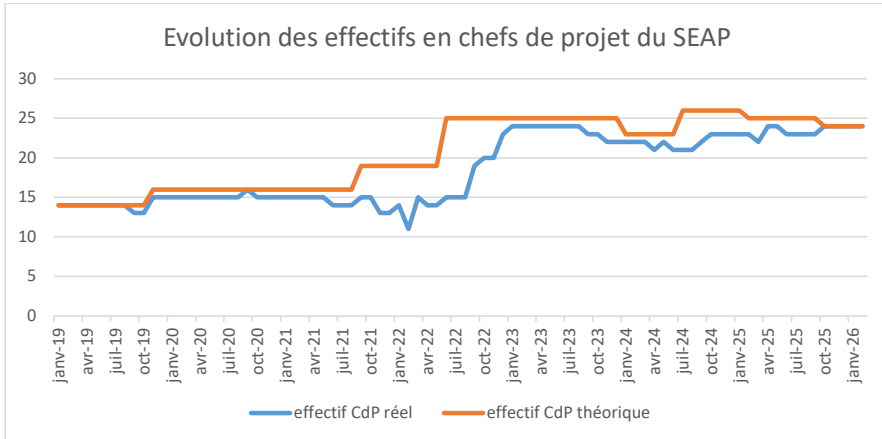
*d. Quelles étapes restent à franchir une fois que la HAS a rendu un avis positif sur l'inscription d'un acte ou d'une prestation ? De qui dépendent-elles ?*

La réponse à cette question est plus à même d'être apportée par l'Assurance Maladie et le HCN qui sont, avec la Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP) et les syndicats de professionnels de santé, les acteurs du processus de hiérarchisation/tarifification des actes professionnels. La HAS n'est présente qu'à titre consultatif aux réunions du HCN et de la CHAP afin d'apporter des explications sur ses avis le cas échéant.

**2. Précisez les moyens humains et matériels à votre disposition dans le cadre de cette mission d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé. Pouvez-vous isoler les moyens spécifiquement dédiés à l'évaluation des actes et prestations médicaux ? Comment ces moyens ont-ils évolué au cours des vingt dernières années ?**

L'effectif de la Direction de l'Évaluation et de l'Accès à l'Innovation (DEAI), en charge des missions d'évaluation des technologies de santé de la HAS est d'environ 155 personnes.

Au sein de la DEAI, le Service d'Évaluation des Actes Professionnels (SEAP) comporte aujourd'hui 31 personnes, dont 1 chef de service, 2 adjoints, 1 chargée de mission, 3 assistantes et 24 chefs de projet (dont 16 (66%) en CDI et 8 (33%) en CDD).



Depuis la création de la HAS en 2005, l'effectif en chefs de projet du SEAP était en moyenne de 15 chefs de projets, avec des minima à 10/12 chefs de projets sur la période 2015-2017 et fin 2021-2022. Depuis 2022, l'effectif théorique en chef de projet du SEAP a été porté à 24/25 chefs de projets, compte tenu de l'élargissement des missions et de l'augmentation de l'activité d'évaluation du SEAP en sus de l'activité habituelle :

- Évaluations pluriannuelles des actes onéreux de biologie médicale et d'anatomocytopathologie inscrits au Référentiel des Actes Innovants Hors Nomenclature (RIHN 1.0) : 127 évaluations à mener (thématiques maladies infectieuses, maladies rares et cancers) d'ici fin 2027 (9 chefs de projets dédiés depuis 2022) ;
- Mise en place et traitement des demandes de prise en charges dérogatoires et transitoires au titre du RIHN 2.0 (depuis 2024) ;
- Révision de la CCAM : identification de l'ensemble des actes manquants ou obsolètes puis évaluation de ces derniers (depuis 2023, pour l'heure 1 adjoint et 4 chefs de projets dédiés pour plusieurs centaines d'évaluations à mener) ;
- Mise en place d'actions d'accompagnement des porteurs de projet pour des actes professionnels innovants (50 rencontres par an).

NB : Comme rapporté dans la figure ci-dessus, le nombre réel de chef de projet au sein du SEAP est très souvent inférieur au nombre théorique de chef de projet du service. Cela illustre notamment les difficultés ou impossibilité de recrutement rapide en cas de départ ou de congés (maternité ou maladie) de collaborateurs.

### 3. Le constat d'un embouteillage des actes et prestations devant faire l'objet d'une évaluation préalable par la HAS en vue de leur inscription semble assez largement partagé :

- a. Pouvez-vous objectiver ce constat ? (Combien d'actes et prestations médicaux en attente d'évaluation, depuis combien de temps en moyenne, combien de temps s'écoule en moyenne entre le dépôt de la demande et la publication de l'avis de la HAS ?)

La perception d'un constat d'embouteillage est très subjective.

Vous trouverez ici le tableau de bord de l'activité du SEAP sur les 5 dernières années :

seap\_tableau\_bord.pdf. Il contient l'ensemble des données relatives à l'activité et aux délais d'évaluation du SEAP pour les 5 dernières années.

La durée moyenne d'une évaluation est de 238 jours. Une évaluation débutée au cours du premier semestre sera donc finalisée dans l'année, alors qu'une évaluation démarrée au cours du second semestre est généralement finalisée au début de l'année suivante. Par conséquent, nous avons comme objectif de pouvoir démarrer en année n la totalité des sujets inscrits au programme de travail de cette même année n. Nous sommes très proches de cet objectif. En effet, en 2025, 79 sujets étaient inscrits au programme de travail du SEAP. 38 (soit 48,1%) ont été finalisés dans l'année, 36 (45,6 %) étaient en cours en fin d'année et seulement 5 sujets (6,3%) n'étaient pas démarrés. Au total, 93,7% des sujets inscrits au programme de travail 2025 ont été finalisés ou démarrés en 2025.

Par ailleurs, au-delà de ces informations, il est également important de rappeler que l'évaluation des actes professionnels peut-être entreprise par trois types de demandeurs, conformément à l'article L.162-1-7 du CSS :

- Les demandeurs institutionnels (Assurance maladie et ministère de la santé), pour lesquels l'HAS doit traiter les saisines dès réceptions, à condition que ces dernières soient complètes. Comme illustré dans le tableau de bord, ces demandes institutionnelles représentent en 2025 76% des demandes traitées, principalement du fait des travaux pluriannuels sur le RIHN 1.0, sur la révision de la CCAM et sur l'odontologie. Il s'agit ici de l'activité de guichet du SEAP

- Les demandeurs professionnels (CNP), d'associations de patients/usagers et plus récemment d'industriels, qui représentent l'année dernière 12% des demandes traitées. Ces demandes correspondent à l'activité programmatique du SEAP et sont soumises à une étape préalable de sélection en vue de l'inscription au programme de travail (cf. infra). C'est à ce niveau qu'un embouteillage est perçu par les demandeurs ;

- La HAS, elle-même, dans le cadre d'autosaisines, qui correspondent généralement à des réévaluations, ou à l'évaluation de tests compagnons associés à des médicaments ou dispositifs médicaux évalués par la CT ou la CNEDIMTS. Cette activité représente 12% des demandes traitées en 2025.

*b. Pouvez-vous analyser les causes de cet embouteillage ?*

La perception d'un embouteillage est majoritairement portée par les acteurs professionnels et industriels et ce à plusieurs niveaux. Tout d'abord, ces derniers souhaiteraient que l'activité d'évaluation pluriannuelle d'actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie inscrits au RIHN/Liste complémentaire ou d'odontologie soit réalisée plus rapidement. Or ceci est directement dépendant des ressources pouvant être allouées par la HAS à cette activité, sachant que déjà 50 % des chefs de projet du SEAP (n=12) sont déjà affectés à cette activité. Une augmentation de la vitesse de traitement passe par une augmentation du nombre de dossiers évalués et donc une hausse du nombre de chefs de projets.

Autre perception : le fait que la HAS ne traite que peu de demandes émanant des professionnels/industriels, dans le cadre de son activité programmatique. Comme évoqué précédemment, cette activité est tributaire d'une phase de sélection dont la procédure est publique et accessible en ligne ici : [Procédure de sélection des demandes d'évaluation d'actes professionnels](#). Vous trouverez également dans le lien ci-joint les résultats annuels de cette sélection depuis sa mise en place en 2017 : [liste demandes acceptees et refusees.pdf](#).

Comme vous le verrez sur ce tableau, la HAS reçoit en moyenne 14 dossiers de demandes par an (min : 8 ; max : 22) et en sélectionne en moyenne 5 par an (min : 2 ; max : 7).

Le taux de sélection annuelle moyen est de 34,4% (min : 22,5 ; max : 50%). La HAS reçoit donc déjà peu de dossiers de demandes, si l'on considère le nombre potentiel de demandeurs (par exemple, le nombre de CNP médicaux/chirurgicaux est de 45). Par ailleurs, nous avons historiquement des acteurs qui ont exprimé l'absence de remboursement de leurs actes, sans jamais en avoir fait la demande (par exemple des d'actes de radiothérapie, de chirurgie orthopédique. Et de nombreux acteurs professionnels n'ont jamais formulé de demandes d'évaluation d'actes en vue de leur remboursement (et les codent donc par assimilation). Il y a donc une méconnaissance par certains acteurs professionnels du processus d'évaluation/tarification des actes, ou une incapacité logistique à formuler de telles demandes.

Enfin, il convient d'expliquer le niveau du taux de sélection soit par des demandes non recevables (souvent erreurs d'aiguillage concernant plutôt l'évaluation de dispositifs médicaux) soit par la qualité insuffisante de la demande en matière de données comparatives disponibles, soit par l'absence d'une prise en charge standardisée dans l'indication considérée, rendant l'évaluation non faisable.

Il est à noter que le nombre de dossiers sélectionnés peut théoriquement être affecté par la capacité à faire du SEAP l'année donnée (en fonction de la « bande passante » laissée par les demandes institutionnelles notamment). La HAS précise que depuis 2017, la capacité à faire du SEAP n'a restreint le nombre de dossier sélectionné qu'en 2024 (4 dossiers finalement sélectionnés sur 6 faisables, mais les deux dossiers en question ont finalement été retenus en 2025).

Les principaux facteurs conduisant à une perception d'embouteillage sont donc :

- Les ressources humaines disponibles pour le Service d'Evaluation des Actes Professionnels ;
- La méconnaissance par les acteurs professionnels et industriels du circuit d'évaluation/remboursement des actes ou l'incapacité logistiques de ces acteurs à déposer des demandes ;
- l'absence de faisabilité d'un grand nombre de demandes, compte tenu de la faible qualité des données cliniques disponibles (ou absence de standardisation de prise en charge dans l'indication considérée).

*c. Quelles évolutions ont été mises en place pour y faire face ?*

Comme illustré précédemment, la HAS a mobilisé des ressources humaines supplémentaires (doublement de l'effectif depuis 2017), principalement par redéploiement et sous forme de CDD de 3 ans, compte tenu des contraintes de son plafond d'emploi. Cela reste néanmoins insuffisant, compte tenu notamment de la hausse d'activité d'évaluation de technologie à visée diagnostiques. Cela a d'ailleurs été signalé par les industriels (SIDIV et SNITEM) et également mentionné dans le plan France Innovation 2030.

Concernant les délais d'évaluation, plusieurs actions ont été mises en œuvre pour les réduire : réduction du volume des rapports d'évaluation, adaptations méthodologiques, optimisation des modalités de consultations des experts, optimisation du circuit de relecture et plus récemment tests de plusieurs modalités d'IA pour faciliter l'organisation, la rédaction des évaluations et l'extractions des données.

Par ailleurs, afin d'informer davantage les acteurs professionnels sur les processus d'évaluation, la HAS a mis en place plusieurs pages internet dédiée :

## [Haute Autorité de Santé - Comprendre l'évaluation des actes professionnels](#)

## [Haute Autorité de Santé - Déposer un dossier d'évaluation d'acte professionnel](#)

Ces pages contiennent notamment l'ensemble des procédures et guides méthodologiques produits à l'intention des acteurs.

Par ailleurs, les travaux d'évaluation d'actes professionnels de la HAS sont systématiquement publiés sur son site et relayés sur les réseaux sociaux. Des journées d'information, des webinaires, des présentations dans les congrès/journées des sociétés savantes, de l'académie de chirurgie ont été réalisées. Mais force est de constater que ces démarches de communication n'atteignent pas forcément leurs cibles, notamment sur le terrain. Des actions d'aller-vers vont donc être entreprises par la HAS (comme cela a été fait avec succès pour la chirurgie bariatrique ou l'urologie) pour sensibiliser ces acteurs.

Il apparaît également que certains CNP éprouvent des difficultés logistiques pour formaliser leurs demandes, car peu disposent de l'organisation pour le faire (rappelons que le CNP ne perçoit aucun financement dédié pour cela, alors qu'il s'agit d'une mission réglementaire confiée au CNP). Une évolution sur ce point apparaît grandement souhaitable.

### • **Questions destinées au HCN**

#### **1. Lors de votre audition du 21 janvier, vous avez souligné des centaines d'actes médicaux étaient pratiqués au quotidien sans être inscrits à la CCAM faute d'évaluation préalable par la HAS. À ce sujet :**

##### *a. Pouvez-vous nous donner des exemples ?*

Le premier exemple qui me vient à l'esprit est celui de l'utilisation du Laser dans le traitement de l'adénome de la prostate : Dans les années. 90 j'avais créé le comité d'évaluation de l'Association Française d'Urologie pour évaluer les nouvelles technologies (pour l'adénome, nous avions montré l'inefficacité de l'hyperthermie et peut-être un intérêt pour le Laser qui avait démarré en 1998 en Australie mais dont les résultats médiocres et les couts semblaient excessifs à cette époque)

Dix ans plus tard en 2009 devant les progrès obtenus du Laser, l'AFU fait une demande officielle à la HAS d'une évaluation pour être inscrit à la CCAM (existant depuis 2004) afin d'avoir un remboursement de l'acte auxquels les rares urologues qui pratiquaient cette technique n'avaient pas accès sauf s'ils faisaient un codage par assimilation. L'HAS accepte la demande, mais la conclusion, positive, n'arrivera que 5 ans plus tard et la publication au JO, 7 ans plus tard. Or l'étude qui a été basée sur ce qui deviendra le SNDS n'a duré que 3 ans, et actuellement on sait que dans ce délai on peut faire des études sur des cohortes de plusieurs milliers de patients. Ainsi avec un des auteurs (H Bensadoun) précédents nous avons pu sortir à partir du SNIRAM en moins d'un mois, sur 230 837 patientes de 2010 à 2017 la morbidité et la mortalité extrêmement faible des cures d'incontinences TVT et TOT, contrairement à ce qui est indiqué dans la presse. Les sections de bandelettes pour dysurie sont à 0,42% pendant l'hospitalisation et à 1,04% à 10ans, les ablations de bandelettes respectivement à 0,44% et à 1,58% ; quant à la mortalité elle était de 0,006% en hospitalisation et de 0,009% à 10 ans. On voit donc qu'une période de 3 ans en vie réelle fournit des cohortes importantes et significatives.

Un autre exemple est donné par les 55 actes avec assistance robotique (15 uro,12 gyneco,19 digestifs,4 thoracique et 5 ORL) dont on a proposé en 2020 à la CNAM de leur donner un code d'extension documentaire obligatoire qui signalait l'utilisation du robot, autorisait transitoirement la tarification au prix de la coeliochirurgie et imposait le remplissage

d'un registre. Le chainage dans le SNDS permet de comparer les 3 types de voies d'abord : assistance robotique, coeliochirurgie et voie incisionnelle. Sur 3 ans ont été recensés en vie réelle 491 778 actes : 102 336 robots, 290 049 coelio, 99 393 laparo.

*b. Ces actes sont-ils pratiqués à l'hôpital et/ou en ville ?*

On a pu déduire qu'avant cette étude 100% des assistances robotiques étaient cotées par assimilation aussi bien à l'hôpital qu'en ville. L'acceptation par la CNAM du compromis tarifaire a permis un double progrès : la prise en charge d'une partie du cout de l'intervention et surtout l'arrêt d'une hypocrisie scandaleuse pour les patients

- certes l'utilisation du tarif de la coeliochirurgie n'est pas le bon mais pendant toute la période de monopole d'Intuitive on savait les prix surestimés et qu'une baisse des tarifs surviendrait assainissant le marché. Par ailleurs les suppléments d'instrumentations restaient à la charge des médecins, des malades ou de l'hôpital.

- l'hypocrisie scandaleuse est liée au fait que ni la HAS ni la CNAM ne se préoccupent en l'absence d'avis favorable au remboursement, de savoir si l'acte est effectué ou non et la CNAM réclame même des indus si besoin quand l'acte était assimilé pour être payé. Certes le Code de la Sécurité Sociale interdit le codage par assimilation, mais le code de Santé Publique impose en cas d'absence d'acte à la CCAM (ce qui est le cas lorsque la HAS n'a pas donné d'avis) d'utiliser un code approchant.

*c. Comment ces actes non inscrits peuvent-ils être rémunérés ?*

Ces injonctions paradoxales soulignent bien qu'il est temps de corriger une procédure tarifaire mal construite. On vient d'en avoir un exemple récent où un acte innovant pour un traitement particulièrement bien supporté pour le cancer de la prostate s'est trouvé inutilisable pendant 6 mois car le GHS n'avait pas été calculé après 15 ans de forfait-innovation fait par la HAS. Car un acte ou un DMI et son acte doivent passer devant la HAS et avoir un avis positif pour être inscrit sur la CCAM.

*d. Rappelez les inconvénients générés par cette situation.*

La CCAM est très majoritairement tarifaire et nous sommes dans une spirale négative alors que nous avons tout pour que cela marche bien :

La spirale négative : La HAS est débordée ne serait-ce que par nous et nos actes manquants qui se sont accumulés depuis 25 ans (sans compter les actes obsolètes dont nous reparlerons) Mais le pire c'est que si on ne corrige pas rapidement le circuit, la quantité d'actes manquants va augmenter.

L'hypocrisie du système actuel doit cesser, chaque acte (avec ou sans DMI) doit avoir un code, chaque acte doit être évalué (sinon arrêtons de parler de pertinence des soins), mais tous les actes ne sont pas une révolution, certains ne sont qu'une évolution, adaptons l'évaluation avec pour les plus disruptifs l'arsenal des méthodes et des équipes de la HAS et pour les simples évolutifs avec l'inscription provisoire de 3 ans, les registres en vie réelle, etc ; en s'appuyant sur des critères de résultats, discutés avec la HAS et les CNP et intégrés systématiquement dans le PMSI qui sera ainsi progressivement médicalisé. La base Observapur qui regroupe plus de 5 millions de patients porteurs d'adénome ou cancer de prostate avec leurs symptômes médicaux permet des études passionnantes notamment sur la pertinence des soins.

### – les inconvénients de la situation actuelle

Nous sommes dans un entre-deux mortifère. La CCAM est principalement tarifaire ; l'évaluation de la HAS, si elle est positive, permet un avis sur le remboursement éventuel de la CNAM et est nécessaire pour inscription sur la LAPP. Les 20% d'actes ayant fait l'objet d'une évaluation négative et les nombreux actes sans avis de la HAS ne peuvent être inscrits, mais ils peuvent être effectués ; ils ne seront alors pas honorés aux chirurgiens libéraux ni payés aux établissements de santé, sauf assimilation.

L'absence d'inscription est en général défavorable à l'acte ou le DMI si on n'utilise pas l'assimilation et si on n'a pas un financement particulier : en règle cela se termine par une vente à un industriel étranger ou disparition progressive. L'assimilation, largement utilisée, diminue la fiabilité du SNDS puisque l'acte inscrit n'est pas le bon et le tarif utilisé non plus, souvent majoré ; cela diminue aussi possiblement la réactivité aux problèmes de matériovigilance car on ne sait pas ce qui a été vraiment fait, il faut retourner au dossier médical Enfin cela rend hypothétique les études de pertinence de soins.

## 2. Vous avez également évoqué lors de votre audition précédente une procédure d'inscription provisoire pour 3 ans :

*a. Pouvez-vous nous donner des précisions sur cette procédure ? À qui revient la décision d'inscription provisoire ?*

De façon usuelle, l'inscription des actes nouveaux est prévue de façon définitive dans la CCAM. Afin de favoriser l'introduction plus rapide des actes innovants, mais pour lesquels des questions restent en suspens à la fois en matière de pertinence et de tarification, la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 permet l'inscription à titre provisoire. Ainsi l'article D.162-25-1 précise : que l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder à l'inscription à titre provisoire d'un acte innovant (...). Le caractère innovant est apprécié au regard du degré de nouveauté de l'acte et de sa diffusion en phase précoce.

Le Haut Conseil des nomenclatures propose une nouvelle hiérarchisation de l'acte innovant inscrit à titre provisoire dans un délai de trois ans après la première inscription provisoire. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, sur proposition du Haut Conseil des nomenclatures ou en l'absence de réévaluation de la hiérarchisation par ce Haut conseil à l'échéance de trois ans, renouveler pour une nouvelle durée de dix-huit mois l'inscription provisoire »

Cette procédure particulière permet donc à l'UNCAM de revoir dans un délai de trois ans l'intérêt d'un acte inscrit provisoirement. Le Haut Conseil de nomenclatures peut se saisir de cette modalité afin d'inscrire dans son rapport des réservés sur l'acte en question en termes de pertinence ou de hiérarchisation.

Le HCN peut proposer lors d'une inscription provisoire que ces actes innovants soient soumis à registre de pratique professionnelle en vie réelle. Un registre ou recueil prospectif de données est un outil permettant d'obtenir des données en vie réelle pour l'utilisation d'un acte ou d'un produit de santé par les professionnels de santé. La mise en place d'un recueil permet de mener des actions d'analyse d'évaluation des pratiques cliniques pour les professionnels de santé. La tenue du recueil est animée par une structure professionnelle (société savante, CNP, FSM, équipe pluriprofessionnelle en exercice coordonné, etc.). Les données et les analyses issues de ce registre permettront au moment de la réévaluation de disposer de données pertinentes en vie réelle et de répondre aux différentes questions restées en suspens.

*b. Quels actes et prestations sont actuellement concernés ?*

Cette procédure a été anticipée par l'Académie de Chirurgie et la CNAM l'année précédant la création du HCN pour l'étude de l'assistance robotique en chirurgie nous l'avons vu plus haut. Depuis une dizaine d'actes innovants ont été ciblés mais le démarrage des registres est hétérogène et une organisation des CNP est en cours.

*c. Serait-il souhaitable d'étendre davantage l'application cette procédure ?*

Cette procédure est très intéressante et doit être développée franchement, surtout financé et organisé numériquement ce qu'a démarré la Fédération des Spécialités Médicales regroupant les CNP. L'Agence pour l'innovation en Santé avait proposé de mettre en cohérence l'ensemble des procédures d'accès précoce des produits, des technologies de santé et des actes innovants: forfait innovation, PEC transitoire, PEC anticipée, RIHN... Rien n'a bougé. Il faut, en attendant améliorer la phase d'amont de l'inscription à la CCAM tarifante en assouplissant les conditions d'accès précoce ou anticipé et surtout lutter contre le trou noir actuel en référençant les actes nouveaux en amont de leur inscription pour assurer un suivi correct.

• **Questions communes au HCN et à la HAS**

**1. À l'heure actuelle, un avis de la HAS est nécessaire pour radier un acte ou une prestation de la CCAM. Cet avis est-il vraiment indispensable dès lors que les spécialités médicales compétentes auront acté que cet acte ou cette prestation est devenu obsolète ? Ne faut-il pas supprimer cet avis, dans un souci de simplification et de dynamisation de la maintenance de la CCAM ?**

*Réponse du HCN*

Radiation d'un acte obsolète ou abscons : la simplification drastique de cette procédure semble en effet urgente car la persistance de ces actes inutiles favorise l'optimisation de la cotation pour ne pas parler de fraude avérée.

*Réponse de la HAS*

Effectivement, dans le cas que vous évoquez, lorsqu'un acte est considéré comme obsolète par l'ensemble des acteurs professionnels concernés par ce dernier, l'avis HAS sur le Service Rendu n'apparaît pas indispensable.

En revanche, il convient de laisser la possibilité à la HAS de proposer la radiation d'un acte (service rendu insuffisant), notamment en l'absence de consensus de l'ensemble des parties prenantes (situations rencontrées lors de l'évaluation de pertinence d'actes, par exemple la radiation de la vitesse de sédimentation).

**2. Lors de son audition préalable, le HCN a proposé de donner un code descriptif à chaque acte médical non inscrit à la CCAM, assorti à une obligation de registre en vie réelle, dans le but d'obtenir des données qui faciliteraient l'évaluation de l'acte par la HAS : comment cette proposition est-elle reçue par la HAS ? Quels sont les obstacles ou difficultés éventuels ?**

*Réponse de la HAS*

Cette proposition est perçue négativement, car nous savons d'ores et déjà par expérience que cela ne fonctionne pas. En effet, cela a déjà été mis en place dans les années 2000 avec les actes CCAM dits avec « codes en 900 », qui permettaient d'avoir, pour certains

actes non encore validés ou en recherche clinique, un code descriptif sans tarification, pour suivre l'activité de ces actes. Toutefois, il a été constaté qu'en l'absence de tarification associée, les professionnels de santé ou les médecins DIM ne codaient pas ces actes.

Notons qu'en cas d'actes réellement innovants et non encore validés, il existe déjà une possibilité de codage tarifant spécifique, conditionné à un recueil de données : le forfait innovation. Mais ce dispositif n'est pas assez utilisé par les professionnels, notamment parce que les coûts d'étude restent à la charge du demandeur (industriels ou CNP). Si la couverture des coûts d'étude par un industriel est totalement pertinente, cela est plus discutable pour les CNP. Il pourrait donc être pertinent que les coûts d'étude soient également couverts par l'Assurance maladie (comme c'est le cas pour les PHRC) lorsque la demande est portée par un CNP (ceci ne nécessitant qu'une modification réglementaire d'un décret en Conseil d'Etat).

Par conséquent, nous proposons plutôt un recours plus massif au forfait innovation que l'utilisation de codes CCAM non tarifants. Il serait d'ailleurs pertinent de coupler cette mesure à des actions d'identification plus précoces des nouveaux actes afin de les orienter le plus tôt possible et de manière continue vers les différentes étapes de recherche clinique, notamment comparative, cela afin de permettre une réelle continuité entre la recherche clinique, l'évaluation et la prise en charge (il est rappelé que l'existence de données prospectives comparatives de qualité permettent une évaluation plus rapide et plus robuste par la HAS, qui se traduit ensuite par une hiérarchisation/tarification également facilitée).

### **3. Quelles évolutions préconisez-vous dans le fonctionnement de la HAS et dans les règles actuelles de la procédure d'inscription des actes et prestations, dans le but de permettre une actualisation rapide et en continu de la CCAM révisée ?**

#### *Réponse du HCN*

L'évolution proposée des règles de procédure d'inscription des actes et prestations pour permettre une actualisation efficace de la CCAM révisée, pourrait reposer sur le principe suivant:

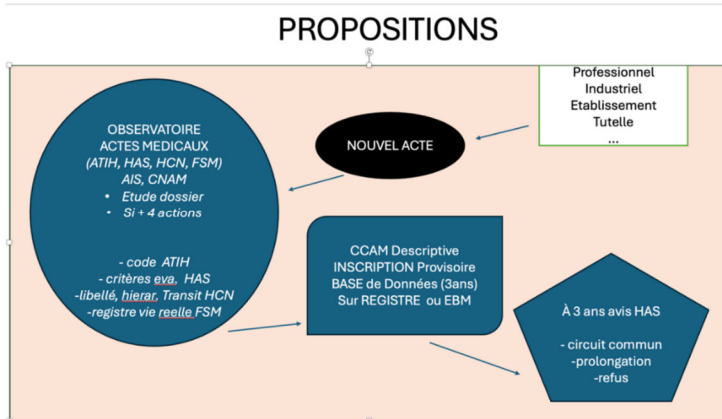
La pertinence de la HAS n'est pas remise en cause pour les actes disruptifs ou très innovants mais beaucoup d'actes sont simplement des évolutions d'actes antérieurs dont l'évaluation est certes nécessaire mais mieux ciblée et plus précoce. Un exemple a été testé en :

#### **2019 Académie Nationale de Chirurgie / CNAM créent :**

- Un code d'extension documentaire obligatoire
- 55 actes avec assistance robotique (15 uro, 12 gyneco, 19 digest, 4 thorac, 5 ORL)
- Préfiguration d'inscription provisoire
- Équivalent tarification provisoire (coelio chirurgie)
- Chainage SNDS comparant pour ces 55 actes des critères selon l'accès (Assistance robotique, coelio-chirurgie, voie incisionnelle)
- Sur 3 ans 491778 actes : 102336 R, 290049 C, 99393

#### **2025 Proposition du HCN de pérennisation du système et de tester sa généralisation**

- Présentation à la HAS par le HCN des 55 actes manquants + avis CNP avec résultats tirés du SNDS, comparatifs.
- Proposition nouvelle liste d'actes en inscription provisoire pour 3 ans
- Avec code ext doc (ATIH) libelle (HCN) critères (HAS) registre prat prof (FSM) tarification provisoire (CNAM)



## CONCLUSION

- Tout acte a un code descriptif et la possibilité de demander Inscription et Tarification provisoire sur 3 ans
- Avec évaluation obligatoire des actes et des pratiques
- Sur des critères définis au départ avec la structure définie + loin, qui pourront être de niveaux adaptés
- Avec un suivi programmé sur 3 ans et industrialisé avec l'aide de représentants des CNP, Sociétés savantes, industriels, FSM, ANC HDH HCN et différentes tutelles
- Ainsi promoteur et industriel gèrent avec **critères validés** leur recherche pendant la période transitoire avant de repasser devant HAS avec datas
- La systématisation des registres favorise le développement des **bases de données** dans le cadre de la Stratégie Nationale
- La **traçabilité des actes** est enfin obtenue et l'assimilation ainsi que le trou noir sont supprimés grâce à une tarification transitoire non hypocrite
- Le **délai de réponse** de la HAS peut ainsi être diminué considérablement
- La dissociation de la CCAM descriptive et de la CCAM tarifaire est obtenue
- La **maintenance** par le HCN évite l'obsolescence des nomenclatures
- La **pertinence des actes** peut être étudiée en chainant avec le PMSI et les critères médicaux supplémentaires demandés par la HAS, traitée par le HDH

### Réponse de la HAS

La procédure spécifique d'évaluation qui a été mise en œuvre pour les actes manquants lors de la révision de la CCAM (et intègre la distinction entre actes manquants et actes nouveaux/innovants) semble une bonne option qui pourrait être utilisée à long terme, mais il reste vérifier son efficacité dans les mois à venir.

Pour les actes nouveaux/innovants, il conviendrait, comme précédemment évoqué, d'améliorer leur évaluation d'un point de vue qualitatif (amélioration de la qualité des données comparatives, utilisation plus large du forfait innovation) et quantitatif (augmentation des moyens humains).



## Réponses apportées par la Caisse nationale de l'assurance maladie

### 1. Pouvez-vous préciser les raisons qui font qu'il n'y a pas eu de maintenance de la CCAM depuis sa mise en place en 2004, ce qui nous conduit à la situation d'obsolescence et aux distorsions tarifaires que nous connaissons aujourd'hui ?

Il faut d'abord rappeler que la hiérarchisation des actes se regarde par rapport à l'ensemble des actes de la CCAM. A enveloppe financière constante une augmentation de certains actes signifie que d'autres doivent baisser. Il ne s'agit pas uniquement d'un sujet de maintenance mais également d'un sujet de négociation tarifaire.

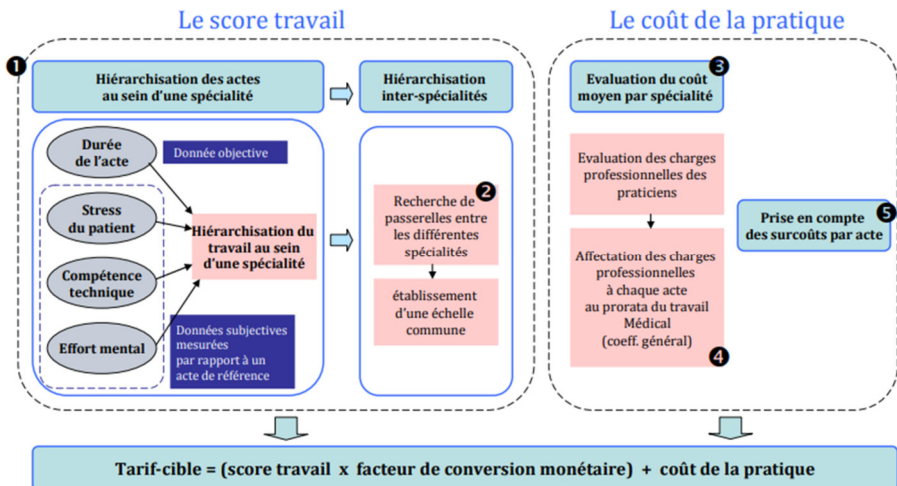
Le tarif d'un acte est établi en fonction des ressources mobilisées par le praticien :

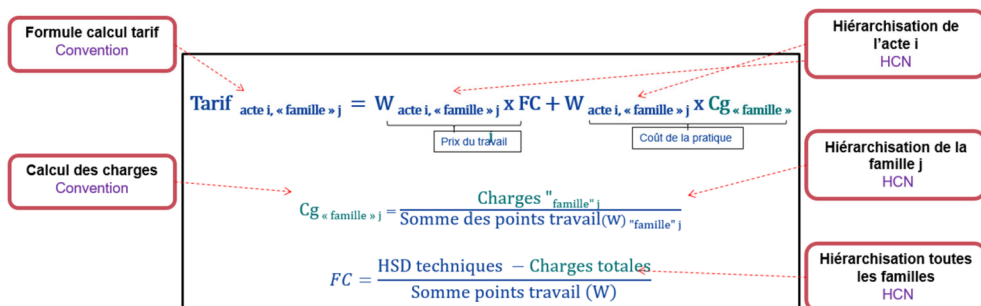
- Le « prix du travail », il correspond aux ressources physiques et intellectuelles (durée, stress, technicité, effort mental). Le prix du travail est la multiplication du score de travail médical, issu des résultats de la hiérarchisation des actes par le HCN, par un facteur de conversion monétaire.

- Le « coût de la pratique », il correspond aux charges professionnelles. Le coût de la pratique est la multiplication du score de travail médical, issu des résultats de la hiérarchisation des actes par le HCN, par un coefficient de charges issu du calcul des charges par spécialité.

La hiérarchie du travail médical introduit une relativité pour chacune des deux composantes.

Un « facteur de conversion » est enfin défini qui donne la correspondance financière entre le « nombre de points » et la valeur de l'acte en euros.





Ce facteur de conversion a été revalorisé lors de la négociation de la convention médicale actuelle de 0,03 cts permettant une revalorisation d’un nombre important d’actes de la CCAM en attendant la fin des travaux de révision.

Il y a eu, après sa création, une maintenance permanente et une actualisation au fil de l’eau de celle-ci. En attestent les 81 versions successives qui concernent près de 600 actes nouveaux et innovants évalués par la HAS.

Voici les quantités et montants observés en 2024 des 600 actes qui ont été inscrits après 2005, ces actes ont remplacé en partie des actes déjà existants pour tenir compte des évolutions des techniques. Ils ont concerné toutes les spécialités médicales :

Année	nombre d'actes inscrits	Quantité d'actes	Honoraires sans dépassement	Montants remboursés
2007	26	136 041	8,8M€	6,9M€
2008	15	23 281	4,0M€	3,8M€
2009	40	492 139	121,9M€	115,8M€
2010	55	611 016	111,0M€	110,6M€
2011	33	135 887	42,2M€	39,0M€
2012	13	2 779 722	189,3M€	149,6M€
2014	89	1 399 771	73,3M€	64,9M€
2015	1	13 066	1,9M€	1,9M€
2016	19	116 781	37,1M€	36,1M€
2017	24	161 238	21,2M€	20,2M€
2018	89	60 695	9,4M€	9,0M€
2019	34	2 158 663	371,9M€	366,1M€
2020	22	11 989	1,6M€	1,4M€
2021	55	19 906	6,0M€	6,0M€
2022	25	1 935	3,3M€	2,4M€
2023	13	6 775	3,8M€	3,8M€
2024	21	964	0,3M€	0,2M€
2025	29			
<b>Total</b>	<b>603</b>	<b>8 129 869</b>	<b>1 007M€</b>	<b>938M€</b>

La CCAM a également évolué en intégrant les actes d’anatomie et de cytologie pathologique (ACP) et des chirurgiens-dentistes en 2014. Elle a également été ouverte aux sages-femmes.

Année	inscriptions actes	nombre d'actes inscrits	Quantité d'actes	Honoraires sans dépassement	Montants remboursés
	Actes dentaires	200	34 986 155	1 981,6M€	1 259,0M€
	Anatomopathologie	200	11 718 634	473,7M€	409,3M€
<b>Total</b>		<b>400</b>	<b>46 704 789</b>	<b>2 455,3M€</b>	<b>1 668,3M€</b>

Néanmoins, ces actualisations n'ont pas été suffisantes pour que la CCAM reflète parfaitement l'état de l'art et l'évolution des pratiques ainsi que l'évolution de la hiérarchie des actes les uns par rapport aux autres.

En effet, les technologies et l'état de l'art des pratiques médicales ont fortement évolué au cours des deux dernières décennies, notamment pour les actes opératoires. Pour des raisons diverses liées notamment à la difficulté et la longueur des évaluations incrémentales, la CCAM ne décrit plus correctement la totalité des actes que réalisent les médecins dans leur quotidien. Certaines techniques ne sont pas prises en compte, certains libellés sont imprécis ou incorrects, d'autres actes encore sont devenus obsolètes, d'autres encore ont été modifiés dans leur réalisation et/ou leurs indications. La hiérarchisation du travail médical entre les actes ne reflète plus nécessairement les difficultés relatives à les réaliser pour les professionnels, contribuant pour partie au déséquilibre de valorisation entre les professionnels de spécialités différentes.

Prendre en compte ces évolutions conduit nécessairement à remettre à plat l'ensemble de la CCAM et la hiérarchisation des actes entre eux qui ne peut donc pas se faire, par définition, acte par acte ou spécialité par spécialité.

Pour ce faire, le Haut Conseil des nomenclatures est en lien étroit avec les différentes institutions et organismes participant à l'organisation du système de soins. Ses relations régulières favorisent la pertinence des travaux du HCN en prenant appui sur les expertises des partenaires, en garantissant la transparence de la méthodologie et des propositions qui sont faites. Tous ces partenaires sont nécessaires et complémentaires pour la réussite de la révision.

### **L'Assurance Maladie**

L'Assurance Maladie est un partenaire indissociable du Haut Conseil. En raison de son expertise technique et garant de l'intégrité de la CCAM, le Département des Actes de la Caisse Nationale (DACT) accompagne les experts dans leurs réflexions sur l'évolution de la nomenclature, fait de la pédagogie sur les règles d'écriture, propose des solutions pratiques et fournit au HCN une analyse médico-économique des propositions qui remontent des groupes d'experts. D'un point de vue réglementaire, la CNAM, à travers le DACT, assure le secrétariat des travaux du HCN. Le DACT apporte par ailleurs des informations statistiques détaillées et précieuses aux experts sur l'activité dans le domaine de la CCAM, permettant d'éclairer le HCN sur les pratiques des professionnels de santé.

### **Les conseils nationaux professionnels (CNP)**

Associés dès le début des travaux, le HCN a considéré que la refonte des actes ne peut se faire sans un soutien appuyé des différents CNP de par leurs connaissances des pratiques et des professionnels. Ainsi, c'est à partir de listes proposées par les CNP que les référents ont été nommés par le HCN dans les différents comités cliniques, de même que les experts composant les groupes de travail par famille d'actes avec le concours de la Fédération des spécialités médicales (FSM).

La Commission de hiérarchisations des actes et des prestations (CHAP) et syndicats professionnels

La CHAP prévue par le code de la Sécurité sociale regroupe paritairement des membres de l'Assurance Maladie (Cnam et MSA) et les syndicats représentatifs des médecins pour émettre des avis sur l'inscription des actes et leur hiérarchisation. La CHAP a émis un avis largement majoritaire (32 voix pour, 4 voix contre) à la méthodologie proposée par le HCN lors de sa séance du 14 octobre 2021, ce qui traduit l'adhésion des représentants des médecins à ce processus. La CHAP a également été saisie pour tous les changements ultérieurs intervenus dans la méthodologie. Elle donne également son avis sur tous les scores de hiérarchisation proposés par le HCN. Les syndicats de médecins libéraux représentatifs (Avenir-Spé, Le Bloc, CSMF, FMF, MG France, SML, UFML) sont régulièrement consultés et informés de l'avancée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures.

### **La Haute Autorité de santé (HAS)**

Dans le chantier de révision de la nomenclature, la Haute Autorité de santé est également fortement mise à contribution. En effet, des travaux des comités cliniques font émerger nombre de propositions qui doivent être validées scientifiquement par la HAS et tout particulièrement celles qui entraînent une modification du périmètre de remboursement. Les propositions d'inscriptions d'actes manquants (c'est-à-dire d'actes faisant partie de la pratique médicale courante sans être inscrits à la CCAM), nécessitent ainsi de la part des comités cliniques la production de fiches synthétiques contenant notamment une bibliographie minimale (recommandations de bonne pratique notamment), analysées ensuite par la Haute autorité qui donne son avis sur la pertinence d'inscrire ces actes à la nomenclature. De même, la HAS doit se prononcer sur l'opportunité de supprimer des actes considérés comme obsolètes, au regard des informations fournies par les comités cliniques.

### **L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**

Au même titre que l'Assurance Maladie, l'ATIH demeure gestionnaire de la CCAM. L'agence fixe notamment les règles de codification, d'écriture et de classification de la nomenclature. Les propositions de modifications du HCN sont nécessairement validées et éventuellement amendées par l'ATIH pour que les libellés proposés soient conformes à l'architecture et aux règles de la CCAM.

- 2. Lors de son audition, le Haut Conseil des nomenclatures, adossé à la Cnam, a estimé que cette dernière n'avait pas pu mettre à sa disposition des ressources humaines suffisantes pour mener à bien le travail de refonte de la CCAM dans les délais. À ce sujet :**

*a. Partagez-vous cette appréciation ?*

Pas tout à fait.

Le travail de révision de la nomenclature est avant tout un énorme chantier organisationnel (plus de 1000 experts, des centaines réunions) pour revoir 13 000 actes avec chacun ses spécificités, parfois ses enjeux spécifiques. Un Haut Conseil des Nomenclatures est chargé de coordonner et guider les travaux des experts.

Le 2 septembre 2021, le Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, inaugurerait officiellement le Haut Conseil des Nomenclatures.

Les experts médicaux, organisés en comités cliniques et comités de hiérarchisation ont souhaité une révision en profondeur de l'ensemble des actes et l'introduction de techniques parfois très innovantes. Les temps de discussion, la multiplication des réunions pour aboutir à des versions consensuelles de la nouvelle description de la nomenclature ont donc été beaucoup plus longs que prévu initialement.

Sous réserve de la finalisation définitive des travaux et des avis de la HAS, il y aurait environ 1 560 actes supplémentaires, avec un nombre d'actes en activité 1 (hors anesthésie) passant de 7 920 actes à 9 480 soit une augmentation de 19,7% (les 13 000 actes évoqués intègrent les actes d'anesthésie qui sont environ 4 900 et sont juste le versant « anesthésie » des actes interventionnels nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale).

Sur les 43 comités cliniques, 29 ont augmenté leur nombre d'actes et 14 les ont diminués.

Il est toujours préférable d'avoir des moyens humains supplémentaires pour traiter l'ensemble des travaux mais compte tenu de l'ampleur des modifications attendues, il est peu probable que les durées de traitement aient été largement diminuées.

*b. Faire le point sur la composition, les moyens et les missions du département des actes de la Cnam, et préciser son articulation avec le HCN.*

Pour la révision de la CCAM, une équipe de 25 personnes est mobilisée (6 médecins, 9 statisticiens, 2 économistes, 2 juristes et 2 personnes pour l'organisation des réunions notamment ainsi que 3 responsables de département dont le secrétaire général du HCN).

L'Assurance Maladie est un partenaire indispensable du Haut Conseil. En raison de son expertise technique et garant de l'intégrité de la CCAM, le Département des Actes de la Caisse Nationale (DACT) accompagne les experts dans leurs réflexions sur l'évolution de la nomenclature, fait de la pédagogie sur les règles d'écriture, propose des solutions pratiques et fournit au HCN une analyse médico-économique des propositions qui remontent des groupes d'experts.

Le DACT apporte par ailleurs des informations statistiques détaillées et précieuses aux experts sur l'activité dans le domaine de la CCAM, permettant d'éclairer le HCN sur les pratiques des professionnels de santé.

**3. Quel regard portez-vous sur l'état d'avancement actuel des travaux du HCN ? Pensez-vous que la date de la fin 2026 pour l'achèvement des travaux de hiérarchisation sera tenue ?**

Un calendrier précis a été établi avec une estimation de la fin des travaux à la fin de l'année 2026. Des moyens supplémentaires ont été alloués et la méthodologie prévue initialement a été ajustée à l'initiative de la CNAM avec une validation des partenaires conventionnels afin de réduire la durée des travaux.

En 2023 et 2024, la description des actes a été grandement avancée avec environ 60% des familles validées. Les actes repères permettant de faciliter les travaux de hiérarchisation ont été validés. Les premiers travaux de hiérarchisation permettant de consolider la méthodologie ont aussi été réalisés. La méthodologie initiale de hiérarchisation a été consolidée et validée. Les règles d'écritures communes validées par l'ATIH, la CNAM et le HCN ont été validées. La procédure de travail partagée pour la préparation des évaluations des nouveaux actes entre la HAS et la CNAM a été rédigée et validée. La plateforme en ligne permettant de réaliser les travaux de hiérarchisation par les experts à distance a été créée.

Afin d'accélérer la procédure, un changement de méthodologie de hiérarchisation a été initié à l'initiative de la CNAM et a nécessité un investissement important. Il a fallu revoir toute la procédure de hiérarchisation en garantissant néanmoins les fondements des principes initialement validés et la robustesse des travaux. Pour ce faire des critères permettant d'identifier des actes dits « à enjeu » ont dû être précisés et calculés. Cette modification de méthode a permis de réduire le calendrier de hiérarchisation prévoyant la fin des travaux initialement au troisième trimestre 2029 à la fin de l'année 2026 tout en conservant les objectifs poursuivis initialement.

Toutefois, comme tout projet d'ampleur significative, des aléas peuvent survenir, entraînant des retards. Pour un projet aussi complexe, ces types d'aléas sont fréquents et les équipes font un travail remarquable d'adaptation et d'anticipation pour y pallier.

Ce sont des travaux extrêmement denses, pour en donner un aperçu il faut savoir qu'entre septembre 2025 et fin 2026 il est prévu pour la première phase de hiérarchisation : 36 réunions de lancement, 48 réunions de consensus d'une journée avec les environ 600 experts médicaux, 41 plénières du HCN, soit un total de 125 réunions. A cela s'ajoutent environ 120 réunions de préparation avec les référents de chacun des 43 groupes de travail d'experts. Pour la seconde phase de hiérarchisation, une centaine de réunions en deux temps avec les experts seront également nécessaires. Donc pas loin de 350 réunions. Bien entendu, des travaux d'analyses et de production de supports sont nécessaires pour préparer les réunions et établir les conclusions.

Ce qui est certain, c'est qu'à ce jour la redescription de tous les actes a été finalisée en octobre 2025 et qu'elle représente à elle seule un chantier titanesque qui a été mené à bien.

Environ 30% du travail de la première étape de hiérarchisation est réalisé. La seconde étape de hiérarchisation débutera en avril. Cette seconde étape concerne les travaux concernant la hiérarchisation « inter » ; c'est-à-dire le rapprochement des scores des différentes familles pour arriver à une échelle commune. Cette « étape » devrait également être un défi organisationnel et logistique avec une centaine de connexions de famille pour autant de réunion réunissant à chaque fois au moins trois experts de chaque famille.

Les travaux concernant le calcul des charges nécessaires à la réalisation des actes sont également en cours avec les syndicats représentatifs ; de nombreux experts de la statistique, tant à la CNAM qu'à la DREES sont mobilisés de même qu'un cabinet d'audit externe désigné à la demande des organisations syndicales. Un groupe de travail est prévu avec ces derniers en mars. En fonction des conclusions, la fin de ces travaux est également prévue avant la fin de l'année.

#### **4. Décrire précisément les modalités retenues pour la tarification des actes dans le cadre de la CCAM adoptée en 2004. En particulier :**

- a. *Nous confirmez-vous que c'est la Cnam qui propose les éléments tarifaires permettant de passer de la valeur d'un acte en points-travail à sa valeur monétaire ?*

Non ce n'est pas la Cnam, ce sont les partenaires conventionnels qui s'accordent sur les éléments tarifaires. La CNAM, à partir des scores de travail médical issus des travaux du HCN et des coefficients de charges travaillés avec les syndicats représentatifs, définit des tarifs calculés issus de la hiérarchisation, dits « tarifs cibles » qui seront soumis aux syndicats lors de la phase de négociation. Ces responsabilités respectives sont très clairement précisées dans le code de la sécurité sociale (articles 162-14-1 et 162-5 notamment). Le code de la sécurité sociale dans son article 162-5 précise que « La ou les conventions déterminent pour les actes techniques la trajectoire de convergence vers le prix de l'acte établi à partir de la hiérarchisation déterminée par le Haut Conseil des nomenclatures prévue au IV de l'article L. 162-1-7. » Aucune décision tarifaire n'est prise unilatéralement par la Cnam sur la CCAM, toute décision fait l'objet de négociation.

- b. *Que traduit exactement le facteur monétaire ? Comment sa valeur est-elle déterminée ? Est-il exact qu'il n'a pas été réévalué avant 2024 ?*

Comme expliqué dans la 1ère question le « facteur de conversion » permet de convertir la hiérarchisation relative des actes à un tarif, au regard d'une enveloppe donnée de la CCAM dans le cadre de la négociation avec les partenaires conventionnels.

Il est calculé à partir de l'ensemble des honoraires des actes techniques, déduit des charges rapportées à la somme des points travail dans le cadre d'une enveloppe financière définie entre les partenaires conventionnels : UNCAM et syndicats représentatifs.

Ce point travail est passé de 0,44 € à 0,47 € dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention médicale.

*c. Les coefficients de charges sont propres à chaque spécialité. Que doivent-ils couvrir exactement ? Comment ont-ils évolué depuis 2004 ?*

Les coefficients de charge couvrent les charges nécessaires à la réalisation des actes. Il est issu du rapport entre les charges de matériels, immobilières, de ressources humaines, redevance, mais également les réunions de concertation pluriprofessionnelles d'une part et le volume d'actes (mesuré par la somme des points travail) auquel il s'applique. Les coefficients de charge n'ont pas été revus depuis 2005, d'où l'importance d'aboutir sur ces travaux afin de retrouver une cohérence dans la répartition des tarifs. Les augmentations de charge d'une part et les gains de productivité d'autre part n'ont pas pu être pris en compte.

Les charges se répartissent sur l'ensemble des actes des médecins. Ainsi même si elles augmentent, l'augmentation du nombre d'actes réalisés notamment en raison de la hausse de la productivité peut entraîner une baisse des taux charges.

Il faut bien préciser que ces coefficients tiennent uniquement compte des charges qui incombent aux médecins libéraux. Ne sont pas comprises les charges qui incombent aux établissements incluses dans le tarif des GHS.

*d. Fournir la liste des coefficients de charge actuellement applicables à chaque spécialité.*

Spécialité	Groupe d'actes	Type de charges par point travail utilisé pour calcul tarif	
		nom	valeur en €
<b>Acupuncture</b>	actes d'acupuncture	cgmgc	0,213
<b>Allergologie</b> <i>actes communs :</i>	actes d'allergologie	Cgall	0,177
	<i>pneumologie</i>	cgpne	0,320
<b>Anesthésie-réanimation</b>	actes d'anesthésie	cgaréa	0,192
<b>Angéiologie</b>	échographies vasculaires	cgechvas	0,357
	autres actes d'angiologie	cgang	0,261
<b>Cardiologie conventionnelle</b>	actes de cardiologie conventionnelle	cgcam	0,399
	échographies vasculaires	cgechvas	0,357
<b>Cardiologie interventionnelle</b>	actes de cardiologie interventionnelle	cgcami	0,906
<b>Chirurgie</b> <i>actes communs :</i>	actes de chirurgie	cgchir	0,269
	<i>dermatologie</i>	cgder	0,272
	<i>échographies (hors vasculaires)</i>	cgech	0,402
	<i>ORL</i>	cgorl	0,330
	<i>échographies vasculaires</i>	cgechvas	0,357
	<i>gynécologie</i>	cggyn	0,252
	<i>rhumatologie</i>	cgrhu	0,230
<b>Dermatologie</b> <i>actes communs :</i>	actes de dermatologie	cgder	0,272
	<i>chirurgie</i>	cgchir	0,269
	<i>allergologie</i>	cgall	0,177
	<i>angiologie</i>	cgang	0,261
<b>Gastro-entérologie</b> <i>actes communs :</i>	actes de gastroentérologie	cggas	0,538
	<i>proctologie</i>	cgchir	0,269
	<i>échographies (hors vasculaires)</i>	cgech	0,402
	<i>radiologie</i>	cgrad	0,771

Spécialité	Groupe d'actes	Type de charges par point travail utilisé pour calcul tarif	
		nom	valeur en €
<b>Gynécologie et gynécologie obstétrique</b>	échographies (hors vasculaires) actes de gynécologie	cgech	0,402
		cggyn	0,252
<b>Médecine physique et de réadaptation</b> <i>actes communs :</i>	actes de MPR <i>neurologie</i> <i>rhumatologie</i> <i>radiologie</i> <i>angiologie</i> <i>chirurgie</i>	cgmpr	0,354
		cgnro	0,424
		cgrhu	0,230
		cgrad	0,771
		cgang	0,261
		cgchir	0,269
<b>Néphrologie</b>	actes de néphrologie	cgnep	0,157
<b>Neurologie</b>	actes de neurologie	cgnro	0,424
<b>Ophthalmologie</b>	actes d'ophtalmologie	cgoph	0,304
<b>ORL</b> <i>actes communs :</i>	actes d'ORL <i>chirurgie(plastique/digestive)</i>	cgorl	0,330
		cgchir	0,269
<b>Pneumologie</b> <i>actes communs :</i>	actes de pneumologie <i>radiologie</i> <i>allergologie</i>	cgpne	0,320
		cgrad	0,771
		cgall	0,177
<b>Radiologie</b>	radio conventionnelle et peropérateur	cgrad	0,771
	échographies (hors vasculaires)	cgech	0,402
	échographies vasculaires	cgechvas	0,357
<b>Scanner</b>	honoraires (hors forfaits)	cgsan	0,040
<b>IRM</b>	honoraires (hors forfaits)	cgirm	0,051
<b>Rhumatologie</b> <i>actes communs :</i>	actes de rhumatologie <i>radiologie</i> <i>neurologie</i> <i>acupuncture</i> <i>chirurgie</i>	cgrhu	0,230
		cgrad	0,771
		cgnro	0,424
		cgmge	0,213
		cgchir	0,269

e. Lors de la mise en place de la CCAM en 2004, les coefficients de charge permettaient-ils d'assurer une rémunération nette moyenne équitable pour les différentes spécialités, une fois les charges déduites ?

Il n'y a pas de lien direct entre les coefficients de charges et la rémunération des spécialités. La première raison est que la rémunération dépend largement du volume d'actes pratiqué. La seconde est le secteur d'exercice, puisque la rémunération varie entre secteur 1 et 2.

Il est vrai que l'on observe des différences significatives de rémunération entre certaines spécialités qui utilisent la CCAM qui posent question, comme la radiothérapie, la radiologie ou la médecine nucléaire qui ont des rémunérations moyennes bien plus élevées que les autres spécialités. On peut également regretter que certaines spécialités portant des enjeux de santé publique importants comme la pédiatrie, la psychiatrie et même la médecine générale présentent les rémunérations les plus faibles.

## 5. Au sujet de la révision des tarifs applicables dans le cadre de la future CCAM rénovée :

a. Nous confirmez-vous qu'un avenant à la convention sera négocié a priori en 2027 pour mettre en place la nouvelle CCAM ?

Oui si les travaux en cours ne rencontrent pas d'obstacles majeurs, c'est l'objectif.

- b. *La convention médicale (article 84) prévoyait que les travaux d'études préliminaires seraient engagés dès l'approbation de la convention en vue de préparer l'entrée en vigueur de la nouvelle CCAM. Ces travaux se sont-ils tenus ? Le cas échéant quel est leur contenu ?*

Les travaux d'études préliminaires sur les coûts de la pratique réalisés par le service statistique ministériel et des auditeurs extérieurs et indépendants choisis par les partenaires conventionnels ont été engagés dès juillet 2024. Ces travaux donnent lieu à des groupes de travail réguliers avec les parties prenantes et notamment les syndicats signataires de la convention.

Liste des réunions de travail avec les partenaires conventionnels sur le coût de la pratique
--

<p><b>Juillet 2024</b> : Groupe de travail de lancement des travaux : Présentation de la méthodologie globale et des éléments techniques, contenu des charges, calcul des tarifs.</p>
---

<p><b>Décembre 2024</b> : Modalité de sélection de l'auditeur – Présentation des périmètres de charges – Présentation des notions d'actes à surcouts et des catégories d'actes.</p>
---

<p><b>Février 2025</b> : Partage des objectifs des travaux avec les syndicats – Présentation de la feuille de route précise des travaux – Premiers échanges sur les éléments de cadrage (périmètre, sous-catégories d'actes, actes à surcout) – Validation du cahier des charges de l'auditeur.</p>
---

<p><b>Juillet 2025</b> : Validation de la méthode d'audit – Propositions de catégories d'actes à étudier – Propositions d'actes à surcout à étudier – Partage des travaux en cours avec la drees sur les données utilisées pour le calcul des charges.</p>
--

<p><b>Octobre 2025</b> : Restitution de l'audit de la méthodologie et validation - Validation des catégories d'actes à étudier - Validation de la méthode d'identification des actes à surcout en mobilisant les CNP - Échanges sur la prise en compte des cotisations sociales.</p>
--

<p><b>Travaux en cours</b> : Fin des analyses par spécialité et pour les SEL – Analyse par sous-catégories d'actes en cours – Début des études spécifiques pour des actes ou des pratiques à surcouts</p>
---

Par ailleurs, la mise en œuvre de la rénovation de la CCAM devrait commencer dès 2026 en inscrivant en avance de phase et à tarification inchangée, les actes redécrits et validés par le HCN afin d'anticiper les évolutions de pratiques de cotation.

- c. *Le HCN nous a dit que des discussions étaient en cours depuis plusieurs semaines sur la question du coût de la pratique. Pouvez-vous nous dire quelle est la teneur de ces discussions et ce qu'il en ressort à ce stade ?*

À ce stade, les travaux sur le coût de la pratique, qui correspondent au calcul des charges, ont porté essentiellement sur des éléments de cadrage. À savoir :

- La validation de la méthodologie avec un audit réalisé par un prestataire indépendant
- La validation de sous-catégories d'actes au sein des spécialités nécessitant des analyses spécifiques
- La nécessité d'analyser les particularités de déclaration des charges pour les structures d'exercice libéral (SEL)

À ce jour, les analyses sont en cours sur les taux de charges par spécialité et par sous-catégories. Des actes et catégories d'actes à surcout potentiel ont été identifiés et vont faire l'objet d'études spécifiques pour identifier si des charges spécifiques doivent leur être appliquées.

- d. *La convention médicale a provisionné 240 millions d'euros dans la perspective de l'entrée en application de la nouvelle CCAM. Est-ce aujourd'hui encore le montant de la réévaluation globale envisagée sur le périmètre de cette nomenclature ?*

La convention médicale est très précise sur le sujet :

*« L'enveloppe consacrée à la CCAM au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux tarifs remboursables sera définie selon la projection faite de la taille de cette enveloppe au moment de l'entrée en vigueur de la réforme. Les partenaires conventionnels décident d'ores et déjà de provisionner l'équivalent de 240 millions d'euros supplémentaires afin de faciliter la mise en œuvre de la future CCAM sur les tarifs. »*

La révision de la CCAM procèdera à une redistribution sur la base de l'enveloppe actuelle augmentée de 240 millions d'euros, la négociation en précisera les modalités. La CNAM tiendra ses engagements conventionnels.

- a. *Précisez les options que vous envisagez pour permettre une plus juste tarification des actes sans créer de rupture trop brutale pour les différentes spécialités (détermination d'une enveloppe globale par spécialité ? Fixation d'une valeur-cible pour les actes, à atteindre en plusieurs années ?...)*

Le principe de la révision de la CCAM pour 2026-2027 est de revenir aux objectifs originels de redistribution des honoraires et de disposer d'une échelle de tarifs cohérente relativement au travail médical et au coût de la pratique.

Néanmoins, il est trop tôt pour anticiper les discussions qui auront lieu lors de la négociation avec les syndicats. Nous attendons la fin des travaux techniques afin de nous faire une idée plus précise de l'évolution des tarifs au regard des évolutions apportées par les experts et le HCN.

C'est un souhait partagé avec les syndicats que de s'appuyer sur une nomenclature qui décrit de la façon la plus factuelle possible la pratique des actes techniques. Alors nous pourrions discuter de ce qui est souhaitable ou non pour chacune des parties prenantes.

- b. *Pensez-vous que la réforme de la tarification pourra avoir des effets redistributifs importants entre les spécialités médicales, au bénéfice des spécialités les moins bien rémunérées aujourd'hui ?*

C'est impossible à dire aujourd'hui. La mise à jour des actes, la nouvelle hiérarchisation et les nouveaux coefficients de charges pourront avoir un impact sur la distribution entre spécialités que nous ne sommes pas en mesure de prédire.

Ce que l'on peut dire, c'est que les travaux en cours permettront d'avoir une description factuelle de la pratique, de ce qu'elle représente en termes de travail médical et de charges.

- c. *La convention médicale prévoit une amélioration de la valorisation des spécialités médicales avec une forte composante technique. Sachant que certaines de ces spécialités comptent déjà parmi les mieux rémunérées, pouvez-vous nous préciser lesquelles sont concernées par cet objectif ?*

Vous trouverez ci-dessous l'extrait correspondant de la convention médicale :

Les partenaires conventionnels soulignent leur soutien à la révision de la CCAM portée par le Haut Conseil des Nomenclatures en ce qu'elle permet de prendre en compte l'évolution des techniques médicales et chirurgicales. La classification issue de ces travaux aboutira à une nouvelle hiérarchisation pour chacun des actes techniques dont les positionnements relatifs seront ainsi actualisés.

À l'issue des travaux scientifiques de révision de la description des libellés et des notes et de la hiérarchisation du travail médical des actes, le Haut Conseil des Nomenclatures transmettra son rapport de propositions concernant ces travaux pour une rénovation de la CCAM avant le 1<sup>er</sup> mai 2025.

La convention médicale vise dans cet article les actes techniques dans la globalité par opposition aux actes cliniques (essentiellement les consultations).

Ce paragraphe introduit donc les mesures détaillées dans les articles 84 et 85 et qui ont été mis en œuvre en 2025 et 2026 indépendamment de la révision de la CCAM

**6. La convention médicale prévoit par ailleurs l'expérimentation d'une dérogation à la règle de la non-association d'actes pour la prise en charge de l'endométriose. Envisagez-vous d'étendre ces dérogations dans le cadre de la future CCAM (par exemple, pour la pose de prothèses bilatérales de hanches ou de genoux) ?**

La CCAM est fondée sur le principe de l'acte global, c'est-à-dire que tous les actes élémentaires nécessaires à la réalisation du soin sont compris dans la rémunération de l'acte CCAM. Certaines « procédures » sont par ailleurs inscrites à la CCAM qui permettent de prendre en compte les situations complexes comportant plusieurs gestes techniques. La CCAM permet toutefois la possibilité d'associer des actes entre eux avec la règle générale suivante : l'acte dont le tarif est le plus élevé est à 100 %, le second acte est à 50 %. Cette décote se justifie par le fait qu'une partie de la tarification inclut le pré-interventionnel (accueil, interrogation, préparation du patient...) et le suivi post interventionnel qui ne dépendent pas nécessairement du nombre d'actes techniques réalisés en séance. Il existe évidemment des économies d'échelles importantes sur le coût de la pratique qu'il convient de ne pas valoriser plusieurs fois.

La convention 2024 prévoit effectivement une expérimentation porte sur la possibilité de déroger au cumul d'acte habituel dans le cadre de la prise en charge de l'endométriose. Elle permet de prendre en charge le premier acte à 100% le second à 75% et le troisième à 50% dans une liste d'actes permettant le traitement de l'endométriose.

Cette modalité à un intérêt dans le cadre d'opérations très spécifiques pour lesquelles des actes peuvent s'ajouter lors de l'intervention en fonction de ce qu'observe le chirurgien.

Ces situations sont donc très limitées. Les résultats de l'expérimentation sur l'endométriose nous permettront de conclure si d'autres domaines pourraient en bénéficier.

A noter que cette dérogation existe d'ores et déjà pour les actes de chirurgie pour « lésions traumatiques multiples et récentes ».

**7. La dernière convention médicale a acté la nécessité d'assurer la maintenance en continu de la CCAM rénovée (article 85), mission qui revient également au HCN. Ne faudrait-il pas accroître les moyens humains et l'autonomie opérationnelle de cette instance pour qu'elle puisse mener à bien cette tâche ?**

Lorsque les modalités précises de maintenance seront établies, nous pourrions identifier quels moyens seront nécessaires pour la réaliser de façon satisfaisante. Il est

effectivement à prévoir des moyens spécifiques afin que la mission de maintenance puisse être réalisée sans pénaliser les missions habituelles des équipes de la CNAM.

L'articulation entre le HCN et la CNAM fonctionne de façon particulièrement satisfaisante dans le cadre des travaux de révision. Par ailleurs, les expertises du HCN et les compétences de la CNAM sont particulièrement complémentaires. Il serait dommage de scinder à dessein un des rares fonctionnements transversaux qui fonctionne.

**8. Êtes-vous favorable à la proposition du HCN de donner un code descriptif à l'ensemble des actes réalisés par les médecins, même s'ils n'ont pas encore été évalués par la HAS, associé à un recueil des données en vie réelle ?**

Nous ne sommes pas favorables à inscrire des actes innovants non évalués par la HAS. Il existe aujourd'hui des programmes et procédures permettant de financer ces actes innovants suivant des protocoles très stricts garantissant la qualité et la sécurité des soins (forfait innovation, PHRC...).

Par ailleurs, l'ATIH a la possibilité de distinguer dans son codage à visée descriptive différentes modalités d'actes permettant de suivre le développement de nouvelles techniques (exemple la chirurgie robotique). Ce codage descriptif ne conduit pas à des modalités tarifaires différentes de l'acte d'origine.

## **Réponses apportées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih)**

### **1. Pouvez-vous nous rappeler brièvement les principales missions de l'Atih ?**

L'ATIH est chargée de collecter, analyser et diffuser les données hospitalières et médico-sociales, de les mettre au service de la décision en santé, et de participer ainsi à l'amélioration des prises en charge des patients et des personnes accompagnées.

L'agence est Établissement public de l'État à caractère administratif, sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale. Elle a été créée par décret en 2000 et ses missions ont été élargies au cours du temps. Conformément aux articles R 6113-33 et suivants du code de la santé publique, elle est chargée :

1° Du pilotage, de la mise en œuvre et de l'accessibilité aux tiers du dispositif de recueil de l'activité médico-économique et des données des établissements de santé mentionné à l'article L. 6113-8 ainsi que du traitement des informations mentionnées au même article ;

1° bis De l'élaboration, du recueil, du traitement et de la mise à disposition aux tiers des données relatives au tableau de bord de la performance des établissements et services sociaux ou médico-sociaux prévus par l'article R. 314-29 du code de l'action sociale et des familles ;

2° De la gestion technique du dispositif de financement des établissements de santé ;

3° D'analyses, études et travaux de recherches sur les données des établissements de santé

4° D'apporter son concours aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé, menés pour la mise en œuvre de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale ;

5° De la conception et de la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles ;

6° De la conception et de la réalisation des études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11.

7° Du recueil et de l'analyse de données dans le cadre de dispositifs d'évaluation de la qualité, de la conformité et de la coordination des prises en charge sanitaires et médico-sociales par les professionnels et l'ensemble des acteurs, ainsi que de la satisfaction des personnes concernées. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale définit la liste et le contenu de ces dispositifs ainsi que les destinataires des résultats, le cas échéant en précisant la nature des résultats communiqués à chacun

8°. Sur demande du ministre chargé de la santé, d'apporter son concours pour répondre à une alerte sanitaire ou en gérer les suites

9°. D'apporter son concours à la gestion technique du dispositif de financement des établissements et services médico-sociaux

Son activité est régie par un Contrat d'objectifs et de performance (COP), qui couvre actuellement la période 2023-2027.

### **2. L'Atih a un rôle en matière de gestion courante de la CCAM. À ce sujet :**

a. *Pouvez-vous expliciter en quoi consiste ce rôle et comment votre agence l'a mis en œuvre depuis 2004 ?*

Le décret fixant les missions de l'ATIH énonce qu'elle est chargée :

4° D'apporter son concours aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé, menés pour la mise en œuvre de l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale :

Cette mission de contribuer aux travaux sur les nomenclatures de santé mission existe depuis le décret constitutif de l'agence datant du 26 décembre 2000.

À ce titre, l'ATIH (et la structure – Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé -PERNNS- dont elle est issue) a participé à la création de la CCAM.

Pour mémoire, la CCAM est la classification COMMUNE des actes médicaux. Le caractère commun signe le fait qu'elle est le résultat d'un besoin commun à l'État et à l'Assurance maladie, de disposer d'une nomenclature des actes médicaux. Avant 2004, ces deux entités disposaient chacune d'une nomenclature propre pour caractériser ces actes :

- La Nomenclature Générale des Actes Médicaux -NGAP- pour l'assurance maladie, destinée à la facturation des honoraires médicaux
- Le Catalogue des Actes Médicaux – CdAM – pour décrire les actes dans le cadre du recueil d'information auprès des établissements de santé, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les travaux de l'époque avaient conduit au constat qu'aucune de ces deux nomenclatures ne répondait au besoin de disposer d'un outil permettant de décrire correctement les pratiques médicales.

La décision de construire un nouvel outil avait alors été retenue, et les compétences de l'État et de l'assurance maladie réunies pour la construction de cet outil Commun.

Depuis lors, le travail collectif État / assurance maladie s'est poursuivi, à la fois pour la maintenance de l'outil, et pour ses travaux récents de refonte.

La répartition des rôles entre État et Assurance maladie est la suivante : l'ATIH a en charge le guide de lecture et de codage de la CCAM, qui comprend les règles de construction des codes et des libellés, les règles et conventions utilisées par les rédacteurs de la CCAM pour l'écriture et la présentation du volume analytique et les règles de codage liées à la construction.

Depuis 2004, l'ATIH établit les codes et libellés des actes de la CCAM. La Cnam établit les tarifs des actes ainsi que les conditions de facturation. Elle précise également les conditions de réalisation selon les avis rendus par la HAS (environnement spécifique, formation du praticien).

A titre d'exemple : pour l'inscription d'un acte à la CCAM, la CNAM, après avoir reçu un avis HAS, peut émettre une proposition ainsi formulée :

**HNGEXXX Séance de nécrosectomie pancréatique transluminale par voie endoscopique**

*Necrosectomie transprothétique ou directe*

*Avec ou sans échoendoscopie*

*Indication : pancréatite aiguë nécrosante*

*Environnement : conforme au rapport de la HAS du 12 décembre 2024*

Cette proposition est étudiée par l'ATIH qui vérifie la conformité avec le guide de lecture et l'adéquation de la description. Puis l'ATIH propose un code d'acte, constitué de 4 lettres significatives (localisation anatomique de l'acte sur les deux premiers caractères, action réalisée sur le troisième, mode d'accès ou technique utilisée sur le quatrième) et de trois caractères numériques aléatoires. L'ATIH conserve l'historique des codes utilisés afin de ne pas réutiliser un code supprimé.

Par ailleurs afin de permettre une meilleure description des activités, l'ATIH publie depuis 2015 la CCAM descriptive à usage PMSI. Celle-ci ajoute des codes et libellés d'actes décrits pour répondre aux besoins du PMSI, comme le suivi d'une activité. Ils ne sont jamais ajoutés sans s'assurer qu'un avis HAS globalisant a été rendu et que le Service attendu a été estimé suffisant ou indéterminé.

Par exemple, l'acte MEMA009 a été scindé en deux actes descriptifs afin de connaître la localisation précise de l'acte, il est ainsi possible de savoir quelle épaule a été opérée :

- MEMA009-01 Reconstruction de l'articulation de l'épaule droite par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire  
Anesthésie  
(GELE001, PAFA003, PAFA010)
- MEMA009-02 Reconstruction de l'articulation de l'épaule gauche par prothèse massive ou sur mesure, après résection segmentaire  
Anesthésie  
(GELE001, PAFA003, PAFA010)

*b. Avez-vous des moyens humains spécifiquement dédiés à cette mission ?*

Le pôle information médicale de la direction Classifications, information médicale et modèles de financement – CIMMF - comprend 3 personnes en charge de la CCAM. Cela représente environ, hors révision de la CCAM, 0,3 ETP répartis sur ces 3 personnes. Ce pôle est également en charge des nomenclatures sur les maladies (mobilisation de la 10e nomenclature de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (CIM-10 de l'OMS) et déploiement à venir de la CIM-11), des référentiels médicamenteux et dispositifs médicaux et de la mise en œuvre des réformes de financement (dont radiothérapie et dialyse actuellement très consommatrices de temps).

*c. Partagez-vous l'avis que la CCAM retranscrit aujourd'hui très imparfaitement le travail médical et les charges supportées par les médecins ? Quelles spécialités vous semblent les plus pénalisées ?*

L'ATIH regarde moins la charge d'un acte supportée par les médecins, que sa description. Il importe davantage à l'ATIH, pour les besoins de maintenance des classifications médico-économiques, que les actes soient représentatifs des activités réellement pratiquées dans les établissements de santé.

*d. De quelle manière l'ATIH a-t-elle été associée aux travaux actuels visant à réviser en profondeur la CCAM ?*

L'ATIH a participé aux réunions des comités cliniques organisés par le HCN afin de comprendre les nouveaux besoins de description. Elle a rédigé les libellés des actes revus mais ne participe pas aux travaux de hiérarchisation. L'ATIH fournira l'ensemble des codes nécessaires et rédigera un nouveau guide de lecture et de codage.

Les réunions de révision ont été régulières d'avril 2023 à mars 2025 pour les 43 comités cliniques existants, selon un rythme bimensuel, ce qui représente environ 1 370 heures sur la période.

En fin de refonte, elle participera à un dernier tour de rédaction des libellés pour assurer la cohérence globale des libellés en intra et inter-spécialité.

*e. Quel regard portez-vous sur l'état d'avancement actuel de ces travaux, et sur la perspective d'un aboutissement à la fin de l'année 2026 ?*

Nous avons une vision partielle de l'avancée du dossier car nous ne savons pas où en est l'étape de hiérarchisation. Le calendrier annoncé est toujours d'actualité.

### **3. L'Atih a également un rôle en lien avec la détermination des tarifs hospitaliers applicables dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). À ce sujet :**

Les tarifs hospitaliers couvrent un champ plus large que les actes médicaux décrits par la CCAM (personnel non médical, produits de santé, coûts de fonctionnement des équipements techniques, etc.). La tarification des séjours hospitaliers s'appuie sur leur description par une classification en groupes homogènes de malades (GHM) et sur une évaluation globale des coûts de ces GH, estimation réalisée par enquête.

Dans la tarification de l'activité hospitalière, il existe cependant plusieurs utilisations de la CCAM :

- Pour les actes et consultations externes (ACE) : pour ces prestations, le codage et la tarification sont identiques à ceux faits en ville ;
- Pour les honoraires des médecins libéraux : pour ces prestations, le codage et la tarification sont également identiques à ceux faits en ville ;
- Pour la classification et la tarification des séjours hospitaliers. Ce point est précisé ci-dessous.

*a. Pouvez-vous nous rappeler en quoi consiste exactement le rôle de l'Atih, s'agissant des modalités de détermination de ces tarifs hospitaliers ?*

L'ATIH a la charge de déterminer les tarifs pour les deux secteurs de financement (ex-DG et ex-OQN) quel que soit le champ d'activité (Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), Hospitalisation à domicile (HAD), Soins médicaux et de réadaptation (SMR) et psychiatrie). Ainsi l'ATIH participe activement aux travaux de la campagne tarifaire et est force de proposition sur les travaux à mener dans ce cadre en lien avec la DGOS et la DSS.

Une fois les arbitrages rendus sur les éléments de la campagne de financement (en particulier le niveau de l'ONDAM établissement de santé), l'ATIH a la charge de produire le calcul des tarifs hospitaliers ainsi que l'annexe tarifaire publiée au JO. Ensuite pour les établissements du secteur ex-DG, l'agence produit la valorisation sur laquelle s'appuient les arrêtés versements mensuels qui sont ensuite pris par les ARS.

*b. Pouvez-vous nous expliquer précisément comment et dans quelle mesure la classification et les tarifs de la CCAM entrent en ligne de compte dans la détermination des tarifs hospitaliers ?*

La tarification des séjours hospitaliers s'appuie sur leur description par une classification en groupes homogènes (groupes homogènes de malades GHM sur le champ MCO). Chaque séjour aboutit dans un groupe selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives du séjour, notamment sur les actes réalisés en cours de séjours.

Les tarifs hospitaliers s'appuient sur la méthodologie des tarifs issus des coûts<sup>1</sup> (TIC) qui permet de conduire la modulation tarifaire chaque année (excepté pendant les années affectées par la crise sanitaire). Les données relatives aux coûts de prise en charge de l'hospitalisation sont issues des Études Nationales de Coûts<sup>2</sup> (ENC) collectées et exploitées par l'ATIH.

Concernant la construction des tarifs issus des coûts (TIC) servant aux modulations tarifaires, les honoraires perçus par les médecins libéraux sont exclus des tarifs issus des données de coûts. En effet, les tarifs issus des coûts se veulent être au plus près du périmètre tarifaire. Les éléments facturés en sus des tarifs hospitaliers, tels que les honoraires des praticiens libéraux ou les produits facturés en sus, sont exclus des coûts servant à construire les TIC (que ce soient les honoraires issus de l'activité privée des praticiens hospitaliers salariés ex-DG ou de celle des médecins libéraux exerçant en clinique privée (secteur ex-OQN)).

Les actes CCAM ne sont utilisés qu'indirectement pour évaluer le coût des séjours dans l'Étude nationale des coûts (ENC). Leur équivalent en indices de coûts relatifs (ICR) sert de clé de répartition des charges médico-techniques (bloc, anesthésie, imagerie, explorations fonctionnelles, ...). Cette clé de répartition est donc fondée sur une correspondance entre les actes CCAM et une échelle d'ICR. Les ICR sont une échelle de valeurs numériques s'apparentant à une « charge médicale » servant à répartir certains coûts par séjour de l'ENC.

- c. L'obsolescence de la CCAM actuelle engendre-t-elle également des distorsions dans les tarifs hospitaliers, avec des activités générant une rente importante et d'autres activités sous-financées ? Donner des exemples.*

La CCAM n'intervient pas directement dans la construction des tarifs hospitaliers, ceux-ci étant déconnectés des négociations conventionnelles et s'appuyant sur des données de coûts de prise en charge spécifiques au secteur hospitalier. Néanmoins, comme la CCAM est utilisée pour déterminer le GHM auquel appartiennent les séjours, l'obsolescence de la CCAM peut peser sur la capacité à identifier l'évolution des pratiques innovantes dans la classification des séjours hospitaliers.

#### **4. S'agissant du lien entre la révision en cours de la CCAM et l'évolution future des tarifs hospitaliers :**

- a. Cette révision aura-t-elle un impact mécanique sur la tarification des séjours hospitaliers ? Expliciter cet impact.*

La révision en cours de la CCAM peut conduire à la refonte de la classification des séjours hospitaliers et ainsi à la création de nouveaux tarifs (voir infra 4.b) mais la révision de la CCAM n'aura dans l'ensemble pas d'effets directs sur le niveau des tarifs hospitaliers. L'évolution des tarifs entre deux années est déterminée par l'évolution de l'ONDAM établissement de santé fixé en LFSS. Certains tarifs peuvent faire l'objet de mesures spécifiques liées à des mesures de santé publique, à des effets de périmètre (réintégration dans

---

<sup>1</sup> [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3989/methodologie\\_-\\_methode\\_alternative\\_a\\_la\\_comparaison\\_des\\_coouts\\_et\\_des\\_tarifs\\_2020.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3989/methodologie_-_methode_alternative_a_la_comparaison_des_coouts_et_des_tarifs_2020.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.atih.sante.fr/etudes-nationales-de-coouts-sanitaires-enc/presentation>

les tarifs de produits de la liste en sus par exemple) ou encore à de l'ajustement aux coûts des séjours, l'écart étant mesuré par rapport aux tarifs issus des coûts (TIC).

S'agissant de la mesure du coût des séjours hospitaliers, la CCAM intervient cependant de manière indirecte au travers des indices de coûts relatifs (ICR). Les actes CCAM étant utilisés comme clé de répartition des charges à travers leur équivalent en ICR, leur révision sera prise en compte. Il conviendra soit de mettre à jour la pondération des ICR des actes CCAM revus soit d'explorer l'utilisation de l'indice de hiérarchisation utilisé par la CNAM. Cet indice prend en compte le temps médical et le coût des pratiques. Cependant les ICR permettent de prendre en compte également la mobilisation des ressources soignantes. Une adaptation serait nécessaire. L'effet de la révision de la CCAM sur les TIC devrait rester limité, les ICR n'étant qu'une clé de ventilation.

- b. *Au-delà de cet impact mécanique, est-il prévu à ce stade de conduire une révision d'ampleur de la classification en GHM/GHS pour tenir compte de la révision de la CCAM ?*

Des premiers retours que nous avons eus de la refonte de la CCAM, nous n'anticipons pas de devoir réviser significativement la classification en GHM. La majorité des évolutions seront des subdivisions d'actes existants pour prendre en compte de nouvelles techniques (robotisation notamment) : un acte-père donnant un ou plusieurs actes-fils. Dans ce contexte, les caractéristiques des actes-fils seront les mêmes que celles de l'acte père. Les séjours seront donc orientés dans la même racine de GHM. Il n'y a donc pas d'impact classificatoire. Si à l'inverse, les nouveaux actes correspondent à un regroupement d'anciens actes, il y aura deux situations :

- Si les anciens actes sont dans la même liste, il n'y a aucun impact ;
- Si les actes sont dans des listes différentes (i.e. des racines de GHM différentes), il faudra redimensionner les racines de GHM concernées (i.e. répartir différemment d'aujourd'hui les actes CCAM dans les racines de GHM). Il s'agit d'un travail de maintenance « classique » de la classification.

Pour les actes qui seront créés « de novo », c'est-à-dire qui ne correspondent pas à une activité décrite aujourd'hui, 2 options s'offrent à nous :

- Intégrer ces actes dans une liste existante d'actes proches ;
- Créer une nouvelle racine de GHM, spécifique de ces prises en charge.

Compte tenu du nombre relativement faible de séjours attendus, la première option sera privilégiée.

Dans un second temps, après quelques années de codage des nouveaux actes et en disposant des données de coûts de l'ENC, les travaux de classification pourront nous amener à créer de nouvelles racines (et ensuite de nouveaux GHS).

## **5. L'étape de la transcription tarifaire des actes nouvellement hiérarchisés dans le cadre de la révision de la CCAM est essentielle. À ce sujet :**

- a. *Quelles modalités permettraient selon vous de tenir compte de l'évolution de la hiérarchisation dans les tarifs sans créer de rupture trop brutale pour les différentes spécialités ?*

Comme indiqué ci-dessus la révision de la CCAM ne devrait avoir que des effets limités sur les tarifs hospitaliers : le premier à travers l'effet de la révision sur la classification des séjours et le second via les ICR et la ventilation des charges. Si ces effets s'avèrent

néanmoins importants, il serait possible de construire des trajectoires de convergence sur plusieurs années vers des tarifs cibles. Cette méthode a été employée par le passé pour la chirurgie en ambulatoire.

- b. Pensez-vous que la réforme de la tarification aura nécessairement des effets redistributifs importants entre les spécialités médicales, au bénéfice des spécialités les moins bien rémunérées aujourd'hui ?*

Il est difficile de répondre à cette question à ce stade.

**6. L'un des enjeux importants sera d'assurer la maintenance en continu de la CCAM renouvelée. À ce sujet :**

- a. Comment vont s'articuler les compétences respectives de l'Atih et du HCN dans le cadre de cette maintenance ?*

Les règles de la maintenance de la CCAM sont encore à établir entre l'ATIH et le HCN.

L'ATIH souhaite être pleinement associée à la maintenance comme elle l'a été à la révision mais cela nécessitera d'anticiper des moyens dédiés pour la maintenance.

- b. Avez-vous des suggestions (organisationnelles, techniques...) pour que cette maintenance puisse être effectivement assurée à la hauteur des besoins ?*

Afin d'assurer une maintenance effective, nous pensons utile d'avoir une plateforme internet dédiée permettant aux professions de faire part de leurs demandes d'inscription et d'instruire les dossiers. Une procédure devra être établie entre les différentes parties pour déterminer les périmètres d'action.



## 2. DEUX HEURES DE LIEN SOCIAL POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

### COMPTE RENDU DES AUDITIONS DE LA MISSION

#### 1. Audition du mercredi 20 mai 2026

*La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale auditionne M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et M. Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale <sup>(1)</sup>.*

**M. le président Jérôme Guedj.** La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont les deux piliers des politiques d'accompagnement du grand âge. Nous remercions M. Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale, et M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la CNSA, d'avoir répondu à notre invitation.

Messieurs, vous êtes entendus aujourd'hui dans le cadre des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, à l'occasion du Printemps de l'évaluation qui, chaque année, choisit des articles de précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour examiner les conditions de leur mise en œuvre.

Nous avons choisi de travailler sur l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 – anciennement article 34 du PLFSS 2023 – qui prévoyait la mise en place de deux heures de lien social dans les plans d'aide des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Ma première question porte sur la genèse de cette mesure. Entre 2019 et 2022, une dizaine de rapports ont produit plus de 400 propositions sur le grand âge, sans qu'aucune ne porte sur ce dispositif. Comment l'administration en est-elle venue à l'élaborer ? Les chiffres que vous nous avez transmis témoignent d'un démarrage très faible.

**M. Jean-Benoît Dujol, directeur général de la cohésion sociale.** Je connais peu la genèse de cette mesure, ayant pris mes fonctions en juillet-août 2022. Selon moi, il s'agissait d'une promesse de campagne du Président de la République que l'administration s'est efforcée de mettre en œuvre. Si elle ne figurait pas dans les rapports existants, elle rejoignait une préoccupation forte sur l'isolement des seniors, véritable enjeu de santé publique. Nous partageons votre déception quant aux premiers résultats de cette mesure ; néanmoins je me garderai de tout jugement définitif, d'autant que nous prévoyons que la montée en charge se poursuive jusqu'en 2028.

---

(1) <https://assnat.fr/NGDbVc>

**M. le président Jérôme Guedj.** Vous a-t-il semblé judicieux de voter une disposition législative dont la mise en œuvre requiert une concertation avec les acteurs chargés de l'exécuter – en l'occurrence les départements ?

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** La difficulté est structurelle : dans le domaine du grand âge, les compétences s'enchevêtrent, même si, en l'occurrence, c'est d'abord celle des départements qui est mobilisée. L'initiative venant de l'État et non des départements, il était inévitable de se coordonner avec ceux-ci après l'adoption du texte. Par conséquent, nous avons préalablement cadré l'architecture juridique de la mesure, notamment le choix de passer par une majoration obligatoire du plan APA, ce qui n'était pas la seule option possible. Le dispositif impliquant mécaniquement un effort financier des départements, une définition des conditions d'éligibilité et de la quotité de la majoration était indispensable. Ce travail a pris du temps, ce qui explique la lenteur du démarrage.

**M. Maëlig Le Bayon, directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.** Les départements sont membres du conseil de la CNSA et de ses commissions, notamment la commission normative. Les avant-projets de PLFSS comme les projets de décret leur ont été soumis. Nous travaillons également en continu avec Départements de France et les directeurs généraux des solidarités pour recueillir leurs interrogations et produire des outils méthodologiques adaptés.

**M. le président Jérôme Guedj.** L'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) donne des résultats préoccupants : sur 800 000 bénéficiaires potentiels de l'APA à domicile, 536 personnes ont effectivement bénéficié des deux heures de lien social en 2024, pour un total de 11 139 heures. Au regard des cibles de l'étude d'impact – 73 millions d'euros de dépenses en 2024 et 230 millions d'euros en 2026 –, ce démarrage est très faible. Avec ces montants, la CNSA et la DGCS auraient pu bâtir un plan global de lutte contre l'isolement aux effets bien plus substantiels.

J'ajoute une remarque, entre parenthèses. Le suivi de cette mesure législative, qui plus est financée, repose sur la bonne volonté des départements à l'égard de l'enquête de la Drees. Or je relève un faible taux de réponses à la question de la CNSA, ce qui m'interpelle. Il me semble que les départements sont liés à la CNSA par des conventions, et qu'à ce titre ils devraient être dans l'obligation d'alimenter le travail de suivi.

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** Le démarrage est décevant, nous en convenons, mais les données disponibles portent sur 2024, première année de montée en charge du dispositif, qui n'avait alors été déployé que dans trente-trois départements. Toutefois, nous ne disposons pas d'un système d'information national sur l'APA permettant un suivi agrégé en temps réel. Nous dépendons de l'enquête « Aide sociale » de la Drees.

Nous demeurons convaincus de l'intérêt de cette mesure, qui poursuit deux objectifs complémentaires : lutter contre l'isolement des personnes âgées, et

améliorer les conditions de travail des aides à domicile, en densifiant les plannings, en diversifiant les interventions et en valorisant la dimension relationnelle de leur métier – c’était précisément la motivation du passage par l’APA.

**M. le président Jérôme Guedj.** Pour mémoire, la mesure permettait d’ajouter au maximum neuf heures par mois au plan d’aide, y compris en cas de dépassement du plafond réglementaire, avec une compensation aux départements *via* la dotation APA. Or je doute que cette compensation ait été intégrale.

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** Les critiques de l’époque portaient déjà sur la sous-consommation des plans APA existants, liée aux problèmes de ressources humaines et au reste à charge. La question de la pertinence de choisir l’APA comme vecteur a été soulevée, mais c’est à l’issue d’un débat que nous avons résolu de recourir à ce schéma ambitieux : neuf heures par mois représentent environ deux heures par semaine, ce qui est substantiel au regard d’un plan APA ordinaire. Cette ambition se traduit par deux garanties : le caractère obligatoire et opposable pour le département, et le caractère déplafonné du plan.

**M. le directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.** La compensation s’effectue sur la base du concours APA classique, à hauteur de 50 % en moyenne. Elle n’est donc pas intégrale et ne fait pas l’objet d’un suivi individualisé de la part de la CNSA. Cela explique aussi que, contrairement à d’autres dispositifs où le législateur a fixé des obligations de remontée de données à la CNSA, ici, le dispositif est noyé dans l’ensemble des heures d’APA transmises. Il ne nous permet pas d’identifier spécifiquement ces heures.

Plusieurs facteurs expliquent le démarrage lent. Premièrement, les services instructeurs méconnaissent la mesure. Deuxièmement, les plans existants sont sous-consommés, en raison du manque de professionnels disponibles et d’un reste à charge jugé prohibitif par 70 % des personnes concernées. Troisièmement, les systèmes d’information de nombreux départements n’ont pas été mis à jour pour intégrer cette option. Si le logiciel de l’évaluateur ne permet pas de proposer la mesure, elle ne peut simplement pas être mobilisée. L’écart entre une décision législative et sa déclinaison technique dans les systèmes d’information peut atteindre deux à trois ans. Le futur système d’information national APA, prévu pour 2030, permettra de déployer ce type de mesure en quelques semaines.

**M. le président Jérôme Guedj.** Disposez-vous d’éléments relatifs à la manière dont ces heures dédiées au lien social ont été utilisées ? Lors du débat législatif, la pertinence de cibler des personnes déjà accompagnées avait été questionnée. Ne serait-il pas plus pertinent d’aller vers les personnes totalement sous les radars – les groupes iso-ressources (GIR) 5 et 6, les personnes qui ne bénéficient ni de l’APA ni de prestations de la Caisse nationale d’assurance vieillesse – et qui sont souvent les plus isolées ? Je pense aux outils d’aller vers portés par les bailleurs sociaux, les centres communaux d’action sociale (CCAS), La Poste, ou encore le programme de soins intégrés pour personnes âgées (Icope).

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** Les premiers éléments d’évaluation nous parviendront mi-juin et nous vous les communiquerons. Ils seront

issus de l'enquête qualitative que nous avons lancée en avril auprès d'une centaine de services *via* les fédérations de l'aide à domicile. En amont, nous avons réfléchi à des activités concrètes à mettre en place durant ces heures de lien social : jeux, promenades, sorties. Mais dans une telle mesure, c'est la dimension relationnelle qui importe, et elle est difficile à appréhender dans un cadre administratif.

Vous avez mentionné le programme Icope, et je tiens à souligner que l'enjeu n'est pas de choisir entre Icope et les deux heures de lien social, mais de les déployer conjointement. Nous avons pour objectif d'inclure deux millions de personnes dans le programme Icope à l'horizon 2027, avec une interconnexion prévue avec Mon espace santé.

**M. le directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.** Le dispositif des deux heures de lien social n'est pas l'unique outil de lutte contre l'isolement porté par la DGCS et la CNSA. Nous finançons des partenaires historiques comme Monalisa et les Petits Frères des pauvres. La lutte contre l'isolement est un axe central de notre convention d'objectifs et de gestion (COG) actuelle et de la future.

Sur les publics inconnus des services, je citerai l'exemple de Strasbourg, où le service public départemental de l'autonomie mobilise les bailleurs sociaux, le CCAS et un tiers-lieu de proximité pour combiner l'aller vers dans les logements et des activités pour lutter contre l'isolement. Je ne crois pas à un dispositif national unique : il faut s'appuyer sur des dynamiques territoriales associant tous les acteurs – CCAS, associations, bénévoles.

**M. le président Jérôme Guedj.** Où en est la mise en œuvre de la disposition prévue par la loi de 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie, dite loi « bien-vieillir », qui permet aux CCAS de recevoir la liste des bénéficiaires de l'APA et de la prestation de compensation du handicap (PCH) pour alimenter les registres dits « canicule » ? La situation paradoxale où l'on compte parfois davantage de bénéficiaires de prestations que de personnes inscrites sur ces registres doit être résolue. J'avais suggéré d'ajouter une case à cocher sur les formulaires Cerfa de demande d'APA ou de PCH, permettant au demandeur d'autoriser la transmission de ses données au CCAS de sa commune : une mesure simple, efficace, quasi automatique pour les nouveaux entrants et qui ne requiert aucune modification législative.

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** La disposition de la loi sur la liste des bénéficiaires de l'APA et de la PCH n'a pas encore reçu son application réglementaire. Elle a suscité de longs échanges avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés et réclame un nouveau passage devant le Conseil d'État. Toutefois, nous prévoyons de systématiser l'inscription pour le flux des nouveaux demandeurs.

**M. le président Jérôme Guedj.** L'étude d'impact prévoyait 230 millions d'euros pour les heures de lien social. Au regard des 15 ou 20 millions d'euros que la CNSA consacre à la lutte contre l'isolement *via* les conférences des financeurs de la prévention et de la perte d'autonomie (CFPPA), ce montant et l'effet de levier

qu'il induit auraient pu être considérables. Mon sentiment est qu'il n'existe pas, à ce jour, de portage politique suffisamment structuré et coordonné à la hauteur de l'enjeu. La mesure sur les deux heures de lien social ressemble à un fiasco administratif et budgétaire, que je n'impute ni à la DGCS ni à la CNSA, mais plutôt au mauvais ciblage du dispositif.

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** Les dépenses de lutte contre l'isolement *via* les CFPPA sont certes minimes au regard des 230 millions d'euros qui auraient pu être mobilisés. Cependant, on ne peut pas parler de fiasco, au sens où nous n'avons pas gaspillé 230 millions d'euros : nous ne les avons simplement pas dépensés.

Sur la structuration institutionnelle, la loi « bien-vieillir » a également permis la création de la Conférence nationale pour l'autonomie (CNA), qui sera formellement installée en septembre dans un format élargi. Parmi les priorités proposées et qui devraient être validées figure la lutte contre l'isolement. À compter de septembre, ce sera une priorité nationale structurée.

**M. le directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.** Je voudrais souligner le déploiement remarquable du service public départemental de l'autonomie. Il ne s'agit pas d'une comitologie supplémentaire : les départements se l'approprient réellement. Les actions de lutte contre l'isolement montent en puissance et sont mieux évaluées et ciblées. La CNSA souhaite aller plus loin dans la future COG : au-delà du soutien aux réseaux nationaux, il s'agit de mettre en place une stratégie à la fois nationale – *via* la CNA – et territorialisée, pour laquelle la CNSA jouera un rôle fédérateur, en proposant un projet commun à l'ensemble des acteurs mobilisés.

**M. Thibault Bazin, rapporteur général.** Le dispositif des deux heures de lien social, prometteur, peine à se déployer. Des moyens financiers ont été dégagés mais n'ont pas été consommés.

Faut-il que ces heures soient prises en charge au-delà de la compensation actuelle de 50 %, en ciblant mieux les personnes isolées ? Le consentement du bénéficiaire constitue-t-il un obstacle au déploiement de la mesure ? L'ambition qualitative de ces heures appelle-t-elle une formation dédiée ou un agrément pour les professionnels volontaires, voire une spécialisation des professionnels ? Les fractures territoriales, notamment en zones rurales peu pourvues en associations, sont-elles appréhendées spécifiquement ? Enfin, les bénévoles qui se déplacent pour rendre visite à des personnes isolées pourraient-ils être indemnisés de leurs frais de déplacement ?

**M. le directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.** Les freins au déploiement, je l'ai dit, sont multiples : méconnaissance de la mesure par les évaluateurs, frilosité de certains départements à proposer des heures qu'ils cofinancent, et reste à charge dissuasif pour les usagers.

Concernant les fractures territoriales, j'ai été frappé à l'occasion d'un déplacement dans la Nièvre par la forte mobilisation du département et des

collectivités : lutter contre l'isolement n'exige pas nécessairement des dispositifs coûteux, c'est d'abord une question d'identification et d'aller vers. Dans les zones rurales, les mairies sont des acteurs essentiels.

Enfin, la formation est un enjeu crucial : professionnel ou bénévole, on ne s'improvise pas accompagnateur d'une personne atteinte d'une maladie neurodégénérative, par exemple. Aussi nous travaillons sur ce sujet via la dotation qualité des services d'aide à domicile et le soutien aux bénévoles de Monalisa.

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** À ce stade, je ne suis pas favorable à une modification des paramètres de cofinancement du dispositif des deux heures, qui n'est qu'un compartiment spécifique de l'APA. Cela créerait un précédent dans un domaine très sensible et brouillerait les discussions relatives à un accord global sur le taux de concours APA – qui me paraît une priorité. Il faut simplifier et rationaliser l'architecture des flux financiers, non la complexifier.

L'indemnisation des bénévoles pose une question de principe, le bénévolat étant par nature désintéressé. Il me semble toutefois qu'il existe une réduction d'impôt pour les frais engagés au titre de l'action bénévole, mais ce point est à vérifier.

**M. le président Jérôme Guedj.** J'aimerais, pour terminer cette audition, élargir le propos à l'état général des services à domicile et à la réforme de leur tarification. Où en est l'expérimentation en dotation globale ?

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** L'expérimentation, dans sa forme initiale, est abandonnée, faute de candidature éligible. La question de la tarification reste pourtant entière. Depuis le PLFSS 2022, une série de mesures a été mise en œuvre : tarif plancher, dotation qualité, tarification des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), soutien aux déplacements des salariés. L'ensemble forme un plan cohérent dans la perspective du virage domiciliaire que les Français appellent de leurs vœux. Cependant, le secteur connaît une fragilité réelle, et un rapport imminent de la Cour des comptes apportera des éléments précieux.

Par ailleurs, faute d'une réforme sur la tarification des services, c'est une réforme par le bas qui s'impose : des conseils départementaux procèdent à une détarification, voire une déshabilitation, non coordonnée et sans réflexion sur ses conséquences pour les personnes. Cela se traduit par des hausses importantes du reste à charge et bat en brèche le modèle prévu par le code de l'action sociale et des familles. Ce n'est pas le produit d'une volonté des pouvoirs publics – c'est une dérive que nous devons corriger.

**M. le président Jérôme Guedj.** Vous observez donc une dérégulation généralisée du secteur, là où le travail législatif mené par strates successives visait à y introduire de la régulation. Or de la régulation dépend la qualité du service, et cette dérive pose des problèmes de qualité et de fiabilité de l'accompagnement.

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** Ma première inquiétude concerne les personnes bénéficiaires : l'accessibilité financière du service est le

premier obstacle, et la sous-consommation des plans APA en est la conséquence directe. Ce reste à charge « extralégal » – pas nécessairement illégal – se développe à l’initiative de départements soumis à des contraintes budgétaires que l’on peut comprendre, mais pas accepter. Nous sommes déterminés à réformer ce système pour y réintroduire des normes et équité territoriale. Les résultats d’une enquête nationale de coûts en cours serviront de base à cette réforme. L’architecture envisagée combinerait un socle de financement garanti et un financement complémentaire.

**M. le directeur général de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie.** Le rapport de la Cour des comptes, attendu en juillet, confirmera la fragilité économique des services d’aide et d’accompagnement à domicile (Saad), contrastant avec la situation bien meilleure des Ssiad. Le risque majeur, à court terme, est celui d’un basculement total du financement vers le crédit d’impôt : si l’on perd la régulation tarifaire, la solvabilisation se déplacera entièrement de l’APA – avec sa progressivité selon les revenus – vers le crédit d’impôt.

**M. le président Jérôme Guedj.** Les mesures de réforme de la tarification que vous envisagez nécessitent-elles d’être inscrites dans le PLFSS 2027 ?

**M. le directeur général de la cohésion sociale.** Non, nous n’envisageons pas de mesures de cet ordre dans le PLFSS 2027.

**M. le président Jérôme Guedj.** Je vous remercie, messieurs les directeurs généraux, pour vos réponses.



## ANNEXE RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES

### Réponses apportées par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

#### 1. **Pouvez-vous rappeler succinctement les différentes modalités de la réforme de la tarification des services à domicile en cours depuis 2022 (dotation qualité, 2 heures de lien social, tarif socle, etc.) ? Comment s'articulent-elles entre elles ? Quels moyens y ont été associés ?**

La loi de financement de la sécurité sociale de 2022 a jeté les bases d'une refonte du modèle de financement des services autonomes à domicile sur leur volet aide et accompagnement, reposant sur plusieurs volets.

Il est à noter que pour les services autonomes à domicile mixtes, à savoir les SAD réalisant à la fois des prestations d'aide et du soin, cette évolution du financement des prestations d'aide et d'accompagnement s'articule avec la réforme de tarification des places de soins, qui bénéficie d'un soutien financier important (229M€ au total d'ici 2027).

##### - **Tarif plancher**

Il s'agit d'un tarif minimal de valorisation horaire des plans d'aide, applicable depuis 2022 aux heures financées par l'APA, la PCH et l'aide-ménagère pour tout service, qu'il soit ou non habilité à l'aide sociale. Ce tarif plancher vise à corriger les inégalités territoriales de financement et organiser une meilleure solvabilisation des SAD. 830 M€ ont été attribués par la CNSA aux CD en cumulés depuis 2022 afin de compenser la mise en place de ce tarif plancher. Le surcoût 2025 (135 M€) est désormais partiellement compensé par la CNSA, sur la base des modalités de couverture des nouveaux concours. Indexé sur l'inflation, il s'élève à 25€ en 2026. Cette indexation automatique permet d'avoir une meilleure visibilité sur le montant du tarif plancher, qui sera cohérent avec la situation économique à laquelle les services sont confrontés.

##### - **Dotation complémentaire**

La dotation complémentaire (ou dotation qualité) vise à financer des actions répondant à des objectifs visant à l'amélioration de la qualité du service rendu, listés à l'article L. 314-2-2 du CASF (intervention sur horaires atypiques, territoires isolés, auprès de profils complexes, lutte contre l'isolement, amélioration de la QVCT, soutien aux proches aidants).

La dotation complémentaire est attribuée aux services, sur la base d'un appel à manifestation d'intérêt piloté par les CD. Les services sélectionnés bénéficient de la DC sous condition de signature d'un CPOM et, s'ils ne sont pas habilités à l'aide sociale, de la mise en place de mesures visant à la limiter le reste à charge de leurs usagers. La DC est compensée aux CD à 100% dans la limite du tarif de référence revalorisé annuellement selon l'inflation (3,413€/heure en 2026), sur la base du volume horaire annuel d'activité APA et PCH prestataire réalisée par les services retenus. 1,28Mds € ont été attribués par la CNSA aux CD en cumulé depuis 2022. La trajectoire prévoit un montant annuel de financement de 855M€ pour l'année 2030.

- La prise en charge des **revalorisations salariales**

Cette prise en charge des revalorisations salariales fait suite à un accord de revalorisation issu de l'agrément de l'avenant 43 à la BAD en 2021 et aux mesures fonction publique pour les SAD Aide publics. Il est prévu une compensation à 50% par la CNSA des dépenses des CD destinées à financer les revalorisations salariales issues des accords de branche. La branche consacre 261M€ pour ce fonds.

Le montant maximal accordé au CD dépend du nombre d'heures réalisées par les services au titre de la PCH, de l'APA et de l'aide-ménagère. Les revalorisations salariales sont opposables aux CD pour les services habilités à l'aide sociale, mais pas pour ceux qui sont tarifés librement.

- Depuis 2025, le **fonds de soutien à la mobilité et aux conditions de travail des professionnels**

Il s'agit d'une aide financière annuelle versée par la CNSA aux CD, sur la base du nombre d'heures d'activité des SAD du territoire et de la part d'habitants en zone rurale.

Le CD doit communiquer à la CNSA une délibération présentant les objectifs et les montants qu'il souhaite engager sur les thématiques de soutien à la mobilité (dont un volet réservé à l'acquisition ou la location de véhicule à faibles ou très faibles émissions) et d'organisation de temps d'échange collectifs et de partage de bonnes pratiques au sein des services. Ce fonds est doté d'une enveloppe de 75M€ en 2025.

- Depuis 2024, les **heures de lien social**

Le dispositif des heures de lien social est entré en vigueur en 2024 et permet d'ajouter au maximum 9 heures par mois au plan d'aide de tous les bénéficiaires de l'APA à domicile qui le souhaitent, y compris lorsque cela entraîne le dépassement du plafond réglementaire. La planification des heures peut être flexible, soit en les divisant (plusieurs temps courts hebdomadaires), soit en les additionnant (une journée mensuelle). Leur financement et prise en charge sont identiques au fonctionnement de l'APA à domicile.

**2. Plus spécifiquement, pouvez-vous présenter les objectifs associés à l'instauration des heures de lien social ? Quelles modalités de mise en œuvre ont été décidées ? Comment le financement des heures de lien social a-t-il été réparti entre la branche autonomie et les départements ?**

Le dispositif d'heures de lien social, qui doit systématiquement être proposé par l'équipe médico-sociale lors de l'élaboration ou la réévaluation des plans d'aide APA à domicile, permet d'ajouter jusqu'à 9 heures par mois à tous les bénéficiaires qui le souhaitent, et poursuit plusieurs objectifs :

- Proposer des temps de convivialité, lutter contre l'isolement et favoriser la détection des fragilités des personnes âgées, en permettant également d'offrir un temps de répit à leurs aidants ;
- Améliorer les conditions de travail des professionnels, en diversifiant leurs missions et en luttant contre les plannings « hachés » et le temps partiel subi, et ainsi valoriser leur rôle et leurs missions.

La mesure est proposée à tous les bénéficiaires de l'APA à domicile, de GIR 1 à 4, sans autres conditions d'éligibilité. Il s'agit d'une prestation facultative qui peut être refusée par le bénéficiaire.

Les salariés des services autonomie à domicile, ainsi que les salariés directement employés ou via un service mandataire par la personne accompagnée, sont les seuls habilités à réaliser cette prestation. Les services et salariés des bénéficiaires peuvent également faire appel à un organisme social ou culturel afin de les accompagner dans cette nouvelle mission, notamment en organisant des interventions de bénévoles en renfort de l'intervenant à domicile.

Pour accompagner les professionnels en charge de la mise en œuvre des heures de lien social, la DGCS a travaillé en 2023 à la réalisation d'outils afin de faciliter la mise en œuvre du dispositif. Dans ce cadre, la mission innovation de la direction a réalisé une enquête qualitative auprès des bénéficiaires et des parties prenantes, afin de permettre la co-construction d'outils répondant aux problématiques identifiées. Ont ainsi été produits une foire aux questions, un guide d'information, une fiche de transmission entre professionnels et un kit de cartes pour faciliter le choix d'une activité.

Comme indiqué ci-dessus, les heures de lien social sont intégrées au plan APA. A ce titre, la CNSA finance donc partiellement les heures de lien social via le « concours APA » versé aux départements. Depuis la fusion des concours opérée par la LFSS pour 2025, ce concours couvre environ 50 % en moyenne de la dépense APA, avec des variations selon les territoires. Il n'est donc pas possible de distinguer ces heures dans le concours APA, car elles ne font pas l'objet d'un fléchage spécifique et elles sont financées dans le cadre de la dynamique générale de l'APA.

### **3. Quels indicateurs avez-vous mis en place pour suivre le déploiement des heures de lien social dans les départements ? Deux ans après l'entrée en vigueur, quel bilan faites-vous de cette réforme ?**

Il a été demandé à la DREES de suivre les indicateurs suivants dans le cadre de leur enquête Aide sociale à compter de 2025 (sur les données 2024) :

- Le nombre de départements ayant mis en place le dispositif ;
- Le nombre de bénéficiaires de l'APA ayant bénéficié d'heures de lien social sur chaque département ;
- Le nombre d'heures de lien social réalisées sur chaque département.

Cf. réponse question 4 *infra*

### **4. Combien de départements proposent aujourd'hui le financement de ces heures de lien social ? Et au niveau infra-départemental, tous les services à domicile garantissent-ils la réalisation des heures de lien social lorsqu'elles sont prévues par le plan d'aide APA ?**

Selon les données de la DREES portant sur l'année 2024 (soit la première année de déploiement), 33 départements indiquent avoir mis en place le dispositif des heures de lien social. A titre de comparaison, la CNSA avait sondé en début d'année 2025 les conseils départementaux sur la même question, et sur les 66 répondants, 30 avaient indiqué avoir mis en œuvre le dispositif.

Sur les 33 départements ayant indiqué avoir mis en œuvre le dispositif, 536 personnes en ont bénéficié, pour un total de 11 139 heures réalisées.

A date, il n'existe pas de données pour déterminer si les SAD garantissent effectivement la réalisation des heures de lien social prévues par le plan d'aide APA, lorsque les départements les financent.

On peut donc constater que le déploiement des heures de lien social a connu un démarrage prudent avec 1/3 des départements qui indiquent le mettre effectivement en place, pour un nombre limité de bénéficiaires. Cependant, les données exploitées datent de 2024. Or, la montée en charge de ce dispositif est prévue jusqu'en 2028, notamment pour suivre le rythme des révisions des plans d'aide APA. Un suivi rapproché de la mise en œuvre de ce dispositif dans le temps apparaît donc nécessaire pour se prononcer sur son éventuelle réussite.

## **5. Pouvez-vous décrire les obstacles informatiques et techniques qui freinent aujourd'hui le déploiement des heures de lien social ?**

Les heures de lien social ne sont aujourd'hui pas intégrées automatiquement dans les systèmes d'information APA des départements et ne peuvent donc pas faire l'objet d'un suivi rapproché de leur part. Certains éditeurs ont fait des propositions à faible coût aux CD pour faire évoluer les logiciels afin de suivre les heures de lien social, mais les CD doivent avoir fait les mises à jour nécessaires pour en bénéficier.

Le futur SI APA unique prévoit le suivi des heures de lien social, mais son déploiement, après la phase pilote débutant en 2027, est prévu en 2030.

Les professionnels chargés de la mise en œuvre du dispositif des heures de lien social peuvent également éprouver des difficultés à réaliser ces nouvelles missions, qui nécessitent un temps de sensibilisation voire de formation pour approfondir les compétences relationnelles, de repérage des fragilités voire d'animation. La dotation complémentaire, notamment dans son axe 6 relatif à la lutte contre l'isolement, peut permettre d'accompagner les services dans cette démarche de formation.

## **6. Quels sont les freins financiers par ailleurs mis en avant par les départements ?**

Malgré l'augmentation de l'enveloppe du concours APA de la CNSA en conséquence de la création des heures de lien social, présenté en question 2, les départements indiquent rencontrer des difficultés à financer cette offre dès lors qu'elle est compensée de façon identique à l'APA et qu'elle implique donc des dépenses supplémentaires pour les départements.

## **7. Pouvez-vous faire le point sur la situation financière des services à domicile ? Quelles sont les actions engagées par le ministère et par la branche autonomie pour redresser cette situation ?**

A date, les données financières 2024 disponibles via le tableau de bord de la performance des SAD ne sont pas suffisamment représentatives pour disposer d'un état des lieux fiable sur leur situation économique actuelle, au vu du peu de répondant (1500 SAD environ). A noter cependant le soutien financier apporté au SAAD :

1/ En 2023, 126 SAAD ont été soutenus via des crédits FIR Soutien ESMS en difficultés pour un montant de 13 239 877 €. La répartition par statut est la suivante :

- 16 SAAD privés commerciaux pour un montant de 521 490 €
- 86 SAAD privés non lucratifs pour un montant de 11 267 590 €
- 2 SAAD publics rattachés à un EPS pour un montant de 100 000 €
- 22 SAAD publics territoriaux pour un montant de 1 350 797 €

2/ En 2024, 184 SAAD ont été soutenus via des crédits FIR Soutien ESMS en difficultés pour un montant de 16 643 486 €. La répartition par statut est la suivante :

- 16 SAAD privés commerciaux pour un montant de 522 201 €
- 128 SAAD privés non lucratifs pour un montant de 13 710 707 €
- 4 SAAD publics autonomes pour un montant de 447 000 €
- 36 SAAD publics territoriaux pour un montant de 1 963 578 €

3/ En 2025, 7 SAD Aide et soins ont bénéficié de CNR ESMS en difficultés pour un montant de 731 307 €. 6 SAD Aide ont bénéficié de crédits FIR Fonds d'urgence ESMS PA pour un montant de 518 000 €.

**8. Des travaux sont-ils en cours pour réformer le modèle économique des services à domicile ? L'accumulation des « couches » de financements (tarif socle, dotation qualité, heures de lien social) est souvent mise en avant par les acteurs du terrain pour illustrer les limites du système : des pistes de travail concernent-elles une simplification du mode de financement ?**

A la suite des difficultés rencontrées pour la mise en œuvre de l'expérimentation sur le financement des SAD prévue par la loi Bien Vieillir du 8 avril 2024 du fait d'une absence de candidatures suffisantes, malgré l'accompagnement mis en place par la DGCS et la CNSA, une étude nationale de coûts portant sur les prestations d'aide et d'accompagnement réalisées par les SAD a été lancée afin d'étayer les travaux sur le financement des services, la réforme des SAD s'accompagnant d'un volet financier en complément du volet structurel. Elle a été coconstruite avec les fédérations du secteur dans le cadre de plusieurs groupes de travail, afin de s'assurer que les données demandées étaient pertinentes et répondaient aux besoins du terrain.

A la suite d'un appel à candidatures lancé en juin 2025, près de 440 candidatures ont été retenues, sur 548 candidatures déposées (les candidatures écartées l'ont été du fait d'une incomplétude du dossier ou parce qu'elles ne remplissaient pas les critères de recevabilité). Ces services constituent un échantillon représentatif du niveau national, notamment en termes de statut juridique des services et de territoires d'intervention.

L'ENC SAD va être lancée en 2026, pour des résultats prévus courant 2027 :

- Une phase de recueil et d'analyse des données financières issue de la comptabilité analytique des services, à l'été 2026 ;
- Une phase de coupe à l'automne 2026, qui correspond au recueil détaillé de l'activité des services candidats sur une période de deux semaines.

Cette ENC permettra de disposer de données fiables et actualisées sur les coûts des services et servira de base à une réflexion sur d'éventuelles évolutions du financement des services autonomie à domicile.

**9. Avez-vous des retours qualitatifs sur les heures de lien social dans les départements où elles sont effectivement mises en œuvre ? Quelles sont les activités proposées aux bénéficiaires ? Quels sont les retours des professionnels chargés de les réaliser ?**

La Direction Générale de la Cohésion Sociale a lancé mi-avril une enquête qualitative auprès des services autonomie à domicile sur les conditions de mise en œuvre des heures de lien social, grâce à un questionnaire transmis directement aux services, via les fédérations du secteur.

Ce questionnaire a notamment les objectifs suivants :

- Evaluer les conditions et les modalités de mise en œuvre du dispositif des heures de lien social dans les SAD, et son impact sur les professionnels et les personnes accompagnées ;
- Objectiver les difficultés éventuelles à la mobilisation du dispositif ;
- Le cas échéant, identifier les vecteurs alternatifs mobilisés par les services pour proposer des actions de lutte contre l'isolement ou de prévention.

Les retours seront disponibles début juin 2026.

\*

\* \*

## **Réponses apportées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**

### **1. Pouvez-vous rappeler succinctement les différentes modalités de la réforme de la tarification des services à domicile en cours depuis 2022 (dotation qualité, 2 heures de lien social, tarif socle, etc.) ? Comment s'articulent-elles entre elles ? Quels moyens y ont été associés ?**

La réforme de la tarification des SAD mis en place en 2022 consiste à instaurer :

– D'une part un tarif plancher national, dont le montant et l'évolution sont fixés par décret

– D'autre part une dotation complémentaire destinée à financer des actions en faveur de l'amélioration de la qualité de services. La réglementation définit les 6 axes d'amélioration de la qualité.

Le tarif plancher est un tarif de « plein droit », sans condition, qui s'impose aux départements. Ainsi, les tarifs de référence d'une heure d'aide à domicile financée via l'APA ou la PCH par les départements doivent à minima être égaux au tarif plancher national. L'objectif de ce premier pan de la réforme de la tarification était d'instaurer un tarif minimum permettant la solvabilisation des SAD. Le tarif plancher faisait, jusqu'en 2025 l'objet d'un concours dédié. La dépense est désormais couverte par les concours PA PH, puisqu'il s'agit d'une dépense d'APA / PCH

A ce tarif plancher s'ajoute une dotation complémentaire, qui prend la forme d'une majoration du tarif plancher. L'octroi de cette dotation est conditionné par la conclusion d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectif et de moyens signés entre le département et le SAD. Le SAD s'engage à mener des actions sur un ou plusieurs des axes prévus, et à limiter le reste à charge pour les usagers. En contrepartie, le département verse la dotation. La dépense est couverte à 100% par la CNSA.

A cela s'ajoute une compensation spécifique liée à l'agrément des accords de la BAD (article 47) et au complément de traitement indiciaire pour les SAD de la fonction publique territoriale. Ces financements s'imposent aux départements pour les SAD habilité à l'aide sociale, et est optionnel pour les SAD non habilité.

Suite à la fusion des concours de la CNSA le tarif plancher et les dépenses de revalorisation salariales ne sont plus compensés via des mécanismes dédiés, mais intégrés aux nouveaux concours PA et PH issus de cette fusion qui compensent les dépenses d'APA, de PCH et de revalorisations salariales. Elles sont couvertes à hauteur des taux de compensation propres à chaque département. Au national, ce taux de compensation atteint 49,9 % sur le champ PA et 32,5 % sur le champ PH.

La loi bien-vieillir a par ailleurs instauré un fond mobilité, visant à soutenir le financement des coûts de transport des SAD, avec une dimension transition écologique forte et l'organisation de temps d'échange et de partage de bonnes pratiques entre les professionnels.

Les 2 heures de convivialité ne constituent pas un volet supplémentaire du modèle de financement des SAD, il s'agit d'un droit supplémentaire financé classiquement par des heures d'APA. Cette mesure impacte donc le calibrage des plans d'aides, mais pas le modèle de financement des SAD.

Vous trouverez ci-après des éléments chiffrés sur les montants de concours versés par la CNSA aux départements :

	En M€ P : prévisionnel	PA		PH		TOTAL		Evolution (P)
		2024	2025 (P)	2024	2025 (P)	2024	2025 (P)	
Bloc principal	APA 1 & 2 dont geste 2024 / PCH	3 102,6 M€		947,1 M€		4 049,8 M€		2,6%
	Tarif Plancher	266,0 M€	3 574,6 M€	80,8 M€	1 172,7 M€	346,8 M€	4 747,4 M€	
	Art. 47	183,9 M€		44,4 M€		228,2 M€		
Bloc qualité	Dotation complémentaire	283,2 M€	386,2 M€	76,7 M€	105,9 M€	359,6 M€	492,1 M€	55%
	Fonds mobilité		53,2 M€		13,4 M€	,0 M€	66,6 M€	
Bloc revalorisations hors SAAD	Art. 43	4,1 M€	4,1 M€	120,0 M€	120,0 M€	124,1 M€	124,1 M€	69%
	Complément Ségur		2,7 M€		82,3 M€	,0 M€	85,0 M€	
Fusion des sections	Remboursement "domicile de secours"		38,4 M€				38,4 M€	
	Total	3 689,8 M€	4 059,3 M€	1 269,0 M€	1 494,3 M€	4 958,5 M€	5 553,6 M€	12%

**2. Plus spécifiquement, pouvez-vous présenter les objectifs associés à l'instauration des heures de lien social ? Quelles modalités de mise en œuvre ont été décidées ? Comment le financement des heures de lien social a-t-il été réparti entre la branche autonomie et les départements ?**

L'instauration des heures de lien social vise à lutter contre l'isolement des personnes âgées, repérer les fragilités des personnes accompagnées et ralentir la perte d'autonomie ainsi qu'à améliorer l'attractivité des métiers, notamment en ajoutant du sens au travail des intervenants et en leur proposant d'élargir la palette de leurs interventions.

Afin de promouvoir le dispositif et de le faire connaître du grand public, une page y a été consacrée sur le portail d'information « pour les personnes âgées ». Il y est notamment précisé que ces heures ne peuvent être réalisées que par les aides à domicile et les auxiliaires de vie et que l'intervention de bénévoles peut être organisée pour venir en renfort de l'intervention du service autonomie à domicile ou de l'intervenant en emploi direct.

Des outils ont été mis à la disposition du grand public et notamment des bénéficiaires et de leurs aidants, ainsi que des professionnels sous la forme de guides d'information et de kits pratiques disponibles sur le site du Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées.

En plus des mesures prises par la DGCS pour accompagner la mise en œuvre du dispositif, la CNSA a présenté la mesure ainsi que les outils élaborés par la DGCS à l'occasion de webinaires organisés à l'intention des départements à la fin de l'année 2023.

Les évaluateurs EMS APA sont des maillons essentiels en matière de repérage des situations d'isolement. Leur rôle concernant la mise en place des deux heures de lien social est central et c'est pourquoi un webinaire spécifique a été organisé à leur attention et à celle des cadres des équipes APA en département en mars 2025.

Il s'agissait tout à la fois de leur présenter les chiffres et grands enjeux de la lutte contre l'isolement ainsi que de travailler avec eux sur leurs pratiques en matière de repérage de l'isolement social. Un questionnaire avait notamment été passé concernant l'outil qui est utilisé par ces professionnels pour repérer l'isolement et il est apparu que si près de la moitié des 241 répondants utilisaient leur référentiel d'évaluation multidimensionnel, 42 %

déclaraient ne pas utiliser d'outils et 9 % ne procéder à aucune évaluation de l'isolement social.

Afin de soutenir ces professionnels dans le développement de nouvelles compétences sur l'isolement social, ils ont été invités à se saisir de l'offre de formation en ligne proposée par les Petits Frères des Pauvres et financée par la CNSA.

Il faut noter que d'autres dispositifs permettent de soutenir l'accompagnement des personnes isolées par les SAAD à l'image de la dotation complémentaire versée aux Départements par la CNSA et dont l'objectif 6 concerne les financements d'actions permettant de lutter contre l'isolement des personnes accompagnées.

Ainsi des complémentarités sont intéressantes à exploiter entre heures de lien social et dotation complémentaire :

– la dotation complémentaire peut être vue comme un levier pour former les professionnels et outiller les services en vue de renforcer leurs capacités à intervenir en matière d'isolement social. En effet, l'objectif N° 6 de la dotation complémentaire permet notamment d'intégrer aux CPOM des actions visant à former les professionnels (en particulier de terrain) aux interventions sur les lieux de vie sociale et à l'animation d'intervention visant à soutenir et développer le lien social.

– Contrairement aux HLS, centrés sur les personnes âgées dépendantes, la dotation complémentaire cible également les personnes en situation de handicap, y compris les personnes en situation de handicap vieillissantes (PHV), public sujet à une double vulnérabilité.

### **3. Quels indicateurs avez-vous mis en place pour suivre le déploiement des heures de lien social dans les départements ? Deux ans après l'entrée en vigueur, quel bilan faites-vous de cette réforme ?**

Le temps consacré au lien social est un dispositif issu du [décret n° 2023-1431 du 30 décembre 2023 relatif au temps consacré au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie mentionné à l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles](#), pris en application de l'article 75 de la loi de financement de Sécurité sociale 2023. Il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024

Aujourd'hui, en l'absence d'un système d'information national de gestion de l'APA national, la remontée des données concernant l'APA, dont les heures de lien social, repose exclusivement sur des enquêtes ponctuelles réalisées auprès des départements, et se basant uniquement sur des données purement déclaratives.

Une enquête de la CNSA a été menée auprès des départements sur le processus de traitement des demandes d'APA (octobre 2024 – février 2025).

Le SI national de gestion de l'APA à domicile actuellement en cours de conception prévoira des indicateurs de pilotage de la mesure permettant de suivre la mise en place du dispositif par les départements, mais également le suivi de la consommation de ces heures.

### **4. Combien de départements proposent aujourd'hui le financement de ces heures de lien social ? Et au niveau infra-départemental, tous les services à domicile garantissent-ils la réalisation des heures de lien social lorsqu'elles sont prévues par le plan d'aide APA ?**

Au cours de l'enquête précitée (voir question 3), sur 68 départements répondant, 46 % (soit 32 territoires) déclaraient avoir mis en place les heures de lien social au 30 juin 2024.

Certains départements ont pu faire état d'une mise en œuvre progressive en se concentrant en priorité sur les personnes vivant un isolement total.

Certaines difficultés ont été soulevées concernant l'enjeu de la formation des aides à domicile et du temps qui y est consacré. D'autres freins ont été soulevés comme la participation financière des usagers et les contraintes budgétaires des Départements.

## **5. Pouvez-vous décrire les obstacles informatiques et techniques qui freinent aujourd'hui le déploiement des heures de lien social ?**

Sur le plan informatique, le déploiement technique des heures de lien social incombe entièrement aux départements et à leurs éditeurs de systèmes d'information. Une fois le cadre juridique connu (début 2024 pour les HLS), il faut spécifier, développer et tester les nouvelles fonctionnalités puis les embarquer dans une « montée de version » du SI et les évolutions de chaque du SI local entraîne un coût supplémentaire pour les départements. L'administration (DGCS et CNSA) entretient un dialogue régulier avec les éditeurs de SI aides sociales, notamment pour répondre aux questions lors des phases de spécification.

Selon les situations départementales, ces développements et la montée de version informatiques sont réalisés :

– le plus souvent par les éditeurs de SI « aides sociales » qui outillent les équipes autonomie du CD (3 éditeurs principaux sur le champ de l'APA). Dans cette situation, le département doit ensuite organiser la montée de version de son SI, ce qui n'est ni systématique, ni coordonné au plan national. En effet, une montée de version peut se heurter à des difficultés techniques (socle technique trop ancien, incompatibilité avec d'autres logiciels) et/ou financières pour le département)

– Parfois en autonomie par le département, lorsqu'il est équipé d'une solution « maison » développée par ses services

Ainsi une disposition juridique nouvelle relative à l'APA comme les heures de lien social est-elle déployée de manière progressive dans les outils des différents départements selon leur configuration locale.

Le déploiement technique des nouvelles fonctionnalités doit en outre s'accompagner d'une conduite du changement sur le plan métier. Sur ce point, la CNSA propose de manière très régulière des animations nationales à destination des EMS afin d'accompagner la bonne appropriation des nouvelles dispositions juridiques. Les HLS ont ainsi fait l'objet de plusieurs webinaires entre décembre 2023 et mars 2025, animés par la CNSA et la DGCS, à destination des EMS départementales.

Par ailleurs, la connaissance du bon déploiement des HLS se heurte à la difficulté de mesurer leur mise en œuvre effective : pour les départements qui ont déployé les outils permettant de prescrire et tracer les HLS, l'écueil se situe ensuite dans la capacité des services autonomie à domicile à tracer et surtout à distinguer l'exécution de ces HLS par rapport aux autres heures d'aide humaine proposées à la personne dans le cadre de son plan d'aide APA. Pour dépasser cet écueil, il faudra toucher les SAD eux-mêmes pour qu'ils soient en mesure de rendre compte de leur activité à ce niveau de finesse.

Le déploiement prochain du SI APA national, dont le législateur a confié la réalisation à la CNSA, constituera un facteur de réactivité et d'homogénéité dans la mise en œuvre de futures évolutions juridiques à venir.

## **6. Quels sont les freins financiers par ailleurs mis en avant par les départements ?**

Les freins financiers mis en avant par les départements concernant cette mesure sont les mêmes que pour l'ensemble des dépenses en lien avec le financement de l'accompagnement à l'autonomie à domicile relevant des départements. Depuis la crise COVID, les départements ont vu une baisse de leurs recettes (notamment liées à la baisse des DMTO entre 2022 et 2024 et à des recettes de DMTO inégales selon les départements) conduisant à une contraction de leur taux d'épargne brut. Ainsi les départements, par la voix de l'association des Départements de France estiment ne plus être en capacité de financer de dépenses supplémentaires (qu'il s'agisse de droits en faveur de l'attractivité des métiers ou de mesures nouvelles à destination des personnes) sans recettes nouvelles ou compensation intégrale.

## **7. Pouvez-vous faire le point sur la situation financière des services à domicile ? Quelles sont les actions engagées par le ministère et par la branche autonomie pour redresser cette situation ?**

Les actions gouvernementales visant à garantir la solvabilisation de l'activité APA / PCH sont celles des réformes successives du modèle de financement. Le tarif plancher et la dotation complémentaire sont indexés sur des indicateurs nationaux dynamiques (majoration tierce personne...). Le tarif plancher atteint 25 € en 2026 (il était de 22 € en 2022), la dotation complémentaire 3,41 € (versus 3 € en 2022) de l'heure et le montant de compensation des revalorisations des accords BAD 4,10 €. Ainsi, le tarif de référence d'un SAD de la BAD bénéficiaire de la dotation complémentaire atteint aujourd'hui 32,5 €, dont plus de la moitié financés par la CNSA sur le champ des personnes âgées, auquel s'ajoute le fonds mobilité pour les SAD qui en sont bénéficiaires.

Très peu de SAD sont soumis à l'obligation de déposer des documents comptables de type EPRD/ERRD. La grande majorité, non habilité à l'aide sociale, n'est pas tarifée par le département, et n'est pas tenue en contrepartie de transmettre des éléments financiers. Ainsi, nous ne disposons pas à date de données fiables pour juger de la situation financière des SAD. Il est par ailleurs à noter que de nombreux SAD réalisent des prestations d'aides ménagères non financées par l'APA et la PCH. L'enjeu est donc plutôt de déterminer un coût de revient d'une heure d'APA / PCH sur lequel pourrait se baser les futures réformes du modèle. C'est l'objectif de l'étude de coûts que va conduire la CNSA (cf question 8), qui permettra de comparer le coût de revient réel aux tarifs de références auxquels aboutissent les réformes successives du financement de l'heure de SAD.

## **8. Les travaux sont-ils en cours pour réformer le modèle économique des services à domicile ? L'accumulation des « couches » de financements (tarif socle, dotation qualité, heures de lien social) est souvent mise en avant par les acteurs du terrain pour illustrer les limites du système : des pistes de travail concernent-elles une simplification du mode de financement ?**

Le financement des SAD est bien identifié par la CNSA et la DGCS comme un objet nécessitant des travaux et la formulation de pistes de réforme à relativement court terme. Pour rappel, ce même constat avait motivé l'article 21 de la Loi dite « Bien vieillir » du 8 avril 2024, qui prévoyait l'expérimentation de modalités de financement à caractère forfaitaire ou populationnel des SAD. Faute de candidats, l'expérimentation n'a pas pu se tenir. En revanche, la CNSA et la DGCS ont lancé une étude nationale de coûts pour mieux documenter le modèle économique des SAD. Au 2<sup>ème</sup> semestre 2026, plus de 400 SAD volontaires renseigneront des données relatives à leur activité et leurs usagers ainsi que des données de comptabilité analytique. La CNSA et la DGCS prévoient de mobiliser ces données inédites pour appuyer des travaux en chambre sur le financement des SAD, qui seront réalisés en 2027.

L'accumulation de « couches » de financement peut en effet nuire à l'efficacité de la politique publique de solvabilisation de l'aide à domicile, si elle ne suit pas une logique d'ensemble. En revanche, l'articulation de plusieurs types de financement (financement forfaitaire, financement à l'heure prestée ou à l'« usager-semaine », financement sur la base d'atteinte d'objectifs de politique publique) peut s'avérer pertinente, pour fournir aux SAD des incitations à la qualité tout en limitant les externalités négatives (sélection d'usagers notamment). Les réflexions actuelles, qui s'inspirent d'autres réformes tarifaires en cours dans le secteur médico-social (SSIAD et SERAFIN-PH notamment), ne vont pas nécessairement dans le sens d'un modèle de financement plus « simple », mais de financements plus lisibles et plus cohérents. Les réflexions devront également intégrer la capacité des systèmes d'informations (SI) des acteurs (SAD, départements, CNSA) à capter de manière robuste les données nécessaires à la mise en œuvre des modalités de financement proposées.

### **9. Avez-vous des retours qualitatifs sur les heures de lien social dans les départements où elles sont effectivement mises en œuvre ? Quelles sont les activités proposées aux bénéficiaires ? Quels sont les retours des professionnels chargés de les réaliser ?**

La mise en place des heures de lien social dans les plans d'aide APA et son taux consommation sont étroitement conditionnés par la capacité de financement des bénéficiaires APA mais également en la capacité opérationnelle des SAD à répondre à la demande en termes de ressources humaines.

Ainsi, dans une enquête CNSA (avril 2026), sur 83 départements, 93 % des départements répondants avaient constaté une sous-consommation des plans d'aide initialement prévus, et dans 97 % des cas, la sous-consommation touchait principalement les heures d'aides humaines. Les raisons de sous-consommation des plans d'aide les plus souvent exprimées étaient une participation financière trop élevée pour le bénéficiaire (73 % des répondants) et une absence de disponibilité des intervenants pour l'aide humaine (76 % des répondants).

Lors de webinaires de présentation du dispositif, certains professionnels de département avaient fait remonter des incompréhensions du cadre du dispositif, notamment concernant les activités prises en compte dans les heures de lien social, et évoqué le cas particulier des proches aidants salariés.

La DGCS a lancé une enquête sur le sujet auprès des SAD via les fédérations du domicile qui permettra d'avoir plus d'éléments qualitatifs. Il s'agit de recueillir des informations sur les modalités de mise en œuvre des heures de lien social, le type d'intervention proposé, les éventuels partenaires locaux, les activités mises en place ainsi que les effets sur les personnes accompagnées.

Certains départements ont publié des informations sur le dispositif ou diffusé des documents afin d'informer les éventuels bénéficiaires des activités proposées. On y retrouve des activités individuelles ou collectives : temps de discussions, de jeux, d'activités musicales ou culturelles, de lectures, de partage de repas ou encore de promenades mais aussi accompagnement des personnes à partir de leur domicile pour la réalisation d'activités visant à maintenir ou à développer les liens sociaux et les temps de convivialité.



### 3. REMBOURSEMENT DES PROTECTIONS PÉRIODIQUES RÉUTILISABLES POUR LUTTER CONTRE LA PRÉCARITÉ MENSTRUELLE

#### COMPTE RENDU DES AUDITIONS DE LA MISSION

##### 1. Audition du mercredi 27 mai 2026

*La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale entend conjointement Mme Maud Leblon, directrice générale de l'association Règles élémentaires, Mme Delphine Champetier, adjointe du directeur de la sécurité sociale, et Mme Léocadie Raymond, fondatrice et directrice générale de Luneale <sup>(1)</sup>.*

**M. Sébastien Peytavie, président.** Je vous prie de bien vouloir excuser l'absence des coprésidents, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Jérôme Guedj, qui devaient initialement présider cette réunion mais se trouvent aujourd'hui empêchés.

Cette audition intervient dans un contexte où, plus de deux ans après l'adoption du remboursement des protections périodiques réutilisables, son application effective demeure inachevée. Pourtant, les enjeux sont importants, à la fois en matière de justice sociale, de santé publique et de transition écologique puisque la précarité menstruelle toucherait environ un tiers des femmes âgées de 18 à 50 ans et, plus particulièrement, les 1,4 million de jeunes de 18 à 24 ans qui vivent sous le seuil de pauvreté.

Les protections réutilisables constituent par ailleurs une alternative durable, puisqu'il n'existe aujourd'hui aucune filière de valorisation pour les déchets issus des protections jetables. Elles sont également une réponse à un enjeu de santé publique, en limitant l'exposition des utilisatrices à certaines substances chimiques susceptibles d'être nocives.

Le format d'audition « focus » de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale nous permet de dresser l'état des lieux de cette mesure attendue, entrée en vigueur en 2024 mais dont le décret d'application n'a malheureusement été pris que le 17 avril dernier. L'objectif de nos échanges sera donc de faire le point sur l'avancement des textes réglementaires encore attendus, d'évoquer les éventuels obstacles techniques ou administratifs rencontrés, et d'envisager les perspectives concrètes de mise en œuvre de ce dispositif espéré par de nombreuses bénéficiaires et régulièrement débattu lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

---

(1) <https://assnat.fr/Ox18RD>

**Mme Delphine Champetier, adjointe au directeur de la sécurité sociale.** Notre direction, chargée de mettre en œuvre le cadre juridique qui permet le déploiement de ce dispositif, a par ailleurs rédigé la disposition figurant dans la loi de financement pour 2024, ainsi que son texte d'application. Il s'agit en effet d'une mesure de justice sociale visant à permettre aux femmes concernées par ces coûts d'accéder à une nouvelle offre de protections menstruelles, à la fois accessible et écologique. Tels étaient les deux objectifs annoncés par la Première ministre de l'époque le 8 mars 2023.

Je souhaite tout d'abord revenir sur la préparation de ces textes. Lors de l'annonce du 8 mars 2023, le cadre juridique n'existait pas, et la direction de la sécurité sociale ainsi que le Gouvernement ont donc élaboré la disposition législative nécessaire dès l'automne 2023, dans le cadre du PLFSS pour 2024. Les débats ont ensuite fait évoluer la mesure initiale, notamment sur les modalités de prise en charge par les organismes complémentaires. Une fois la loi adoptée, sa mise en œuvre incombaît au Gouvernement et à notre direction. Ce travail technique inédit a nécessité une réflexion collective pour définir les spécifications techniques des articles à prendre en charge.

Les concertations ont débuté à la fin de l'année 2024, ce retard s'expliquant d'une part par la surcharge de travail du bureau des dispositifs médicaux de notre direction, et d'autre part par l'alternance politique, marquée par le départ de la Première ministre. Après concertation, le projet a été soumis au Gouvernement, puis au Conseil d'État au printemps 2025. Même si le décret d'application était prêt dès sa sortie du Conseil d'État en juin 2025, des considérations budgétaires ont freiné sa publication, le nouveau gouvernement hésitant sur son financement face à d'autres priorités. Ce délai d'un an a relancé la discussion à l'automne dernier lors de l'examen du PLFSS 2026, alors même que les textes étaient finalisés. Le débat sur l'entrée en vigueur ayant été tranché à cette occasion, nous avons obtenu le feu vert pour la publication et les ministres ont ainsi pu signer le texte, paru mi-avril.

Dès la publication du décret d'application, un avis de projet a été publié le 23 avril afin de donner de la visibilité sur le cahier des charges technique des produits remboursables, notamment leurs niveaux de qualité, leurs certifications et les exigences imposées aux entreprises. Un délai de vingt jours a ainsi permis aux industriels de formuler leurs retours sur les critères et les prix proposés, tandis que l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) était saisie pour deux mois afin de donner son avis sur ces spécifications. Une quinzaine de contributions d'industriels ont été reçues, et l'avis de l'Anses est attendu pour la fin juin. Après analyse et arbitrage gouvernemental au début de l'été, nous publierons officiellement le cahier des charges et l'arrêté d'inscription sur la ligne générique, permettant aux fabricants de se référencer sur la base de ces critères officiels d'ici la fin juillet. Le système reposera sur un dispositif simplifié d'autoréférencement : après une vérification rapide de sa conformité aux critères, chaque produit obtiendra un code de remboursement pour être disponible en officine. L'objectif du Gouvernement demeure une entrée en vigueur dès la rentrée universitaire.

Bien que le déploiement dépende en partie de la capacité des fabricants à se référencer rapidement, il nécessite également une adaptation opérationnelle des circuits de facturation. L'assurance maladie adaptera ses logiciels, et nous veillerons à ce qu'ils fonctionnent pour les pharmaciens, tout en portant une attention particulière à la prise en charge par les complémentaires santé dès les premières semaines.

Cette réforme attendue demeure essentielle pour la justice sociale et l'écologie. À ce titre, nous suivrons de près sa mise en place afin d'apporter les corrections nécessaires et d'évaluer son succès. Alors que l'étude d'impact du PLFSS 2024 estime qu'environ une femme sur trois sera intéressée, l'expérience confirmera ces prévisions ainsi que la satisfaction des assurées quant au remboursement de deux protections par an. Pour l'heure, notre priorité reste le lancement effectif de la mesure et l'atteinte de ses objectifs.

**Mme Maud Leblon, directrice générale, Association Règles élémentaires.** L'association Règles élémentaires lutte pour la justice et l'égalité menstruelles. Depuis dix ans, nous œuvrons pour placer le sujet des règles et de leur impact au cœur du débat public, rendant cette mesure particulièrement attendue.

La publication de ce décret acte la mise en œuvre d'une mesure annoncée il y a trois ans. Bien qu'imparfaite, elle porte un poids symbolique fort en apportant une reconnaissance institutionnelle aux enjeux de la précarité menstruelle. Par les modalités inédites choisies, l'État inscrit dans la loi la prise en charge des protections périodiques par notre système de solidarité nationale. Il crée ainsi un précédent en associant au fait d'avoir ses règles le droit d'être protégée et de vivre dignement, reconnaissant une réalité vécue par plus de 16 millions de personnes en France. Avoir ses règles a trop longtemps été un sujet de honte ou d'isolement social, alors que ce phénomène, qui concerne la moitié de l'humanité, devrait représenter un sujet d'intérêt général. Le tabou qui l'entoure s'avère un facteur d'inégalités et de discriminations qui impacte la vie de millions de personnes, qu'il s'agisse des jeunes qui ratent l'école, des femmes qui souffrent sans diagnostic, ou de personnes qui manquent le travail ou des examens. Enfin, cette situation concerne près de 4 millions de personnes en situation de précarité menstruelle qui n'ont pas accès à des protections en quantité suffisante. Cela les contraint à porter des protections trop longtemps ou à utiliser des substituts précaires, au risque de contracter des infections, et les empêche de sortir ou de travailler dignement.

Cette mesure, qui démontre que l'État reconnaît cette réalité comme un enjeu d'égalité et de santé publique, représente un pas historique dont il faut se féliciter. Cependant, l'ambition de la mesure se heurte à la réalité de ses délais et de ses modalités d'application. Si le décret publié soulève plusieurs questions, je me concentrerai sur l'arrêté définissant le cahier des charges.

Concernant le décret, le ciblage vise les personnes de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, soit 6,7 millions de personnes. Bien qu'il faille rappeler que les femmes de plus de 26 ans ont aussi leurs règles, ce ciblage reste important. Il faudra s'assurer que la mesure atteigne effectivement les publics les plus à risque : étudiantes précaires, personnes en situation de handicap,

en grande précarité, personnes trans menstruées, détenues ou travailleuses pauvres. Il est donc essentiel d'anticiper dès maintenant le suivi de la mise en œuvre pour vérifier la réalité du recours et le bon ciblage de ces populations.

Par ailleurs, le choix s'est porté sur les protections réutilisables, présentées comme écologiques alors qu'elles ne le sont pas nécessairement en fonction de leurs conditions de fabrication, de leur durabilité et de leur composition. La mesure couvre ainsi les culottes menstruelles et les cups, mais les culottes sont des produits récents sur lesquels nous avons peu de recul. En 2021, seules 7 % des personnes réglées les utilisaient, principalement en raison de leur coût. Si le remboursement peut améliorer ce recours, le manque de données sur leur usage et leur impact sanitaire invite à la prudence. De plus, ce focus standardise les modes de protection, alors que les usages sont souvent mixtes et que les besoins varient selon les conditions de vie, l'âge ou les pathologies.

Le remboursement de deux protections par an s'avère en outre insuffisant pour couvrir les besoins d'un cycle, qui requiert plutôt entre cinq et sept culottes en moyenne. L'effet cumulatif annuel ne constituera une réponse que si les protections s'avèrent durables. En outre, la mesure s'adressant aux moins de 26 ans, elle concernera des enfants en pleine puberté qui changeront rapidement de taille et ne pourront pas réutiliser leurs culottes d'une année sur l'autre.

Enfin, la dispensation exclusive en pharmacie pose la question de la capacité des officines à gérer les stocks, mais aussi à fournir le conseil et l'accompagnement nécessaires sur un sujet encore tabou, alors que nous ne disposons d'aucune information sur leur engagement dans le dispositif. Quant aux délais, si je souscris aux explications sur la complexité technique et le contexte politique, force est de constater que des arbitrages ont été effectués au détriment de ce sujet. Ce manque de priorisation reflète le désintérêt récurrent que nous constatons souvent, les financements dédiés à ces enjeux étant généralement les premiers sacrifiés.

Venons-en à l'avis de projet du 23 avril 2026 qui cadre la sélection des produits. Cette mesure de santé publique doit garantir la sécurité sanitaire des protections remboursées. Or il n'existe aujourd'hui aucune réglementation spécifique encadrant la composition et l'usage des culottes menstruelles, ni aucune étude d'ampleur sur l'impact des substances qu'elles contiennent. Commercialisées depuis moins de dix ans, ces culottes sont de qualité très variable et de nombreux modèles nocifs, contenant des perturbateurs endocriniens ou des substances per- ou polyfluoroalkylées (Pfas), sont sur le marché. Une enquête de *60 Millions de consommateurs* a d'ailleurs déploré des performances inférieures aux promesses affichées et a même primé un produit contenant des nanoparticules d'argent, dont l'Anses recommande pourtant de limiter l'usage. L'Anses a également démontré que la majorité des allégations d'efficacité des culottes étaient fausses.

Alors que l'État s'apprête à rembourser ces protections, il est impératif d'appliquer le principe de précaution pour contraindre les fabricants à garantir une sécurité sanitaire maximale. Ce cahier des charges offre une occasion unique de réguler un marché naissant et d'élever ses standards de qualité là où la réglementation fait défaut. Parallèlement, le lancement d'une étude de cohorte par

l'État s'avère indispensable pour combler le manque de données et suivre l'impact de ces produits sur la santé des utilisatrices, conformément à l'ambition écologique de la mesure qui vise à promouvoir des solutions réutilisables et durables.

Le projet actuel ne permet pas d'assurer ces exigences d'innocuité, de qualité et de durabilité. En limitant le contrôle à la seule couche en contact avec la muqueuse, le texte laisse de côté les zones absorbantes et imperméables qui concentrent pourtant les substances les plus toxiques. La certification Oeko-tex standard 100 prévue restant incomplète face à la totalité des Pfas, le cahier des charges doit explicitement prohiber ces composants, imposer au fabricant une responsabilité sur le produit fini à travers des tests toxicologiques et gynécologiques, rendre l'affichage de la composition obligatoire et instaurer un canal de remontée pour les effets indésirables.

Enfin, sur le plan de l'efficacité, il est essentiel de standardiser la capacité d'absorption des produits pour répondre aux besoins des 40 % de femmes souffrant de règles abondantes, en fixant un seuil minimal de 30 millilitres plutôt que de se fier à de simples allégations commerciales. De plus, pour que la mesure lutte efficacement contre la précarité et s'inscrive dans une réelle démarche écologique, la durabilité des culottes doit être portée à deux ou trois ans d'usage, contre les dix-huit à vingt-quatre mois actuellement envisagés. Enfin, des critères de traçabilité imposant une fabrication et un assemblage au sein de l'Union européenne garantiraient le respect de ces normes et certifications.

Pour atteindre pleinement ses objectifs, ce dispositif doit impérativement s'accompagner de campagnes de sensibilisation, d'une formation des professionnels de santé et des travailleurs sociaux, ainsi que d'une réflexion sur des modes de dispensation alternatifs afin de toucher les publics les plus isolés. L'intégration immédiate d'outils de suivi et d'évaluation, tant sur le plan sanitaire que sur celui du recours effectif à la mesure, conditionnera la réussite de cette réforme.

**Mme Léocadie Raymond, fondatrice et directrice générale de Luneale.** Luneale est une marque de cups menstruelles fabriquées en France. Nous existons depuis onze ans, fabriquons nos cups en région lyonnaise et travaillons sur la précarité menstruelle depuis notre création.

L'annonce du 8 mars 2023 a constitué une excellente surprise puisqu'il s'agit d'une mesure de santé publique, une première mondiale, qui a d'ailleurs fait l'objet d'un vote transpartisan unanime, illustrant ainsi l'importance majeure de ce sujet.

En tant que fabricant, nous avons été contactés par la direction de la sécurité sociale dès le 17 janvier 2024 afin d'échanger. À cet égard, il convient de souligner une complexité juridique et technique majeure : les protections périodiques ne relèvent pas des dispositifs médicaux, dans la mesure où les règles ne constituent pas un dysfonctionnement du corps. Nous évoluons donc dans une zone grise, celle du remboursement par l'assurance maladie d'un produit non médical, ce qui soulève

de nombreuses difficultés techniques, à commencer par l'absence de liste des produits et prestations.

Si nous avons été entendus sur plusieurs points, comme l'interdiction des ions argent, certains aspects du cahier des charges demeurent perfectibles. Ce document comporte des exigences de sécurité, de durabilité, mais aussi de production éthique, un point fondamental puisque la solidarité nationale ne saurait financer des produits importés du bout du monde.

Sur le plan technique, le texte exige une certification d'usine propre aux dispositifs médicaux, alors même que nos produits n'entrent pas dans cette catégorie. Notre usine, bien que déclarée d'intérêt stratégique pendant la crise sanitaire et qualifiée pour le secteur pharmaceutique, ne possède pas cette certification spécifique, dont l'obtention requiert par ailleurs de dix-huit à vingt-quatre mois. De plus, les tests imposés sur le produit fini s'avèrent redondants avec ceux déjà réalisés sur notre matière première, un silicone médical de haute qualité. Ces examens supplémentaires s'avèrent non seulement coûteux, mais ne peuvent être pratiqués que sur des animaux, ce qui pose un problème éthique évident pour un matériau déjà certifié.

Enfin, nous avons été surpris par l'introduction tardive des élastomères thermoplastiques (TPE) parmi les matériaux autorisés, aux côtés du silicone médical durci au platine. Le TPE est un plastique dont les nombreuses variantes ne sont pas toutes adaptées à une stérilisation répétée à l'eau bouillante, au risque de se déformer et de relâcher des substances toxiques. Pourtant, les critères imposés à ce matériau demeurent bien moins stricts que ceux applicables au silicone.

Concernant les délais de mise en œuvre, l'instabilité politique, marquée par la succession de huit ministres de la santé, a joué un rôle évident. Bien que nous ayons dialogué avec la direction de la sécurité sociale, les échanges se sont cantonnés à des courriels, sans réunions plénières regroupant tous les acteurs, ce qui a freiné la réactivité du processus. Nous ignorons d'ailleurs précisément quelles entités ont été consultées.

Aujourd'hui, de nombreuses inconnues subsistent alors que le calendrier s'avère particulièrement serré, l'approvisionnement en silicone exigeant à lui seul un délai de deux mois. Cette situation pénalise les petites et moyennes entreprises françaises pionnières au profit des grands groupes. Nous nous trouvons contraints de lancer la fabrication sans aucune certitude quant à la validation de notre outil industriel, un risque financier considérable alors même que l'attente de la réforme a déjà provoqué une chute notable des ventes.

Ce cahier des charges risque par ailleurs de favoriser les produits importés, puisque seules deux usines possèdent la certification requise en France, contre une multitude en Chine. Le décret sur l'affichage n'imposant pas de valoriser le lieu de fabrication, une marque pourra se revendiquer française tout en produisant en Chine, tout en bénéficiant du même tarif de remboursement.

En tant que fabricants, nous allons devoir nous aligner sur le tarif de remboursement fixé. Bien que ce dispositif permette théoriquement aux bénéficiaires de s'orienter vers des produits français, de nombreuses interrogations subsistent quant à sa mise en œuvre. Nos clientes et les pharmaciens nous questionnent régulièrement sur la nécessité de faire l'avance des frais ou sur l'instauration d'un tiers payant, des questions essentielles auxquelles nous ne pouvons pas répondre actuellement. Pour une femme en situation de précarité, devoir déboursier 15,80 euros représente pourtant un impact réel. Ce prix public pour les cups est en outre bien inférieur aux tarifs habituels du marché, qui se situent plutôt autour de 25 euros. En vendant nos produits 12 euros aux pharmacies, nous parviendrons à tenir ce prix tout en maintenant une fabrication française de qualité maximale, en misant sur l'effet de volume. Notre objectif reste de proposer aux femmes l'excellent produit que nous développons depuis onze ans, sans consentir à des rabais sur la qualité. Néanmoins, ce remboursement va rigidifier le marché en imposant un prix psychologique de 15,80 euros. Les marques qui ne seront pas éligibles au remboursement se trouveront condamnées à disparaître. C'est donc un pari risqué que nous faisons dans un contexte encore très incertain.

Enfin, des questions purement techniques demeurent en suspens, notamment concernant la communication. Si la législation interdit la publicité pour les dispositifs médicaux remboursés, nos articles n'entrent pas dans cette catégorie réglementaire. Dès lors, sera-t-il possible de communiquer pour soutenir la mesure ? À l'inverse, l'absence totale d'encadrement de cette publicité ferait courir le risque de voir proliférer des allégations erronées.

**Mme Delphine Champetier.** Le prix de remboursement a été fixé à 19 euros pour les culottes et à 15,80 euros pour les cups dans l'avis de projet, mais ce prix pourrait évoluer en fonction des retours.

**M. Sébastien Peytavie, président.** Comment la direction de la sécurité sociale aborde-t-elle les contraintes techniques évoquées ?

**Mme Delphine Champetier.** Le cahier des charges intègre d'ores et déjà des préoccupations écologiques et de production éthique. Si ces exigences peuvent être jugées insuffisantes par certains, d'autres acteurs estiment à l'inverse que nous allons trop loin. Nous recherchons ainsi un équilibre constant entre les impératifs de santé publique et les réalités industrielles afin de garantir la disponibilité des produits. L'avis de l'Anses nous guidera pour apprécier la pertinence des critères retenus.

Par ailleurs, le référencement des produits constituera un processus continu, permettant à un fabricant d'obtenir sa validation après le lancement initial. Notre objectif demeure de garantir une diversité de l'offre dès les premiers mois, bien que nous ayons conscience que le rythme de mise en œuvre s'avère particulièrement soutenu dans sa phase finale.

Enfin, nous avons mené une concertation avec les pharmaciens, qui représentent des acteurs majeurs du dispositif, et nous veillerons à leur parfaite information. Concernant le tiers payant, les règles du droit commun s'appliqueront :

il sera intégral pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire tandis que, pour les autres assurées, il s'appliquera sur la part de l'assurance maladie obligatoire. En toute transparence, la prise en charge de la part complémentaire dépendra de l'évolution des systèmes d'information des organismes concernés, qui ne seront peut-être pas opérationnels dès cet automne.

**Mme Léocadie Raymond.** Le fait de pouvoir postuler plus tard avantage très clairement les plus gros acteurs.

**Mme Maud Leblon.** Si le cahier des charges s'efforce de trouver un équilibre, la priorité absolue doit demeurer la santé publique. Ce document peut encore être affiné pour limiter des risques en grande partie méconnus. Dans son rapport, l'Anses elle-même conclut à un manque flagrant de données sur l'impact de ces produits. Dès lors, indépendamment de la voie réglementaire, l'enjeu majeur consiste à restreindre la présence de substances toxiques avérées.

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Une fois que le dispositif sera mieux calibré, une campagne nationale sera-t-elle menée pour informer les femmes ?

**Mme Delphine Champetier.** Comme vous le savez, les budgets de communication du Gouvernement sont soumis à une extrême contrainte cette année. Il y aura bien sûr des prises de parole et des éléments de communication, comme nous le faisons habituellement, mais à ce stade, je ne dispose pas d'information sur une campagne nationale.

**M. Sébastien Peytavie, président.** Nous vous en serions reconnaissants de nous faire parvenir vos réponses au questionnaire d'ici la fin de la semaine.

## ANNEXE RÉPONSES AUX QUESTIONNAIRES

### Réponses apportées par la direction de la sécurité sociale (DSS)

1. **Alors que le remboursement des protections périodiques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) avait été proposé par le Gouvernement et voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le décret permettant de rendre cette mesure opérationnelle a paru récemment, le 17 avril 2026. Quelles ont été les difficultés rencontrées par votre direction dans l'élaboration du décret ?**

Depuis les annonces de la Première Ministre, Elizabeth Borne, en mars 2023 de la prise en charge des protections périodiques réutilisables, plusieurs étapes ont été nécessaires pour définir un cadre juridique nouveau et ainsi préparer l'accès à des produits pour les bénéficiaires.

- Adoption d'une base légale dans le PLFSS pour 2024, prévoyant une entrée en vigueur en septembre 2024.
- Des échanges lancés par la DSS dès début 2024 pour élaborer les modalités de prise en charge, les descriptions minimales des protections périodiques et les circuits de distribution. Mais les travaux ont été suspendus en raison des élections européennes, de la période d'affaires courantes et ensuite de préparation du PLFSS pour 2025.
- **Le décret en Conseil d'Etat** relatif à la mise en œuvre de cette mesure a été examiné en section sociale début juin 2025, après des concertations menées en décembre 2024, et a été **publié le 18 avril 2026** avec une application aux jeunes de moins de 26 ans et aux bénéficiaires de la C2S ; ce décalage entre l'examen par le CE et la publication du DCE s'explique notamment par le contexte budgétaire très contraint qui a conduit le Gouvernement à retarder l'entrée en vigueur de ce texte.
- Publication de l'avis de projet sur le cahier des charges **le 23 avril**, ce dernier ayant déjà été préparé et concerté officieusement avec les parties prenantes. La publication de cet avis de projet permet aux industriels de faire des observations écrites sur ce projet pendant 20 jours ; la période est écoulée. Une quinzaine de retours ont été reçus et sont en cours d'analyse.
- Conformément à l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale et au DCE, l'ANSES a été saisie sur cet avis de projet le 22 avril 2026 et rendra son avis le 22 juin ;
- Suite aux éventuelles observations des entreprises et de l'Anses, il faudra potentiellement procéder à quelques ajustements du cahier des charges, avant la publication des arrêtés d'inscription des lignes génériques des produits de protections périodiques (comprenant le cahier des charges pour chaque ligne), ainsi que l'arrêté tarifaire.
- Une fois les arrêtés d'inscription des lignes génériques et l'arrêté tarifaire publiés, les industriels pourront alors solliciter un référencement de leurs produits et si ces derniers remplissent les conditions du cahier des charges via une plateforme (que l'on est en train de mettre en place côté IC), un code individuel leur sera octroyé (même process que pour l'attribution des codes individuels de la LPP). Les entreprises devraient pouvoir effectuer les démarches de référencement de leurs produits pendant l'été.

## 2. Comment a été fixé le niveau de 35 % à 45 % de remboursement des protections périodiques réutilisables (article R. 160-5 du code de la sécurité sociale) ?

Le niveau compris entre 35 et 45% a été construit en s'inspirant de ce qui se fait pour les DM.

Pour rappel, la modification du niveau de ticket modérateur se fait selon la procédure décrite au I du L. 160-13 du code de la sécurité sociale. La procédure prévoit les étapes suivantes :

- Fixation par **décret en Conseil d'État** d'une « **fourchette** » de taux de ticket modérateur comme prévu à l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale par catégorie de prestations prises en charge. *La « fourchette » de taux de TM pour les praticiens autres que les auxiliaires médicaux et les soins dentaires est aujourd'hui fixée de 25 à 35%.*
- Au lendemain de la publication du DCE, le Gouvernement saisit le **conseil de l'UNCAM qui doit fixer le montant du TM** au sein de cette fourchette, sur une **proposition du collège des directeurs** des caisses et après avis de l'UNOCAM et de l'UNPS.
- Le conseil peut demander au collège des directeurs **une nouvelle proposition de taux**, à laquelle il ne peut s'opposer qu'à la majorité des deux-tiers.
- L'article R. 160-21 du code de la sécurité sociale prévoit que le Gouvernement **peut se substituer à la décision de l'UNCAM** dans un délai de deux mois après publication du décret.

## 3. Quelles seront les modalités pratiques de remboursement contenues dans le décret (avance de la part des bénéficiaires puis remboursement ou tiers payant) ?

Il est prévu de prendre en charge de deux produits par an (culottes de règle et/ou coupes menstruelles), sur année glissante à partir de la première délivrance, dès lors qu'ils seront référencés par l'assurance maladie et vendus uniquement en pharmacie à titre transitoire jusqu'en décembre 2029. Cette période transitoire (qui figure dans le DCE) doit permettre à l'assurance maladie de déployer un SI permettant une prise en charge avec une participation des complémentaires santé et de développer un autre circuit de distribution.

Dans la mesure où le DCE ne prévoit pas de disposition spécifique, c'est le droit commun qui s'applique pour les modalités de remboursement, à savoir :

- Tiers payant intégral pour les bénéficiaires de la C2S
- Tiers payant pour la part AMO pour les autres assurés

## 4. À quelle échéance l'arrêté fixant les descriptions génériques retenues des protections périodiques, ainsi que, pour chacune d'entre elles, le tarif et le prix maximal de vente au public paraîtra-t-il ?

Les arrêtés pour chaque catégorie de produits pouvant être pris en charge seront publiés fin juin / début juillet en fonction des retours de l'Anses et des entreprises, avec une inscription sous forme de description générique, un tarif et un prix maximal de vente.

En parallèle des concertations sur le cahier des charges, des concertations ont été menées avec diverses entreprises sur les prix pour les deux types de produits retenus, les culottes et les coupes menstruelles.

Dans l'avis de projet publié, les projets de tarifs sont les suivants :

CODE	LISTE DES PROTECTIONS PERIODIQUES REUTILISABLES PRISES EN CHARGE	Prix de cession en € HT	Tarifs/PLV en € TTC
	<b>CULOTTE MENSTRUELLE</b>		
1160622	PROTECTION PERIODIQUE REUTILISABLE, CULOTTE MENSTRUELLE	14,40	19,00
	<b>COUPE MENSTRUELLE</b>		
1192881	PROTECTION PERIODIQUE REUTILISABLE, COUPE MENSTRUELLE	12,00	15,80

Dans le projet, une marge de distribution pour le pharmacien est prévue à hauteur de 20 %, aboutissant à un tarif maximal de vente de 19 € TTC pour les culottes menstruelles, et de 15,80 € pour les cups.

\*

\* \*

### **Réponses apportées par l'association Règles élémentaires**

- 1. Alors que le remboursement des protections périodiques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) avait été adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le décret d'application de la mesure a été publié que le 17 avril 2026.**

*a. Ce décret d'application répond-il à vos attentes ?*

La publication de ce décret acte la mise en œuvre d'une mesure annoncée et attendue depuis 3 ans. Cette mesure bien qu'imparfaite porte un poids symbolique fort car elle apporte une reconnaissance institutionnelle aux enjeux liés à la précarité menstruelle. Les modalités qui ont été choisies par le gouvernement pour la mise en œuvre sont inédites et, à notre connaissance, unique de par le monde. En faisant entrer dans la loi la prise en charge des protections périodiques par notre système de solidarité nationale qu'est l'assurance maladie, l'État crée un précédent : il associe un droit au fait d'avoir ses règles. Un droit d'être protégé, un droit de vivre ses règles dignement, et une reconnaissance de la réalité des vécus de plus de 16 millions de personnes en France.

Avoir ses règles a depuis la nuit des temps été un sujet de honte, de moquerie, parfois même d'isolement social - et en tout cas, un sujet méconnu et considéré comme inintéressant.

Intéressant car il a trait aux corps et au vécu des femmes et des personnes menstruées, honteux car il est perçu comme de l'ordre de l'intime voire de la sexualité. Pourtant il s'agit là

d'un phénomène sain et naturel, avoir ses règles concerne, concernera ou a concerné la moitié de l'humanité. Ça devrait donc en faire un sujet d'intérêt universel.

La méconnaissance, le désintérêt, le tabou qui enserre le sujet ne serait pas en soit des problèmes s'il était encore aujourd'hui un facteur d'inégalité et de discrimination, s'il n'impactait pas la vie de millions de personnes en France.

La vie de millions de jeunes élèves qui ratent l'école de peur d'avoir une tâche ou de se faire montrer du doigt ; la vie de millions de femmes qui souffrent chaque mois sans diagnostic et sans traitement ; la vie de millions de personnes qui ratent le travail ou manquent une épreuve ou lors de leur examen car leurs conditions d'enseignement ne sont pas adaptées.

Près de 4 millions de personnes sont en situation de précarité menstruelle, ce qui signifie ne pas avoir accès à des protections périodiques en quantité suffisante, ce qui signifie devoir porter des protections trop longtemps, ce qui signifie devoir se protéger avec du papier, du tissu, du coton, ce qui signifie développer des infections, des mycoses, ce qui signifie ne pas pouvoir sortir de chez soi, étudier, faire du sport, travailler.

La précarité menstruelle est un fléau qui a été longtemps ignoré, et nous travaillons depuis 10 ans, ainsi que d'autres organisations à faire comprendre son ampleur et ses impacts.

Cette mesure nous dit que l'État le reconnaît, que c'est un véritable sujet de santé publique et d'égalité.

Elle dit aussi qu'être bien protégé est un droit. Elle crée en quelque sorte le premier droit menstruel. C'est historique, c'est une première pierre qu'il faut façonner de la meilleure des façons qu'il soit.

Ceci étant dit, l'ambition importante portée par cette mesure se heurte un peu à la réalité, au délai, aux textes. En cela le décret qui a été publié pose plusieurs questions qui méritent aujourd'hui d'être adressées.

## **1 - La cible**

Moins de 26 ans et bénéficiaires de la CSS

Accent porté sur les publics prioritaires

Soit 6,7 millions de personnes

La mesure doit viser en priorité les personnes les plus en risque face à la précarité menstruelle : les étudiants(es) précaires, les personnes en situation de handicap, les personnes en grande précarité, les personnes voyageuses, les minorités de genre - les personnes trans menstruées, les personnes à la rue, les personnes détenues, les travailleuses pauvres, les personnes lgbtq+, les chef-fes de famille monoparentale.

- il est donc nécessaire de travailler dès maintenant à l'accès au droit effectif à cette mesure et donc à l'accompagnement nécessaire des associations et des personnes ciblées.
- il est essentiel d'anticiper également dès maintenant les indicateurs de suivi et d'évaluation de cette politique publique.

## **2 - Les types de protections prioritaires**

Seules les protections menstruelles réutilisables sont aujourd’hui proposées au remboursement. Toutefois, leur développement relativement récent et limite encore le recul disponible concernant leurs usages et leurs éventuels impacts sanitaires à long terme. De plus, ces protections restent peu utilisées : seules 7 à 10 % des personnes menstruées y auraient recours, ce qui rend l’évaluation de leurs effets encore partielle. Cette priorité accordée au réutilisable soulève également la question de leur réelle adaptation aux publics dits prioritaires, notamment les personnes en situation de précarité, de handicap ou confrontées à des règles abondantes. En imposant implicitement certains modes de protection, les politiques publiques risquent de standardiser les usages au détriment du droit au choix. Or, les besoins menstruels sont multiples et évoluent selon les conditions de vie, l’âge (de l’adolescence à la ménopause), les pathologies, l’intensité du flux ou encore les préférences personnelles. Une approche plus inclusive devrait ainsi reconnaître la diversité des pratiques et garantir une véritable liberté de choix en matière de protections menstruelles.

### **3 - Le nombre de protections**

Le nombre de protections distribuées apparaît également insuffisant au regard des besoins réels des personnes menstruées. La mise à disposition de seulement deux protections par an ne permet ni de garantir un usage adapté au quotidien, ni de prendre en compte l’évolution des tailles au fil du temps, notamment chez les plus jeunes. Par ailleurs, la durabilité effective des produits n’est pas garantie par le cahier des charges (test demandé pour 18 mois à 2 ans d’utilisation). Dans le cas des culottes menstruelles, par exemple, un usage régulier nécessite généralement entre cinq et sept pièces afin de couvrir l’ensemble d’un cycle menstruel dans des conditions d’hygiène et de confort satisfaisantes.

### **4 - Le mode de distribution**

Le mode de distribution des protections menstruelles soulève également plusieurs interrogations, notamment concernant leur délivrance en officine. La capacité des pharmacies à assurer un approvisionnement suffisant et continu en protections adaptées interroge, en particulier face à une demande potentiellement importante et diversifiée. Se pose également la question de l’accompagnement proposé aux usagers : les pharmacies disposent-elles du temps, des ressources et de la formation nécessaires pour conseiller efficacement les personnes sur le choix et l’utilisation des différentes protections menstruelles ?

#### *b. Avez-vous, en tant qu’association, été associée à son élaboration ?*

Notre association a cherché à contribuer à l’élaboration de ce dispositif dès son annonce, en transmettant des recommandations et en sollicitant un rendez-vous auprès du cabinet ministériel dès le mois d’avril 2023. Par la suite, un échange a eu lieu avec la Direction de la Sécurité sociale (DSS) en janvier 2024, avant qu’une première version du cahier des charges ne nous soit communiquée en juin 2024, avec une demande de retour pour le mois de juillet. Une seconde version nous a ensuite été adressée en juin 2025, présentée cette fois comme définitive. Tout au long de ce processus, nous avons poursuivi nos demandes de rendez-vous auprès des cabinets concernés et multiplié les actions de sensibilisation, notamment auprès des parlementaires dès septembre, puis des associations mobilisées en mars. Cette démarche s’est accompagnée d’un travail plus large de mobilisation des élus, des ministères et de l’opinion publique afin de faire entendre les enjeux soulevés par ce dispositif et défendre une approche plus adaptée aux besoins des personnes concernées.

c. *Quelles sont, selon vous, les raisons expliquant le délai important entre le vote de la loi et la parution du décret ?*

Selon nous, plusieurs facteurs peuvent expliquer le délai important entre le vote de la loi et la parution du décret d'application. D'abord, la mise en œuvre du dispositif soulève une réelle complexité technique et administrative : les protections menstruelles ne relèvent pas du statut de dispositif médical, et le fait d'être menstrué ne constitue pas un critère administratif reconnu, ce qui complique l'identification des bénéficiaires et les modalités de prise en charge. À cela s'ajoute l'absence de référentiel clair de qualité pour les protections concernées, dans un contexte où le recul scientifique sur leurs impacts sanitaires demeure limité, rendant les critères de sélection particulièrement difficiles à établir. Le contexte politique a également joué un rôle important, avec de nombreux changements de ministres en charge du dossier, entraînant des retards et une absence de continuité dans le suivi du projet. Enfin, les contraintes budgétaires et les arbitrages rendus à l'été 2025 ont vraisemblablement freiné l'avancée du dispositif. Plus largement, ce délai traduit aussi un manque d'intérêt structurel pour les questions liées aux règles et à la précarité menstruelle, des sujets encore rarement considérés comme prioritaires dans les décisions politiques et budgétaires.

**2. L'application de la mesure nécessite encore la publication d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixant les descriptions génériques retenues des protections périodiques, ainsi que, pour chacune d'entre elles, le tarif et le prix maximal de vente au public. Dans un communiqué en date du 16 avril 2026, vous indiquez que votre association sera particulièrement vigilante sur « la qualité des profits remboursés (composition, sécurité, performance), les conditions d'accès pour les publics les plus prioritaires et la mise en œuvre effective sur tout le territoire ».**

**Pourriez-vous développer et préciser ces éléments, en particulier quant à vos attentes sur le contenu du cahier des charges qui figurera dans l'arrêté ?**

Commentaire sur l'avis de projet de décret publié le 23 avril 2026 détaillant les conditions de sélection des produits soumis au remboursement :

**Il s'agit d'une mesure de santé publique** qui doit donc prendre en compte l'impact de l'utilisation des produits remboursés sur la santé des personnes concernées. Il n'existe aujourd'hui aucune réglementation spécifique encadrant la composition et l'usage des culottes menstruelles, ni aucune étude d'ampleur sur l'impact des substances présentes sur la santé des femmes.

Les culottes menstruelles sont commercialisées en France depuis moins de 10 ans et aucune réglementation particulière n'encadre leur fabrication, leur composition ni leur efficacité. De fait, les produits mis sur le marché ont des qualités variables et ne répondent pas tous aux critères écologiques et sanitaires mis en avant dans les arguments de vente.

Ainsi, de nombreux modèles nocifs pour la santé et l'environnement sont mis à disposition sur le marché et utilisés par les consommatrices.

Des premières analyses et études ont montré la présence de nano-particules d'argent, de perturbateurs endocriniens ou encore de PFAS.

Alors que l'État s'apprête à prendre en charge le remboursement de ces produits par l'Assurance maladie, il est impératif de contraindre les fabricants à proposer les produits les plus sains qu'il soit. Le cahier des charges finalisé doit refléter une priorité essentielle pour l'État : assurer la sécurité et la santé des millions de personnes parfois très jeunes (20 % des

enfants ont leurs règles en primaire soit avant 11 ans) qui utiliseront ces produits pendant plusieurs années - en limitant les risques de contamination par des produits toxiques.

Au vu du peu de cadre existant et des enjeux sanitaires connus liés au PFAS et au perturbateurs endocriniens, la seule option ici est le principe de précaution. Il est essentiel d'exiger un standard de qualité maximal sur les produits remboursés.

Enfin, la mise en place de la mesure de remboursement influencera grandement ce marché émergent. C'est donc une occasion unique d'améliorer globalement les produits mis sur le marché - là où l'on sait que réglementer la composition de ces produits prendra des années - voire n'advientra jamais (cf. jetables).

Par ailleurs, pour améliorer la connaissance qui nous manque cruellement autour de ces produits, il semble essentiel que l'État lance concomitamment à la mise en place de la mesure une logique de cohorte permettant de créer des données sur l'utilisation de ces protections.

Cette mesure s'inscrit dans **une logique écologique** réaffirmée par le ministère dans un communiqué du 16 avril aux termes duquel la mesure vise à « encourager l'usage de protections réutilisables, plus durables et plus respectueuses de l'environnement ».

Ainsi il est impératif que le cahier de charges permette d'assurer l'innocuité, la qualité, la durabilité et la traçabilité des produits soumis au remboursement, ainsi que l'évaluation de leur impact écologique.

Le projet d'avis présenté par le ministère n'assure pas la tenue de ces engagements à plusieurs égards et nécessite donc des adaptations.

### **1 - L'innocuité des produits :**

Dans le texte proposé, la composition des culottes menstruelles n'est pas encadrée, notamment celle des couches absorbantes et imperméabilisantes, qui sont le plus susceptibles de contenir des produits toxiques pour l'organisme.

Dans la réglementation générale, cette composition n'est encadrée par aucun texte, il est donc essentiel que ce cahier des charges permette de limiter au maximum les substances qui peuvent s'y trouver.

La certification Oeko-Tex Standard 100 classe 2, bien qu'essentielle, ne couvre pas exhaustivement ces substances, en particulier les nanoparticules et la totalité de la famille PFAS. Le cahier des charges doit donc prohiber explicitement ces substances dans la composition du produit.

Il doit également faire porter la responsabilité sur le fabricant dont les produits devront répondre à des doubles tests toxicologiques et gynécologiques.

#### *a. Restreindre les produits autorisés dans la fabrication*

Par précaution, les protections devraient être composées au maximum de coton bio ou de matière naturelle.

Les dérivés de la pétrochimie doivent être bannies ou strictement encadrées. La couche absorbante doit proscrire les fils d'argent, les nanoparticules d'argent ou de cuivre, l'utilisation d'absorbants non conformes et de matières en hydrophilidés.

La couche imperméabilisante ne peut contenir de PFAS.

C'est aujourd'hui le seul moyen de limiter les risques de contamination. De nombreuses entreprises innovent et développent des produits de plus en plus sains. Il faut s'en inspirer et les privilégier.

*b. Ajouter une obligation d'affichage de la composition des produits*

Assurer la bonne information des usagères et usagers en encadrant l'affichage exhaustif et standardisé sur l'emballage extérieur des matériaux et composants utilisés lors de la fabrication sur l'emballage.

*c. Mettre en place un canal de remontées des effets secondaires indésirables avec affichage sur l'emballage*

La connaissance sur l'usage de ces protections étant très limitée à ce jour, il est essentiel de pouvoir suivre au mieux l'impact de l'usage de ces produits et d'informer les bénéficiaires des précautions d'usage et des effets indésirables potentiels, ainsi que de créer et afficher un moyen de consigner ces retours.

## **2 - L'efficacité et la durabilité des produits**

40% des personnes menstruées déclarent avoir des règles abondantes. Les règles abondantes sont encore mal connues et documentées, mais les médecins les définissent comme des règles :

- dont la durée excède 7 jours ;
- dont la quantité totale est supérieure à 80 millilitres par jour

Recommandation :

Pour répondre aux besoins de cette population et globalement permettre d'augmenter la durée quotidienne d'utilisation des produits, il est nécessaire de proposer une augmentation du seuil minimal d'absorption des produits dédiés aux flux importants à 30 millilitres.

Il est également nécessaire de standardiser les allégations liées à l'absorption en créant deux catégories distinctes qui seront soumises à des tests adaptés.

La durabilité des culottes est aujourd'hui testée pour 52 lavages (entre 18 et 24 mois selon la durée du cycle).

L'augmentation de la durabilité répond à des enjeux d'écologie et de lutte contre la « fast fashion », mais également à l'objectif premier de la mesure car elle permet aux personnes de constituer un stock de culottes au fil des années pour couvrir l'intégralité de leurs besoins (en fonction du flux 5 à 8 culottes nécessaires en moyenne par cycle).

Recommandation :

La durabilité du produit doit être assurée pour 4 ans (soit 120 lavages) et les tests réalisés en ce sens.

## **3 - La traçabilité et le lieu de fabrication**

Pour assurer la qualité et l'innocuité des produits, il est essentiel de pouvoir en contrôler la fabrication et la provenance. Les certifications visées dans le projet d'arrêté

(GOTS, Ecolabel Européen, Oeko-Tex, B-Corp, ISO 14001) attestent de standards de production mais restent indifférentes au lieu réel de fabrication. Un produit certifié peut être confectionné dans une zone où les standards REACH sur les teintures, l'interdiction progressive des PFAS et les obligations de traçabilité chimique ne s'appliquent pas. La certification produit seule, sans audit géographique de la chaîne, ne constitue pas une garantie sanitaire suffisante. À ceci, s'ajoutent des raisons écologiques évidentes de limitation des temps et des distances de transport des produits.

Recommandation :

Assurer la fabrication et l'assemblage des produits (tricotage, teinture et confection) au sein de l'Union européenne.

**3. Selon vous le dispositif présente-t-il à l'heure actuelle des garanties suffisantes pour prévenir l'exposition des consommateurs à des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques dans les protections périodiques ?**

À ce stade, le dispositif ne présente pas, selon nous, des garanties suffisantes pour prévenir de manière satisfaisante l'exposition des consommateurs à des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques présentes dans certaines protections périodiques. En l'absence de référentiel de qualité pleinement abouti et de recul scientifique consolidé sur les impacts sanitaires de ces produits, les garanties actuelles apparaissent encore limitées. Dans ce contexte, il nous semble essentiel que le principe de précaution prévale afin d'assurer un niveau de protection maximal pour les personnes concernées, en particulier face à des expositions répétées et potentiellement durables.

**4. Avez-vous d'autres remarques ? Souhaitez-vous appeler l'attention du rapporteur sur d'autres points ?**

La mise en œuvre effective de la mesure nécessite, selon nous, un accompagnement structuré reposant d'abord sur une campagne de sensibilisation et d'information à destination du grand public afin de garantir une bonne compréhension du dispositif et d'en favoriser l'accès.

Il apparaît également essentiel de renforcer l'accompagnement et la formation des travailleurs sociaux et des éducateurs, afin qu'ils puissent relayer l'information et orienter au mieux les publics concernés.

Par ailleurs, une réflexion sur d'autres modes de dispensation pourrait être engagée afin de diversifier les points d'accès et de mieux répondre aux situations de vulnérabilité.

Enfin, un dispositif de suivi et d'évaluation doit être mis en place pour mesurer le recours effectif à la mesure et son impact sur les publics cibles, notamment en termes de réduction de la précarité menstruelle. La création d'une cohorte de suivi permettrait également d'analyser dans la durée les usages ainsi que les éventuels effets sur la santé, afin d'ajuster le dispositif sur des bases objectives

\*

\* \*

### **Réponses apportées par Luneale**

Les présentes réponses sont formulées par TEOLAB SAS, société française fabricante de cups menstruelles sous la marque Luneale depuis 2015, et ne concernent que les parties « cups menstruelles » et « responsabilité sociale et environnementale des entreprises » du cahier des charges.

Nous avons participé activement à l'ensemble des phases de consultation organisées par la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) entre janvier 2024 et mai 2026, en transmettant cinq contributions documentées sur le décret et le cahier des charges.

#### **Avant-propos**

Ce qui est en jeu avec ce texte, c'est l'accès de 6,7 millions de personnes à des protections menstruelles sûres, durables et remboursées. C'est une avancée de santé publique majeure, inédite mondialement, que le Parlement a votée à l'unanimité, et dont les bénéficiaires attendent la mise en œuvre depuis plus de deux ans après son adoption en LFSS pour 2024.

Nos observations portent donc d'abord sur la capacité du dispositif à tenir cette promesse : la qualité des produits accessibles, la sécurité des utilisatrices, et la solidité d'une filière capable de répondre à la demande dans la durée.

Deux éléments de contexte nous semblent utiles à rappeler à ce stade :

- D'abord, les protections périodiques réutilisables ne sont pas des dispositifs médicaux. Cette position, établie au niveau européen, détermine le cadre réglementaire applicable et explique qu'un dispositif spécifique ait dû être construit pour organiser leur prise en charge.
- Ensuite, toutes les protections périodiques réutilisables ne produisent pas les mêmes effets, ni pour les bénéficiaires, ni pour les finances publiques, ni pour l'environnement. Parmi elles, la cup menstruelle présente un profil singulier : une seule cup peut couvrir jusqu'à cinq ans d'utilisation, y compris pendant le sport ou la baignade. Pour les personnes qui peuvent l'utiliser, c'est la solution dont l'empreinte environnementale sur l'ensemble du cycle de vie est la plus faible, et celle dont l'impact sur les finances publiques est le plus maîtrisé.

#### **1. Alors que le remboursement des protections périodiques réutilisables pour toutes les femmes de moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) avait été adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le décret d'application de la mesure a été publié que le 17 avril 2026.**

*a. Ce décret d'application répond-il à vos attentes ?*

Le décret n° 2026-288 du 17 avril 2026 intègre une partie significative des contributions que nous avons transmises : les exigences de traçabilité, l'interdiction des ions d'argent et des additifs, la structuration autour de normes ISO reconnues. Sur ces points, nous avons été entendues et nous le soulignons.

Deux décisions nous préoccupent néanmoins, et nous les développons ci-dessous :

### **Points perfectibles**

#### **Certification ISO 13485 du fabricant.**

L'objectif de garantir que les coupes prises en charge par l'Assurance maladie soient produites dans des conditions industrielles maîtrisées est légitime.

Mais l'exigence de cette certification est nouvelle : jusqu'à la publication de ce décret, les coupes menstruelles ne relevaient pas du cadre réglementaire des dispositifs médicaux au sens du règlement (UE) 2017/745 : elles n'étaient donc pas soumises aux exigences de système qualité qui en découlent.

L'absence de certification ISO 13485 à date ne traduit pas une lacune industrielle : elle reflète simplement le cadre historiquement applicable.

La demander sans période transitoire, c'est imposer une norme conçue pour des dispositifs médicaux à un produit qui n'en est pas un légalement, sans reconnaître que des certifications qualité équivalentes existent et sont déjà détenues par certains fabricants français.

Exemple : Le fabricant de La Cup Luneale est certifié ISO 9001, ISO 14001, IATF 16949, opère en salles propres ISO 5 et ISO 7, travaille avec le secteur pharmaceutique selon les BPF (Sanofi, Fresenius et Air Liquide), a été déclarée entreprise stratégique pendant le covid car elle fabriquait des pièces pour les respirateurs. La certification ISO 13485 est engagée auprès de Bureau Veritas pour 2027, mais sa présence, demain, ne dira rien de plus sur la sécurité du produit qu'elle n'en dit aujourd'hui.

La vraie question est celle-ci : à quels fabricants cette exigence, appliquée sans transition, ouvre-t-elle concrètement le marché ?

Appliquer cette norme sans délai de mise en conformité, c'est mécaniquement orienter la production des coupes remboursées par la sécurité sociale française vers des sites étrangers au détriment des fabricants français engagés depuis des années, et sans aucun bénéfice sanitaire démontré pour les bénéficiaires.

Ce n'est sûrement pas l'intention du législateur. Nous appelons le rapporteur à recommander qu'une période transitoire de 24 mois, strictement encadrée et conditionnée à une démarche formelle de certification en cours, soit prévue dans l'arrêté.

#### **Tests ISO 10993 sur produit fini et bien-être animal.**

Le cahier des charges exige trois tests de biocompatibilité sur le produit fini (irritation vaginale ISO 10993-10, cytotoxicité ISO 10993-5, substances relargables ISO 10993-17). Pour des coupes composées à 100 % de silicone médical catalysé au platine, sans additif, dont le fournisseur de matière (Wacker) dispose déjà de ses propres certifications ISO 10993 sur ces trois paramètres, ce retestage ne présente aucune valeur ajoutée sanitaire démontrée et implique de facto des essais in vivo sur animaux (selon les protocoles qui nous ont été présentés par les laboratoires consultés, jusqu'à 42 sujets par modèle, euthanasiés à l'issue du protocole).

Nous avons consulté l'ADEME sur ce point. L'Ecolabel Européen, qui figure dans la liste des certifications de fabrication responsable acceptées par le cahier des charges, ne

prohibe pas absolument les tests sur animaux, mais exige qu'ils soient justifiés au regard du principe des 3R (Remplacer, Réduire, Raffiner), conformément à la directive 2010/63/UE. Et surtout : dans le cadre de l'Ecolabel pour les coupes menstruelles, l'ADEME a elle-même considéré que les données de biocompatibilité existantes sur le matériau sont suffisantes lorsque la composition du produit fini est intégralement constituée de ce matériau, sans modification, ni adjonction.

Autrement dit, le référentiel que le cahier des charges reconnaît par ailleurs comme gage de responsabilité environnementale retient déjà une logique différente : quand la composition est 100 % silicone médical certifié, retester le produit fini n'est pas justifié au sens des 3R.

Le cahier des charges devrait suivre la même logique, et accepter les certifications matière existantes en lieu et place du re-testage sur produit fini, dès lors que l'exploitant peut documenter l'absence de modification de formulation ou de procédé.

### **Matériaux admis et introduction tardive du TPE**

L'introduction du TPE de grade médical comme matériau autorisé pour les coupes menstruelles nous préoccupe.

Cette option n'existait pas dans la version soumise à notre consultation en avril 2025, qui ne mentionnait que le silicone médical catalysé au platine. Elle est apparue dans la version dite "finalisée" transmise en juin 2025, après la clôture du dernier round de consultation, sans que nous ayons été sollicitées pour nous prononcer sur ce changement spécifique.

Rappel : le silicone est un matériau d'origine minérale, issu du silicium, chimiquement inerte et stable. Le TPE est un plastique thermoplastique, issu de la pétrochimie.

La préoccupation est double :

- D'abord, "TPE de grade médical" n'est pas une désignation technique précise : c'est une appellation qui recouvre plusieurs familles chimiquement distinctes (SEBS, TPE-V, PEBA, TPU, entre autres) aux propriétés mécaniques et thermiques très différentes.

Le qualificatif "médical" indique simplement que le matériau a été formulé sans substances reconnues toxiques pour un usage en contact avec le corps humain. Il ne dit rien de la destination de cet usage : contact cutané ponctuel, dispositif à usage unique, emballage stérile. En pratique, la grande majorité des TPE dits médicaux sont conçus pour des applications à contact limité ou à usage unique, pas pour être introduits dans le vagin et stérilisés par ébullition à 100°C pendant des années. Il serait incohérent d'exiger une classe précise de silicone médical tout en ouvrant la possibilité à des familles de TPE très diverses, sans spécification équivalente de grade, de famille chimique et de comportement thermique.

- Ensuite, le TPE est par définition un matériau thermoplastique, reformable sous l'effet de la chaleur. Certains fabricants de coupes en TPE recommandent eux-mêmes de "remettre en forme à l'eau chaude après lavage" : c'est une reconnaissance explicite de la déformation à la température exacte de stérilisation recommandée.

La stabilité dimensionnelle d'une coupe conditionne directement sa capacité à se déployer après insertion, la formation du joint d'étanchéité et la sécurité d'usage. Or le cahier des charges n'impose aucun test de stabilité fonctionnelle après cycles de stérilisation répétés pour les coupes en TPE, alors que des tests de durabilité

équivalents à 52 cycles sont exigés pour les culottes. Cette asymétrie est injustifiée au regard des profils de risque respectifs.

Nous appelons le rapporteur à recommander que l'arrêté précise a minima la famille de TPE admise et ses paramètres techniques (température limite, famille chimique, grade), et exige une démonstration de stabilité fonctionnelle après 52 cycles de stérilisation à 100°C, ou mieux, qu'il limite les matériaux autorisés au seul silicone médical catalysé au platine, dont la sécurité pour cet usage précis est établie sans ambiguïté depuis plusieurs décennies.

*b. Avez-vous, en tant qu'entreprise, été associée même indirectement, à son élaboration ?*

Oui, dans le cadre d'une consultation écrite unilatérale, menée depuis janvier 2024.

Nous avons été contactées pour la première fois par la DSS (Bureau des produits de santé, 1C) le 17 janvier 2024, quelques semaines après le vote de la loi.

Nous avons répondu dès le 20 janvier avec un ensemble de documents : fiche technique de La Cup Luneale, recommandations techniques pour le cahier des charges, état du marché des coupes menstruelles, et contribution collective du collectif Femtech France dont nous représentons les membres sur ce dossier en début de processus.

Sur les 28 mois qui ont suivi, nous avons transmis 5 contributions documentées :

- Janvier 2024 : informations produits, état du marché, recommandations techniques
- Juillet 2024 : observations sur la V1 du cahier des charges
- Décembre 2024 : observations sur la V2 du projet de décret
- Avril 2025 : observations sur la V2 du cahier des charges
- Mai 2026 : observations formelles dans le délai de 20 jours sur l'avis de projet (NOR SFHS2610620V)

Cette consultation a été réelle et substantielle. Elle est toutefois restée exclusivement écrite.

Nous avons à plusieurs reprises proposé un échange collectif, téléphonique ou en visioconférence, dès le 18 janvier 2024, puis en juillet 2024 et en avril 2025 sans que ces propositions reçoivent de suite.

Nous n'avons jamais eu connaissance des autres acteurs consultés, de leur nombre, ni de la teneur de leurs contributions, (sauf en discutant avec certains acteurs du réseau).

Nous ignorons donc dans quelle mesure nos observations ont influencé le texte final.

*c. Quelles sont, selon vous, les raisons expliquant le délai important entre le vote de la loi et la parution du décret ?*

**Un contexte politique inédit.** Trois gouvernements successifs en deux ans. 8 ministres de la Santé depuis l'annonce de la mesure. Un budget de la sécurité sociale sous pression extrême. La DSS nous a officiellement informées en septembre 2025 que « dans le contexte actuel, le calendrier va être décalé » sans pouvoir fournir de nouvelle date. Il est

possible que la mesure ait été reléguée à plusieurs reprises derrière des priorités budgétaires ou réglementaires jugées plus urgentes.

**Des questions techniques réelles.** La composition de la couche absorbante des culottes menstruelles, les conditions de production et de traçabilité, les critères de tests d'efficacité : ces points n'étaient pas résolus dans la première version du cahier des charges de juin 2024 et leur instruction a pris du temps.

Le fait que les protections périodiques ne relèvent pas du cadre des dispositifs médicaux a également joué : la DSS a dû construire un dispositif ad hoc, en articulant des exigences de sécurité, de traçabilité, de prix, de référencement et de remboursement qui n'existaient pas jusqu'ici pour cette catégorie de produits.

**Un processus de concertation dont l'architecture a contribué aux délais.** Une consultation exclusivement écrite, sans réunions de travail, avec des délais de réponse de la DSS de 4 à 5 mois entre chaque round, des changements d'équipes au sein de la DSS : tous ces éléments ne permettent pas d'avancer vite. Si les acteurs du secteur avaient été réunis dans un groupe de travail structuré dès le T1 2024, avec des échanges en temps réel, le cahier des charges aurait pu être stabilisé bien plus tôt.

Nous tenons à souligner que pendant ces 28 mois, au moins deux marques françaises ont été contraintes de se placer en redressement judiciaire ou de cesser leur activité, en partie du fait de cette incertitude prolongée.

## **2. L'application de la mesure nécessite encore la publication d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixant les descriptions génériques retenues des protections périodiques, ainsi que, pour chacune d'entre elles, le tarif et le prix maximal de vente au public.**

*c. Avez-vous, en tant qu'entreprise du secteur, été associée à son élaboration ?*

Oui, dans les mêmes conditions que pour le décret : une consultation écrite, sans échange en temps réel.

Nous avons contribué à trois versions successives du cahier des charges : en juillet 2024 (V1), en avril 2025 (V2 du document technique), et en mai 2026 dans le délai formel de 20 jours prévu par l'article R. 162-146 du code de la sécurité sociale.

Nous avons également transmis une proposition de prix détaillée et argumentée en juin 2025 lorsque cela nous a été demandé.

Sur la forme : nous avons apporté des contributions chiffrées, justifiées et priorisées lorsque cela nous était demandé notamment avec une notation de 1 à 5 sur l'impact de chaque observation, selon les consignes transmises en avril 2025.

*d. Quels sont les critères du cahier des charges qui vous semblent devoir figurer dans cet arrêté ?*

Sur les critères de sécurité sanitaire (composition, tests de biocompatibilité, certification du fabricant) nous renvoyons à notre réponse à la question 1 et aux observations que nous avons transmises à la DSS et à l'ANSES, qui sont jointes en annexe. Ces sujets relèvent précisément du domaine de compétence de l'ANSES, et c'est le bon lieu pour trancher ces questions techniques.

**Sur les conditions de fabrication responsable** en revanche (critères sociaux, environnementaux et de traçabilité) l'arrêté relèvera d'un choix des ministres, sans que l'ANSES ait nécessairement vocation à se prononcer. C'est ici que nous souhaitons apporter quelques éléments.

La liste actuelle de certifications acceptées est hétérogène : elle mêle des labels produits et des démarches d'entreprise, des référentiels textiles et des certifications applicables à des produits non textiles, des organismes publics et privés, avec des niveaux d'exigence et d'auditabilité très variables.

Nous recommandons que l'arrêté adopte une approche par objectifs plutôt qu'une liste fermée : définir ce qui est attendu (traçabilité de chaque étape, identification des sites et pays de fabrication, conformité sociale, maîtrise environnementale, ...) et apprécier les certifications selon leur périmètre réel.

La priorité devrait être donnée à la fabrication française, qui induit de facto un respect de normes sociales et environnementales élevées, et offre la garantie de produits de haute qualité.

**Sur les modalités de référencement** : l'arrêté doit prévoir un processus proportionné, avec une période transitoire encadrée permettant aux acteurs dont les certifications sont en cours d'obtention de s'inscrire sous réserve d'un plan de mise en conformité daté et documenté.

Sans cela, le dispositif favorise mécaniquement les acteurs capables de produire immédiatement toutes les pièces administratives, indépendamment de la qualité réelle de leur produit.

**Sur les tarifs enfin** : le prix de cession de 12 € HT pour les coupes menstruelles est serré mais viable à volume significatif pour un fabricant français. L'arrêté devra fixer les marges de distribution (grossiste et officine) de façon à ne pas comprimer davantage la marge industrielle, et publier la grille de décomposition du prix TTC avant l'ouverture des inscriptions.

### **3. Selon vous le dispositif présente-t-il à l'heure actuelle des garanties suffisantes pour prévenir l'exposition des consommateurs à des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques dans les protections périodiques ?**

**Sur les cups menstruelles** : oui, si on écarte le TPE médical.

En effet, un angle spécifique mérite d'être soulevé concernant les coupes en TPE.

La mention "grade médical" ne garantit pas l'absence de PFAS : elle atteste que le matériau a été formulé sans substances reconnues toxiques selon les référentiels applicables à la date de certification, référentiels qui n'intègrent pas toujours les PFAS dans leur périmètre.

Des cycles répétés de chauffage peuvent par ailleurs modifier le profil de relargage de certains matériaux polymères ; c'est précisément pourquoi une démonstration de stabilité et d'innocuité après stérilisations répétées nous semble nécessaire pour tout matériau thermoplastique admis.

Sur les cups en silicone médical catalysé au platine produites en Europe, le risque PFAS est déjà maîtrisé :

- Le silicone catalysé au platine est une réaction de réticulation "propre", sans agents de traitement fluorés nécessaires.

- Les certifications ISO 10993-17 (substances relargables) des matériaux couvrent l'ensemble des migrants, PFAS inclus.
- En Europe, les BPF pharmaceutiques encadrent strictement les substances susceptibles d'entrer en contact avec le produit fini, ce qui exclut en pratique l'usage de PFAS comme agents démoulants. C'est une garantie qui n'existe pas pour les fabrications hors Europe.

#### **4. Comment les entreprises du secteur se préparent-elles à une telle mesure pour garantir que les protections périodiques réutilisables soient disponibles en quantité suffisante pour les bénéficiaires du dispositif ?**

De notre côté, malgré les incertitudes que nous allons décrire, nous avons pris le risque de préparer, avec notre usine en région lyonnaise, la production d'une quantité importante de cups menstruelles pour le lancement. Nous proposons par ailleurs aux pharmacies de « réserver » sous réserve de la remboursabilité officielle de nos produits.

C'est le choix que nous avons fait : avancer, sans garantie.

Ce choix doit être replacé dans son contexte.

Cela fait trois ans que les fabricants de protections menstruelles réutilisables préparent cette mesure "pour la fin de l'année.

Trois ans de "bientôt" qui ont eu des conséquences économiques concrètes et documentées.

Les moins de 26 ans représentent une part non négligeable de notre clientèle. Depuis l'annonce du remboursement, beaucoup attendent la mesure plutôt que d'acheter. C'est un comportement rationnel de leur part, qui se traduit pour nous par une baisse significative des ventes sur ce segment, sans que le remboursement soit encore effectif.

Nous avons porté ce coût pendant trois ans, sur la foi d'échéances successivement repoussées.

Pendant cette même période, au moins deux marques françaises ont été contraintes de se placer en redressement judiciaire ou de cesser leur activité, en partie du fait de cette incertitude prolongée.

Aujourd'hui, la date de la rentrée universitaire 2026 est annoncée. Nous espérons sincèrement que cette date sera tenue. Mais objectivement, les conditions opérationnelles d'un lancement effectif ne semblent pas réunies : comment postuler au référencement, concrètement ? Les logiciels de gestion des pharmacies sont-ils paramétrés ? Le système d'information de l'Assurance maladie est-il prêt pour ce type de produit ? La liaison avec la carte Vitale est-elle opérationnelle ?

Les pharmaciens ne référenceront pas tant qu'ils n'ont pas la liste définitive des produits remboursés, et ils ont raison de ne pas le faire.

Les pharmacies et les grossistes-répartiteurs sont d'ailleurs particulièrement prudents, et ne prennent aucune commande. Or plusieurs points restent ouverts à ce jour :

- le cahier des charges peut encore être modifié ;
- les délais peuvent encore être rallongés ;

- on nous annonce une ouverture des candidatures en juillet, sans préciser de délai de décision;
- on nous annonce une ouverture du remboursement à la rentrée universitaire, soit 2 à 3 mois après, mais est-ce que ce sera tenu ?

Il faut ajouter à cela qu'un approvisionnement en silicone prend environ 2 mois, auxquels s'ajoute le temps de production, avant même de commencer à commercialiser auprès des pharmacies et des grossistes-répartiteurs. Ces délais sont incompressibles.

Dans ce contexte, produire est un pari coûteux, sans visibilité sur la demande réelle ni sur les conditions exactes du remboursement. Ce pari est accessible aux acteurs disposant d'une capacité financière suffisante pour produire et stocker massivement avant l'ouverture, d'autant que celle-ci peut encore être repoussée.

Il l'est beaucoup moins pour des PME qui ont déjà absorbé trois ans de baisse de chiffre d'affaires sur leur segment principal, encore plus quand on sait que les banques sont particulièrement frileuses à financer tant que les produits ne sont pas officiellement remboursables.

Nous entendons, dans les échanges de marché, que certains acteurs de grande taille auraient lancé des productions massives à l'étranger afin d'avoir la capacité de saturer l'espace disponible dès l'ouverture du dispositif. Même si ces informations restent à confirmer, elles illustrent un risque structurel : un dispositif pensé pour l'accès peut, sans calendrier opérationnel clair, favoriser mécaniquement les acteurs disposant d'une capacité de préfinancement et de production internationale très supérieure à celle des PME françaises engagées depuis des années.

La DSS précise que le référencement restera ouvert après le lancement : de nouveaux entrants pourront postuler après l'ouverture effective du remboursement, sans date limite.

Sur le papier, c'est une souplesse. En pratique, la réalité du marché officinal est différente : les linéaires ne sont pas extensibles, et les pharmaciens, une fois leurs références choisies, ne les font pas tourner fréquemment.

La demande, elle, sera forte dès le premier jour, et nous le mesurons déjà : beaucoup de personnes nous disent explicitement attendre le remboursement avant d'acheter. Les acteurs présents à l'ouverture occuperont une position structurellement avantageuse par rapport aux entrants tardifs, indépendamment de la qualité de leur produit.

Nous avons néanmoins choisi d'avancer. Ce choix engage nos équipes, notre trésorerie et notre partenaire industriel français. C'est le résultat de 11 ans de travail sur ce produit, et d'une présence institutionnelle construite dans la durée : participation active à l'élaboration de l'Écolabel Européen des cups menstruelles avec la Commission européenne et l'ADEME, contributions aux consultations de la DGCCRF, cinq contributions documentées à la DSS sur ce dossier précis... et c'est même sans doute l'une des raisons pour lesquelles vous nous avez auditionnés dans le cadre de cette Commission Parlementaire.

Nous avons construit cette légitimité, et nous la mettons en jeu.

Nous appelons le rapporteur à s'assurer que les conditions opérationnelles d'un lancement effectif soient confirmées publiquement avant l'été : date ferme de publication de la liste des produits remboursés, calendrier précis des candidatures avec délai de décision, et confirmation que les systèmes d'information de l'Assurance maladie et des officines sont

opérationnels avant l'ouverture et non en phase de test le jour J. Sans ces engagements, la disponibilité des produits à la rentrée restera un objectif sans conditions de réalisation

##### **5. Avez-vous d'autres remarques ? Souhaitez-vous appeler l'attention du rapporteur sur d'autres points ?**

Nous souhaitons attirer l'attention du rapporteur sur quelques points complémentaires.

**Sur le périmètre des bénéficiaires.** Le remboursement limité aux moins de 26 ans et aux bénéficiaires de la C2S est un point de départ important. Mais la précarité menstruelle ne s'arrête pas à 26 ans. À revenu égal, une protection durable représente un investissement initial que toutes les personnes menstruées ne peuvent pas assumer seules. Dans une logique de santé publique et d'impact environnemental, une extension progressive à l'ensemble des personnes menstruées serait cohérente avec l'ambition de la loi et avec ce que la France a voté, à l'unanimité, en décembre 2023.

**Sur la publicité et l'information des bénéficiaires.** La loi interdit la publicité grand public pour les dispositifs médicaux remboursés au motif qu'elle pourrait générer une surconsommation préjudiciable aux finances publiques. Cette logique est compréhensible pour des produits dont la consommation est potentiellement illimitée. Mais les protections périodiques réutilisables ne sont pas des dispositifs médicaux au sens du règlement (UE) 2017/745. Et surtout : le décret fixe un plafond de 2 produits remboursés par année civile et par bénéficiaire. La surconsommation est structurellement impossible (le risque que la restriction publicitaire vise à prévenir n'existe pas ici)

Sans communication possible, comment 6,7 millions de bénéficiaires sauront-ils que le remboursement existe, quels produits sont éligibles, où se les procurer ? Sachant que le budget public alloué aux campagnes de communication est en forte tension, nous, fabricants engagés, pouvons prendre le relai. Informer n'est pas faire de la publicité : c'est rendre la mesure effective.

Nous appelons le rapporteur à clarifier explicitement que les fabricants de protections périodiques réutilisables référencées peuvent communiquer sur la remboursabilité de leurs produits, dans le cadre d'une information loyale et non trompeuse.

**Sur la transparence de l'origine de fabrication.** Ni le droit commun des mentions obligatoires, ni le décret n°2023 -1427 relatif à l'information sur certains produits de protection intime n'imposent d'indiquer lisiblement le lieu de fabrication sur l'emballage des produits. Dans le contexte d'un remboursement par la sécurité sociale, cette lacune prend un relief particulier : toutes les protections référencées seront proposées au même prix public, et la mention "marque française" ne constitue aucune garantie sur l'origine réelle de fabrication.

Nous appelons le rapporteur à recommander que l'arrêté impose une mention explicite, lisible, en français, du pays de fabrication sur la face avant de chaque produit remboursé (et non une indication dissimulée en caractères de 3 points à côté du code-barres). Dans une logique de souveraineté industrielle et d'information loyale des bénéficiaires, cette exigence est cohérente avec l'ambition affichée du dispositif : à prix égal, c'est l'une des rares informations objectives que les bénéficiaires pourront utiliser pour faire un choix éclairé.

**Sur l'effet de marché du prix public fixé.** La fixation du prix public des cups menstruelles à 15,80 € TTC va produire un effet structurel que nous souhaitons exprimer. Ce prix deviendra la référence psychologique du marché des coupes menstruelles pour l'ensemble des bénéficiaires. À ce niveau, il devient quasi impossible de vendre une coupe en dehors du circuit remboursé, quel que soit le canal.

Pour les culottes, c'est différent : une marque peut proposer une entrée de gamme remboursée et maintenir une collection premium en parallèle, d'autant qu'une personne menstruée a besoin d'une dizaine de culottes pour tenir un cycle complet, ce qui laisse structurellement de la place à plusieurs gammes de prix. Pour la cup, ce raisonnement ne tient pas : une seule peut suffire. Le marché sera durablement cranté à 15,80 €.

Les conséquences sont directes : toute marque non référencée disparaît commercialement du segment. Et toute marque référencée doit l'être avec son meilleur produit, pas avec une référence dégradée créée pour l'occasion. C'est le choix que nous avons fait : soumettre au référencement La Cup Luneale telle qu'elle existe, avec 11 ans d'expertise et les standards que nous nous sommes fixés depuis le début.

C'est précisément pourquoi les conditions de référencement (cahier des charges, période transitoire, modalités de dépôt) ont des conséquences véritablement existentielles pour les PME engagées.

## **Conclusion**

Luneale soutient pleinement l'ambition de l'article 40 LFSS 2024. Après 28 mois de travail préparatoire et cinq contributions documentées au cahier des charges, nous sommes prêts à être référencés et à contribuer à l'accessibilité des protections menstruelles durables de qualité pour l'ensemble des bénéficiaires dès la rentrée 2026.

Nous appelons la mission à veiller à ce que les modalités d'application notamment l'arrêté encore à paraître permettent aux PME françaises engagées depuis des années d'être effectivement présentes aux côtés des bénéficiaires, et à ce que le dispositif intègre des mécanismes de contrôle ex-post garantissant la qualité réelle des produits référencés.

Nous restons à la disposition du rapporteur pour tout échange complémentaire.

\*

\* \*

**Elia**

**Réponses apportées par Mme Marion Goilav, cofondatrice**

## **Propos liminaire**

Elia est une entreprise française de la femtech, certifiée B Corp, Positive Company et OEKO-TEX, engagée dans la démarche Origine France Garantie. Depuis huit ans, nous concevons et fabriquons des culottes menstruelles et des produits menstruels réutilisables. Nous sommes l'un des tout premiers acteurs à avoir alerté les pouvoirs publics sur la mise en œuvre de la prise en charge des protections périodiques réutilisables, prévue initialement par la LFSS 2024, et nous participons à la concertation conduite par la Direction de la sécurité sociale (DSS) depuis octobre 2023.

Nous remercions la mission de nous donner l'occasion de contribuer à ses travaux. Nos réponses sont volontairement directes : nous soutenons pleinement la mesure, et c'est précisément parce que nous y croyons que nous appelons votre attention sur plusieurs angles morts du dispositif, dont dépendent sa réussite sanitaire, industrielle et budgétaire.

### **1. Le décret du 17 avril 2026 répond-il à vos attentes ?**

Nous saluons sans réserve l'aboutissement d'une mesure votée fin 2023 et longtemps repoussée : c'est une avancée réelle pour la lutte contre la précarité menstruelle. Deux réserves importantes demeurent toutefois.

**Sur la méthode :** la publication s'est faite sans calendrier précis, ni coordination préalable. Nous avons demandé à plusieurs reprises l'organisation de points d'étape réguliers avec la DSS, qui n'ont pas eu lieu. Nous avons découvert le texte publié sans en avoir vu la version finale, alors que nous étions associés depuis l'origine.

**Sur le fond :** les montants et les volumes retenus sont très éloignés de l'ensemble des discussions menées pendant la concertation. Le prix de cession envisagé dans l'avis de projet d'arrêté, soit 14,40 € HT (19,00 € TTC) pour la culotte menstruelle, ne correspond pas aux paramètres évoqués et est incompatible avec une fabrication française (la main d'œuvre sur une culotte menstruelle représente 60% du coût de fabrication). En l'état, ce niveau tarifaire conduit mécaniquement à favoriser les produits importés à bas coût et met en danger l'équilibre qualitatif de l'ensemble du marché. Le prix moyen d'une culotte menstruelle de bonne qualité, dont la durabilité, l'absorption et l'innocuité ont été prouvées, est d'environ 30 €.

### **2. Avez-vous, en tant qu'entreprise, été associée, même indirectement, à l'élaboration du décret ?**

Oui, nous avons eu des échanges réguliers avec la DSS depuis plus de deux ans.

Toutefois, nous tenons à être précis sur la nature de cette association : elle a été consultative, non collaborative. Nous avons systématiquement transmis des observations argumentées et chiffrées, mais nous n'avons pas reçu de retour de fond, et plusieurs demandes d'entretien direct ou de point d'étape sont restées sans réponse.

### **3. Comment expliquez-vous le délai important entre le vote de la loi (2024) et la parution du décret (2026) ?**

Nous comprenons ce décalage au regard de l'actualité politique et économique de la période. L'instabilité gouvernementale, la succession de remaniements, la dissolution puis la difficulté à arbitrer de nouvelles dépenses dans un contexte budgétaire très contraint expliquent largement le report d'un texte d'application qui engage l'Assurance maladie sur la durée.

Nous soulignons toutefois que ce délai a eu un coût réel pour les entreprises qui, comme la nôtre, ont anticipé la mesure et investi en conséquence (voir question 7). Un calendrier clair et partagé aurait permis à la filière de se préparer plus sereinement.

### **4. Avez-vous été associée à l'élaboration de l'arrêté à venir (descriptions génériques, tarif et prix maximal de vente au public) ?**

Oui, nous avons contribué, mais nous n'avons reçu aucun retour à ce jour.

Dans cette contribution, nous détaillons nos observations sur les descriptions génériques, les critères techniques et, précisément, sur les montants : nous y expliquons pourquoi le prix de cession de 14,40 € HT (19,00 € TTC) pour la culotte menstruelle exclut, en pratique, toute fabrication française. À titre de repère, sur des volumes comparables, le coût de fabrication d'une culotte se situe autour de 9 € en France contre environ 2 € en import

lointain : un tarif aligné sur la seconde structure de coûts écarte mécaniquement les fabricants nationaux.

À ce jour, nous avons obtenu un accusé de réception (avec transmission de notre courrier à l'ANSES), mais aucun retour de fond sur les montants ni sur nos propositions. Nous renouvelons par la présente notre demande d'entretien avec la DSS.

## 5. Quels critères du cahier des charges vous semblent devoir figurer dans cet arrêté ?

Nos propositions visent un objectif unique : que l'arrêté décrive un produit réellement sûr, durable et utilisable sur toute la durée d'éligibilité, sans alourdir le coût pour la collectivité. Elles tiennent en six points.

- **Composition** : prohiber explicitement les PFAS, les nanoparticules métalliques (argent, cuivre, zinc) et les absorbants non conformes (type ZORB), sur l'ensemble du produit et pas seulement sur le gousset. La zone en contact avec la peau doit être en fibre naturelle certifiée et pas juste le gousset.
- **Sécurité et innocuité** : exiger, en plus de la certification OEKO-TEX Standard 100 classe 2 (a minima), une analyse chimique par laboratoire accrédité ISO/IEC 17025 couvrant tout le périmètre ANSES (PFAS, nanoparticules, bisphénols, phtalates CMR, métaux, colorants azoïques), ainsi qu'une étude clinique de tolérance, sous double contrôle gynécologique et dermatologique, sur un panel d'au moins 30 sujets sur 28 jours (et non 20 comme dans la version actuelle du cahier des charges, qui marque un recul des exigences sanitaires). La preuve doit être cumulative : chimique ET clinique.
- **Absorption** : porter le seuil minimal à 30 mL pour un produit destiné aux flux abondants (au lieu de 20 mL), mesuré au sang et non à un substitut, selon la nomenclature flux léger (12 mL), moyen (20 mL), abondant (30 mL). Près de deux tiers des bénéficiaires sont concernées par un flux abondant.
- **Durabilité** : porter le seuil de 52 à 120 cycles de lavage minimum, avec points de contrôle intermédiaires, stabilité dimensionnelle vérifiable et maintien de l'absorption. À 52 cycles, une culotte ne couvre en usage réel qu'environ 8 mois (contre 78 lavages nécessaires pour une année) : le dispositif financerait un renouvellement prématuré et perdrait son sens très rapidement. Selon nos simulations, le passage à 120 cycles représenterait de l'ordre de 540 M€ d'économies de délivrance sur cinq ans, à enveloppe constante.
- **Conditions de fabrication** : instaurer une préférence industrielle sur la matière première en coton bio (tricotage, teinture et confection au moins dans l'Union européenne), une traçabilité auditable de la fibre jusqu'au produit fini avec audit financier possible par la CNAM, le cumul (et non l'alternative) entre certifications produit et engagement de la société, et une exigence de capacité opérationnelle (passif industriel et service consommateurs).

**Tarif et distribution** : encadrer les marges à chaque étage de la chaîne, réguler les marges arrière, et étudier un mécanisme bonus/malus lié à l'origine (bonification pour le Made in France ou l'Origine France Garantie), dans le respect du droit de la concurrence (précédent loi Egalim). Surtout, revoir un prix de cession qui, en l'état, exclut les fabricants français et européens.

## **6. Le dispositif présente-t-il des garanties suffisantes contre l'exposition à des substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) ?**

Non, pas sur la culotte menstruelle. En l'état, le cahier des charges ne prévient pas suffisamment l'exposition aux substances CMR et aux perturbateurs endocriniens, pour des produits qui restent en contact muqueux 10 à 12 heures par jour, plusieurs jours d'affilée.

Le texte n'impose aucune exigence de composition sur la couche absorbante ni sur la couche imperméable. Un produit pourrait donc intégrer des nanoparticules métalliques, recourir à des traitements PFAS pour l'imperméabilité, ou mobiliser des fibres non tracées, sans que cela soit explicitement interdit. La certification OEKO-TEX Standard 100 classe 2, utile, ne couvre pas l'intégralité de ces substances, en particulier les nanoparticules et toute la famille des PFAS : son périmètre est plus étroit que celui de l'avis de l'ANSES.

Les données disponibles confirment l'enjeu : une étude publiée le 22 juillet 2025 (Wicks, Peaslee, Venier, universités Notre-Dame et Indiana) a détecté des PFAS dans environ 30 % des culottes menstruelles testées, y compris sur des produits certifiés. La saisine ANSES 2016-SA-0108 identifie par ailleurs plusieurs substances préoccupantes dans les protections intimes.

Pour offrir une garantie réelle, l'arrêté doit donc : interdire explicitement les PFAS et les nanoparticules sous les seuils réglementaires applicables, imposer un rapport d'analyses chimiques par laboratoire ISO/IEC 17025 couvrant tout le périmètre ANSES, et exiger une démonstration cumulative (chimique et clinique). La traçabilité géographique européenne, où s'appliquent REACH et l'encadrement progressif des PFAS, constitue à cet égard la garantie sanitaire la plus opérationnelle.f

## **7. Comment les entreprises du secteur se préparent-elles à garantir une disponibilité suffisante des produits ?**

Nous ne pouvons parler que de notre expérience. Elia répond d'ores et déjà à toutes les exigences du projet du cahier des charges actuel, et même au-delà : composition maîtrisée, certifications OEKO-TEX, B Corp et Positive Company, démarche Origine France Garantie, tests de durabilité et d'absorption sur 300 lavages, tests cliniques sur 28 jours, tests chimiques sur l'ensemble des composants, fabrication ancrée en France, en Europe et au Maroc avec un tissu tricoté et découpé en France.

Pour être prêts le jour de l'entrée en vigueur, nous avons travaillé sur la R&D du produit pendant 2 ans, engagé la production et constitué des capacités en amont, en anticipant la demande. Cette anticipation, conjuguée au retard de publication et à l'incertitude sur les volumes et les tarifs, a mis l'entreprise en réelle difficulté financière : nous avons immobilisé des moyens importants sur un calendrier et des paramètres qui sont restés flous jusqu'au dernier moment.

C'est tout le paradoxe que nous souhaitons porter à l'attention du rapporteur : un fabricant sérieux, qui respecte un cahier des charges exigeant et joue le jeu de la disponibilité, se trouve fragilisé par un tarif calibré sur l'import et par l'absence de visibilité. Si le dispositif n'est pas ajusté, il risque de pénaliser précisément les acteurs qui garantissent la qualité et la disponibilité, au profit d'entrées de marché opportunistes et moins traçables.

## 8. Avez-vous d'autres remarques à porter à l'attention du rapporteur ?

Oui. Au-delà des réponses ci-dessus, nous souhaitons synthétiser nos demandes principales et les reformulations attendues, telles que détaillées dans notre contribution transmise à la DSS.

- **Durabilité** : relever le seuil de 52 à 120 cycles de lavage, avec stabilité dimensionnelle vérifiable telle que décrite dans les premiers échanges, des tests sur la solidité des couleurs, sur le boulochage afin de garantir qu'il n'y ait pas de transfert entre les muqueuses et le produit.
- **Absorption** : porter le minimum à 30 mL testé en laboratoire certifié pour le principal produit, 20mL flux moyen et 12mL flux légers.
- **Sécurité chimique** : interdire explicitement les PFAS et les nanoparticules, et imposer une démonstration cumulative chimique et clinique couvrant le périmètre ANSES.
- **Panel clinique** : restaurer le panel d'au moins 30 sujets, sur plusieurs jours, sous double contrôle médical.
- **Origine et traçabilité** : instaurer une préférence industrielle UE et France ainsi qu'une traçabilité auditable de la fibre au produit fini, avec audit financier possible par la CNAM. L'exigence devrait porter a minima sur la matière première, enjeu stratégique sanitaire sur ce projet, avec une confection EuroMed tracé.
- **Certifications** : exiger cumulativement les certifications produit et l'engagement de la société, et non l'une ou l'autre.
- **Capacité opérationnelle** : exiger un passif industriel et un service consommateurs structuré pour éviter les ruptures et faire un suivi consommateurs si besoin.
- **Tarif** : revoir un prix de cession qui à ce jour exclut la fabrication française et européenne, encadrer les marges et étudier un mécanisme bonus/malus lié à l'origine.

Enfin, une demande de méthode. Nous sollicitons l'organisation d'un véritable dialogue avec la DSS, assorti de points d'étape, pour la préparation de l'arrêté. Nous avons contribué à chaque étape depuis 2023, sans retour de fond sur nos dernières propositions. La réussite de cette réforme, à laquelle nous croyons profondément, dépend de la qualité de cette concertation autant que de l'ambition du texte lui-même.