

# Compte rendu

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

Mercredi  
13 mai 2026

Séance de 8 heures 30

**Commission des affaires sociales**

17<sup>e</sup> L É G I S L A T U R E

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

Compte rendu n° 7

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

– Audition de 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 (Cimmf), M. Geoffrey Lefebvre, directeur du financement et de l'analyse économique (FAE), et Mme Fabienne Pecoraro, directrice adjointe de la collecte des informations de gestion (Collige), sur l'impact de la révision de la CCAM sur l'évolution des tarifs hospitaliers .....2

SESSION ORDINAIRE 2025-2026

**Présidence de  
M. Jérôme Guedj  
co-président**



*La séance est ouverte à huit heures trente-huit.*

*(Présidence de M. Jérôme Guedj, co-président)*

*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 (Cimmf), M. Geoffrey Lefebvre, directeur du financement et de l'analyse économique (FAE), et Mme Fabienne Pecoraro, directrice adjointe de la collecte des informations de gestion (Collige) sur l'impact de la révision de la CCAM sur l'évolution des tarifs hospitaliers.*

**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-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.

*La séance est levée à neuf heures vingt-six.*