



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MÉDECINS

19 septembre 2024

CPAM du Territoire de Belfort

20/09/2024

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

DÉSIGNATION PRÉSIDENT ET VICE-PRÉSIDENT POUR L'ANNÉE 2024

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 13/12/2023

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 31 DÉCEMBRE 2023

STATISTIQUES DE DÉPENSES 2023

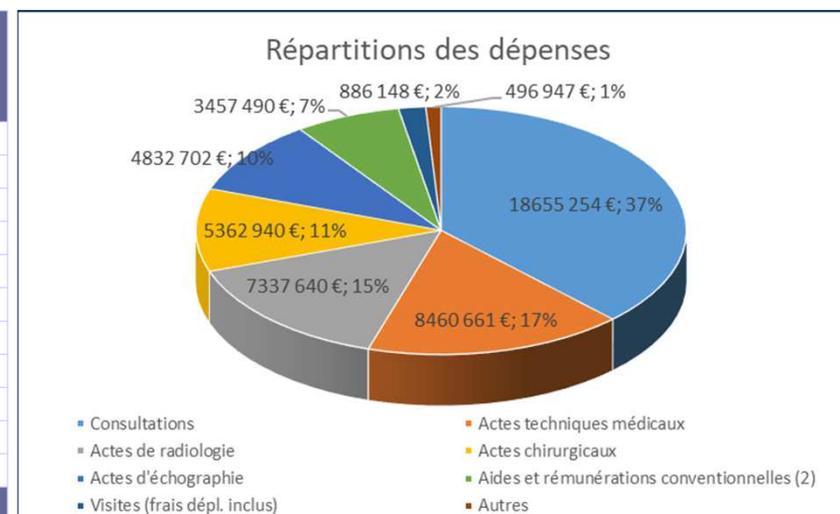
Commission des médecins du département - TERRITOIRE DE BELFORT

Source SNIIR-AM le 19/04/24

Période de remboursement du 01/01/2023 au 31/12/2023

Montants présentés en base de remboursement

PRESTATIONS	TOTAL TERRITOIRE DE BELFORT			Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	Evolution (%)	Evolution (€)		
Consultations	18 655 254 €	-0,5%	-91 535 €	0,3%	1,1%
Actes techniques médicaux	8 460 661 €	11,6%	876 553 €	5,7%	6,8%
Actes de radiologie	7 337 640 €	42,9%	2 203 882 €	6,0%	5,4%
Actes chirurgicaux	5 362 940 €	4,6%	236 434 €	5,8%	5,8%
Actes d'échographie	4 832 702 €	8,7%	385 927 €	3,0%	3,8%
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	3 457 490 €	6,7%	217 873 €	4,2%	5,0%
Visites (frais dépl. inclus)	886 148 €	-6,8%	-64 951 €	-4,0%	-5,2%
Téléconsultations	249 634 €	-34,9%	-133 953 €	-27,8%	-23,2%
Permanence des soins (1)	174 160 €	-7,0%	-13 018 €	0,7%	4,5%
Autres honoraires privés	50 131 €	224,5%	34 681 €	-1,1%	-0,7%
Vaccination COVID	23 021 €	-81,5%	-101 582 €	-86,5%	-88,8%
TOTAL	49 489 783 €	7,7%	3 550 311 €	2,2%	2,7%



(1) rémunération régulation, rémunération de nuit, dimanche et férié, rémunération pour garde étabs privés...

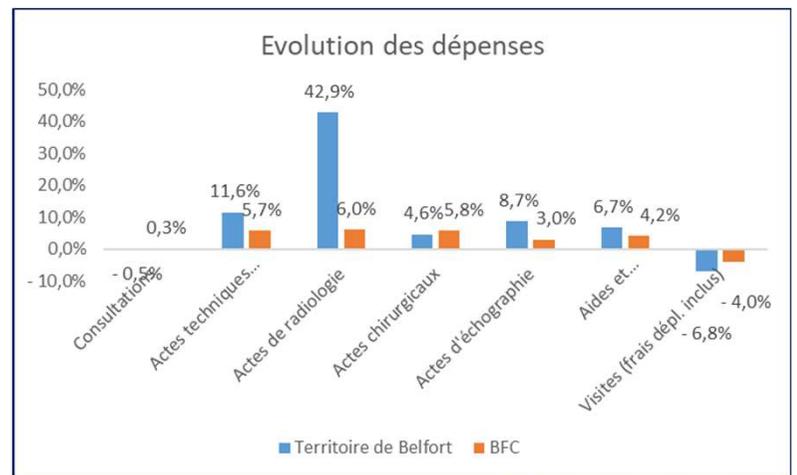
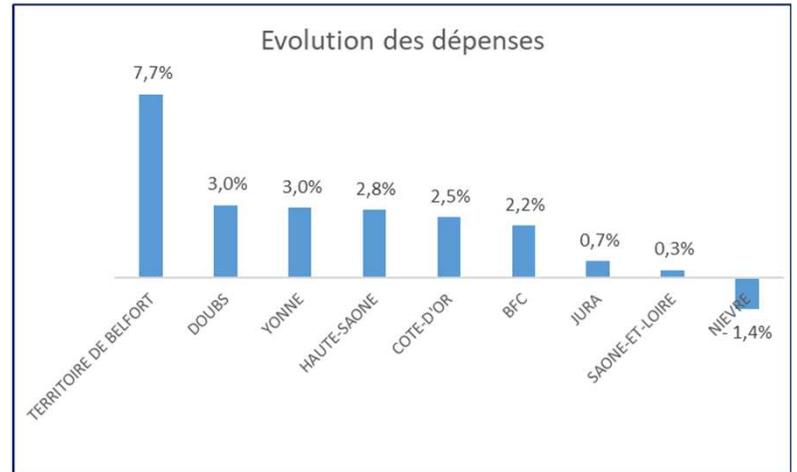
(2) aides à la télétrans, ROSP, Sophia, rémunération médecin traitant, rémunération de l'option démographie et de l'option santé solidarité territoriale.

- Forte hausse des dépenses en 2023 (+7,7% ou + 3 550 311€) due principalement à l'augmentation des actes de radiologie (+2 203 882€).
- La baisse des montants payés pour les consultations (-91 535€) et les téléconsultations (-133 953€) permet de limiter la hausse des actes et des rémunérations conventionnelles.

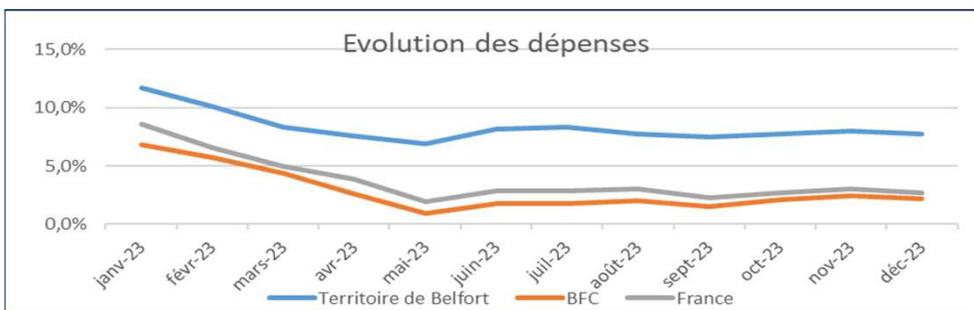
STATISTIQUES DE DÉPENSES 2023

Comparaison Bourgogne-Franche-Comté :

- Le Territoire de Belfort est, de loin, le département avec la plus forte hausse des dépenses (+7,7%) en 2023 suivi par le Doubs (+3,0%) et l'Yonne (+3,0%).
- Seule la Nièvre a des dépenses en baisse (-1,4%).
- La stabilisation des dépenses liées aux consultations est présente aussi au niveau régional.
- Augmentation plus faible en région des dépenses liées aux actes et rémunérations conventionnelles notamment pour les actes de radiologie.



Agir ensemble, protéger chacun



STATISTIQUES DE DÉPENSES 2023

Consultations :

- La baisse des dépenses liées aux consultations s'explique par la baisse des consultations de médecine générale (-3,1% ou -238 275€).
- La majorité des autres types de consultations et majoration sont en hausse mesurée à l'exception des Majorations Enfant Généraliste (-12,5%) et Examens Obligatoires Enfant COH (-11,1%).

Actes techniques médicaux :

- L'augmentation s'explique principalement par :
 - la forte hausse des actes de tomographie de l'œil (+33,9%) et de la mesure de l'expiration forcée (+45,6%).
 - Le début d'activité d'un ophtalmologue au 01 février 2023 (plus gros exécutant d'ATM du département).

Actes de radiologie :

- Forte augmentation des actes de tomoscintigraphie (+97,4% et +89,6%), de scintigraphie (+89,3%) et dans une moindre mesure des mammographies (+24,6% et +24,7%)
- Hausse de l'activité des deux médecins avec le plus d'activité.
- Accroissement de la prise en charge d'assurés affiliés à d'autres CPAM.

Actes chirurgicaux :

- Hausse de 7,6% pour les actes d'anesthésie et de +3,7% pour les actes de chirurgie (données outil commissions).
- Augmentation des actes de remplacement de l'articulation coxofémorale (+78,5%), d'acromioplastie sans prothèse (+61,1%).

Méthodologie :

- Les chiffres ci-contre détaillant les actes sont issus de la consommation des assurés RG 901.
- Les évolutions ne peuvent être calculées que sur la période allant d'avril à décembre.

STATISTIQUES DE DÉPENSES 2023

Actes d'échographie :

- Stabilisation des dépenses pour les échographies-doppler transthoracique du cœur (+1,4%) qui sont le principal poste de dépense.
- Hausse pour les échographie transcutanées de l'abdomen (+12,8%).
- Parmi les principaux actes facturés, seules les échographies du petit bassin féminin sont en baisse (-14,2%).

Methodologie :

- Les chiffres ci-contre détaillant les actes sont issus de la consommation des assurés RG 901.
- Les évolutions ne peuvent être calculées que sur la période allant d'avril à décembre.

Aides et rémunérations conventionnelles :

Libellé	Montant 2023	Evolution €	Evolution %	Evolution % BFC
Forfait Patientèle Médecin Traitant	1 678 909 €	16 923 €	1,0%	-0,2%
Forfait struct. médecin	728 490 €	160 918 €	28,4%	12,1%
Rémunération initiale sur objectif & CDS	516 290 €	-21 889 €	-4,1%	-0,4%
REMUNERATION OPTAM	138 159 €	-5 397 €	-3,8%	4,2%

Visites :

- Forte hausse des Visites longues et complexes (+65,5% ou +58 818€) qui limite la baisse des visites (-16,7% ou -81 243€).

STATISTIQUES DE DÉPENSES: PRESCRIPTIONS 2023

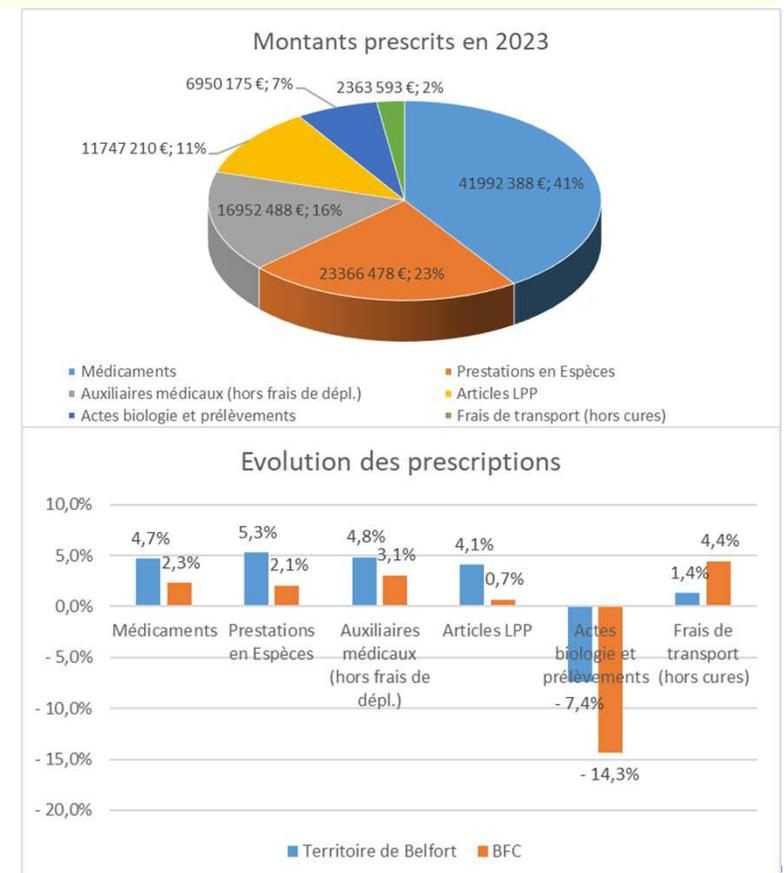
Prescriptions des médecins libéraux du département : TERRITOIRE DE BELFORT

Source SNIIR-AM le 19/04/24

Période de remboursement du 01/01/2023 au 31/12/2023

Montants présentés en base de remboursement hors dépassement

PRESTATIONS	Territoire de Belfort			Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	Evolution (%)	Evolution (€)		
Médicaments	41 992 388 €	4,7%	1 872 228 €	2,3%	2,6%
Prestations en Espèces	23 366 478 €	5,3%	1 168 639 €	2,1%	-7,1%
Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)	16 952 488 €	4,8%	783 543 €	3,1%	1,8%
Articles LPP	11 747 210 €	4,1%	462 903 €	0,7%	1,1%
Actes biologie et prélèvements	6 950 175 €	-7,4%	-551 749 €	-14,3%	-30,6%
Frais de transport (hors cures)	2 363 593 €	1,4%	31 571 €	4,4%	2,5%
TOTAL	103 372 331 €	3,8%	3 767 135 €	1,0%	-3,2%



- Augmentation des prescriptions pour tous les types de prestation à l'exception des actes de biologie et prélèvements.
- Une hausse des prescriptions plus importante qu'en Bourgogne Franche-Comté sauf pour les frais de transports.

STATISTIQUES DE DÉPENSES: PRESCRIPTIONS 2023

Médicaments :

- Forte augmentation de la pharmacie à 65% (+6,3% ou + 1 372 350€) ou des médicaments d'exception (+9,9% ou + 450293€).
- A l'exception des honoraires de dispensation PH7 (-2,6%) et de la pharmacie à 15% (-1,5%), tous les autres types de délivrance avec un impact financier sont en hausse ou stables.

Prestations en Espèces :

- Baisse des IJ de moins de 3 mois (-2,8%) mais forte hausse pour les autres types d'IJ.

Auxiliaires médicaux

- Stabilisation des prescriptions de soins infirmiers (-0,4%) et une forte hausse des soins d'orthophonie (+20,1%).

Articles LPP :

- Hausse des dépenses due à la forte augmentation des appareils d'assistance respiratoire (+14,4%).

Frais de transport (hors cures) :

- Hausse des transports en taxi (+7,1%) contre une baisse des transports en ambulance (-5,4%) et VSL (-1,6%).

ANALYSE DES DÉPENSES : TENDANCES 2024

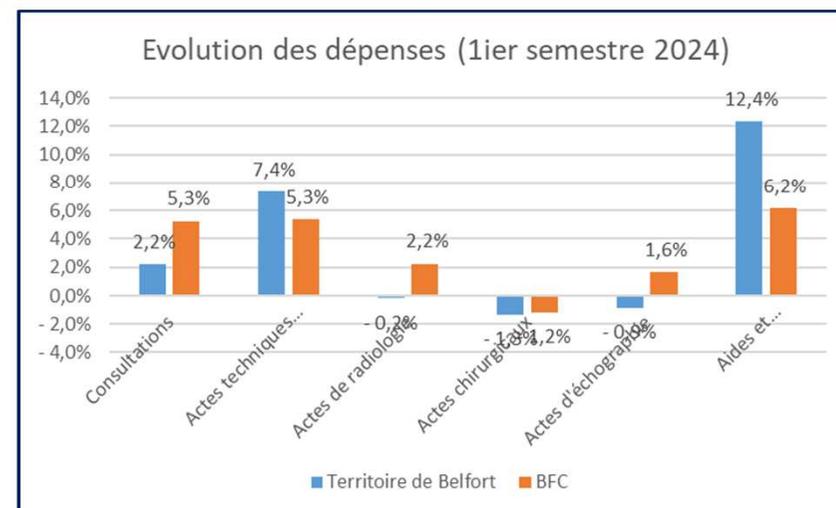
STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

Commission des médecins du département - TERRITOIRE DE BELFORT

Période de remboursement du 01/01/2024 au 30/06/2024

Montants présentés en base de remboursement

PRESTATIONS	TOTAL TERRITOIRE DE BELFORT			Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	Evolution (€)	Evolution (%)		
Consultations	9 862 211 €	215 431 €	2,2%	5,3%	4,8%
Actes techniques médicaux	4 640 097 €	318 354 €	7,4%	5,3%	4,1%
Actes de radiologie	3 589 730 €	-6 797 €	-0,2%	2,2%	1,1%
Actes chirurgicaux	2 937 887 €	-39 315 €	-1,3%	-1,2%	-2,2%
Actes d'échographie	2 497 765 €	-21 909 €	-0,9%	1,6%	1,4%
Aides et rémunérations conventionnelles	2 485 867 €	273 401 €	12,4%	6,2%	5,8%
Visites (frais dépl. inclus)	431 845 €	-15 057 €	-3,4%	-3,4%	-6,1%
Téléconsultations	112 162 €	-8 092 €	-6,7%	-6,6%	-9,9%
Permanence des soins	63 540 €	-10 620 €	-14,3%	-2,8%	7,7%
Autres honoraires privés	39 134 €	28 707 €	275,3%	7,1%	-4,3%
Vaccination COVID	3 713 €	-10 272 €	-73,4%	-79,0%	-85,7%
TOTAL	26 663 951 €	723 830 €	2,8%	3,6%	2,8%



STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

- Augmentation des dépenses de +2,8% (+723 830€) sur le 1^{er} semestre 2024 contre +3,6% en Bourgogne Franche-Comté. A l'exception de la Nièvre, les dépenses liées à l'activité des médecins augmentent dans tous les départements.
- Les dépenses liées aux consultations et les actes techniques médicaux sont en hausse avec +2,2% et +7,4%. A l'exception des aides et rémunérations conventionnelles (+12,4%), tous les autres types de prestations sont en diminution.
- **Consultations** : la hausse des dépenses liées aux consultations est principalement due à l'augmentation des consultations spécialistes en médecine générale (+23,8% ou +387 839€). Elle est atténuée par la baisse des consultations en médecine générale (-6,6% ou -257 322€). Les consultations spécifiques de dépistage (+22,5%) et les majorations pour les consultations de garde de nuit (+22,6%) augmentent fortement.
- **Visites** : la baisse globale (-3,4%) est en lien avec la diminution des visites médecine médicale (-15,3%) et des MAJORATIONS DE DEPLACEMENT (-9,9%). Elle est compensée par la hausse des visites longues et complexes (+17,5%) et visites Spécialiste Médecine Générale (+44,2%).
- **Aides et rémunérations conventionnelles** : la hausse est due principalement aux versements liés au forfait structure (+40,4% ou +243 065€) puis au FPMT (+5,0% ou +46 085€). Les rémunérations liées à la ROSP sont en légère baisse (-1,0% ou -4 981€).

STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

Actes techniques médicaux : la hausse (+7,4%) est principalement en lien avec des actes réalisés par des ophtalmologues : tomographie de l'œil (+9,1%), examen fonctionnel de la motricité oculaire (+8,5%) et examen de la vision binoculaire (+6,5%). Les plus fortes baisses concernent les électromyographies (-8 098€) et les coloscopies totale (-7 727€).

Actes de radiologie : les dépenses liées aux mammographies de dépistage sont en forte baisse (-26 900€ ou -16,2%). Les actes « d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle niveau 22 » sont en très forte hausse : +156,2% (+37 763€).

Actes chirurgicaux :

- Les actes de chirurgie et d'anesthésies sont en baisse avec -0,9% et -1,5% (données tous régimes). Une légère hausse des actes d'anesthésies a eu lieu en BFC (+2,0%).
- Les actes avec les plus fortes baisses sont les résections d'une hypertrophie de la prostate sans laser, par urétrocystoscopie (-8 012€) et les posthectomies (-8 845€)

Actes d'échographie :

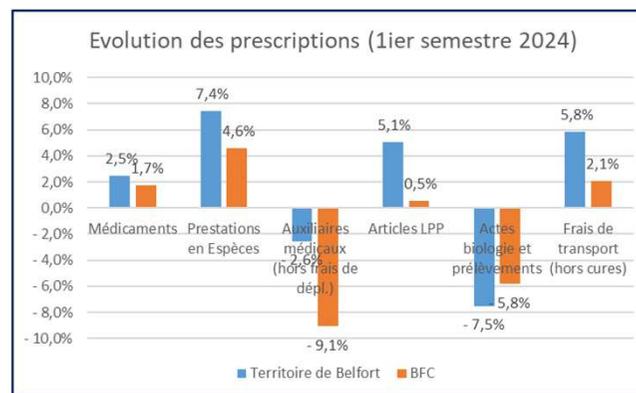
- Les échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intra thoraciques (principale poste de dépense) sont en baisse de -2,4%.
- Forte augmentation des échographies de muscles/tendons (+46,7%)

Méthodologie :

- Les chiffres ci-contre détaillant les actes sont issus de la consommations des assurés RG 901.

STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024 : PRESCRIPTIONS

PRESTATIONS	TOTAL TERRITOIRE DE BELFORT			Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	Evolution (€)	Evolution (%)		
Médicaments	21 641 755	521 179,91 €	2,5%	1,7%	2,3%
Prestations en Espèces	12 639 719	870 461	7,4%	4,6%	5,0%
Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)	8 215 611	-217 265	-2,6%	-9,1%	-7,7%
Articles LPP	6 140 090	295 218	5,1%	0,5%	0,7%
Actes biologie et prélèvements	3 384 839	-275 479	-7,5%	-5,8%	-6,1%
Frais de transport (hors cures)	1 247 702	68 752	5,8%	2,1%	2,7%
TOTAL	53 269 714	1 262 866	2,4%	0,0%	-0,1%



- Augmentation des prescriptions des médecins de +2,4% (+1 262 866€).
- Médicaments : forte augmentation de la pharmacie à 65% (+17,5%) compensée par la forte baisse des médicaments d'exception (-73,2%).
- Prestations en espèce : hausse des IJ majorées de moins de 3 mois (+19,7%).
- Auxiliaires médicaux : baisse des prescriptions des actes de masso-kinésithérapie avec -27,1% pour les AMS et -18,9% pour les AMK en partie compensée par la hausse de actes infirmiers (+1,2% pour les actes AIS).
- Articles LPP : hausse pour les MATERIELS ET APPAREILS POUR TRAITEMENTS DIVERS (+8,0%) et APPAREILS D ASSISTANCE RESPIRATOIRE, OXYGENOTHERAPIE A DOMICILE (+18,9%).
- Frais de transport : augmentation pour tous les types de transport.

02

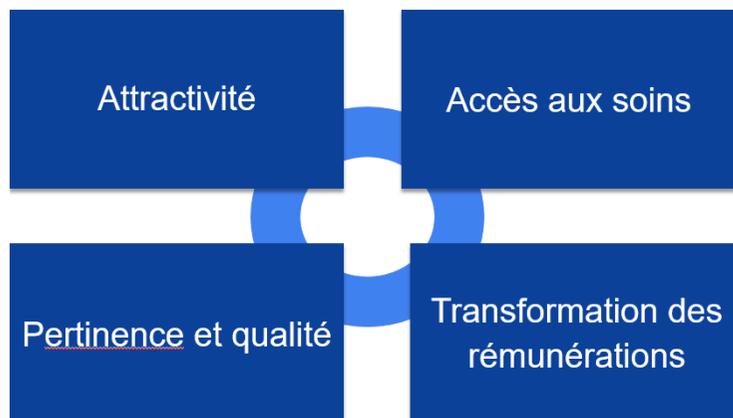
ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

CONVENTION MÉDICALE 2024

La nouvelle convention médicale a été signée le 4 juin 2024 et est entrée en vigueur le lendemain de sa parution au JO soit le 22 juin 2024.

Les médecins bénéficieront de revalorisations inédites des consultations dès fin 2024 ainsi que d'autres évolutions, qui représenteront un investissement total de 1,6 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie sur la durée de la convention

Elle décline les 4 axes prioritaires définis par la lettre de cadrage du ministère de la Santé et de la prévention en novembre dernier et par le mandat donné par le Conseil de l'Uncam



CONVENTION MÉDICALE 2024

Dans le cadre de cette convention, de nouvelles mesures ont été définies. On peut citer en particulier :

- Revalorisation de certains actes clés et créations de nouvelles consultations ou majorations ;
- Évolutions du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- Création d'un forfait unique nommé forfait médecin traitant (FMT), remplaçant le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) ;
- Création d'une dotation numérique (DONUM) en substitution de la part numérique du forfait structure
- Création d'un Observatoire de l'accès aux soins et d'un Observatoire conventionnel national de pertinence et de qualité avec des déclinaisons locales.

EN SYNTHÈSE

Mesures	Date application	Contenu																																
1. Investissement massif dans la pratique clinique des médecins	<ul style="list-style-type: none"> - 22/12/2024 - 22/12/2024 - 01/01/2026 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation du généraliste (G) : 30 € dès décembre 2024 (6 mois après publication de la convention) • Consultation du consultant (APC) : 60€ (+revalorisation APU, APY) (idem) • Consultation longue du médecin traitant (GL) : 60 € (1er janvier 2026) <p><i>Périmètre</i> : Facturable une fois dans l'année pour les patients de + de 80 ans dans chacune des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • consultation de sortie d'hospitalisation (GL1) ; • consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués (GL2) ; • consultation d'orientation vers un parcours médico-social (GL3). <ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation de certains actes de spécialités médicales notamment des spécialités en bas de l'échelle des revenus (pédiatres, psychiatres, rhumatologues, gériatres, gynécologues médicaux, endocrinologues, infectiologues, MPR, ...) 																																
2. Investissement inédit pour la santé mentale et la santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> - 01/07/2025 - 01/07/2025 - 01/07/2025 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de psychiatrie : 57 € • Consultation de pédopsychiatrie (étendue jusqu'à 25 ans) : 75 € • Consultations obligatoires de l'enfant : jusqu'à 60 € 																																
3. Revalorisation des actes techniques	<ul style="list-style-type: none"> - 01/01/25 et 01/07/25 - 2026 - 01/01/2026 	<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation des actes techniques CCAM à hauteur de +3 centimes sur le point travail • Provision de 240M€ pour la refonte de la CCAM en 2026 • Nouvelles dérogations sur le cumul consultation + certains actes CCAM facturés à 100% (écho pleurale, échos d'obstétrique, infiltrations, etc.) 																																
4. Création d'un forfait unique pour valoriser le médecin traitant et la spécificité de son activité	01/01/2026	<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation substantielle du forfait médecin traitant dès 2026 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Patient</th> <th>Montants actuels</th> <th>Montants revalorisés</th> <th>Si patient C2S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(ALD) 80 ans ou plus</td> <td>70 €</td> <td>100 €</td> <td>110€</td> </tr> <tr> <td>(ALD) 0-79 ans</td> <td>46 €</td> <td>55 €</td> <td>65€</td> </tr> <tr> <td>80 ans et plus</td> <td>46 €</td> <td>55 €</td> <td>65€</td> </tr> <tr> <td>75-79 ans</td> <td>5 €</td> <td>15 €</td> <td>25€</td> </tr> <tr> <td>7 à 74 ans</td> <td>5 €</td> <td>5 €</td> <td>15€</td> </tr> <tr> <td>Moins de 7 ans</td> <td>6 €</td> <td>15 €</td> <td>25€</td> </tr> <tr> <td><i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i></td> <td>-</td> <td>5 €</td> <td>5€</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Majoration prévention adossée au FMT = 5 € par patient pour chaque indicateur validé / réalisé (exemples d'indicateurs : dépistages cancers, vaccinations, suivi de l'enfant...) ; 15 indicateurs de prévention retenus pour 2026 (vaccination, dépistage, suivi des pathologies chroniques) que les partenaires conventionnels pourront faire évoluer. Retour d'information sur les données relatives à chaque patient sous forme d'un tableau de bord dynamique sur amelipro.fr • Mesures démographiques : <ul style="list-style-type: none"> - Majoration de 10% du FMT de manière pérenne (chaque année) pour les médecins installés en ZIP et/ou en QPV - Majorations complémentaires pour les jeunes installés et les médecins de plus de 67 ans 	Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S	(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€	(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€	80 ans et plus	46 €	55 €	65€	75-79 ans	5 €	15 €	25€	7 à 74 ans	5 €	5 €	15€	Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€	<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€
Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S																															
(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€																															
(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€																															
80 ans et plus	46 €	55 €	65€																															
75-79 ans	5 €	15 €	25€																															
7 à 74 ans	5 €	5 €	15€																															
Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€																															
<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€																															
5. Paiement collectif forfaitaire	Dès définition du CdC en CPN	<ul style="list-style-type: none"> • Un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour les équipes volontaires de professionnels de santé pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle médecin traitant de l'équipe (au moins 4 PS conventionnés (3 MG + 1 IDEL) et 250 patients MT) • Définition du cahier des charges après avis de la CPN médecins d'ici la fin d'année 2024. 																																

Mesures	Date application	Contenu
6. Soutenir l'activité des médecins dans certains territoires (Corse et ultramarins)	- 01/01/2026 - 01/01/2026	<ul style="list-style-type: none"> Création d'une MD « Montagne » en métropole et en DROM de 15 € Revalorisation des IK en montagne et dans les DROM
7. Mesures incitatives pour favoriser l'installation et l'activité en zone sous dense	01/01/2026	<ul style="list-style-type: none"> Pour les médecins primo-installés en ZIP/ZAC : aide ponctuelle de 10 000 € / 5 000 € à l'installation (dès 2026*) Création ex-nihilo d'un cabinet secondaire en ZIP : aide ponctuelle de 3 000 € (dès 2026) Consultations avancées en ZIP : 200 € par demi-journée (dès 2026) Majoration du FMT de 10% en ZIP/QPV <p>* tous les médecins bénéficiant d'un contrat démographique à la date d'entrée en vigueur de la convention ont la possibilité de le conserver. Possibilité d'adhérer aux contrats démographiques jusqu'en 2026</p>
8. Accompagner et faciliter l'emploi d'un assistant médical	22/06/2024	<ul style="list-style-type: none"> Revalorisation immédiate de 5% du montant de l'aide ; aide pérenne Assouplissement des conditions pour les médecins de plus de 65 ans et les primo-installés Ouverture de la possibilité de mutualiser un assistant médical entre médecins et possibilité d'aller au-delà de 1 ETP
9. Renforcer la prise en charge de soins non programmés	- 22/12/2024 - 01/01/2026 - 22/12/2024	<ul style="list-style-type: none"> Création d'une majoration MHP de 5 € sur toutes les consultations et visites le soir et le week-end (horaires PDSA) et clarification des majorations ne pouvant être utilisées qu'en cas d'urgence et après régulation Visites : majoration d'urgence de 10 € et majoration de nuit et de week-end de 6,5 € Revalorisation de +5 € des soins non programmés régulés de 19h à 21h (SHE)
10. Favoriser le déploiement d'équipes de soins spécialisées	Dès validation CdC par la CPN	<ul style="list-style-type: none"> Valorisation des équipes de soins spécialisés (ESS) avec un crédit d'amorçage de 80 000 € et une dotation annuelle dès la première année entre 50 000 € et 100 000 €
11. Valoriser les missions spécifiques des médecins	- 2026 - 2026 - 2025 - 2025	<ul style="list-style-type: none"> Fonction de maitre de stage : 800 € en ZIP, 500 € hors ZIP (dès 2026) Participation au SAS : 1000 € (dès 2026) Collaboration avec une IPA : 100 à 1000 € selon le nombre de patients orientés vers une IPA (dès 2025) Valorisation de la prise en charge des patients AME : 500 € (dès 2025)
12. Poursuivre la dynamique de réduction des restes à charge (OPTAM)	01/01/2025	<ul style="list-style-type: none"> Dès 2025, nouvelle période de référence de 2 ans : 2022 et 2023 Ouverture de l'OPTAM-CO aux anesthésistes qui deviendra l'OPTAM-ACO Création de nouveaux modificateurs pour les anesthésistes (8% pour S2 OPTAM-ACO et 12% pour le S1) Revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T pour les spécialités « de bloc » (chirurgie et obstétrique) en S1 et S2 OPTAM-ACO Pour les nouveaux installés, réajustement des taux d'engagement régionaux

Engagements collectifs en faveur de la qualité et l'accès aux soins

10 engagements collectifs partagés suivis dans le cadre de l'observatoire de l'accès aux soins

15 programmes d'actions partagés de pertinence et de qualité des soins

Création de nouveaux **dispositifs d'intéressement**

MAJORATION PREVENTION

5 € par indicateur

Thème	Indicateurs	Population cible
<u>Vaccination</u>	Vaccin contre la grippe : campagne annuelle	≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre le covid : campagne annuelle	≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre le pneumocoque (20-valent) : 1 dose unique	≥18 ans ET en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre ROR : au moins 2 doses entre la naissance et 24 mois inclus	Enfants de 16 à 35 mois inclus
	Vaccin contre le méningocoque C : au moins 1 dose entre la naissance et 12 mois inclus	Enfants de 5 à 23 mois inclus
	Vaccin contre HPV : au moins 2 doses reçues entre 10 et 14 ans inclus	Enfants de 11 à 15 ans inclus
<u>Dépistage</u>	Dépistage organisé du cancer colorectal : kit de détection de sang dans les selles tous les 2 ans	Hommes + Femmes de 50 à 74 ans inclus
	Dépistage organisé du cancer du sein : mammographie de dépistage tous les 2 ans	Femmes de 50 à 74 ans inclus
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : rythme et examen selon l'âge**	Femmes de 25 à 65 ans inclus
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun : tous les 3 ans	≥45 ans ET en ALD*
	Dépistage de la MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie : tous les ans	≥18 ans ET en ALD*
<u>Suivi</u>	Suivi du diabète par dosage HbA1c : tous les 6 mois	ALD diabète OU sous traitement*
	Examen obligatoire de l'enfant du 9 ^{ème} mois : entre 8 et 10 mois inclus	Enfants de 8 à 21 mois inclus
	Examen obligatoire de l'enfant du 24 ou 25 ^{ème} mois : entre 22 et 26 mois inclus	Enfants de 22 à 37 mois inclus
	Examen bucco-dentaires annuel : tous les ans	Enfant de 3 à 24 ans inclus

23 ***ALD** : la liste des ALD concernées dépend de l'indicateur (tableau annexe) ; les traitements aident à mieux cibler les patients diabétiques, asthmatiques, et BPCO

****DOCCU** : Cytologie sur frottis cervico-utérin tous les 3 ans entre 25 et 29 ans inclus, puis test HPV sur frottis cervico-utérin tous les 5 ans à partir de 30 ans

ASSISTANT MÉDICAL: LES ÉVOLUTIONS

QUELS CHANGEMENTS

Pour encourager les médecins à employer davantage d'assistants médicaux, la nouvelle convention prévoit différentes mesures, applicables à compter du 22 juin 2024:

- l'augmentation immédiate pour les nouveaux contrats de plus de 5 % du montant de l'aide pérenne attribuée dès la 1^{ère} année. La revalorisation intervient à la date d'anniversaire du contrat suivant l'entrée en vigueur de la présente convention et s'applique au montant de l'aide des années ultérieures.
- Possibilité de contractualiser avec plus d'1 ETP assistant médical sous conditions
- Des objectifs personnalisés assouplis pour certaines catégories de médecins
- La condition de remplacement du secrétariat médical a été assouplie. Lorsque le secrétaire médical devient assistant médical, le versement de l'aide conventionnelle reste conditionné à l'embauche d'un nouveau secrétaire médical ou au recours à une autre organisation de secrétariat médical (type télé secrétariat)
- Délai de carence : désormais, en cas de résiliation ou au terme du contrat d'aide conventionnelle, un délai de carence de deux ans est appliqué avant toute signature d'un nouveau contrat
- Tous les contrats conclus avant l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent être prorogés par avenant pour une durée de cinq ans, dès lors que le médecin signataire souhaite en maintenir l'ensemble des conditions (option, objectifs). Cette modalité s'applique aux contrats 1/3 ETP. Dans ce cas, un avenant de prorogation sera signé pour repousser le terme de cinq ans. Il doit être impérativement signé avant le terme du contrat. Les contrats signés en 2019 arrivent bientôt à échéance. Des instructions devraient nous être transmises.
- Les contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur de la présente convention le sont pour une durée de cinq ans, renouvelés par tacite reconduction (pas d'avenant attendu dans ce cas). Lors de ce renouvellement tacite, le médecin continuera de bénéficier de l'aide de l'Assurance Maladie pendant l'année 3 durant toute la durée du renouvellement et son objectif sera maintenu.

REVALORISATION DE L'AIDE À L'EMPLOI VERSÉE

AIDE À L'EMPLOI D'UN ASSISTANT MÉDICAL : CE QUI CHANGE DÈS JUIN 2024

Augmentation immédiate de plus de 5 % de l'aide pour les nouveaux contrats*



Montant maximal de l'aide de l'Assurance Maladie pour l'emploi d'un assistant médical

à mi-temps

à temps plein

	à mi-temps		à temps plein	
	Avant	Nouvelle convention	Avant	Nouvelle convention
1 ^{re} année	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €
2 ^e année	13 500 €	14 000 €	27 000 €	28 000 €
3 ^e année et les suivantes	10 500 €	11 000 €	21 000 €	22 000 €
3 ^e année et les suivantes pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes (P90 à P94**)	12 500 €	13 000 €	25 000 €	26 000 €
Montant fixe quelle que soit l'année pour les médecins à très forte patientèle (≥ P95)	18 000 €	19 000 €	36 000 €	38 000 €

* Pour les contrats existants, le montant de l'aide sera revalorisé à leur date anniversaire

** Percentiles de la distribution nationale des patientèles définis le 31 décembre 2021 pour chaque spécialité médicale concernée

Pour les contrats signés avant la convention médicale 2024, l'augmentation a lieu à la date anniversaire du contrat.

ASSOUPPLISSEMENT DU NOMBRE DE PATIENTS SUPPLÉMENTAIRES À PRENDRE EN CHARGE

Assouplissement du nombre de patients supplémentaires à prendre en charge dans le cadre du contrat



Pour les médecins généralistes et les pédiatres ayant les patientèles les plus importantes

→ Maintien de leur patientèle

Pour l'ensemble des médecins âgés de 65 ans et plus

Maintien de leur patientèle (une marge de moins 10 % est tolérée)



Pour les médecins nouvellement installés

→ Nouvel objectif fixé au terme des 3 premières années du contrat ou dès l'atteinte par le médecin du 50^e percentile (P50)

→ Objectif à atteindre dans un délai de 2 ans (contre 1 an précédemment) avec la garantie de percevoir 100 % de l'aide la 4^e année

Pour les médecins généralistes et les pédiatres à très forte patientèle (≥ P95)

Pour bénéficier de l'aide à l'emploi d'un assistant médical, les médecins généralistes et les pédiatres ayant de très fortes patientèles ont à maintenir le nombre de patients à prendre en charge par rapport à leurs patientèles de départ. Une baisse de 5 % peut être acceptée.

Pour tous les médecins âgés de 65 ans et plus

Désormais, **les médecins âgés de 65 ans et plus** doivent seulement maintenir le nombre de patients à prendre en charge par rapport à leur patientèle acquise, afin d'aménager leur fin d'activité et de préparer la reprise de leur cabinet. Une baisse de 10 % est tolérée.

À noter : les médecins déjà bénéficiaires de l'aide lorsqu'ils atteignent 65 ans voient leur nombre de patients à prendre en charge assoupli par avenant à leur contrat.

Pour les médecins nouvellement installés

Les médecins primo-installés ont un délai de 3 ans maximum pour prendre en charge un nombre de patients correspondant au 50^e percentile (P50) de la distribution nationale de leur spécialité.

Une fois cet objectif atteint, ils disposent de 2 ans (contre 1 an auparavant) pour atteindre un nouvel objectif de patients supplémentaires. Au cours de la 1^{re} année de ce délai, le montant de l'aide est versé à taux plein.

UNE AIDE POUR L'EMPLOI D'UN SECOND ASSISTANT MÉDICAL

Une aide à l'emploi pour un 2^e assistant médical à partir de la 3^e année du contrat

Pour les médecins répondant à toutes les conditions suivantes :



exercer en zone d'intervention prioritaire (ZIP)



être qualifié ou spécialiste en médecine générale (les médecins à exercice particulier, MEP, ne sont pas concernés)



avoir déjà signé un contrat pour un assistant médical à temps plein



avoir atteint les objectifs dans le cadre de ce 1^{er} contrat



Options de financement pour l'emploi d'un 2^e assistant médical et montant de l'aide

	à mi-temps soit au total 1,5 équivalent temps plein : option 1,5 ETP	à temps plein soit au total 2 équivalents temps plein : option 2 ETP
3 ^e année et les suivantes	33 000 €	44 000 €
3 ^e année et les suivantes pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes (P90 à P94)	39 000 €	52 000 €
Montant fixe quelle que soit l'année pour les médecins à très forte patientèle (≥ P95)	57 000 €	76 000 €

À suivre...

Des modalités innovantes pour permettre à plusieurs médecins de mutualiser l'emploi d'un assistant médical au sein d'un même cabinet ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Conception : DIXIT

La nouvelle convention ouvre 2 options de financement d'un second assistant médical :

- 1,5 équivalent temps plein ;
- 2 équivalents temps plein.

Ces options sont ouvertes à **partir de la 3^e année de contrat aux seuls médecins** :

- exerçant en zone d'intervention prioritaires (ZIP) ;
- qualifiés ou spécialistes en médecine générale (à l'exclusion des médecins à exercice particulier) ;
- ayant déjà signé un contrat avec l'option 1 ETP ;
- ayant atteint le nombre de patients à prendre en charge fixé dans leur contrat.

DOTATION NUMÉRIQUE

LA DOTATION NUMÉRIQUE - DONUM

À compter de 2026, cette dotation remplace le forfait structure.

Elle est composée de deux types d'indicateurs :

- ✓ des indicateurs socles, dont les cibles doivent toutes être atteintes pour bénéficier de la rémunération et ouvrir droit à la rémunération relative aux indicateurs optionnels ;
- ✓ des indicateurs optionnels indépendants rémunérés en fonction de l'atteinte de chaque cible définie ci-après :

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS et d'une version de cahier des charges <u>Sesam-Vitale</u> à jour des avenants N-1	oui	oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux <u>téléservices</u> sécurisés : Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT); Taux de protocoles de soins électronique (PSE); Taux de télétransmission FSE; Taux d' <u>arrêt</u> de travail en ligne (AAT)	60%	80%	
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres <u>téléservices</u> sécurisés de l'assurance maladie : Certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP); déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG); prescription électronique de transport (SPE)	30%	60%	60
	Moyenne des taux de recours à l'espace numérique en santé : alimentation du DMP ; ordonnances numériques	30%	60%	60
	Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la messagerie de mon espace santé par an		20

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS

OBJECTIFS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS SUR LA PÉRIODE DE LA CONVENTION

10 engagements collectifs d'accès aux soins, faisant l'objet d'un suivi conventionnel pour veiller à ce que tous les Français aient accès aux soins

1. Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de **2%** dès 2025
2. Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale de **+5% par an**
3. Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du MG de **+2% par an**
4. Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de **+2% par an**
5. Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes – l'objectif chiffré sera fixé avant fin 2024 à l'issue d'un travail conjoint mené par l'Assurance Maladie et l'Etat et présenté aux partenaires conventionnels.
6. Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et **+10% par an** à compter de 2026 (base contrats signées au 1^{er} janvier 2024)
7. **100%** du territoire couvert par la PDSA et le SAS
8. Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de **+5% par an**
9. Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de **+7% par an**
10. Baisse de 2% par an du non recours aux soins des personnes en situation de handicap

Ces engagements seront suivis dans le cadre de l'observatoire de l'accès aux soins adossé à la CPN, avec déclinaison en CPL (des outils stats seront partagés avec les caisses)

PERTINENCE

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (1/3)

Champ	Assiette	Objectif
IJ	16 Md€	1. Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2% par an en agissant auprès des 3 parties prenantes (employeurs, assurés, prescripteurs).
PRODUITS DE SANTE	0,4 Md€	2. Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques de 10% dès 2025 et de 25% à horizon 2027 et pour rejoindre la moyenne européenne dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025.
	7,7 Md€	3. Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.
	1,4 Md€	4. Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS pour viser 80% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) en utilisant les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance Maladie pour quelques molécules identifiées. Accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1.
	1,1 Md€	5. Favoriser le développement des biosimilaires en primo prescriptions, et au moment du renouvellement, par les spécialistes libéraux. Cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF) : atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires.

ITR= Indications thérapeutiques remboursables

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (2/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRODUITS DE SANTE	0,3 Md€	6. Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance, en les classant en assimilés stupéfiants et diminuer leur volume prescrit et délivré de 10 %.
	1,3 Md€	7. Renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance des dispositifs médicaux dits « du quotidien », pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie) : ajuster les prescriptions en nombre et en type de CNO et pansements post chirurgie au plus près des besoins et diminuer ainsi leurs dépenses de 5% et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients.
	1,2 Md€	8. Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancées mandibulaires, dans le cadre des recommandations scientifiques de la HAS : augmentation des initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM)) jusqu'à près de 30 % à terme.
	0,3 Md€	9. Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS. Diminuer les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges, soit pour : <ul style="list-style-type: none"> - les enfants de moins de 2 ans hormis pour de rares indications chez qui ils entraînent un risque d'infection - les adultes de moins de 65 ans sans facteur de risque lorsqu'ils sont par ailleurs traités par des AINS - les plus de 65 ans, au-delà de 8 semaines de traitement. L'objectif visé est une baisse de 20% de prescription d'IPP.

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (3/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRESCRIPTIONS NON MÉDICAMENTEUSES	1,1 Md€	10. Diminuer de 8% les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées (lombalgie, radiographie de thorax, ASP, crâne) et en accompagnant la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies/actes (gonalgie, scapulargie, cervicalgie).
	9,3 Md€	11. Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers (renseignement des informations nécessaires pour l'exécution de la prescription) et la validation systématique des BSI - Réduire de 25 % les rejets et indus.
	4,8 Md€	12. Au regard de l'impact environnemental des transports sanitaires et de la nécessaire recherche d'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet. Atteindre jusqu'à 30 % de transports partagés.
	5 Md€	13. Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80% le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra à minima la vitamine D en dehors des recommandations de la HAS, la T3/T4 en première intention sans résultat de TSH selon les recos HAS, le groupe sanguin en double détermination hors cadre de contexte transfusionnel avéré, la vitesse de sédimentation en première intention...
AUTRE	/	14. Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizona pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%.
	52 Md€	15. Assurer le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC), ainsi que le dépistage précoce du cancer. Dépistage du cancer du sein : 70 % ; Dépistage du cancer colorectal : 65 % ; Dépistage du cancer du col de l'utérus : 80 % ; Dépistage du diabète : 94 % ; Dépistage de la MRC : 70 %

ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN MATIÈRE DE PERTINENCE

Assurance maladie

Renforcer les dispositifs de retour d'informations auprès des médecins :

- Partager avec l'ensemble des professionnels les référentiels de bonne pratique définis par la HAS et le ministère en charge de la santé et les informer des mises à jour
- Informer les assurés et les médecins conventionnés sur les conditions de prise en charge et l'importance de la prévention et du juste soin ; relancer des campagnes de communication grand public notamment le bon usage du médicament

Développer un accompagnement dédié sur les thèmes de pertinence auprès des médecins :

- Renforcer le dispositif des groupes d'analyse de pratique
- Accompagner de manière ciblée les professionnels de santé (libéraux comme en établissements) présentant des écarts significatifs aux référentiels et aux pratiques, notamment via des actions des délégués de l'Assurance maladie (DAM) et des praticiens conseil
- Renforcer les modes d'accompagnement attentionnés dans les situations délicates, en permettant un recours spontané des médecins à l'Assurance Maladie
- Saisir la HAS sur le cadre de prescription en téléconsultation
- Présenter aux médecins la méthodologie et les plans de contrôles pour échange dans le cadre conventionnel

Mieux outiller les médecins :

- Mettre à disposition sur amelipro des outils de datavisualisation permettant aux médecins d'avoir un retour d'information sur leur pratique
- Développer des téléservices adaptés pour sécuriser l'authenticité des prescriptions
- Soutenir le recours des médecins à des outils numériques tiers efficaces et reconnus par la profession (ex.ebmfrance)
- Soutenir les outils relayant des informations scientifiquement validées
- Simplifier les démarches administratives des médecins et construire, en partenariat, une doctrine en matière d'indus

ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN MATIÈRE DE PERTINENCE

Médecins conventionnés

Prescrire aux meilleurs standards de pertinence

- Respecter les ITR (indications thérapeutiques remboursables) et les référentiels de la Haute Autorité de santé. S'informer et se former à cette fin
- S'appuyer sur l'expertise spécifique des autres professionnels de santé
- Participer aux groupes d'analyse de pratique entre professionnels

Respecter le principe de sobriété des prescriptions

- Prescrire moins à chaque fois que cela est possible, à pertinence et qualité des soins équivalente

Respecter les qualités techniques des prescriptions

- Prescrire systématiquement via l'ordonnance numérique
- Recourir à l'ensemble des téléservices de l'Assurance Maladie (afin, notamment, de lutter contre les « faux ») : arrêts de travail, déclaration médecin traitant, prescription de transports sanitaires, déclaration de grossesse, prescription renforcée, demandes d'accord préalable dématérialisées
- Bénéficier de l'accompagnement de l'Assurance Maladie (visites des délégués de l'Assurance Maladie, des délégués au numérique en santé, les entretiens confraternels).

DE NOUVEAUX MÉCANISMES VERTUEUX D'INCITATION FINANCIÈRE À UNE PRESCRIPTION DE QUALITÉ



Biosimilaires

- Augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires
- Augmentation des « switches » des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires

- Lorsque la situation clinique le permet et en suivant les recommandations de la HAS, ce dispositif d'intéressement vise à valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient vers l'initiation par des OAM

HAS

Initiation par des OAM

Accompagnement des patients souffrant d'IC*



- Une rémunération forfaitaire spécifique est proposée pour les cardiologues prenant en charge des patients souffrant d'IC qui exercent en secteur 1 ou secteur 2 adhérant à l'OPTAM
- Pour chaque cardiologue, une rémunération de 250 € par indicateur indépendant (voir art.65)

L'intéressement à la dé-prescription des IPP concernera les situations suivantes :

- chez le patient de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un AINS ;
- chez le patient de plus de 65 ans sous prescription d'IPP et consommant sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière.

Win-Win

Dé-prescription des IPP



Les partenaires conventionnels **souhaitent valoriser l'engagement des médecins libéraux de ville** dans une démarche de qualité, d'efficacité des prescriptions et d'accompagnement des patients grâce à des dispositifs d'intéressement tout en respectant les recommandations des autorités nationales.

AUTRES MESURES

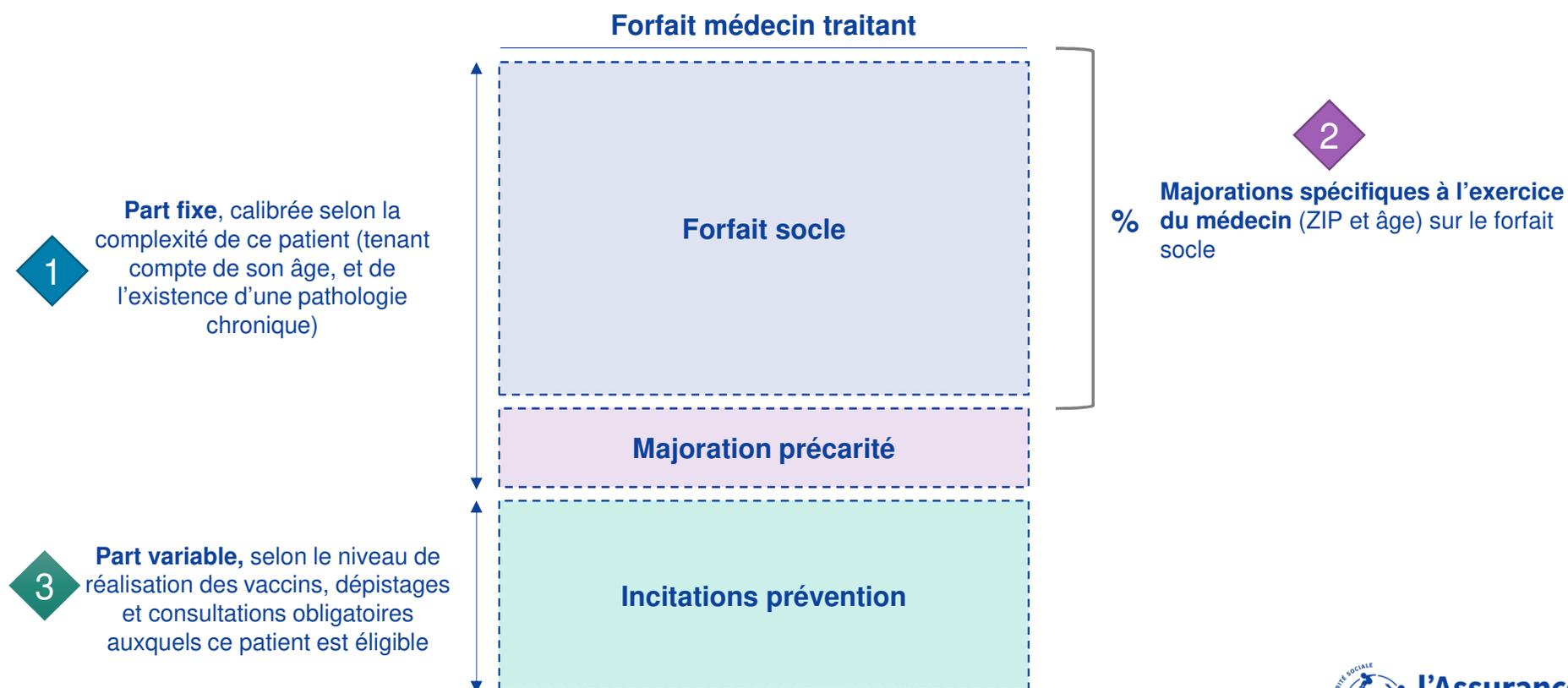
AUTRES MESURES

- 1. Secteur 2** : ajout du titre d'ancien assistant hospitalier universitaire (décret n°2021-1645 du 13 décembre 2021) pour accéder au secteur 2, à solliciter dans les 2 mois suivant l'installation.
- 2. Modalités d'adhésion après un déconventionnement** : Un médecin libéral conventionné qui renonce au conventionnement pourra adhérer de nouveau à la convention dans un délai de 2 ans à compter de la date de résiliation.
- 3. Information du médecin de sa cessation d'activité** : le médecin qui cesse son activité libérale définitivement ou pour une durée supérieure ou égale à un an, doit informer sa caisse de rattachement, au plus tôt et a minima, dans un délai de six mois avant la date de cessation, sauf cas de force majeure.
- 4. Sanctions conventionnelles** : ajout des sanctions suivantes :
 - * suspension du bénéfice d'une ou plusieurs rémunérations prévues par la convention ;
 - * suspension du droit à des dépassements autorisés (DE & DA). Auparavant, seul le DA était prévu.
- 5. Possibilité pour les médecins volontaires, exerçant en groupe et travaillant avec d'autres professionnels d'être rémunérés sous une forme intégralement forfaitaire** : définition du cahier des charges par le DG de l'UNCAM après avoir recueilli l'avis de la CPN Médecins avant la fin d'année 2024.
- 6. Création d'un forfait sobriété** : dispositif permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leurs prescriptions de médicament par rapport à la pratique nationale et de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments (dès 2025, avec versement du forfait en 2026)

FORFAIT UNIQUE ET MAJORATION PRÉVENTION

FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

Un forfait unique annuel, individualisé par patient à compter du 1^{er} janvier 2026



FORFAIT MÉDECIN TRAITANT – PARTIE FIXE

1

Revalorisation du forfait médecin traitant, socle des rémunérations forfaitaires du médecin traitant, qui intègre une valorisation de la précarité

Revalorisation du forfait médecin traitant, prenant uniquement en compte les patients vus dans les 2 ans par le médecin traitant ou son médecin collaborateur...

Patient	Montant actuel	Nouveau montant (2026)	Nouveau montant patient C2S (2026)
(ALD) 80 ans ou plus	70€	100€	110€
80 ans et plus	46€	55€	65€
(ALD) 0-79 ans	46€	55€	65€
75-79 ans	5€	15€	25€
7 à 74 ans	5€	5€	15€
Moins de 7 ans	6€	15€	25€
Patients non vus dans les 2 dernières années	N/A	5€	5€

... et à laquelle s'ajoute une valorisation de la précarité à hauteur de 10 € par patient pour les patients C2S

 Exemple : Pour un patient de **82 ans en ALD**, le médecin percevra, en plus de l'ensemble des honoraires liés aux actes et consultations réalisés pour ce patient, **100 € par an**, témoignant du rôle essentiel du médecin traitant auprès de ces patients **complexes**.

MAJORATIONS DU FORFAIT MÉDECIN TRAITANT (FORFAIT SOCLE)

2

Des majorations appliquées à la partie socle (FMT hors majoration CSS) en fonction des caractéristiques du médecin

1° Les médecins primo-installés en ZIP

- **Majoration du FMT (forfait socle) pendant 3 ans** : 50% la 1ère année, 30% la 2ème année et 10% à compter de la 3ème année
- Majoration élargie aux médecins installés en **QPV (quartiers prioritaires de la ville) hors ZIP**

2° Les médecins installés en ZIP

- **Majoration du FMT (forfait socle)** : 10% de manière pérenne (tant que le médecin exerce en ZIP)
- Majoration élargie aux médecins installés en **QPV hors ZIP**

3° Les médecins âgés de 67 ans et plus

- **Majoration du FMT (forfait socle)** : 10% de manière pérenne (tant que le médecin est en exercice)

→ Les majorations 1° et 2° ne sont pas cumulables.

MESURES DÉMOGRAPHIQUES

MESURES DÉMOGRAPHIQUES

- **En sus des majorations prévues dans le cadre du forfait unique (FMT), des mesures démographiques complémentaires à destination des médecins de secteur 1 / secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO :**
- Pour les **médecins primo-installés** en ZIP/ZAC : **aide ponctuelle** de **10 000 € / 5 000 €** à l'installation (dès 2026*)
- Création ex-nihilo d'un cabinet **secondaire** en ZIP : **aide ponctuelle** de **3 000 €** (dès 2026)
- Consultations avancées en ZIP : **200 €** par demi-journée (dès 2026)
- Majoration du FMT de 10% en ZIP/QPV

* tous les médecins bénéficiant d'un contrat démographique à la date d'entrée en vigueur de la convention ont la possibilité de le conserver. Possibilité d'adhérer aux contrats démographiques jusqu'en 2026

MESURES DÉMOGRAPHIQUES – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

- L'adhésion aux contrats démographiques est maintenue jusqu'au 31 décembre 2025 (selon les modalités prévues à l'annexe 21 de la convention médicale).
- À partir du 1^{er} janvier 2026, les contrats démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le médecin partie au contrat.
- Les médecins peuvent décider à tout moment de résilier leur contrat afin de pouvoir bénéficier de la majoration FMT prévue pour les MG exerçant en ZIP en substitution des aides issues des contrats.
- Pour les médecins ayant adhéré à un CSTM, leur adhésion est maintenue jusqu'à ce qu'ils cessent d'intervenir en ZIP ou s'ils ne remplissent plus les conditions d'adhésion, sauf demande de résiliation par le médecin. Dans ce cas, il sera mis fin au contrat et ils pourront bénéficier du dispositif de consultations avancées s'ils en remplissent les conditions.

OPTAM ET OPTAM-ACO

L'OPTAM ET L'OPTAM-ACO

1

Créer une option identique pour tous les médecins évoluant au sein du bloc opératoire et ainsi homogénéiser les modes de rémunération :

1° Ouverture aux anesthésistes de l'OPTAM-CO qui devient l'OPTAM-ACO

2° Création d'un nouveau modificateur dédié aux anesthésistes de S1 et S2 OPTAM-ACO, en remplacement de la prime OPTAM actuelle pour les anesthésistes)

- 12% pour les médecins secteur 1 (hors OPTAM/ACO)
- 8% pour les médecins secteur 2 OPTAM/ACO



- **Mise en œuvre dès 2025**
- Campagne d'avenants et d'aller-vers à destination des médecins éligibles mais non adhérents

L'OPTAM ET L'OPTAM-ACO

2 Rendre encore plus attractive l'adhésion à l'option tarifaire

1° Revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T liés à l'OPTAM et l'OPTAM-ACO

- *modificateur K (S1/S2 OPTAM-CO) : +20% → +30%*
- *modificateur T (S2 OPTAM) : +11,5% → +21,5%*

2° Mise en place d'une nouvelle période de référence 2022-2023 au lieu de (2013-2014-2015) afin d'être au plus près des pratiques tarifaires des médecins

3° Ajustements régionaux afin de réduire les forts écarts régionaux et ainsi rendre attractives les régions qui dépassent le moins pour les nouveaux installés.

→ taux revus à la baisse pour les régions avec les plus forts dépassements et taux revus à la hausse pour les régions avec les plus faibles dépassements)

Gastroentérologues (OPTAM)		
Taux de dépassement		
Exemple :	Île-de-France	35,2% → 30,2%
	Bretagne	5,2% → 15,2%

MISSIONS SPÉCIFIQUES

LES MISSIONS SPÉCIFIQUES DES MÉDECINS

Mise en œuvre 2025

Valorisation de la prise en charge des médecins collaborant avec IPA

Une rémunération forfaitaire de 100 à 1 000 € selon le nombre de patients orientés vers une IPA.

- Au moins 10 patients : 100 €
- Au moins 35 patients : 400 €
- Au moins 100 patients : 1 000 €
- Elle est calculée au 31/12/n de chaque année et versée dans le courant de l'année n+1. Cette rémunération est également ouverte aux médecins spécialistes.

Valorisation de la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME

La prise en charge par le médecin généraliste d'une patientèle AME importante, afin d'assurer la coordination dans le parcours de soins du patient et la prévention des pathologies est valorisée à hauteur de 500 € par an.

Mise en œuvre 2026

Revalorisation de la fonction de maître de stage (indicateur déclaratif)

- Pour les MSU installés en ZIP : 800 € par an (contre 350 € aujourd'hui)
- Pour les MSU installés hors ZIP : 500 € par an (contre 350 € aujourd'hui)

Simplification de la rémunération de la participation au SAS

La participation au SAS est rémunérée à hauteur de **1000€ par an**, en dehors du forfait structure (remplacé par la dotation numérique). La notion de 2h est supprimée. La participation au SAS est rémunérée par un forfait annuel à hauteur de 1 000 € par an, à condition de remplir les trois conditions :

- Exercer dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ;
- S'inscrire sur la plateforme numérique SAS ;
- Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour mise en visibilité des disponibilités en cas de besoin de la régulation SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale.

SOINS NON PROGRAMMÉS

CLARIFIER LES RÈGLES DE FACTURATIONS DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1° Un renforcement de la prise en charge des soins non programmés (régulés)

- **Revalorisation des cotations SNP** [régulation SAS] et **MRT** [régulation 15] à **20 €** (contre 15 € aujourd'hui) entre **19h et 21h** pour accompagner la transition entre le SAS et la PDSA (mêmes conditions de recours et de plafonnement)

2° Une revalorisation des visites pour répondre aux demandes de soins non programmés

- **Majoration de 10 €** en cas de visite à domicile avec un délai court (< 24h) après appel de la régulation SAS
- **Majoration de 6,5 €** sur toutes les visites à tarif opposable pendant les horaires PDSA (visites régulées ou non régulées)

3° De nouvelles règles de facturation des soins non-programmés non régulés

- **Facturation des majorations MN, MM et F :**
 - **uniquement en cas d'urgence** telle que définie ci-dessus ;
 - **non facturable en téléconsultation**
- **Urgence :** « pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles » (*définition CCAM*)
- En dehors des situations d'urgence : **création d'une majoration** (5 €) sur une consultation à tarif opposable (ouvert en TLC) non-cumulable avec les majorations MRT et SNP

→ En attente d'instructions complémentaires

CLARIFIER LES RÈGLES DE FACTURATIONS DES SOINS NON PROGRAMMES

En journée (8h/20h)

19h - 21h

Nuit (20h/8h) - WE - fériés

+6,5€ sur toutes les visites à tarif opposable

Prise en charge régulée (SAS / C15)

Visite délai court (<24h) : **+10€**

SNP / MRT
15€ → **20€**

majorations PDSA actuelles

Prise en charge non régulée

+5€ sur toutes les consultations à tarif opposable
(non cumulable avec MN, MN, F réservées à l'urgence)

Urgence du patient (MN, MM, F)

→ **Reprise de la définition CCAM**

« pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles. »

→ **Non facturable en TLC**

CLARIFIER LES RÈGLES DE FACTURATIONS DES SOINS NON PROGRAMMÉS

4° La mise en place de plans de contrôles menés en lien avec les CPL et les CDOM pour vérifier la conformité des majorations facturées

5° Une clarification du recours à l'acte YYYY010

(Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin)

- **Recentrer cet acte aux situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation**
- **Validation en CPL du cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation**

6° Harmoniser les rémunérations des médecins exerçant en services d'urgence

- Depuis la réforme des urgences de 2022 : disparité des actes facturés selon que le passage est suivi d'hospitalisation (NGAP) ou non (forfaits définis par arrêtés)
- **Convergence les 2 systèmes de rémunération** et tenir compte des autres revalorisations conventionnelles
 - Patients CCMU 1 et 2 : consultation standard (revalorisation à 30 €)
 - Patients CCMU 3 : U03 (revalorisation à 40 €)
 - Patients CCMU 4 et 5 : U45 (revalorisation à 50 €)
- Sur le modèle des passages non suivi d'hospitalisation, création d'un **supplément pour les arrivées via ambulance/SAMU pour les personnes âgées** (>75 ans, sur le modèle des forfaits définis par arrêté) : +20 €
- Engager un groupe de travail conventionnel, avec le ministère de la santé (DGOS), sur les suites de cette réforme.

LES EQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉES

1° Missions

Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »

- Contribuer à structurer l'offre de 2nd recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1^{er}, 2^e et 3^e recours, et offrir un point de contact aux médecins traitants
- Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel sur demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de téléexpertise, téléconsultation ou de consultation en présentiel

Améliorer l'égal accès aux soins de spécialités en termes géographique et financier

- Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP

2° Critères conditionnels à la création

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible régionale possible), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins 10% des professionnels de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre [exceptions possibles en raison de circonstances exceptionnelles] - objectif à terme : 50 % des spécialistes de la spécialité
- **Périmètre médical** : l'ESS traite des problématiques liées à une spécialité médicale et non à une pathologie
- **Articulation avec les structures existantes** : l'ESS collabore avec les CPTS, les autres ESS et les DAC de son territoire
- **Intégration des professionnels hospitaliers** : l'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et formaliser ses liens avec les établissements de santé

3° Financement

- **Amorçage** : 80 000 € à la réception de la lettre d'intention et signature d'un contrat ARS/CPAM/ESS
- **Dotation annuelle** : entre 50 000 € et 100 000 € en fonction de la taille de l'ESS

→ Un cahier des charges doit être validé en CPN avant que l'Assurance maladie puisse participer au financement des ESS

DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE CHIRURGIE MÉTABOLIQUE (DAP)

Nous vous informons que la mise en production « DAP Chirurgie métabolique » sur amelipro a été réalisée en date du 29/08/2024

Ce téléservice permet de demander l'accord préalable pour faire des actes de chirurgie digestive pour des patients avec un IMC entre 30 et 35 et un diabète de type II.

DÉMATÉRIALISATION DE LA DAP PPC- OAM – MAILING 12/07/2024

Le traitement des patients adultes ayant un syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil par pression positive continue (PPC) ou par orthèse d'avancée mandibulaire (OAM), est soumis à demande d'accord préalable auprès du service du contrôle médical.

Depuis le 17 juin 2024, la DAP PPC-OAM est dématérialisée pour les médecins généralistes libéraux. Les fournisseurs de PPC et d'OAM n'auront pas accès de façon dématérialisée aux avis rendus par le Service Médical sur les demandes d'accord préalable PPC OAM. Les pièces justificatives à produire seront les suivantes

<https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/medecin/actualites/traitement-de-l-apnee-du-sommeil-un-nouveau-teleservice-pour-effectuer-rapidement-la-dap>

Comment vous assurer qu'un accord de prise en charge a bien été donné ?

Voici les pièces justificatives nécessaires pour délivrer et facturer des dispositifs PPC ou OAM avec prise en charge par l'Assurance Maladie :

- Lors de l'instauration du traitement (demande initiale) :

Prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui comporte mention de l'accord de prise en charge et un numéro unique de DAP

OU

Prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui mentionne que son exécution est soumise à accord du Service médical et comporte un numéro unique de DAP + accord de prise en charge notifié par l'Assurance Maladie à l'assuré

OU

DAP papier signée par le prescripteur + accord de prise en charge notifié par l'Assurance Maladie à l'assuré.

- Lors d'un renouvellement de traitement :

Prescription signée par le prescripteur, issue du téléservice DAP PPC-OAM, qui comporte mention de l'accord de prise en charge et un numéro unique de DAP

OU

Suite à écoulement du délai de 15 jours à compter de la réception de la DAP par l'Assurance Maladie (à l'issue duquel l'accord est considéré comme implicite) : Prescription issue du téléservice indiquant que la prise en charge est soumise à accord du Service Médical ou DAP papier signée par le prescripteur.

EVOLUTION MON SOUTIEN PSY

Les patients de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) en souffrance psychique d'intensité légère à modérée peuvent bénéficier, dans le cadre du dispositif Mon soutien psy, de séances avec un psychologue conventionné, remboursées par l'Assurance Maladie. Les sages-femmes ont la possibilité d'orienter leurs patientes vers ce dispositif.

Depuis le 15 juin 2024, toujours dans une volonté d'élargir l'accès aux soins pour toutes et tous, il est désormais possible de prendre rendez vous directement avec un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie en consultant [cet annuaire](#).

Dans les deux cas, la prise en charge est remboursée à 100 %

Passage de 8 à 12 séances

<https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/psychologue/actualites/le-dispositif-mon-soutien-psy-assoupli-et-revalorise-depuis-le-15-juin-2024>

Sur notre département, 3 psychologues sont conventionnés avec la CPAM pour 4 sites différents (Belfort/ Essert/ Grandvillars et Etueffont)

LE TRANSPORT PARTAGÉ DEVIENT « LA NORME »

Le transport partagé en VSL ou en taxi va devenir la norme. Il s'agit de proposer systématiquement ce mode de transport lorsque la situation médicale du patient le permet et qu'un certain nombre de critères est respecté.

Les sociétés de transports sanitaires ont signé le 11 juillet 2024 une charte d'engagement avec les 3 CPAM du NFC afin d'acter leur engagement à développer ce mode de transport.

Une campagne nationale de communication sera réalisée à compter de la rentrée 2024.

Les prescripteurs feront l'objet d'un accompagnement dédié sur le second trimestre 2024 qu'ils exercent en ville ou en établissement sanitaire.

LE NOUVEAU STATUT DES OFFREURS DE TÉLÉCONSULTATIONS

Sociétés de téléconsultation



Etat des lieux

❖ Volet juridique

- **Décret n° 2024-164 du 29 février 2024** définissant les conditions dans lesquelles elles sont autorisées à solliciter une prise en charge par l'assurance maladie des actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient, **publié le 1^{er} mars 2024**.
- **Encadrement des frais annexes : mesure qui entrera en vigueur au 1^{er} septembre 2024** (publication JO + 6 mois) **tel que prévu par le décret**

❖ Volet technique

- **Travaux en cours** (ANS/DSN/DGOS/CNAM/CNOM) **pour appliquer et contrôler le respect de la territorialité** sur les médecins salariés des STLC.

Actions de communication



- **La page ameli médecins relative à la téléconsultation a été mise à jour des mesures d'encadrement de la pratique** : offreurs avec renvoi sur la page ministérielle dédiée aux offreurs de TLC* + mesures LFSS 2024
- **Elaboration de Fiches mémo Cnam** ayant vocation à :
 - enrichir la page Ministère
 - être partagées avec le réseau des CPAM

Sociétés pressenties pour l'agrément



- **9 STLC** ont reçu leur attestation de recevabilité ANS : **Medadom, Medaviz, Qare, Tessan, Livi, H4D, TokTokdoc, Télé Hadoc et Le medecin.fr**
- **2 STLC** (**QARE** et **Tessan**) ont reçu leur agrément mais pas le nouveau FINESS

LE NOUVEAU STATUT DES OFFREURS DE TÉLÉCONSULTATIONS

Sociétés de téléconsultation



Rappel dispositif

- **Contexte** : en l'absence de structuration juridique propre, les plateformes de téléconsultation s'étaient constituées en centres de santé afin de pouvoir facturer à l'Assurance Maladie. Le Ministère et l'Assurance Maladie ont souhaité leur donner un statut ad hoc afin, de mieux encadrer leur pratique et de stabiliser leur cadre juridique.
- **L'agrément concerne uniquement** :
 - les sociétés de téléconsultation qui salarient des médecins
 - les téléconsultations réalisées par les médecins
- Pour rappel, les plateformes de téléconsultations réalisent 30% des **1,2 millions de téléconsultations** prises en charge par l'Assurance Maladie **chaque mois**
- **Nouveau statut codifié** au Titre VIII « Agrément des sociétés de téléconsultation » (Articles L4081-1 à L4081-4) du Code de la santé publique

Conditions d'obtention de l'agrément

- **Etre une société commerciale** et avoir pour objet de proposer une offre médicale de téléconsultation
- Ne pas être sous le contrôle d'une personne physique/morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricants de médicaments, de dispositifs médicaux
- **Utiliser des outils et services numériques respectant le RGPD ainsi que les référentiels** d'interopérabilité, de sécurité, d'éthique de l'ANS
- **Respecter les règles conventionnelles** de prise en charge des téléconsultations
- **Respecter le référentiel HAS** de bonnes pratiques relatif à la qualité et l'accessibilité de la téléconsultation

Durée de l'agrément

- L'agrément est délivré pour une durée de **deux ans**
- Le **renouvellement** de l'agrément est accordé pour une durée de **trois ans**

LE NOUVEAU STATUT DES OFFREURS DE TÉLÉCONSULTATIONS

Sociétés de téléconsultation

Place des offreurs dans l'offre de soins



Dans le cadre des conditions de prises en charge définies par la convention médicale, les sociétés de téléconsultation agréées peuvent prendre en charge des patients en téléconsultation, dès lors que :

- ces patients résident en « zones d'intervention prioritaires » (classement ARS) ;
- n'ont **pas de médecin traitant** (on est ici dans une exception au parcours de soins coordonné) ;
- il n'existe **pas d'offre de téléconsultation organisée dans un cadre territorial** : CPTS, CDS, ESP, ESS, MSP du territoire ou organisation territoriale de téléconsultation référencée.
- **Egalement dans le cadre de la prise en charge de soins non programmés**, dès lors que la régulation SAS n'a pas trouvé de solution sur le territoire en présentiel.

□ En dehors de ces situations, les téléconsultations ne peuvent être ni facturées, ni remboursées par l'Assurance maladie.

Tarifs et tarification



- Les téléconsultations des sociétés de TLC doivent être facturées au tarif « secteur 1 ».
- Elles ne peuvent donner lieu à aucun dépassement d'honoraire.
- En pratique : tarifs et codes facturation applicables :

Généraliste (code facturation « TCG »)	25 €
Spécialiste (code facturation « TCS »)	30 €

- **Encadrement des frais annexes** : les sociétés de TLC ne peuvent opposer aux assurés et facturer de prestations sans rapport avec l'acte de téléconsultation et/ou à des tarifs supérieurs à ceux définis conventionnellement.

LE NOUVEAU STATUT DES OFFREURS DE TÉLÉCONSULTATIONS

Offreurs de téléconsultation



Les garanties professionnels de santé

- déontologie : les sociétés devront transmettre au Conseil de l'ordre et au Ministre leur rapport d'activité et leur programme d'actions. Par ailleurs les sociétés ne doivent pas mettre les médecins dans des situations qui les empêcheraient d'exercer dans le respect des règles déontologiques (cf. démarches consoméristes, publicité...);
- prévention des conflits d'intérêt : les sociétés ne doivent pas être sous le contrôle de fabricants, de distributeurs de médicaments ou de dispositifs médicaux afin d'empêcher les prescriptions induites. Par ailleurs, les médecins membres du comité médical ne peuvent pas exercer de fonctions dirigeantes au sein de la société qui les salarie;
- contrôle de la gouvernance médicale : des comités médicaux seront mis en place au sein de chaque société de téléconsultation. Ils seront chargés de donner leur avis sur la politique médicale de la société, de contribuer à la définition de sa politique médicale et de sa politique en matière de qualité et de sécurité des soins et de s'assurer de la cohérence de la formation continue des médecins salariés;



Les garanties patients

- homogénéité des prises en charge : une téléconsultation effectuée via une société de téléconsultation doit répondre aux mêmes exigences qu'une téléconsultation effectuée avec un médecin libéral ou d'un établissement de santé. Les dispositions de la convention médicale s'impliquent intégralement (vidéotransmission, respect du parcours de soins coordonnés, territorialité, alternance avec des consultations présentielles, seuil de 20%...);
- qualité et sécurité des soins : la société de téléconsultation doit respecter le référentiel de bonnes pratiques (HAS); ses outils doivent être conformes aux exigences de sécurité élaborés par l'agence du numérique en santé (ANS); l'agrément des sociétés peut être retiré immédiatement en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients et en cas de fraude
- représentation des patients au sein de la gouvernance médicale
- prise en charge financière : interdiction de facturation de frais de gestion / de service en lien avec la TLC. Aucun dépassement d'honoraires autorisé

FONDS TERRITORIAL D'ACCESSIBILITÉ

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances rend obligatoire la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP).

La Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 a décidé la création du fonds territorial d'accessibilité (FTA) dont l'un des objectifs est d'accompagner financièrement les ERP de catégorie 5 dans la réalisation de leurs travaux de mise en accessibilité. Doté de 300 millions d'euros pour une période de cinq ans (du 2 novembre 2023 au 31 décembre 2028), le FTA a pour objectif d'accélérer la mise en accessibilité des établissements recevant du public de catégorie 5, grâce à une subvention pouvant aller jusqu'à 50% du coût des travaux et équipements de mise en accessibilité (avec un plafond de 20 000 € par ERP).

Trois textes réglementaires ont été publiés ces derniers mois concernant ce fonds :

- Le décret du 27 octobre 2023 instituant le FTA et désignant les types d'ERP éligibles, et son décret modificatif du 14 février 2024 qui rend éligibles les cabinets médicaux et paramédicaux (type U). Il est consultable [dans sa version modifiée ici](#).
- L'**arrêté** du 31 octobre 2023 qui liste les équipements et travaux éligibles au FTA

Plus d'informations sont disponibles sur les portails de :

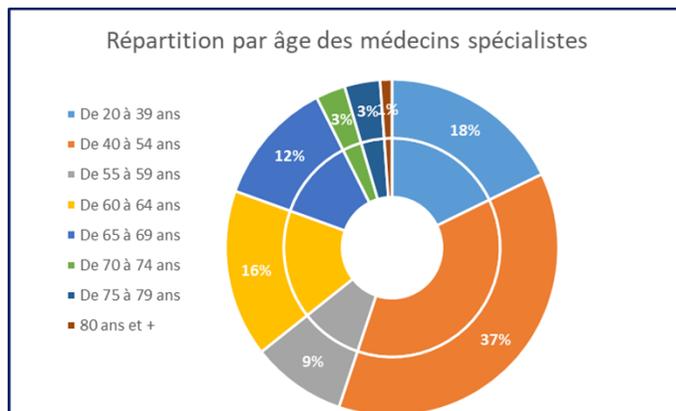
- la Direction générale des Entreprises : <https://www.entreprises.gouv.fr/fr/aap/fonds-territorial-accessibilite>
- l'Agence de services et de paiement : <https://www.asp-public.fr/aides/fonds-territorial-accessibilite>

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE/ OFFRE DE SOINS

Age des médecins :



	Part des hommes
Médecins généralistes	52,2%
Médecins spécialistes	66,7%
Médecins	61,7%

Démographie :

	2024		2023		2022	
	Installation	Cessation	Installation	Cessation	Installation	Cessation
Médecins généralistes	3	3	1	8	5	6
Médecins spécialistes	5	10	12	8	12	11
Médecins	8	13	13	16	17	17

70

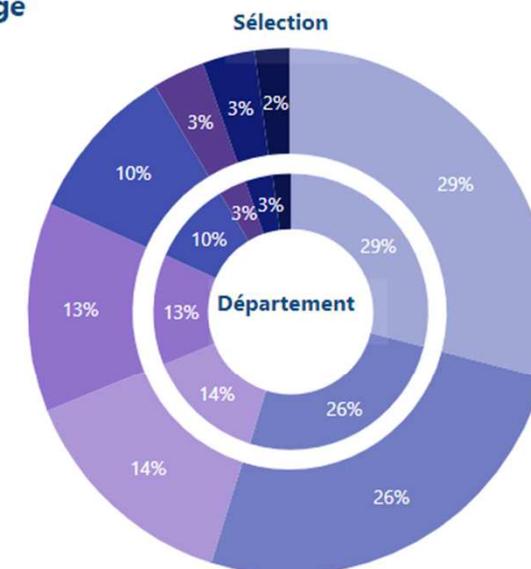
Situation au
09/09/2024

Répartition par âge

- De 20 à 39 ans
- De 40 à 54 ans
- De 55 à 59 ans
- De 60 à 64 ans
- De 65 à 69 ans
- De 70 à 74 ans
- De 75 à 79 ans
- 80 ans et +

Nombre de MG

93



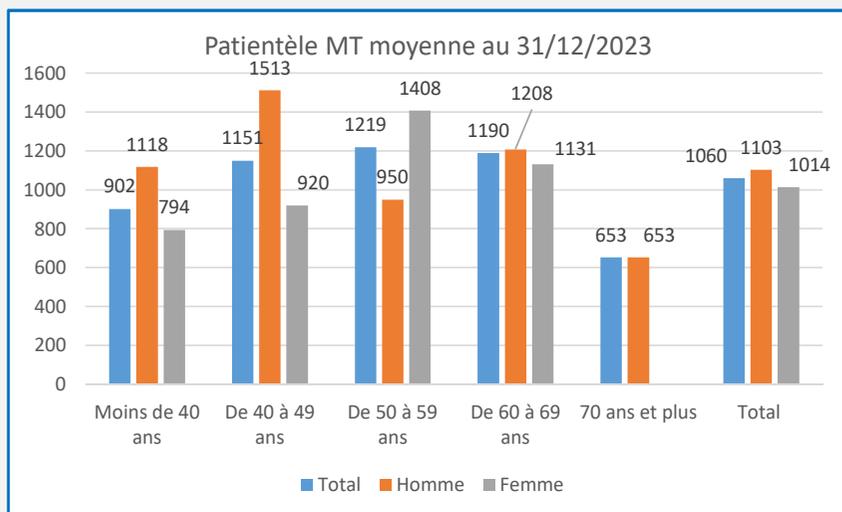
Mode d'exercice particulier

0	1	1	0
Acupuncture	Allergologie	Angiologie	Homéopathie
0	1	0	0
Médecine physi...	Médecine d'urg...	Thermalisme	Autres MEP

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE/ OFFRE DE SOINS

Patientèle MT :

- Au 31 décembre 2023, 93 432 assurés ont un médecin traitant dont le cabinet principal est dans le Territoire de Belfort.
- Par rapport au 31 décembre 2022, 6 019 assurés supplémentaires sont pris en charge par un médecin traitant (pour les médecins en activité) soit +6,9%.
- Pour les médecins généralistes ayant débuté leur activité avant le 31 décembre 2023, la patientèle MT moyenne est de 1 040 assurés.
- La patientèle minimum est de 80 assurés et la patientèle maximum de 3 503 assurés.



DÉMOGRAPHIE MÉDICALE/ OFFRE DE SOINS

Contrats démographiques :

- 48 communes sont éligibles pour la signature d'un contrat démographique soit 47% des communes contre 43% en BFC (zonage ARS juillet 2024). Le taux départemental de communes sous-dotées est compris entre 28% (Doubs) et 72% (Yonne).
- Les communes sous-dotées du Territoire de Belfort sont principalement situées dans les secteurs de Beaucourt, Delle, Giromagny et quelques communes à proximité du Haut-Rhin.
- 10 contrats d'aide à l'installation et 5 contrats d'aide au maintien sont actuellement en cours.
- Deux contrats d'aide au maintien n'ont pas été renouvelés (départ en retraite). Un contrat d'aide à l'installation n'a pas été suivi d'un contrat d'aide au maintien (commune n'étant plus éligible à la fin du contrat d'aide à l'installation). Le second contrat d'aide à l'installation est en cours de bascule vers un contrat d'aide au maintien.

Assistants médicaux :

- 21 contrats d'assistants médicaux ont été signés (dont un pour un centre de santé) principalement par des généralistes avec 15 signatures (80% des signatures).

MISE SOUS OBJECTIF INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Dans le cadre de l'action « mise sous objectif » IJ, 3 médecins ont fait l'objet d'un accompagnement dédiée.

A l'issue de la période d'observation, les éléments suivants sont à retenir:

- Deux médecins ont atteint et même dépassé l'objectif qui leur a été fixé. Le courrier bilan lui a été adressé le 21/08/2024 à chacun des 2 médecins concernés
- Un médecin n'a quasi pas fait évoluer sa pratique puisqu'à l'issue de la période d'observation (écart type passant de 2,21 à 2,19 pour un objectif à 1,5 écart type). Il a été informé en date du 21/08/2024 du bilan de la période d'observation et a informé de l'engagement de la procédure des pénalités. Il dispose d'un mois pour présenter ses observations.

PRÉVENTION

✓ *Offre de prévention:*

Notre nouvelle convention d'objectif et de gestion a été signée le 11 juillet 2023. Elle repose sur 6 axes dont le 3ème porte sur l'enjeu suivant : Faire de la prévention, des enjeux de la transition écologique et de la santé publique un marqueur de l'engagement de l'Assurance Maladie.

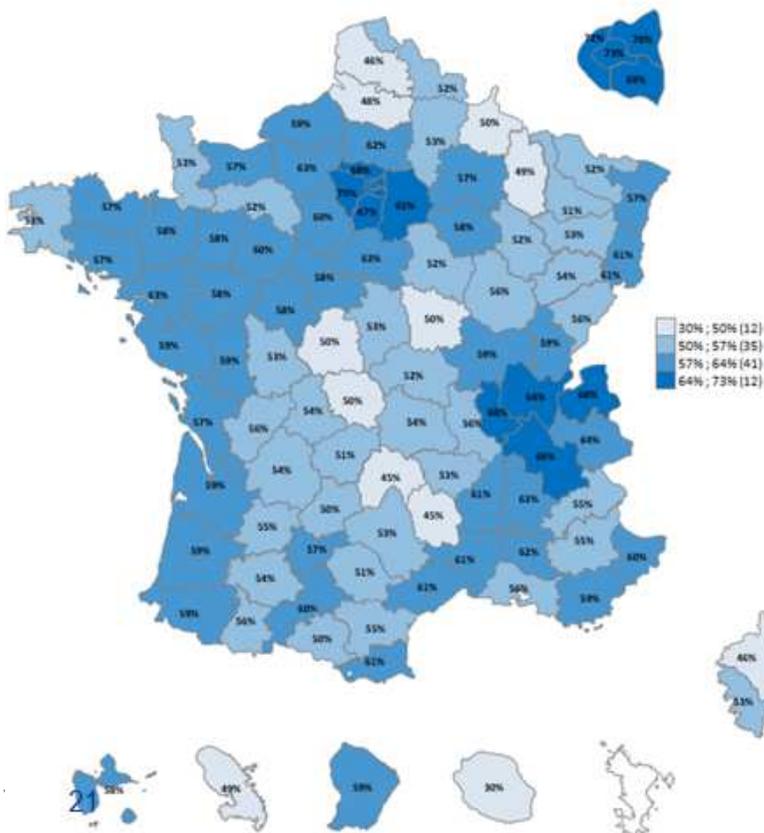
Il s'agit à travers cet axe:

- D'améliorer les taux de participation aux dépistages organisés des cancers notamment par la reprise des invitations par la CNAM et la mise en place d'appels sortants vers les assurés en retard de dépistage afin de les rendre plus accessibles. 1ère campagne d'appels sortants réalisée sur le dépistage colorectal durant la 1^{ère} quinzaine d'avril.
- De renforcer la couverture vaccinale de la population (grippe, Covid, HPV)
- De généraliser le dépistage précoce de l'enfant (troubles visuels et du langage en maternelle, génération sans carie, MT Dents, lutte contre l'obésité MRTC)
- De déployer des bilans de prévention aux 4 âges clés de la vie à travers la mobilisation de nos professionnels libéraux ainsi que de notre Centre d'Examens de Santé (à fin juin: 15 MBP ont été réalisés sur les 73 réalisés en région soit 20,55%)

Taux de dépistage dans le Territoire de Belfort - Un objectif à 70 % => Colorectal : 34 % => Sein : 57 % => Utérus : 59 %

RÉSULTATS CAMPAGNE VACCINATION ANTI GRIPPALE 2023/2024

Part vaccination par pharmacien (RG hors SLM) à fin mars 2024



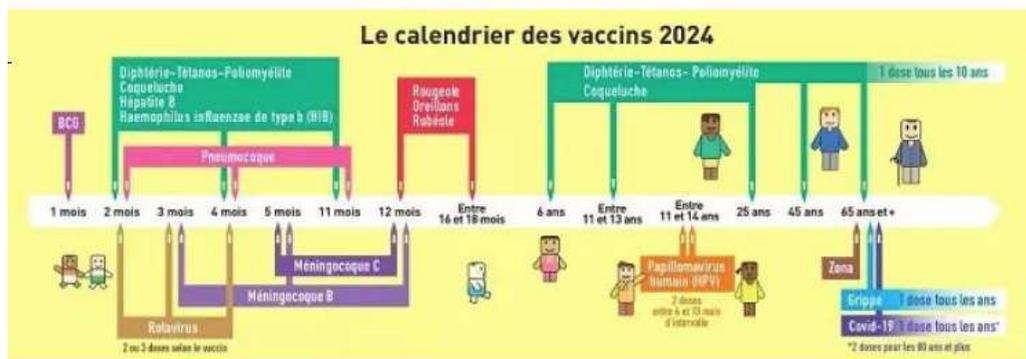
Région	Campagne VAG 2023-2024			A fin mars 2024		
	Pharmacien	Infirmier	Autre*	Pharmacien	Infirmier	Autre*
901-CPAM Belfort	9 673	2 463	3 804	9 673	2 463	3 804
Région BFC	203 521	62 547	97 988	203 521	62 547	97 988

Part vaccination pharmacien	Part vaccination infirmier	Part vaccination autre
61%	15%	24%
55,9%		

CPAM	TOTAL VAG 2023-24				Taux d'évolution des Tx de CV 23-24/22-23	TOTAL VAG 2022-23			
	Vaccinés (y compris autres vaccinés)	Vaccinés (hors autres vaccinés)	Invités	Taux de couverture (hors autres vaccinés)		Vaccinés (y compris autres vaccinés)	Vaccinés (hors autres vaccinés)	Invités	Taux de couverture (hors autres vaccinés)
211-CPAM Dijon	66 757	64 684	128 193	50,5%	-9,8%	71 314	66 525	118 931	55,9%
251-CPAM du Doubs	61 971	58 637	130 485	44,9%	-11,4%	65 481	61 533	121 321	50,7%
391-CPAM Lons-le-Saunier	31 820	30 510	69 827	43,7%	-10,7%	33 584	31 864	65 128	48,9%
581-CPAM Nevers	32 032	31 022	63 115	49,2%	-9,3%	33 743	32 490	59 940	54,2%
701-CPAM Vesoul	28 975	27 716	63 807	43,4%	-12,1%	30 905	29 427	59 568	49,4%
711-CPAM Macon	79 490	76 282	158 499	48,1%	-9,6%	83 054	79 108	148 634	53,2%
891-CPAM Auxerre	45 071	43 568	93 174	46,8%	-11,1%	47 852	45 953	87 390	52,6%
901-CPAM Belfort	15 940	15 288	36 275	41,6%	-10,9%	16 942	16 044	34 389	46,7%

CALENDRIER VACCINAL 2024 MIS À JOUR

- Elaboré par le ministère chargé de la Santé, après avis de la Haute autorité de santé (HAS), le calendrier des vaccinations réunit l'ensemble des **recommandations vaccinales**.
- Les nouveautés** du calendrier vaccinal 2024 paru le 26 avril dernier, visent à **mieux protéger contre les infections à pneumocoque et à méningocoque** ainsi que contre la rougeole et le zona.



2024 Calendrier simplifié des vaccinations

Logo République Française et Santé publique France.

Vaccinations obligatoires pour les nourrissons

Âge approprié	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	15-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG	■													
DTP		■	■	■		■	■		■	■		■	■	■ (tous les 10 ans)
Coqueluche		■	■	■		■	■		■	■		■	■	
Hib		■	■	■		■	■							
Hépatite B		■	■	■		■	■							
Pneumocoque		■	■	■		■	■							
ROR							■	■						
Méningocoque C							■	■						
Rotavirus		■	■	■										
Méningocoque B			■	■			■	■						
HPV										■	■			
Grippe														■ (tous les ans)
Covid-19														■ (tous les ans)
Zona														■ (tous les ans)

CALENDRIER VACCINAL 2024 MIS À JOUR

Tuberculose (BCG)

La vaccination contre la tuberculose est le plus souvent recommandée à partir de 1 mois et jusqu'à l'âge de 15 ans chez les enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite (DTP)

Les rappels de l'adulte sont recommandés à âges fixes soit 25, 45, 65 ans et ensuite tous les dix ans.

Coqueluche

Le rappel de l'adulte contre la coqueluche se fait à 25 ans avec rattrapage possible jusqu'à 39 ans. La vaccination contre la coqueluche de la femme enceinte dès le 2^e trimestre de grossesse est recommandée pour protéger son nourrisson.

Haemophilus influenzae de type b (Hib)

Pour les enfants n'ayant pas été vaccinés avant 6 mois, un rattrapage vaccinal peut être effectué jusqu'à l'âge de 5 ans avec le vaccin monovalent (1 à 3 doses selon l'âge).

Hépatite B

Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la 1^{re} année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée chez l'enfant et l'adulte à risque.

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses de vaccin.

Méningocoque C

À partir de l'âge de 12 mois et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus, une dose unique est recommandée pour ceux qui ne sont pas déjà vaccinés.

Rotavirus

Recommandé à tous les nourrissons à partir de 2 mois. Deux à trois doses (par voie orale) sont nécessaires selon le vaccin.

Méningocoque B

Un rattrapage est possible jusqu'à l'âge de 2 ans pour les nourrissons n'ayant pas reçu les trois doses de vaccins recommandées à 3, 5 et 12 mois.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. De plus, la vaccination est recommandée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans.

Grippe

La vaccination est recommandée, chaque année, notamment pour les personnes à risque de complications : les personnes âgées de 65 ans et plus, celles atteintes de certaines maladies chroniques dont les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et les personnes souffrant d'obésité (IMC > 40 kg m²). La vaccination contre la grippe sera désormais proposée à tous les enfants de 2 à 17 ans.

Covid-19

En automne, en plus des personnes à risque ciblées par la vaccination contre la grippe, les personnes atteintes de troubles psychiatriques, de démence ou de trisomie 21 sont également ciblées pour la vaccination contre le Covid-19.

Au printemps, la vaccination est recommandée pour les personnes de 80 ans et plus, les résidents d'EHPAD et USLD, et les personnes immunodéprimées quel que soit leur âge.

Zona

La vaccination est recommandée chez les personnes de 65 ans et plus.

Pour en savoir plus

 **VACCINATION
INFO SERVICE.FR**

Le site de référence qui répond à vos questions



DT07-016-24FC Mise à jour : mars 2024

DÉPISTAGE DES CANCERS

Depuis janvier 2024 les patients (homme) de 50 à 74 ans concernés par le dépistage organisé du cancer colorectal sont invités par l'Assurance Maladie

Désormais, la 1ère relance et la 2ème relance (lorsqu'elle ne comporte pas de kit) sont dématérialisées et déposées sur le compte Ameli des patients Contrairement à l'invitation initiale, ces relances ne comprennent donc pas d'étiquettes

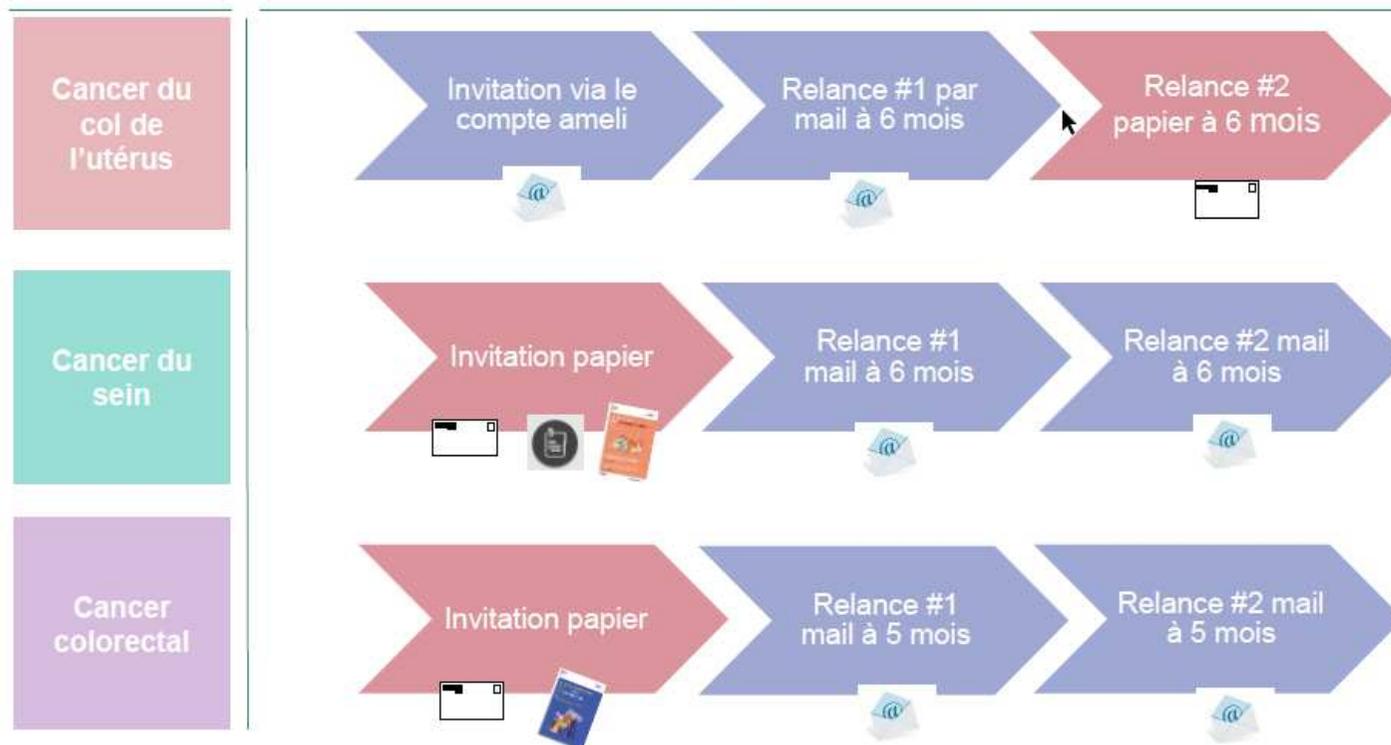
Si les patients ne disposent plus de leur invitation avec étiquettes et souhaitent en recevoir une nouvelle, ils peuvent s'adresser à leur caisse primaire d'assurance maladie (ou à sa caisse générale de sécurité sociale (en appelant le 36 46 (service gratuit coût de l'appel)

Les modalités de réception des résultats par les patients évoluent également un lien leur est envoyé par SMS, sous réserve qu'ils aient renseigné leur numéro de téléphone sur la fiche d'identification

À défaut, ils recevront leurs résultats par courrier

DÉPISTAGE DES CANCERS- UN NOUVEAU RYTHME POUR LES ENVOIS DES INVITATIONS AUPRÈS DES ASSURÉS POUR RENFORCER LES ACTIONS DE PRÉVENTION

Envois à partir de janvier 2024, tous les mois, par dépistage



Légende



Mails d'invitation et relances pour les assurés avec compte ameli

Pour les assurés sans compte ameli : parcours d'invitation et relance avec envois papiers.



Pour le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, les courriers sont au format papier avec étiquettes. Pour le col utérus, une relance papier est prévue en 2nde relance.



Pour le dépistage du cancer du sein, une annexe est jointe au courrier d'invitation présentant la liste des radiologues agréés du département



Un dépliant est joint aux invitations pour guider l'assuré

PRINCIPES DU CIBLAGE DES ASSURÉS POUR LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

		DO CANCER COLORECTAL	DO CANCER DU SEIN	DO CANCER DU COL DE L'UTERUS
Population de départ		Hommes et femmes Agés de 50 à 74 ans inclus	Femmes Agés de 50 à 74 ans inclus	Femmes Agés de 25 à 65 ans inclus
Critères d'exclusion	Ablation de l'organe	Coloproctectomie totale	Mastectomie totale (x2)	(Colpo)trachélectomie ou (Colpo)hystérectomie totale
	Cancer déjà connu	Cancer colorectal	Cancer du sein ou carcinome canalaire in situ	Cancer du col ou du corps de l'utérus
	Autres motifs (dont les facteurs de risque qui nécessitent un autre type de dépistage / suivi)	Scannographie du colon depuis ≤ 2 ans Coloscopie, endoscopie depuis ≤ 5 ans Destruction / excérèse / hémostase de lésion(s) ou de polype(s) ou mucosectomie depuis ≤ 5 ans Risque élevé de cancer lié à une MICI	Risque élevé de cancer lié à : - Mutation BRCA - Carcinome lobulaire in situ ou hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire depuis ≤ 10 ans	
Acte de dépistage		Test de dépistage du cancer colorectal à faire tous les 2 ans	Mammographie bilatérale de dépistage À faire tous les 2 ans	25 à 29 ans : Cytologie sur frottis tous les 3 ans 30 à 65 ans : Test HPV sur frottis tous les 5 ans

MISE A DISPOSITION DE LA LISTE DES PATIENTS ÉLIGIBLES DANS LE TÉLÉSERVICE AMELIPRO « PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT »

L'Assurance Maladie met à la disposition des médecins la liste de leurs **patients éligibles aux dépistages organisés des cancers** et n'y ayant pas participé dans les délais recommandés par la HAS. Cette liste est accessible dans le téléservice amelipro « Patientèle Médecin Traitant », à partir d'un onglet « Prévention » spécifiquement ajouté.

A noter :

- Il est possible que certains d'entre eux ne soient finalement pas concernés et que certains d'entre eux n'apparaissent pas du fait de leur opposition à figurer sur cette liste.
- La liste mise à disposition dans le téléservice est mise à jour mensuellement et intègre les données de l'avant dernier mois révolu (ex : si vous consultez la liste le 15 décembre, les données auront été actualisées à fin octobre).
- **Le ciblage des assurés présents sur cette liste n'est pas effectué avec la même méthodologie que le calcul des indicateurs de dépistage organisé de la ROSP**, et intègre notamment les recommandations HAS de 2019 concernant la réalisation du test HPV chez les femmes de plus de 30 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (en lieu et place de l'examen cytologique).
- A date, cette liste n'est pas accessible aux assistants médicaux. (*sujet en cours d'étude*)

DÉPISTAGES ORGANISÉS DES CANCERS

Résultats à fin juillet – comparé à fin avril:

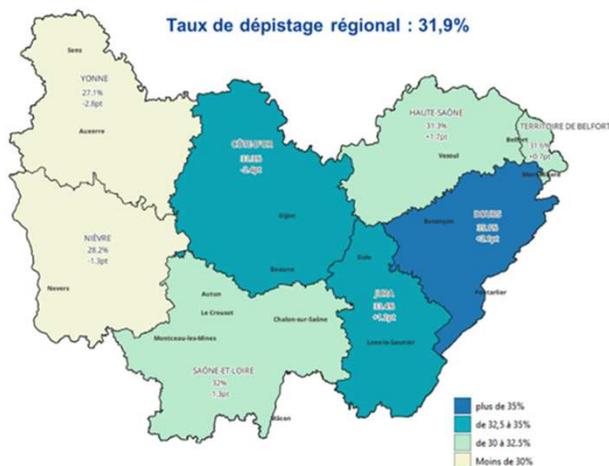
Colorectal: 30,39% - 31,6%

Sein: 58,30%- 56,7%

Utérus: 72,21%- 58,3%

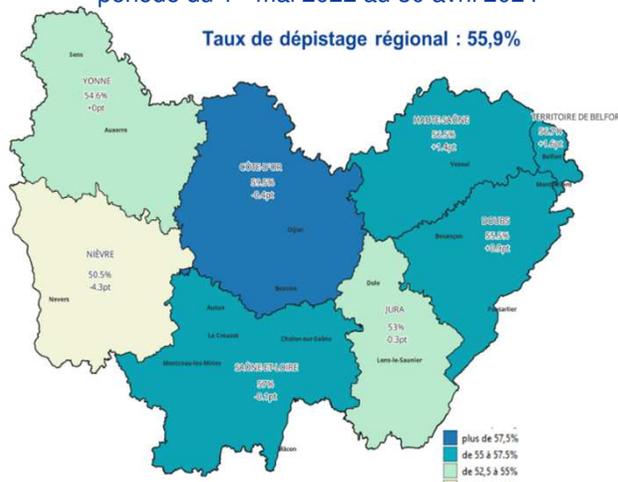
Taux de dépistage du cancer colo rectal par département

période du 1^{er} mai 2022 au 30 avril 2024



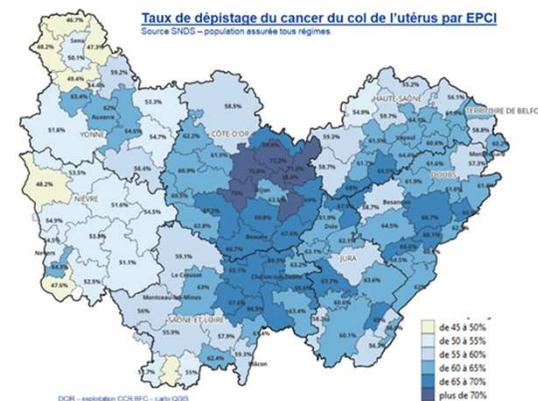
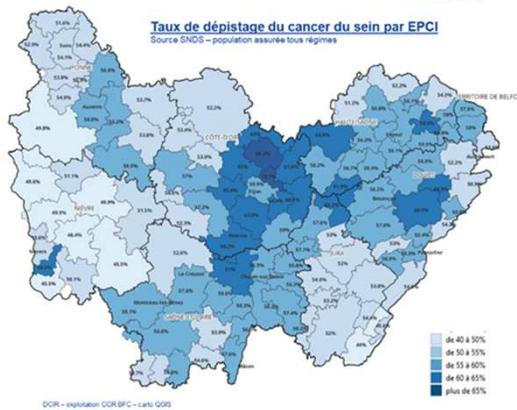
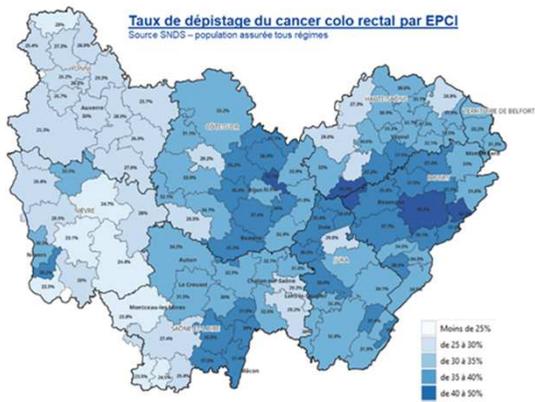
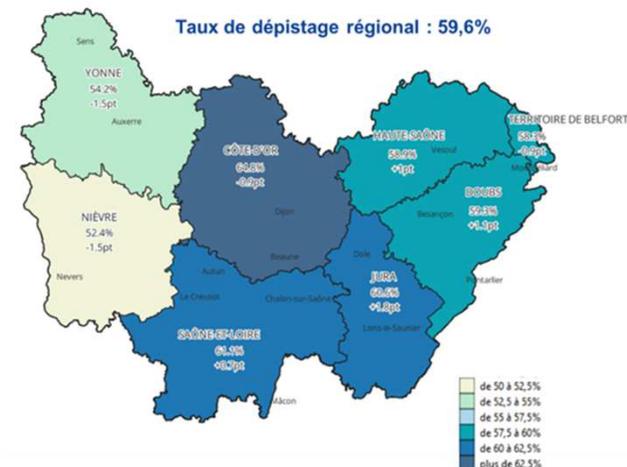
Taux de dépistage du cancer du sein par département

période du 1^{er} mai 2022 au 30 avril 2024



Taux de dépistage du cancer du col par département

période du 1^{er} mai 2022 au 30 avril 2024



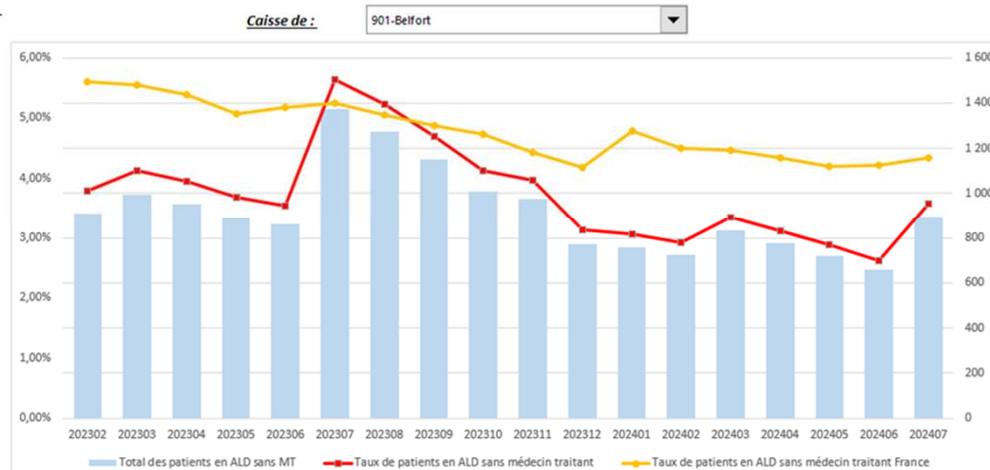
ACTION ZÉRO ALD SANS MÉDECIN TRAITANT (AZAM)

ACTION ALD SANS MÉDECIN TRAITANT

🔍 actions 2024 enclenchées ou à venir

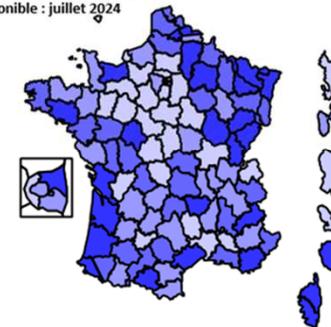
- Ouverture d'un Centre de santé éphémère le 4/03/2024 –
- Poursuite de la promotion des contrats assistants médicaux et coopération IPA
- Action nationale « Mobilisation des MSP » en partenariat avec AVECSanté- enclenchement en date du 11/03- enclenchement appels sortants le 11/04
- Envoi courrier accompagnement le 27 mars 2024 aux nouveaux ALD (depuis avril 2023) soit 321 personnes
- Identification des patients prioritaires selon des critères médicaux
- Lancement de l'action 2024 « médecin traitant réguliers » - 61 médecin généralistes concernés
- Travail en cour sur un observatoire ODEMA- présentation à venir à l'ensemble des partenaires
- Action à destination des patients reconnus avec une IC et non intégré dans le parcours de soins (environ 20 patients)
- Présentation de manière systématique de l'action « ALD sans MT » aux nouveaux installés et demander dans quelle mesure celui-ci accepte de nouveaux patients.
- Action auprès des ESMS (handicap) pour recueillir les patients non intégré dans le parcours de soins
- Action à venir prochainement à destination des Directions des EHPAD ou UDAF afin de réintégrer les patients/ résidants dans le parcours de soins.

Dénombrement et taux de patients en ALD sans Médecin Traitant enregistrés dans notre Système d'Information



Taux de patients en ALD sans médecin traitant

Dernier état disponible : juillet 2024



Légende

[1,97% : 3,32%] [3,32% : 4,18%] [4,18% : 5,52%] [5,52% : 46,33%]

Total des patients en ALD sans MT :
% de bénéficiaires en ALD sans MT

202302	202308	202309	202310	202311	202312	202401	202402	202403	202404	202405	202406	202407	% dans total ALD sans MT
910	1 276	1 151	1 010	977	773	756	723	833	778	722	658	896	100,00%
3,78%	5,23%	4,71%	4,12%	3,97%	3,14%	3,06%	2,92%	3,35%	3,12%	2,89%	2,63%	3,57%	

Observatoire ODEMA

(Observatoire de la DEmographie Médicale et mesures d'Anticipation)

Proposition de structurer un dispositif permettant une visibilité partagée de la situation de démographie médicale sur le département.

Ce projet s'inscrit dans les solutions issues des CNR en santé dans le cadre des défis 1 (donner accès à un médecin traitant) et 2 (garantir la continuité des soins), dans les thématiques retenues dans la feuille de route CNR du CTS 90, rejoint la mission socle 1 des CPTS (faciliter l'accès aux soins des patients, notamment l'accès à un médecin traitant) et les orientations CNAM dans le cadre du plan AZAM (Zéro ALD sans médecin traitant).

Objectifs :

- Avoir une **vision actualisée et partagée** de la situation de démographie médicale sur le département, à une échelle très fine, grâce aux données disponibles dans nos organismes / structures mais également aux informations « non-officielles » dont nous pouvons avoir connaissance ;
- **Anticiper les mouvements** (départs et installations) prévisibles des praticiens afin de mesurer leur impact sur le territoire et d'identifier ensemble les **actions nécessaires** pour accompagner ce mouvement (*report prévisible de patientèle, renfort de l'attractivité sur ce secteur pour attirer des médecins, dispositifs transitoires, ...*) et le timing d'intervention (*par exemple, la possibilité de modification chaque année du zonage permettant la mobilisation des aides conventionnelles, pour soutenir les nouvelles installations dans les délais requis*).

Actions envisagées :

- Construire un outil commun afin de partager les informations permettant d'identifier et suivre les mouvements des PS sur le territoire,
- Identifier et mettre en place les moyens d'accompagnement pour pérenniser les projets d'installation des PS,
- Co-construire des alternatives de soutien aux territoires qui pourraient se retrouver en tension par manque de PS.

Cette vision que l'on veut commune implique le partage de données pouvant être considérées comme confidentielles, et pour lesquelles les membres de cet Observatoire s'engagent à ne pas utiliser à des fins autres que celles relevant de ses missions, ou dans le cadre d'actions ayant été validées par l'Observatoire.

POINT ACCOMPAGNEMENT AUPRÈS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Les campagnes d'accompagnement en cours de déploiement:

- Campagne Référent Organisation Coordonnée (ROC)+ référent établissement
 - CPTS: dialogue de gestion
 - rencontre des ESMS ('handicap)
 - Rencontre HNFC sur la visite annuel des établissements de santé

- Campagnes DAM:
 - Polymédication chez la personnes âgées
 - Biologie (TSH et vitamine D)
 - À venir: Compléments Nutritionnels Oraux(27 MG) et prescripteurs atypiques de transport (17 MG)

- Campagne DNS:
 - Outils numériques médecins dont téléservices AAT- CM AT/MP-SCOR - SPE...
 - Ordonnance numérique

Informations nationales « OSMOSE » envoyées depuis la dernière commission

Date	Thème	À venir
11/09	Prescription de la réhabilitation respiratoire BPCO	Recours contre tiers
10/09	sécurisation formulaire AAT	Insuffisance cardiaque EPON
03/09	annuaire accessibilité des cabinets	Prescription de pristinamycine
30/08	Incitation vaccination HPV	Déplacements sanitaires
29/07	- Évolution mon soutien psy - Vaccination coqueluche femme enceinte et proche	
12/07	DAP PPC OAM	
11/07	IPP chez l'enfant- recommandation	
02/07	Convention médecin- assistants médicaux	
07/05	Prescription de slenlyto prescripteurs	
29/04	DO CCR remise kit sans invitations MG	

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ❑ Taux de télétransmission **au 30/06/2024**: 91,79% (contre 91,47% à fin mars)
(93,65% versant généraliste et 90,03% versant spécialiste)
- ❑ **ADRI : 87.39%** de taux d'équipement (94,57% versant généraliste et 82,88% versant spécialiste)
81,93% (+2,6%) PS utilisateurs parmi les PS équipés (89,66% versant généraliste et 96,69% versant spécialiste)
- ❑ **AAT : taux utilisateurs 47,06%** (+1,23%) (80,81% (- 3,06%) versant généraliste et 25,64% (+9,4%) versant spécialiste)
- ❑ **PSE : taux utilisateurs 43,92%** (+7,25%) généralistes 79,80% (+7,76%) spécialistes 21,15% (+6,86%)
- ❑ **DMT : taux utilisateurs 34,12%** (+2,04%) généralistes 78,49% (+2,31%) spécialistes 4,49% (+1,77%)
- ❑ **CM AT/MP : taux utilisateurs 30,20%** (+9,37%) généralistes 50,54%(+4,3%) spécialistes 2,04% (-1,4%)
- ❑ **SPE (prescription transport) : taux utilisateurs 31,37%** (+8,04%) généralistes 59,60%(+13,36%) spécialistes 13,46%(+4,62%)
- ❑ **DMP : taux utilisateurs 45,88%**(+2,55%) généralistes 74,75%(+2,71%) spécialistes 27,56%(+2,39%)
 - ❑ **PS ayant alimenté un DMP 44,71%** (+3,04%) généralistes 71,72% (+1,83%) spécialistes 27,56% (+3,75%)
- ❑ **DSG (déclaration de grossesse): 3,14% en 2024** Généralistes 4.04% Spécialistes 2.56%
- ❑ **EPRE (ordonnance numérique): 10,20% de médecins utilisateurs en juin 2024** généralistes 10,10% spécialistes 10,26%
- ❑ **SCOR: 69,75% de taux d'équipement** Généralistes 90,22% Spécialistes 56,85%
 - ❑ **taux utilisateurs 14,29%** (+2,62%) généralistes 18,07% (+6,24%) spécialistes 21,35% (+9,79%)



NUMÉRIQUE EN SANTÉ

SCOR MÉDECIN

Evolution technique suite à la mise en place dans le cadre du règlement arbitral :

Simplification de la transmission de pièces jointes à l'assurance maladie : la transmission des feuilles de soin, **en cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins sécurisées Vitale**, est simplifiée (SCOR).

Avec ce dispositif, le médecin pourra adresser la pièce justificative dématérialisée, comportant la signature manuscrite du patient à sa caisse d'affiliation.

Pré-requis :

• **Logiciel agréé : version 2.13 obligatoire pour les logiciels qui couvrent les médecins et qui sont déjà agréés SCOR au cahier des charges SCOR (cf : CdC du 12/06/2023).**

• **Palier minimum : addendum 7 au CdC SESAM-Vitale**

Le déploiement de SCOR médecins est en cours. Une communication a été adressée aux médecins le 14 septembre 2023.

LE VOLET DE SYNTHÈSE MÉDICALE (VSM)

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'usage des outils numériques en faveur de la prise en charge coordonnée des patients en particulier pour accompagner les médecins dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM).

En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD.

Aussi le forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est maintenu pour les médecins ne l'ayant pas déjà perçu antérieurement.

Pour les médecins n'ayant pas déjà bénéficié de cette rémunération au titre des versements intervenus sur la base de l'atteinte des objectifs au 31 décembre 2023, le forfait est versé à 100 % de la valeur calculée sur la base des résultats atteints au 30 juin 2024 ou à 90 % de la valeur calculée sur la base les résultats atteints au plus tard au 30 juin 2025.

Un complément de rémunération, par rapport à la rémunération allouée au titre de 2024, peut être apporté dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'alinéa précédent, dès lors qu'il est constaté une amélioration des résultats en 2025.

Au delà du 30 juin 2025, le forfait pour la valorisation de la création des VSM est supprimé.

Qualité facturation (avril à juillet 2024)



Taux moyen de rejet de **0,72%** FSE/B2 et **3,18%** FSP (2,99%-3,64%)

Sur un total de
195 656 factures
Top des anomalies

Modulation du ticket modérateur non trouvée dans nos bases : 182 factures (>< 306 factures) soit 0,09% (><0,12%) -124 factures

Un régime local ou un FNS a été télétransmis alors qu'il n'existe plus dans les bases de l'AM. En tiers payant, la garantie de paiement est appliquée pour les flux sécurisés sans indicateur de forçage

Facturation Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat: 176 factures(>< 267 factures) soit 0,09% (><0,10%) – 91 factures

Le contrat qui est télétransmis pour le remboursement de la part complémentaire n'est pas celui qui est connu dans les fichiers de l'AM. La garantie de paiement est appliquée pour les flux sécurisés sans indicateur de forçage avec le numéro de l'OC 89111116.

Les actes ont déjà été facturés pour ce bénéficiaire à la même date d'exécution: 170 factures soit 0,09%

Ce rejet permet de vérifier en amont la double facturation d'un acte pour un même bénéficiaire à la même date, afin d'éviter des doubles paiements et ainsi des indus à postériori.

La nature d'exercice du praticien exécutant n'est pas valide à la date des soins : 77 factures soit 0,04%

Les factures sont recyclées lorsqu'un numéro d'identification du praticien est valide dans le fichier national des Professionnels de Santé. Sinon les factures sont rejetées.

Majoration de coordination non justifiée– signalement 223 factures soit 0,11%

La facturation d'une majoration de coordination par une spécialité relevant de l'accès direct avec médecin traitant déclaré au dossier du bénéficiaire des soins alors la facture est recyclée. Si le PS a facturé à tort une majoration, la facture est rejetée.

04

POINTS DIVERS

ANNUAIRE ACCESSIBILITÉ

Dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins pour les patients à besoins spécifiques, APF France handicap et le ministère de la Santé et de la prévention ont mis en ligne sur le [site Santé.fr](http://site.Santé.fr) un annuaire ayant pour ambition de valoriser l'accessibilité des lieux d'exercice et de soins. Plus de 3 500 professionnels de santé y sont déjà inscrits. Cet annuaire rend compte de l'accessibilité de l'environnement extérieur et du bâti du lieu de consultation ou de soins, et renseigne également sur la prise en charge des patients à besoins spécifiques (visuel, auditif, moteur, etc.). Pour enrichir cet annuaire toujours en phase de test mais consultable, les praticiens sont vivement encouragés à remplir le formulaire permettant de collecter les données.

À noter : cette interface est dédiée aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes.

Comment remplir l'annuaire ?

Le professionnel de santé qui souhaite le remplir se connecte sur www.sante.fr/annuaire-accessibilite-pro avec sa carte CPS ou e-CPS. Il répond aux questions qui portent sur l'accès à son lieu d'exercice, la prise en charge et ses équipements. Environ 5 à 10 minutes sont nécessaires et aucune question n'est obligatoire. Il est possible de quitter le formulaire à tout moment pour le compléter plus tard. Les réponses fournies ne seront pas contrôlées a posteriori.

ACTION ALLER-VERS SENSIBILISATION INSUFFISANCE CARDIAQUE (IC)

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique lourde de conséquences, qui concerne 1,5 million de personnes en France et devrait progresser de 25 % tous les 4 ans.

Ce nombre est sous-estimé : les malades tardent à être diagnostiqués car les signes et symptômes d'alerte de la maladie sont peu connus du grand public.

Une étude britannique a établi que 80 % des cas incidents d'insuffisance cardiaque étaient documentés lors d'un séjour hospitalier initial, pour 20 % diagnostiqués en secteur de soins primaires par le médecin généraliste. Ainsi, la prise en charge en soins de ville des patients IC est un enjeu majeur pour prévenir des épisodes cliniques aigües entraînant des hospitalisations.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, l'objectif est de garantir que les patients avec IC aient bien réalisé 4 consultations MG ou plus dans l'année. La caisse nationale a donc fixé un taux cible de suivi des patients IC.

Un état des lieux du suivi des patients IC a été dressé au 31/12/2023, montrant que 2/3 des patients insuffisants cardiaques sont suivis en ville selon les recommandations HAS. L'objectif est d'accroître cette proportion.

Il est envisagé dans un premier temps de cibler les patients sans médecin traitant

ACTION ALLER-VERS SENSIBILISATION INSUFFISANCE CARDIAQUE (IC)

Un message d'information a été adressé la semaine dernière au Conseil de l'Ordre ainsi qu'aux 2 CPTS avant le lancement de cette campagne.

Le message pourrait être le suivant:

« Docteur,

Nous souhaitons vous informer qu'une action de prévention sera prochainement organisée par l'Assurance Maladie dans notre département. Cette initiative vise à sensibiliser les assurés souffrant d'insuffisance cardiaque, à l'importance d'un suivi médical régulier.

Dans ce cadre, des appels seront effectués par des infirmiers conseillers en santé pour les encourager à consulter leur médecin généraliste au moins quatre fois par an. L'objectif étant de favoriser une meilleure gestion de leur santé et de prévenir d'éventuelles complications et/ou hospitalisations.

En espérant pouvoir compter sur votre collaboration pour accompagner cette démarche et renforcer nos actions de prévention.

Merci pour votre contribution auprès de nos assurés

Cordialement »

HANDIFACTION - COACTIS- SANTÉ BD

Via un navigateur web : www.handifaction.fr

Également sur smartphone avec l'application gratuite

handifaction

Le baromètre de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap et de la charte Romain Jacob



De la CHARTE ROMAIN JACOB au QUESTIONNAIRE HANDIFACTION

LA Chartre Romain Jacob

Le guide éthique de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap

LE BAROMÈTRE handifaction

Le questionnaire d'évaluation de la mise en œuvre de la Chartre Romain Jacob et de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap



Association créée en 2010. But : rendre effective l'accessibilité aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap, avec la création de solutions concrètes à destination des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, des professionnels de santé et des professionnels de l'accompagnement.

SantéBD
Pour promouvoir une information en santé accessible

HandiConnect.fr
Pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne auprès des patients en situation de handicap



Devenir acteur d'une santé accessible et inclusive **HANDI CONNECT.fr**

Devenir acteur d'une santé accessible et inclusive **HANDI CONNECT.fr**

Des ressources pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne pour assurer un accueil de qualité et des soins adaptés à chaque handicap.

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 5 DÉCEMBRE 2024*

**À 13H POUR LA SECTION SOCIALE ET 13H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**