l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MÉDECINS

5 décembre 2024

CPAM du Territoire de Belfort

# SOMMAIRE


01
ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02
ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03
ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04
POINTS DIVERS




l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# VALIDATION DU COMPTE-RENDU DU 19 SEPTEMBRE 2024



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# 01

# ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 31 OCTOBRE 2024



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

| Postes de dépenses | Territoire de Belfort | | | | | Evolutions Région | Evolutions France |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Montants | Evolution (€) | Evolution | Evolution MG | Evolution MS | | |
| **Actes techniques** | **22 192 482 €** | **741 676 €** | **3,5%** | **31,7%** | **2,5%** | **4,5%** | **3,6%** |
| Actes techniques médicaux (hors imagerie) | 7 490 695 € | 520 097 € | 7,5% | 73,5% | 5,8% | 8,6% | 6,3% |
| Actes d'imagerie (hors échographie) | 6 044 006 € | 24 328 € | 0,4% | | 0,4% | 4,0% | 2,8% |
| Actes échographie | 4 038 353 € | -2 417 € | -0,1% | 16,0% | -2,2% | 2,5% | 2,7% |
| Actes de chirurgie | 3 130 763 € | 209 511 € | 7,2% | 50,9% | 6,8% | -1,0% | -0,2% |
| Actes d'anesthésie | 1 415 672 € | -6 145 € | -0,4% | | -0,4% | 2,3% | 2,6% |
| Actes d'obstétrique | 69 810 € | 2 942 € | 4,4% | | 4,4% | -6,3% | -8,7% |
| Actes NGAP | 3 182 € | -6 640 € | -67,6% | ns. | -68,2% | -1,7% | 0,4% |
| **Autres prestations** | **3 238 449 €** | **222 532 €** | **7,4%** | **7,3%** | **7,7%** | **5,7%** | **5,8%** |
| Aides et rémunérations conventionnelles | 3 011 921 € | 211 821 € | 7,6% | 8,5% | 0,7% | 7,0% | 7,1% |
| Permanence des soins | 130 200 € | -5 110 € | -3,8% | -3,8% | | -1,8% | 5,6% |
| Autres honoraires | 91 547 € | 28 736 € | 45,8% | ns. | 45,6% | 6,8% | -3,4% |
| Vaccination COVID | 4 781 € | -12 915 € | -73,0% | -73,0% | | -77,0% | -83,6% |
| **Consultations et visites** | **16 908 640 €** | **515 039 €** | **3,1%** | **5,4%** | **-0,8%** | **5,7%** | **4,7%** |
| Consultations | 15 992 434 € | 546 838 € | 3,5% | 6,1% | -0,5% | 6,5% | 5,7% |
| Visites (frais dép.. inclus) | 704 136 € | -37 440 € | -5,0% | -5,1% | ns. | -3,0% | -5,2% |
| Téléconsultations | 212 070 € | 5 641 € | 2,7% | 14,5% | ns. | -3,2% | -7,2% |
| **TOTAL** | 42 339 571 € | 1 479 246 € | 3,6% | 7,1% | 1,9% | 5,1% | 4,3% |

- 42 339 571€ versés aux médecins du Territoire de Belfort au 31 octobre 2024.
- Hausse de +3,6% (ou +1 479 246€). La hausse a été plus forte pour les médecins généralistes (+7,1%) que pour les médecins spécialistes (+1,9%).

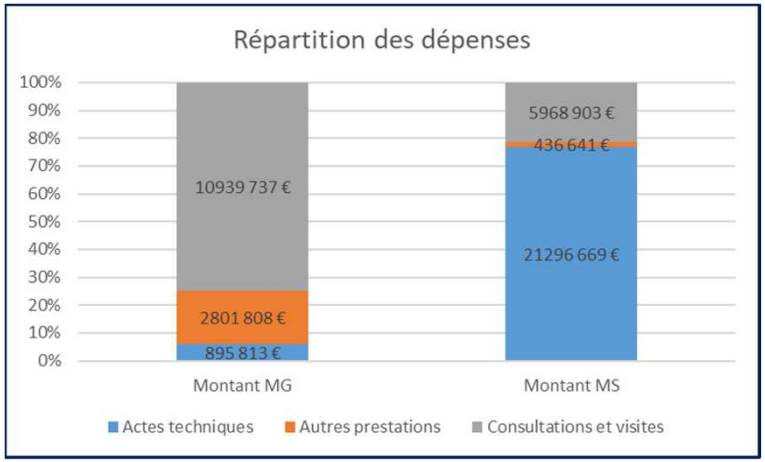


l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

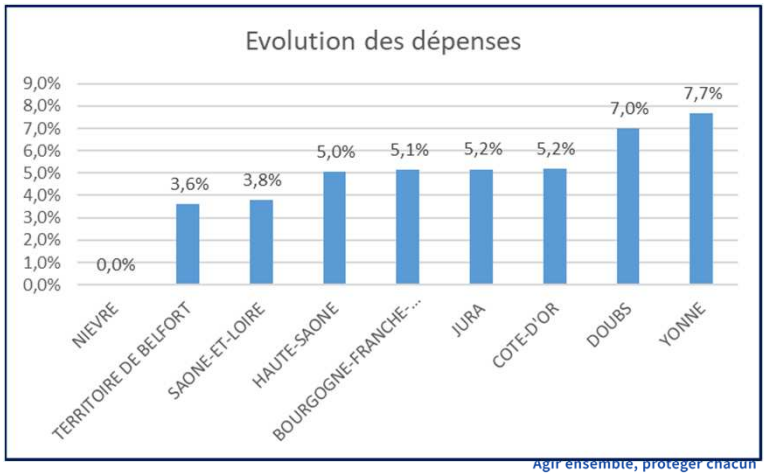
**Répartition des dépenses :**

- Les consultations et visites représentent 75% des montants versés aux médecins généralistes contre 22% pour les médecins spécialistes.
- Les Actes techniques sont en forte augmentation (+31,7% ou +215 679€) pour les médecins généralistes.




**Comparaison Bourgogne-Franche-Comté :**

- Le Territoire de Belfort est le second département avec la plus faible augmentation (stabilité des dépenses dans la Nièvre) en Bourgogne Franche-Comté avec +3,6%. En 2023, il a été le département avec la plus forte hausse des dépenses (+7,7%).
- L'Yonne et le Doubs sont les départements avec les plus fortes hausses tout comme 2023.
- Les dépenses pour les consultations et les autres rémunérations augmentent plus fortement en Bourgogne Franche-Comté que dans le Territoire de Belfort.



# STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

**Consultations (+3,1%) :**

- La hausse des dépenses liées aux consultations s'explique principalement par la hausse des consultations de spécialistes de médecine générale (+26,8% ou +720 530€). Les consultations de médecine générale et de spécialistes sont en baisse avec respectivement -4,0% et -5,3%.

- La majorité des autres types de consultations et majorations sont en hausse à l'exception des consultations spécifiques cardiologues (-7,9%).

Méthodologie :
- Les chiffres ci-dessous détaillant les actes sont issus de la consommation des assurés RG 901.

**Actes techniques médicaux (+7,5%) :**

- L' augmentation s'explique principalement par :
  - la forte hausse des actes de dilatation intraluminale d'un vaisseau coronaire (+50 543€ ou +135,2%), de tomographie de l'œil (40 195€ ou +5,9%) et de la mesure de l'expiration forcée (+39 759€ ou +17,8%).
  - Le principal acte dont les montants versés baisse est l'épreuve d'effort (-14,1% ou -10 752€).

**Actes de radiologie (+0,4%) :**

- Forte augmentation des actes d'Imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (+126,0% ou +55 933€) et dans une moindre mesure des rétinographies en couleur (+25,1% ou +18 227€).
- La principale baisse concerne les mammographies de dépistage (-16,2% ou -45 298€).

**Actes chirurgicaux (+7,2%) :**

- Hausse de +35,4% (+35 760€) pour les actes d'éxérèse de 1 à 3 polypes par coloscopie totale et de +80,5% (+30 977€) pour les remplacements de l'articulation coxofémorale par prothèse totale.

- Baisse pour les extractions extra capsulaires du cristallin (-7,7%) et les remplacements de l'articulation du genou par prothèse (-9,5%).

# STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024

**Actes d'échographie (-0,1%) :**

- Légère baisse des dépenses pour les échographies-doppler transthoracique du cœur (-1,6%) qui sont le principal poste de dépenses.
- Forte hausse pour les échographies de muscles et/ou de tendons (+46,8%).
- échographie transcutanée de l'abdomen (+12,8%).
- Parmi les principaux actes facturés, seules les échographies du petit bassin féminin sont en baisse (-14,2%).

Méthodologie :

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

**Aides et rémunérations conventionnelles (+7,6%) :**

| | Montant | Evolution (€) | Evolution | Evolutions BFC |
|---|---|---|---|---|
| Forfait Patientèle Médecin Traitant | 1 384 956 € | 89 497 € | 6,9% | 6,5% |
| Forfait struct. médecin | 818 544 € | 92 014 € | 12,7% | 1,2% |
| Rémunération initiale sur objectif & CDS | 511 309 € | -4 981 € | -1,0% | 0,3% |



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# 02

# ACTUALITÉS RÈGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

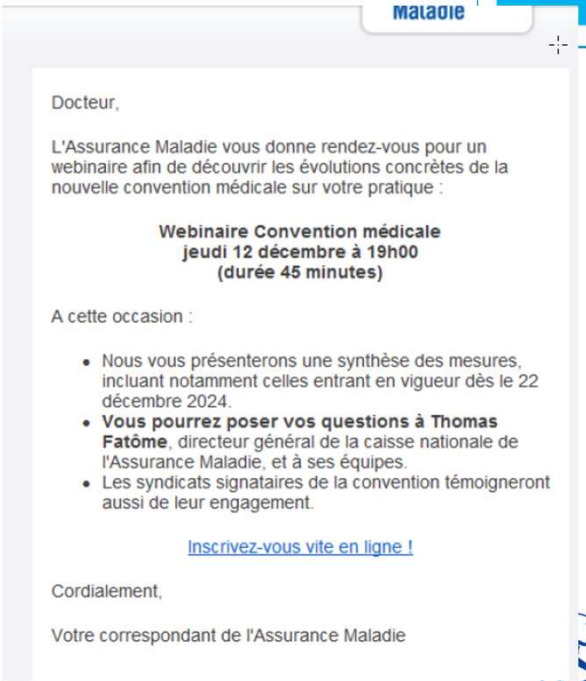


l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE 2024

Un accompagnement individualisé porté par les Délégués Assurance Maladie va être mis en place auprès des médecins généralistes afin de présenter les évolutions majeures issues de cette convention.

Un webinaire national présentera la convention. Il se tiendra le 12 décembre 2024 à 19h (invitation adressée aux médecins par mail le 27/11)



Maladie

Docteur,

L'Assurance Maladie vous donne rendez-vous pour un webinaire afin de découvrir les évolutions concrètes de la nouvelle convention médicale sur votre pratique :

**Webinaire Convention médicale**
**jeudi 12 décembre à 19h00**
**(durée 45 minutes)**

A cette occasion :

- Nous vous présenterons une synthèse des mesures, incluant notamment celles entrant en vigueur dès le 22 décembre 2024.
- **Vous pourrez poser vos questions à Thomas Fatôme**, directeur général de la caisse nationale de l'Assurance Maladie, et à ses équipes.
- Les syndicats signataires de la convention témoigneront aussi de leur engagement.

Inscrivez-vous vite en ligne !

Cordialement,

Votre correspondant de l'Assurance Maladie

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE 2024- LES PRINCIPALES ÉTAPES

## Revalorisation des consultations cliniques de l'enfant et de l'adulte

Un investissement dans la revalorisation de la **consultation de référence**, ainsi que dans les **consultations de l'enfant**.

### Consultation de référence G

**30 €**

22 Décembre 2024

### Consultations enfant

- *Consultations de référence (enfant 0-6 ans)* ***G+MEG***

**35 €**

22 Décembre 2024

- *Consultations examens obligatoires*

**60 €**

Juillet 2025

1ère étape
22 Décembre 2024 : 54 €

### APC

**60 €**

22 Décembre 2024

## Visites et revalorisations techniques

### Visites avec spécificité territoriale

- Majoration de déplacement montagne

**15 €**

1er Janvier 2026

- Revalorisation des IK plaine et montagne

1er Janvier 2026

### Actes CCAM

- Autorisation de cumuls de certains actes CCAM à 100% avec la consultation (ex : pose ou changement d'un DIU)

1er Janvier 2026

- Revalorisation des tarifs CCAM

1er Janvier et 1er Juillet 2025



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CRÉATION D'UNE CONSULTATION LONGUE DU MÉDECIN TRAITANT

Pour tous ✓

Facturable pour les patients de plus de 80 ans, une fois dans l'année :

**60 €**

1er Janvier 2026

## GL 1

**Consultation de sortie d'hospitalisation dans les 45 jours**

## GL 2

**Consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués**

10 lignes de traitement minimum – appui sur un bilan de médication réalisé par le pharmacien prescrit par le médecin

## GL 3

**Consultation d'orientation vers un parcours médico-social**

- remplissage du dossier pour l'obtention de l'APA
- A terme dossier Via Trajectoire lorsque celui-ci est rempli par le médecin (modalités à définir en CPN)

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE 2024- LES MESURES COMPLÉMENTAIRES

2025

**Patients bénéficiaires de l'AME**

**500 € / an**

*en cas de prise en charge d'une patientèle AME importante (2% des actes totaux)*

**Collaboration IPA**

**100 – 1000 € / an**
**Rémunération forfaitaire**

*selon le nombre de patients orientés vers une IPA*

2026

**Fonction maître de stage**

**800 € / an**
*MSU installés en ZIP*

**500 € / an**
*MSU installés hors ZIP*

**Participation au SAS**

**1000 € / an**
*Sous conditions*

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE 2024- FORFAIT PATIENTÈLE MT- CAS CONCRET

Voici 4 situations de patients que les médecins peuvent rencontrer en consultation, afin de visualiser de manière concrète les valorisations associées à ces cas cliniques directement sur amelipro.

FORFAIT MÉDECIN TRAITANT PAR PATIENT

| | SOCLE | MAJORATIONS « C2S » | MAJORATIONS DE PRÉVENTION |
|---|---|---|---|

- Âge : 18 mois

| Vaccinations obligatoires | | Examens |
|---|---|---|
| ✓ MgC | ✓ ROR | ✓ COE du 9e mois |

30€ = FMT socle 15€ + Vaccination 5€ MgC + 5€ ROR + Examen obligatoire 5€

- Âge : 15 ans
- Bénéficiaire de la C2S

| Vaccinations |
|---|
| ✓ HPV |

20€ = FMT socle 5€ + C2S 10€ + Vaccination 5€ HPV

- Âge : 52 ans
- Diabétique

| Vaccinations | | Dépistages | Examens biologiques |
|---|---|---|---|
| X Grippe | X CoVID | ✓ Cancer colorectal | ✓ HbA 1c |
| X PneumoC | | | ✓ MRC |

70€ = FMT socle 55€ + Examens biologiques 5€ MRC + 5€ HbA1c + Dépistages 5€ DOCCR

*Nb : la valorisation aurait été de 85€ en cas de vaccination*

*Ce patient vient juste d'être accepté dans la patientèle médecin traitant d'un jeune installé.*

- Âge : 83 ans
- Insuffisant cardiaque
- Bénéficiaire de la C2S

| Vaccinations | | Dépistages | |
|---|---|---|---|
| ✓ Grippe | ✓ CoVID | X Diabète | ✓ MRC |
| ✓ PneumoC | | | |

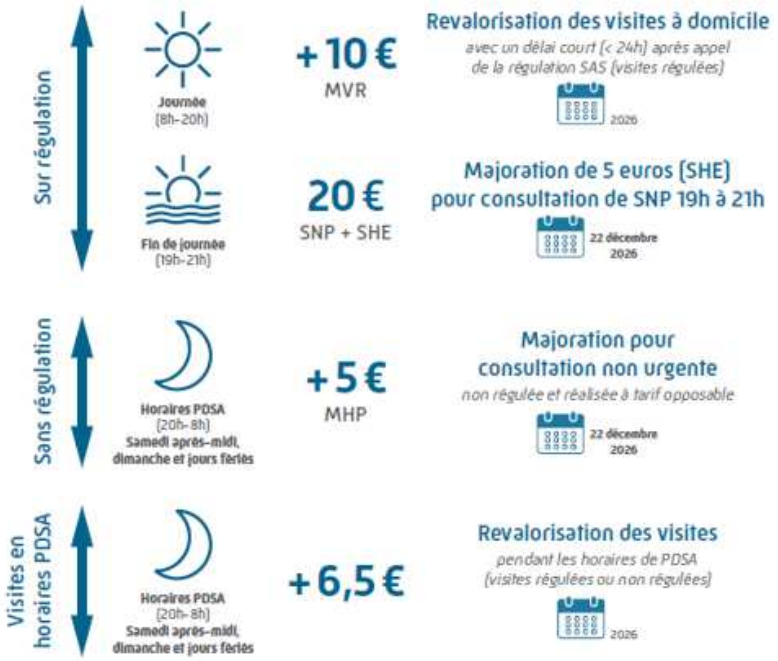
130€ = FMT socle 100€ + C2S 10€ + Dépistages 5€ MCR + Vaccination 5€ Grippe + 5€ COVID + 5€ PneumoC

*Nb : tous les patients ont consulté leur médecin traitant dans les deux dernières années*

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE 2024- SOINS NON PROGRAMMÉS

Un effort a été conduit pour **soutenir les acteurs engagés dans la réponse aux besoins en soins non programmés** en journée et aux horaires de PDSA.




**Facturation des majorations non régulées MN, MM et F**

- **Uniquement lorsque, le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence**, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles
- **Non facturable en téléconsultation**

- ❖ Des règles de facturation précisées pour les majorations non régulées aux horaires de PDSA

➔MM/NC/F uniquement en cas d'urgence

- ❖ De nouvelles majorations pour inciter à la prise en charge des patients en soins non programmés

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# CONVENTION MÉDICALE 2024- OBSERVATOIRE ACCÈS AUX SOINS

➢ **L'observatoire de l'accès aux soins (autour de 10 engagements partagés)**

L'attractivité de la médecine libérale s'accompagne d'engagements collectifs pour améliorer l'accès aux soins des patients.

Un observatoire est créé pour suivre 10 premiers indicateurs reflétant les enjeux majeurs de l'accès aux soins.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **1** Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant | **2** Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale | **3** Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du médecin généraliste | **4** Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux | **5** Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes |
| **6** Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux | **7** 100% du territoire couvert par la PDSA et le SAS | **8** Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM | **9** Augmenter l'installation des médecins dans les zones sous dotée | **10** Baisse du non-recours aux soins des personnes en situation de handicap |

**Suivi des indicateurs – Les résultats seront :**

- rendus publics et disponibles à l'échelle nationale et départementale
- analysés et discutés au sein de l'Observatoire composé des représentants syndicaux et de l'Assurance maladie
- Non opposables individuellement à un médecin et ne pourront conduire à réduire les rémunérations individuelles

# TÉLÉSERVICE RECLAPS- GÉNÉRALISATION

À compter du 2 décembre 2024, l'Assurance Maladie commence à déployer progressivement le nouveau téléservice amelipro « Réclamations Paiements ».

Celui-ci permet aux professionnels de santé de déposer leurs réclamations liées aux facturations et d'en suivre le traitement.

Ce déploiement sera réalisé en différentes phases, catégorie par catégorie conformément au tableau indiqué.

| Catégorie | Date butoir |
|---|---|
| Laboratoire d'analyses médicales | Mi-janvier 2025 |
| Médecin | |
| Pharmacien | |
| Infirmier | Mi-mars 2025 |
| Fournisseur | |
| Chirurgien-dentiste | |
| Transporteur sanitaire | |
| Taxi conventionné | |
| Masseur kinésithérapeute | Fin avril 2025 |
| Orthophoniste | |
| Sage-femme | |
| Orthoptiste | |
| Pédicure-podologue | |
| Ergothérapeute | Fin mai 2025 |
| Psychomotricien | |
| Psychologue | |
| Centre de santé | Pas d'obligation |
| Etablissement | |

# TÉLÉSERVICE RECLAPS- GÉNÉRALISATION

Ce nouveau téléservice est accessible au niveau de la page d'accueil d'amelipro dans l'encart « Une demande ? ».

D'une utilisation simple et rapide, il permet une plus grande réactivité dans la prise en compte des réclamations.

Afin d'obtenir une réponse rapide aux questions ou réclamations, il est conseillé d'utiliser « Réclamations Paiements » au plus tôt en lieu et place des modalités de contact utilisées jusqu'alors.

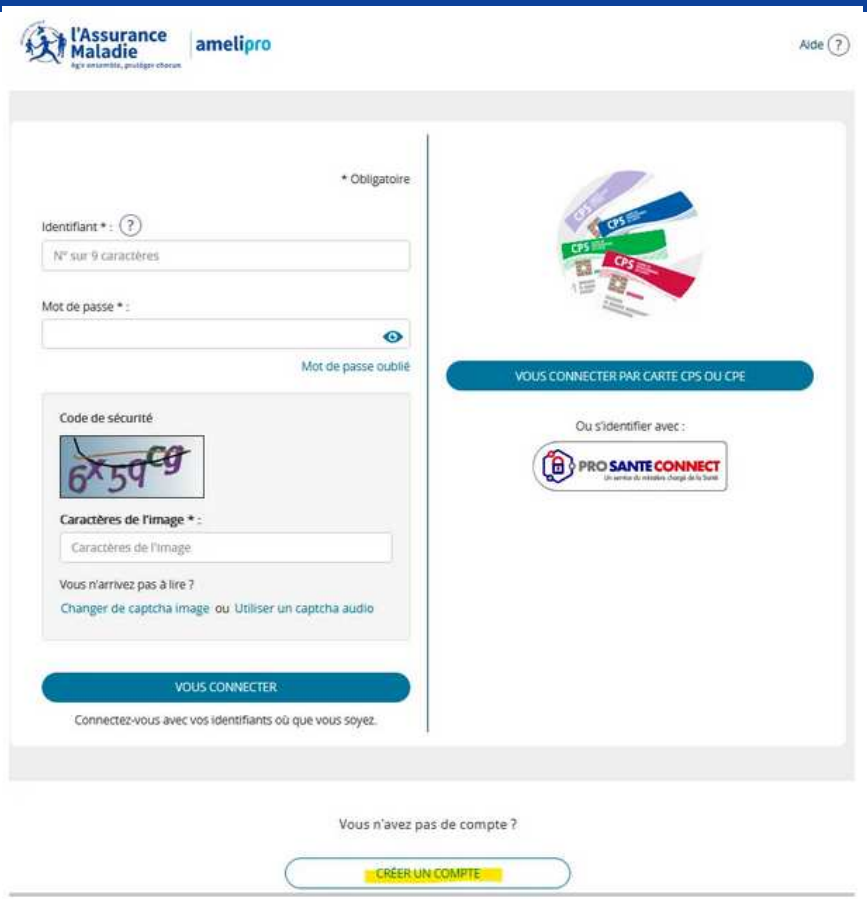


l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# TÉLÉSERVICE RECLAPS-COMMENT UTILISER LE SERVICE?

## Prérequis

Disposer d'un compte amelipro. Si ce n'est pas le cas, merci de procéder à sa création en vous rendant directement sur la page d'accueil d'amelipro.






l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

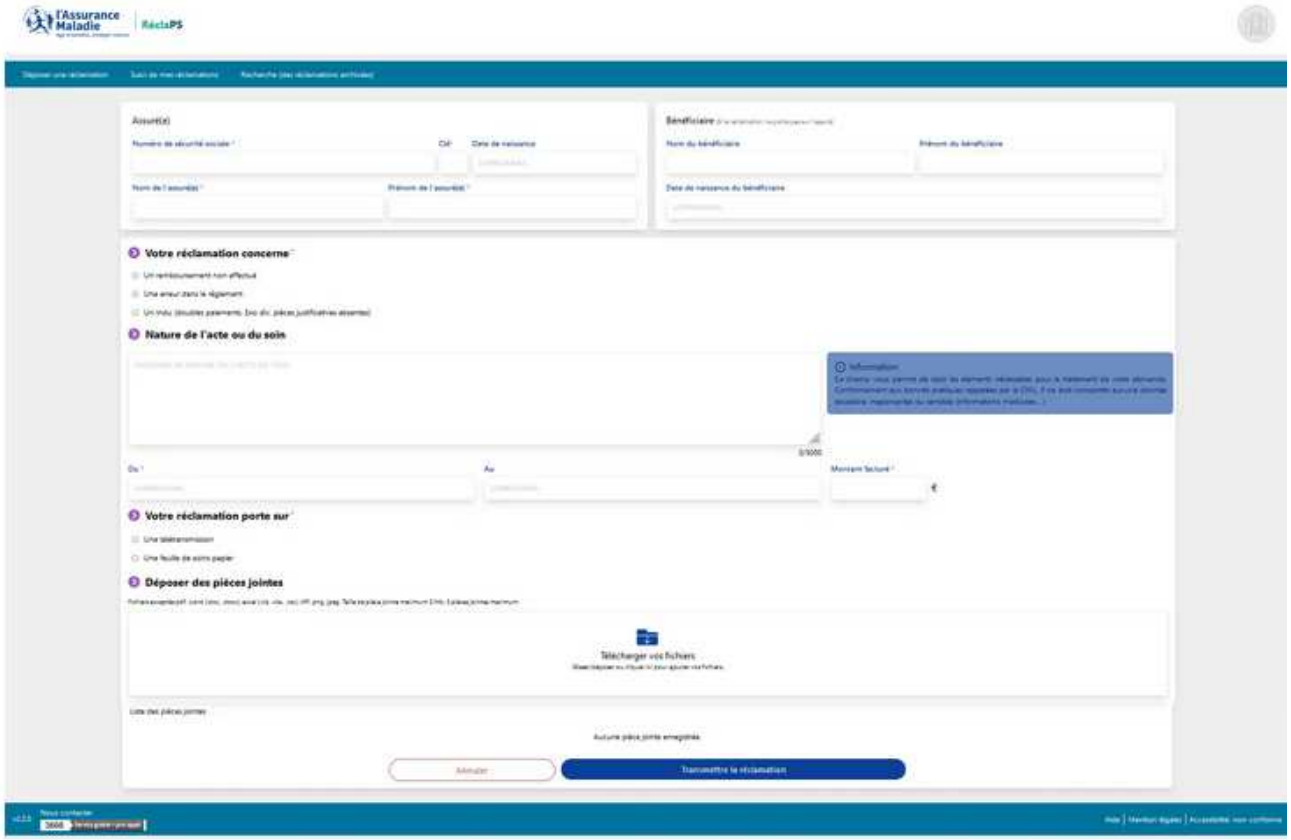
# TÉLÉSERVICE RECLAPS- CONNEXION AU SERVICE

1- Saisie de l'identification du patient concerné (numéro de sécurité sociale, nom de l'assuré…).

2- Sélection du motif de la réclamation et des informations relatives aux actes et à la feuille de soins.

3- Dépôt de pièces jointes (PJ). Les formats acceptés sont : pdf, word (.doc, .docx), excel (.xls, .xlsx, .csv), tiff, png, jpeg. Limites : 3 PJ maximum, **poids maximum total = 5 Mo**.

4- Envoi ou annulation de sa réclamation.



# TÉLÉSERVICE RECLAPS- DÉPÔT DE LA DEMANDE

L'écran (capture d'écran ci-dessous) demandera à l'internaute de préciser la caisse de rattachement de l'assuré concerné (saisie du nom ou du numéro du département).

Si la caisse d'affiliation de l'assuré n'a pas démarré la mise en place du service, un message vous invitera à déposer votre réclamation dans la rubrique « Contact » d'amelipro.

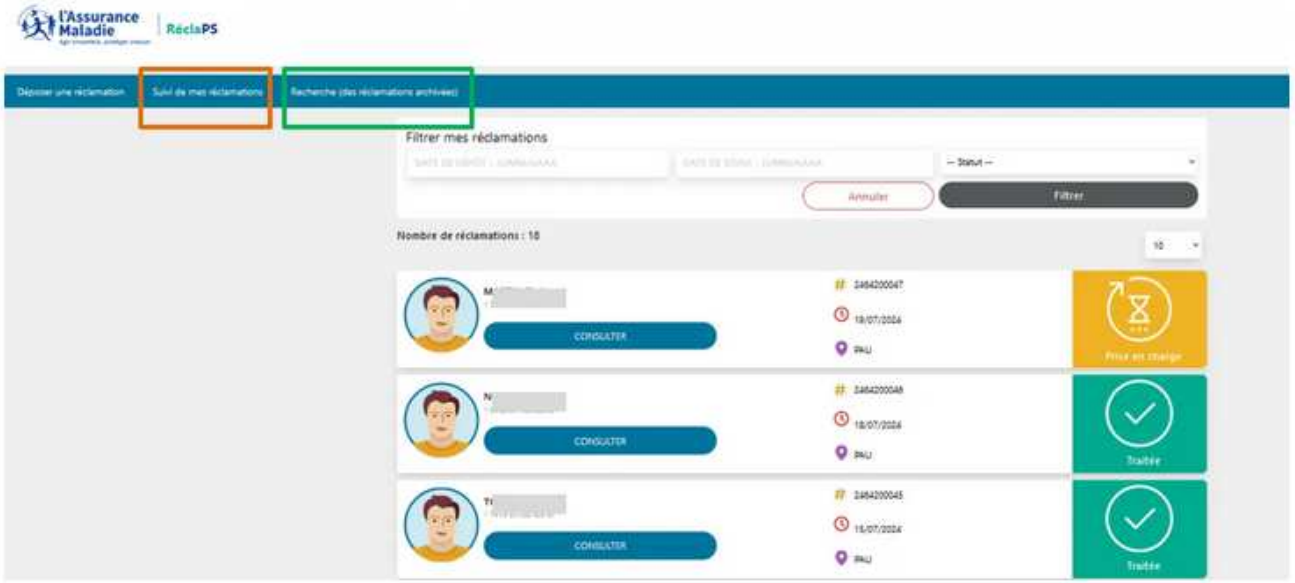
- Si PS sélectionne une caisse non activée

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# TÉLÉSERVICE RECLAPS- SUIVI DES RÉCLAMATIONS

Ce nouveau service permet au praticien de consulter l'état d'avancement du traitement de ses réclamations en cours et d'accéder à ses réclamations archivées (une réclamation est archivée 15 jours après son traitement).

Ces rubriques permettent également de consulter la réponse apportée par la caisse et les éventuelles pièces jointes liées (consultables jusqu'à 15 jours après la date de la réponse).



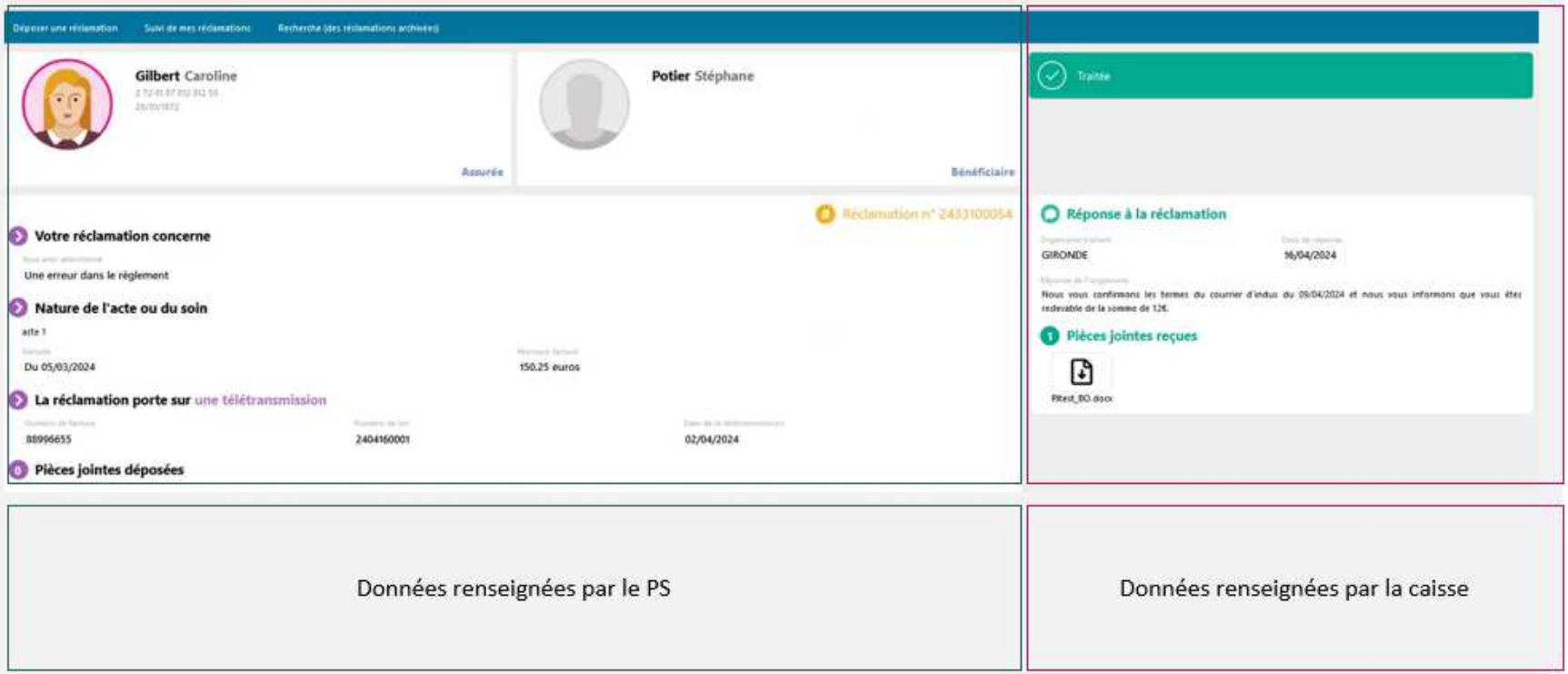

**Page d'accueil :**

- **Suivre les réclamations en cours : ouverture par défaut**
- **Déposer une réclamation**
- **Suivre les réclamations archivées (traitées + 15jours)**

| *Statut | Etat de la réclamation |
|---|---|
| A traiter | Non prise en charge |
| Prise en charge | Prise en charge |
| Traitée | Réponse adressée au PS |

# TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

## Ecran de suivi des demandes en cours / Consulter une réclamation :




Données renseignées par le PS

Données renseignées par la caisse

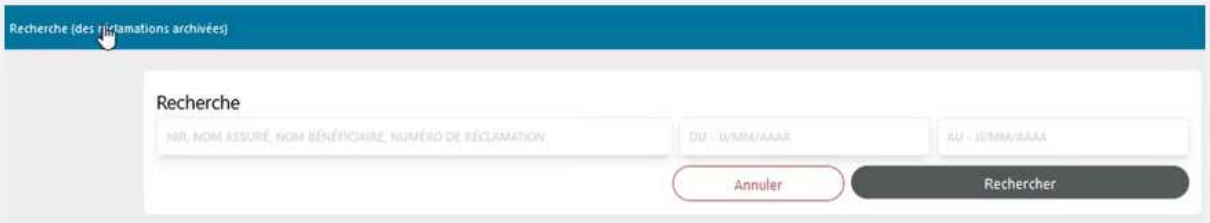


l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

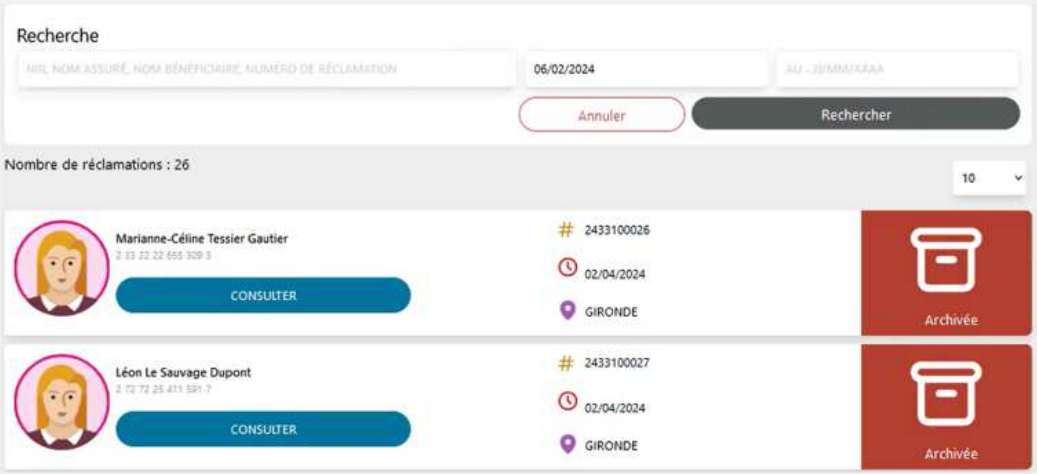
# TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

## Ecran de suivi des demandes archivées :

- **Recherche**




- **Résultats :**

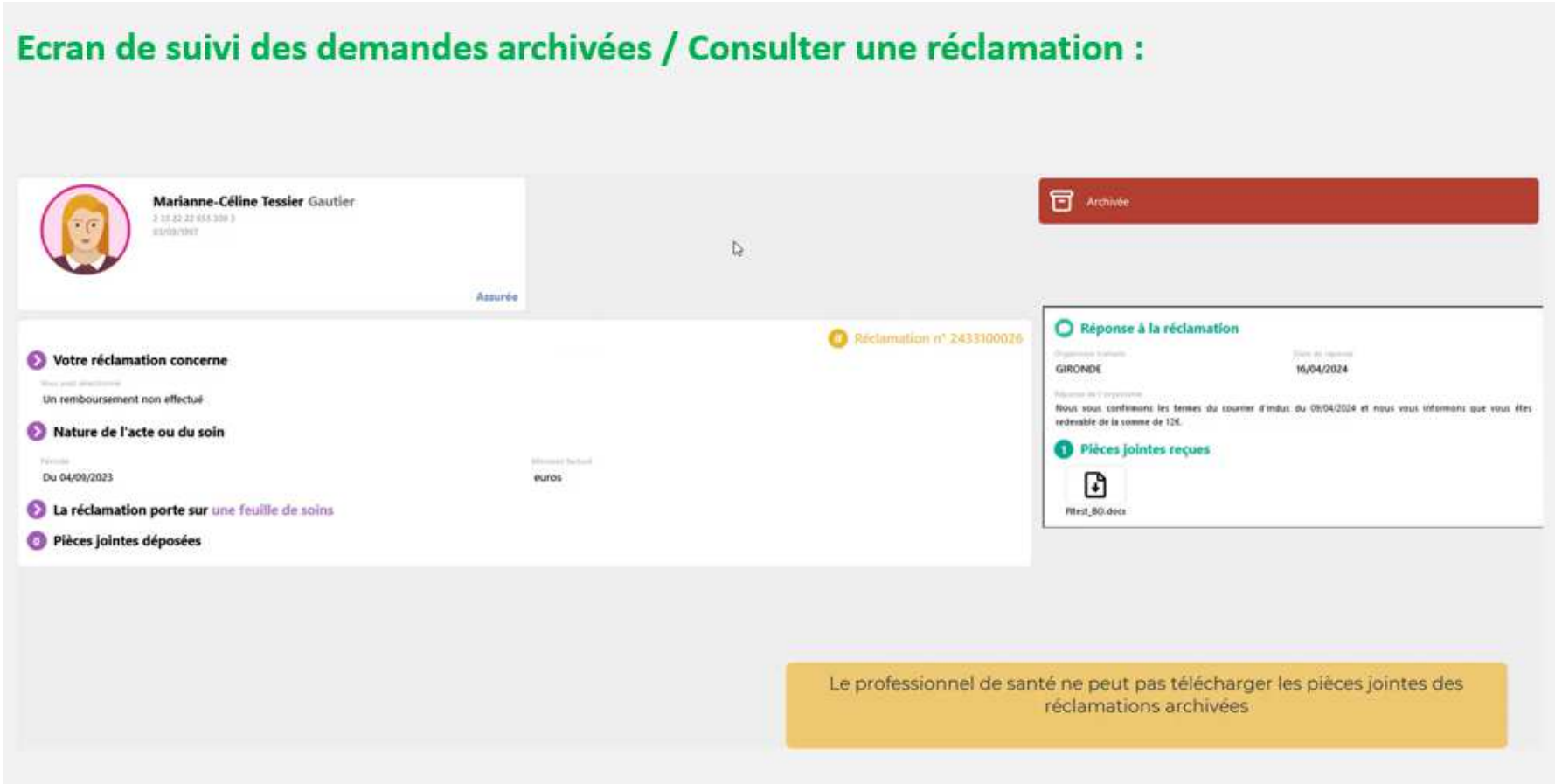





l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# TÉLÉSERVICE RECLAPS- COMMENT UTILISER LE TÉLÉSERVICE

## Ecran de suivi des demandes archivées / Consulter une réclamation :






l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# RENFORCEMENT SÉCURISATION DES AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Dans le cadre d'opérations de lutte contre les fraudes, l'Assurance Maladie a récemment détecté une **augmentation des fraudes aux avis d'arrêts de travail (AAT)**. Ces fraudes peuvent, dans certaines situations, **porter préjudice au professionnel de santé prescripteur dont l'identité a été usurpée**. Pour endiguer le phénomène, il faut privilégier l'avis d'arrêt de travail dématérialisé ou, pour les situations où ce dernier ne peut pas être utilisé, le nouveau Cerfa plus sécurisé.

***L'avis de travail dématérialisé : le dispositif le plus sûr pour contrer les fraudes***

L'avis de travail dématérialisé, télétransmis via amelipro ou les logiciels agréés et compatibles, **constitue le vecteur le plus sécurisé et le moyen le plus efficace** pour éviter les fraudes et les usurpations. Il offre des conditions de sécurité et de simplicité maximale, ainsi que des délais de prise en charge plus courts. La convention médicale valorise ainsi le recours à l'avis d'arrêt de travail dématérialisé par le biais du forfait structure et par l'intermédiaire de la dotation numérique à compter de 2026.

***Un usage obligatoire à compter de juin 2025***

**Depuis septembre 2024**, l'Assurance Maladie diffuse des formulaires Cerfa (AAT) sécurisés **(papier spécial, étiquette holographique, encre magnétique, traits d'identification du prescripteur,** etc.). Ces formulaires sont mis à disposition selon les modalités inchangées, via la commande accessible sur amelipro. **Les praticiens sont vivement encouragés à les utiliser dès à présent** ;

**À partir de juin 2025**, l'usage de ces formulaires sécurisés deviendra **obligatoire pour tout envoi d'avis d'arrêt de travail papier.**
Les éditeurs de logiciel ont, par ailleurs, été invités en juillet à mettre en cohérence leurs solutions avant la fin 2024, échéance qui correspond à la fin des formulaires d'arrêt de travail pouvant être remplis puis imprimés dans un logiciel de prescription.

**À noter**

Si un professionnel de santé constate que de faux arrêts de travail ont été établis à son nom, il doit le signaler sans tarder à sa caisse d'assurance maladie.

# RENFORCEMENT SÉCURISATION  DES AVIS D'ARRÊT DE TRAVAIL

**Plan de communication aux PS libéraux**

**Juillet 2024**
- Communication aux syndicats de médecins en CPN

**Septembre 2024**
- A compter de septembre, information en rebond lors des commandes via amelipro
- Article dans les newsletter médecins
- Mise en avant de l'info sur ameli/PS

**Janvier 25**
- Information via Osmose au fur et à mesure des envois dans les départements
- Information des CPL
- Relai dans les campagnes à ciblage large (intégration des messages Cerfa AAT +promotion eAAT)

**Juin 25**
- OSMOSE aux PS pour informer de n'adresser que des CERFAS AAT sécurisés



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# LE BON TRAITEMENT CE N'EST PAS FORCÉMENT UN MÉDICAMENT

L'Assurance Maladie en campagne pour un usage raisonné des médicaments…

https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/medecin/actualites/le-bon-traitement-ce-n-est-pas-forcement-un-medicament

…et soutenir les professionnels de santé

Afin d'accompagner les professionnels de santé, notamment les médecins, dans cette démarche de sobriété médicamenteuse, plusieurs dispositifs et ressources sont à disposition :

- **en relais de la campagne** :
  - une affiche à télécharger et à placer dans le cabinet médical (PDF) ;
  - un modèle d'« ordonnance de conseils » personnalisable (en cours d'élaboration) ;
  - l'ordonnance de non prescription d'antibiotique ;
  - une foire aux questions, pour aborder le sujet avec les patients (PDF).

- **en direction des patients polymédiqués** à risque iatrogène, une boîte à outils « Prévention du risque de iatrogénie médicamenteuse chez les 65 ans et plus : boîte à outils » avec des outils pratiques pour les praticiens et leurs patients à chaque étape : prescription, traitements, accompagnement ;

- **en matière de prescription d'alternatives thérapeutiques**, accéder à toutes les informations sur les dispositifs suivants :
  - Mon bilan prévention, un temps d'échange dédié à la prévention aux âges-clé de la vie ;
  - Mon soutien psy, qui propose jusqu'à 12 séances remboursées par an, pour des patients atteints de troubles légers à modérés ;
  - la prescription d'activité physique adaptée ;

- **en logique de proximité**, à travers des échanges confraternels ou des visites des délégués de l'Assurance Maladie portant sur la pratique individuelle liée aux classes thérapeutiques inscrites dans la convention médicale.



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# SOINS ÉCO RESPONSABLE: DE NOUVEAUX MÉMOS POUR FAVORISER L'ADOPTION DE BONNES PRATIQUES

Un soin écoresponsable est un soin qui, à qualité et sécurité égales pour le patient, est moins impactant pour l'environnement. Ce périmètre inclut les produits de santé, les médicaments et les dispositifs médicaux (prescription, délivrance, bon usage), ainsi que l'organisation des soins au sens large, mais exclut :

- ce qui participe à décarboner le système de santé mais qui ne relève pas directement du soin (valorisation des déchets, procédure d'achat, bâtiments, etc.) ;
- les actions de prévention en santé environnementale qui viseraient à réduire les impacts environnementaux sur la santé (pollution de l'air intérieur, perturbateurs endocriniens, etc.).

Par ailleurs, il est entendu que les soins écoresponsables se pratiquent dans les strictes limites de la réglementation en vigueur (durée de vie des produits de santé, remise en circulation, conditionnement).

Des mémos « Soins écoresponsables » sont à la disposition des praticiens sur ces thématiques spécifiques pour les aider à trouver le meilleur équilibre entre la juste prescription aux patients et les préconisations pour réduire les marqueurs que certains dispositifs médicaux peuvent laisser dans l'environnement, et en conséquence sur la santé humaine.

Le mémo « Agir pour éviter le gaspillage des produits de santé : soutenir la juste dispensation pour éviter les médicaments non utilisés » (PDF)

Le mémo « Remplacement des inhalateurs avec gaz propulseur par des inhalateurs sans gaz » (PDF)

# 03

# ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# ACCOMPAGNEMENT

Différentes campagnes vont être portées auprès de votre profession dans les semaines à venir:

*Délégué Assurance Maladie:*

- Convention médicale
- Assistant médical 63 et + ans (ciblage national)
- Mon Bilan de Prévention (lissé jusqu'en juin 2025): médecin, sage-femme, infirmier
- Diabète: dépistage du diabète de type 2 (selon ciblage national)
- Activité physique et activité physique adaptée (jusqu'à fin 2025)

*Délégué Numérique en santé:*

- Alimentation du VSM
- Ordonnance numérique
- Télétransmission à partir de l'outil ApCV
- Promotion des téléservices AM



Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE (PRADO)- VOLET MATERNITÉ

Le nouveau dispositif sage-femme Référente a pour objectif d'accompagner, prévenir et coordonner les soins de la future maman avant l'accouchement mais également après l'accouchement par la mise en place d'actions de suivis dédiées.

Ce dispositif est de nature à sécuriser le parcours de la patiente durant toute sa grossesse et après la naissance.

Après avoir restreint le dispositif PRADO Maternité en septembre 2023 aux uniques sorties précoces et constaté que la mise en relation maman- sage-femme continuait de se dérouler dans de bonnes conditions, la CPAM du Territoire de Belfort va dorénavant se désengager du PRADO maternité à partir du 1er janvier 2025.

Nous maintiendrons, dans un premier temps, notre suivi des sorties maternité afin de nous assurer que cet arrêt n'est pas de nature à désorganiser la prise en charge Femme- Sage femme.

À fin décembre 2023, 90,8% des femmes de notre département (quel que soit l'établissement de naissance) ont fait l'objet d'un suivi dans les 7 jours suivant la sortie de maternité. Ce taux est de 92,9% pour les accouchements qui se sont déroulés à l'HNFC (pour des patientes de BFC)

En comparaison, le taux est de 85,6% en région.



Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE (PRADO)- VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE

Le volet PRADO insuffisance cardiaque démarre progressivement au sein de l'HNFC.

Tout comme les autres volets, le principe de ce volet repose sur la sécurisation de la sortie d'hospitalisation du patient avec une mise en relation patient/ professionnel de ville par les équipes de l'Assurance Maladie.

Il s'agit de suivre les recommandations de soins définies par l'équipe médicale de l'HNFC.

Différents mémos sont mis à disposition des médecins pour la prise en charge des patients dans le cadre de ce programme.



Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE (PRADO)- VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE- MODALITÉS PRATIQUES

Le médecin en ville est contacté par le conseiller de l'Assurance Maladie pour initier le suivi du patient insuffisant cardiaque. C'est également l'Assurance Maladie qui prend les rendez-vous avec les autres membres de l'équipe de soins primaires.

Le mémo « Retour à domicile après hospitalisation : suivi en ville après décompensation cardiaque » (PDF) présente l'organisation générale de ce service.

Le dépliant « Mon carnet de suivi après mon hospitalisation pour décompensation cardiaque » (PDF) est remis au patient en fin de séjour. Préalablement complété par l'équipe hospitalière, il est destiné à faciliter la coordination entre l'hôpital, vous et les différents autres intervenants en ville. Il informe également le patient sur sa pathologie et l'incite à l'auto-surveillance.

https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE (PRADO)- VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE- DÉROULEMENT SU SERVICE

La durée de l'accompagnement Prado varie selon le stade de sévérité NYHA ( New York Heart Association) :

- un patient en stade NYHA I ou II bénéficie d'un accompagnement à domicile d'une durée de 2 mois ;
- un patient en stade NYHA III ou IV bénéficie d'un accompagnement à domicile d'une durée de 6 mois.

Le parcours Prado pour insuffisance cardiaque prévoit :

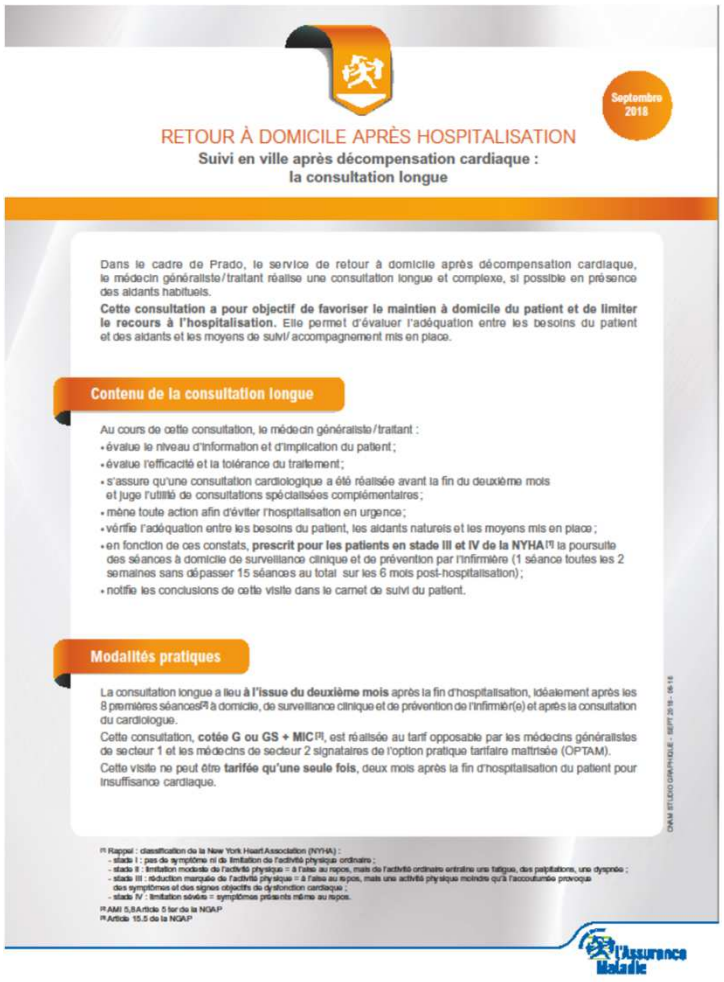
- une consultation avec le médecin traitant la semaine suivant le retour à domicile et une consultation longue (MIC) dans les 2 mois ;
- une consultation dans le 2ème mois avec le cardiologue
- une séance hebdomadaire de surveillance et d'éducation par l'infirmier(ère) pendant 2 mois pour tous les patients, puis une séance bimensuelle pendant 4 mois pour les patients en stade III et IV (15 séances au total) ;
- une information du pharmacien d'officine de la sortie du patient ;
- la mise en place, si nécessaire, d'une aide à la vie (aide-ménagère et/ou portage de repas).

La fréquence des consultations est ensuite adaptée aux besoins du patient.



Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# PROGRAMME DE RETOUR À DOMICILE (PRADO)- VOLET INSUFFISANCE CARDIAQUE- DIFFÉRENTS SUPPORTS



Septembre 2018

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

**Suivi en ville après décompensation cardiaque : la consultation longue**

Dans le cadre de Prado, le service de retour à domicile après décompensation cardiaque, le médecin généraliste/traitant réalise une consultation longue et complexe, si possible en présence des aidants habituels.

**Cette consultation a pour objectif de favoriser le maintien à domicile du patient et de limiter le recours à l'hospitalisation.** Elle permet d'évaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants et les moyens de suivi/accompagnement mis en place.

## Contenu de la consultation longue

Au cours de cette consultation, le médecin généraliste/traitant :

- évalue le niveau d'information et d'implication du patient ;
- évalue l'efficacité et la tolérance du traitement ;
- s'assure qu'une consultation cardiologique a été réalisée avant la fin du deuxième mois et juge l'utilité de consultations spécialisées complémentaires ;
- mène toute action afin d'éviter l'hospitalisation en urgence ;
- vérifie l'adéquation entre les besoins du patient, les aidants naturels et les moyens mis en place ;
- en fonction de ces constats, **prescrit pour les patients en stade III et IV de la NYHA**[1] la poursuite des séances à domicile de surveillance clinique et de prévention par l'infirmière (1 séance toutes les 2 semaines sans dépasser 15 séances au total sur les 6 mois post-hospitalisation) ;
- notifie les conclusions de cette visite dans le carnet de suivi du patient.

## Modalités pratiques

La consultation longue a lieu **à l'issue du deuxième mois** après la fin d'hospitalisation, idéalement après les 8 premières séances[2] à domicile, de surveillance clinique et de prévention de l'infirmier(e) et après la consultation du cardiologue.

Cette consultation, **cotée G ou GS + MIC**[3], est réalisée au tarif opposable par les médecins généralistes de secteur 1 et les médecins de secteur 2 signataires de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).

Cette visite ne peut être **tarifée qu'une seule fois**, deux mois après la fin d'hospitalisation du patient pour insuffisance cardiaque.

[1] Rappel : classification de la New York Heart Association (NYHA) :
- stade I : pas de symptôme ni de limitation de l'activité physique ordinaire ;
- stade II : limitation modeste de l'activité physique = à l'aise au repos, mais de l'activité ordinaire entraîne une fatigue, des palpitations, une dyspnée ;
- stade III : réduction marquée de l'activité physique = à l'aise au repos, mais une activité physique moindre qu'à l'accoutumée provoque des symptômes et des signes objectifs de dysfonction cardiaque ;
- stade IV : limitation sévère = symptômes présents même au repos.

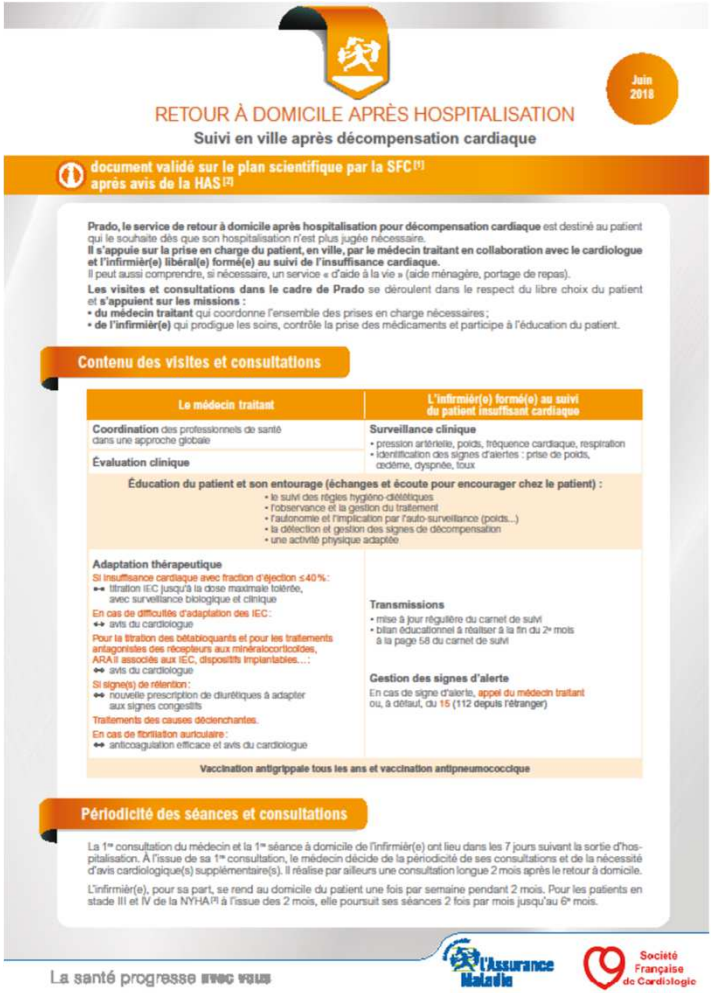
[2] AMI 5,8 Article 5 ter de la NGAP
[3] Article 15.5 de la NGAP

l'Assurance Maladie

**Mon carnet de suivi**

après mon hospitalisation pour décompensation cardiaque

Prado
Le service de retour à domicile



Juin 2018

RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

**Suivi en ville après décompensation cardiaque**

**document validé sur le plan scientifique par la SFC[1] après avis de la HAS[2]**

**Prado, le service de retour à domicile après hospitalisation pour décompensation cardiaque** est destiné au patient qui le souhaite dès que son hospitalisation n'est plus jugée nécessaire.
**Il s'appuie sur la prise en charge du patient, en ville, par le médecin traitant en collaboration avec le cardiologue et l'infirmièr(e) libéral(e) formé(e) au suivi de l'insuffisance cardiaque.**
Il peut aussi comprendre, si nécessaire, un service « d'aide à la vie » (aide ménagère, portage de repas).

**Les visites et consultations dans le cadre de Prado** se déroulent dans le respect du libre choix du patient et **s'appuient sur les missions :**
- **du médecin traitant** qui coordonne l'ensemble des prises en charge nécessaires ;
- **de l'infirmièr(e)** qui prodigue les soins, contrôle la prise des médicaments et participe à l'éducation du patient.

## Contenu des visites et consultations

| Le médecin traitant | L'infirmièr(e) formé(e) au suivi du patient insuffisant cardiaque |
|---|---|
| **Coordination** des professionnels de santé dans une approche globale | **Surveillance clinique**<br>• pression artérielle, poids, fréquence cardiaque, respiration<br>• identification des signes d'alertes : prise de poids, œdème, dyspnée, toux |
| **Évaluation clinique** | |
| **Éducation du patient et son entourage (échanges et écoute pour encourager chez le patient) :**<br>• le suivi des règles hygiéno-diététiques<br>• l'observance et la gestion du traitement<br>• l'autonomie et l'implication par l'auto-surveillance (poids...)<br>• la détection et gestion des signes de décompensation<br>• une activité physique adaptée | |
| **Adaptation thérapeutique**<br>Si insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection ≤ 40 % :<br>↔ titration IEC jusqu'à la dose maximale tolérée, avec surveillance biologique et clinique<br>En cas de difficultés d'adaptation des IEC :<br>↔ avis du cardiologue<br>Pour la titration des bêtabloquants et pour les traitements antagonistes des récepteurs aux minéralocorticoïdes, ARA II associés aux IEC, dispositifs implantables… :<br>↔ avis du cardiologue<br>Si signe(s) de rétention :<br>↔ nouvelle prescription de diurétiques à adapter aux signes congestifs<br>Traitements des causes déclenchantes.<br>En cas de fibrillation auriculaire :<br>↔ anticoagulation efficace et avis du cardiologue | **Transmissions**<br>• mise à jour régulière du carnet de suivi<br>• bilan éducationnel à réaliser à la fin du 2e mois à la page 58 du carnet de suivi<br><br>**Gestion des signes d'alerte**<br>En cas de signe d'alerte, appel du médecin traitant ou, à défaut, du 15 (112 depuis l'étranger) |
| **Vaccination antigrippale tous les ans et vaccination antipneumococcique** | |

## Périodicité des séances et consultations

La 1re consultation du médecin et la 1re séance à domicile de l'infirmièr(e) ont lieu dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. À l'issue de sa 1re consultation, le médecin décide de la périodicité de ses consultations et de la nécessité d'avis cardiologique(s) supplémentaire(s). Il réalise par ailleurs une consultation longue 2 mois après le retour à domicile.

L'infirmièr(e), pour sa part, se rend au domicile du patient une fois par semaine pendant 2 mois. Pour les patients en stade III et IV de la NYHA[3] à l'issue des 2 mois, elle poursuit ses séances 2 fois par mois jusqu'au 6e mois.

La santé progresse avec vous

l'Assurance Maladie

Société Française de Cardiologie

# EXPÉRIMENTATION CERTIFICAT MÉDICAL INUTILE

Depuis sept 2024, le Collège de médecine générale (CMG) a lancé l'initiative https://www.certificats-absurdes.fr qui permet aux usagers de signaler un certificat médical inutile directement au CMG, à charge ensuite à ce dernier de contacter le demandeur pour le sensibiliser.

L'Assurance Maladie souhaite être un acteur de la lutte contre les certificats médicaux inutiles et a décidé de rejoindre le dispositif lancé par le CMG afin d'agir directement auprès de ces organismes demandeurs.

Avant de généraliser la pratique, une expérimentation de partenariat avec le CMG est mise en place et notre CPAM a été retenue pour y participer (une dizaine au niveau national). Ce partenariat vise à renforcer les actions menées au niveau local envers les acteurs qui demandent, en dehors de tout fondement juridique, un certificat médical à leur usager.

Dans le cadre de cette expérimentation d'une durée de trois mois, notre CPAM sera ainsi en charge d'adresser un courrier à l'organisme demandeur d'un certificat médical suite à une saisine du CMG.

Depuis début septembre, environ 300 signalements ont été recensés.

Le circuit mis en place sera le suivant:

- L'assuré se connecte au site internet pour signaler son certificat inutile.
- Le CMG reçoit la demande, transfère l'information à la CPAM concernée avec le modèle de courrier à utiliser
- La CPAM envoie le courrier à l'association/ structure demandeuse puis réalise un retour à la CNAM



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- Taux de télétransmission ***au mois d'octobre 2024***: 90,42% (contre 91,79% à fin juin)

(91,39% versant généraliste et 89,45% versant spécialiste )

- **ADRi** : 86,72% de taux d'équipement (92,55% versant généraliste et 82,99% versant spécialiste)

  79,25% (-2,68%) PS utilisateurs parmi les PS équipés (84,04% versant généraliste et 76,19% versant spécialiste)
- **AAT** : taux utilisateurs 46,89% (-0,17%)- 48,29% en cumulé depuis janvier 2024-

Généraliste : 82,98% (+1,17%) – 81,19% en cumulé / spécialistes 23,81% - 27,78% en cumulé

- **PSE** : taux utilisateurs 39% (-4,92%) - 44,587 en cumulé - généralistes 72,34% (81,19% cumulé) / spécialistes 17,69% (22,22% en cumulé)
- **DMT :** taux utilisateurs 30,71%( -3,41%) – 34,22% en cumulé- généraliste 78,72% (82,18% en cumulé) / spécialistes 0% (4,32% en cumulé)
- **CM AT/MP** : taux utilisateurs 20,75% (-10%) – 31,18% en cumulé - généralistes 48,94% (73,27% en cumulé) / spécialistes 2,72% (4,94% en cumulé)
- **SPE** (prescription transport) : taux utilisateurs 22,41% (-8,06%) - généralistes 43,62% (63,37% en cumulé) / spécialistes 8,84% (15,43% en cumulé)
- **DMP** : taux utilisateurs 45.23 % (- 0,85%) - 48,29% en cumulé - généralistes 73.40 % (76,24% en cumulé) / spécialistes 27.21 % (30,86% en cumulé))
- médecins ayant alimenté un DMP 42.74 % (-2%) 46,77% en cumulé - généralistes 70.21 % (74,26%) spécialistes 25.17 % (29,63%)
- médecins ayant consulté un DMP 32.37 % - 40,68% en cumulé -généralistes 58.51 % (70,30%) spécialistes 15.65 % (22,22%)
- EPRE **(ordonnance numérique):** 19,50% (+9,3) de médecins utilisateurs – 20,91% en cumulé - généralistes 31,91% (33,66% en cumulé) / spécialistes 11,56% (12,96% en cumulé)
- **SCOR**: taux utilisateurs 26,56% (+ 12,3%)- 34,59% en cumulé - généralistes 39,36% ( 41,11% en cumulé) / spécialistes 18,37% (28,42% en cumulé)

# ORDONNANCE NUMÉRIQUE- POINT DE SITUATION NATIONAL

L'ORDONNANCE NUMÉRIQUE — Suivi du déploiement mensuel — Cumul du 01/12/2022 au 31/10/2024 — l'Assurance Maladie

## Vue médecins

**13** Logiciels

**25 929** Prescripteurs ayant créé au moins une ordonnance

❖ **Depuis le début des déploiements** *(appels avec succès)*

**35 609 699** Ordonnances numériques **créées**

**2 426** Ordonnances numériques **consultées**

**986** Ordonnances numériques **recherchées**

## Vue pharmaciens

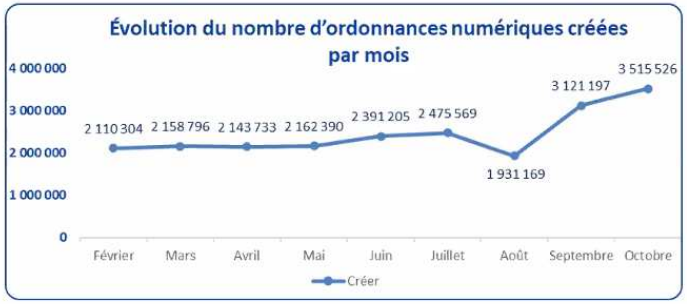
**6** Logiciels

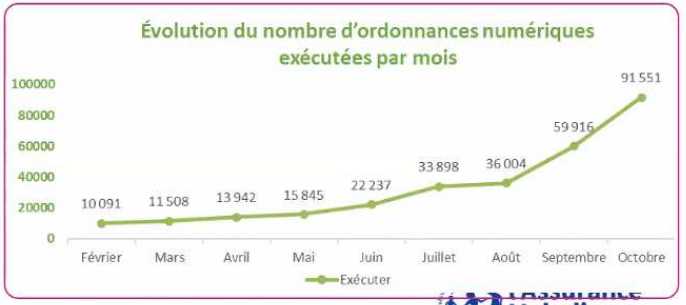
**8 289** Pharmacies ayant exécuté au moins une ordonnance

❖ **Depuis le début des déploiements** *(appels avec succès)*

**463 188** Ordonnances numériques **consultées**

**336 121** Ordonnances numériques **exécutées**




**Sources** - Suivi des usages : Les données sont comptabilisées pour l'ensemble du mois indépendamment de la date réelle du début du déploiement d'un logiciel (pour un éditeur qui déploie son logiciel le 15 du mois, les données de présérie depuis le début du mois sont prises en compte)

Comparativement aux données à fin octobre 24, on note une augmentation de +6% versant médecins et versant exécution en pharmacie

Augmentation de 15% des médecins en capacité de faire des ordonnances numériques ainsi que versant pharma

Aucun nouveau logiciel autorisé depuis fin octobre

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# ÉTAT D'AVANCEMENT DES PRÉSÉRIES ORDONNANCE NUMÉRIQUE

31 oct. 2024

**Au total, 63 logiciels sont recensés**

- **60 logiciels ont été autorisés au CNDA** (46 logiciels médecins, 11 logiciels pharmaciens, 1 logiciel ESMS, 1 logiciel chirurgiens-dentistes et 1 logiciel moteur)
- 3 LGC sont référencés Ségur ou en cours de référencement sans avoir été enregistrés au CNDA

**Parmi eux**

- **58 logiciels référencés Ségur** *(46 logiciels médecins, 11 logiciels pharmaciens et 1 logiciel ESMS)*
- **2 logiciels ont arrêté les travaux** *(2 logiciels médecins)*
- **26 logiciels en préparation pour les préséries** *(25 logiciels médecins, 1 logiciel pharmaciens)*
- **1 logiciel ESMS en phase d'expérimentation**
- **13 logiciels en phase de présérie** *(9 logiciels médecins et 4 logiciels pharmaciens)*

Et **21 logiciels ont terminé les phases de préséries** et sont autorisés à déployer

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AlmaPro** Association Alma | **Altyse** ARDC | **Crossway** Cegedim Santé | **Doctolib** Doctolib | **Easy-care** Calimed | **LEO** CERP Rouen | **LGPI** Equasens | **LOGOS_W** IMAGEX | **LOGOS_W** IMAGEX |
| **MédiClick** Cegedim Santé | **MédiStory** Prokov Editions | **MLM** Cegedim Santé | **Odaiji** Odaiji | **Ordoclic** Ordoclik | **Pharmaland** LSI | **PharmaVitale** CEPI | **Reflex System AP** Reflex santé | **Tamm** OpenXtrem |
| **VisioPharm** VisioPharm | **Weda** Weda SAS | **Winpharma** Everys | | | | | | |

Contrairement à ce qui a pu être indiqué lors du précédent webinaire, la présérie de Médipratik n'est pas validé mais arrêté, on passe donc de 22 à 21 logiciels autorisés à déployer

- *Les logiciels autorisés e-prescription par le CNDA : https://cnda.ameli.fr/logiciels-certifies/*
- *Le référencement SEGUR : https://industriels.esante.gouv.fr/segur-du-numerique-en-sante/solutions-referencees-segur*

# LE VOLET DE SYNTHÈSE MÉDICALE (VSM)

Le volet de synthèse est un outil numérique important dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients notamment dans les situations de mouvements de médecin (cessation, mutation, maladie…) où l'outil constitue un élément clé dans le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours.

L'alimentation systématique des VSM dans le DMP représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD.

Cet enregistrement doit devenir un réflexe pour que chaque acteur du parcours de soins du patient puisse avoir une vision synthétique de la santé du patient.

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

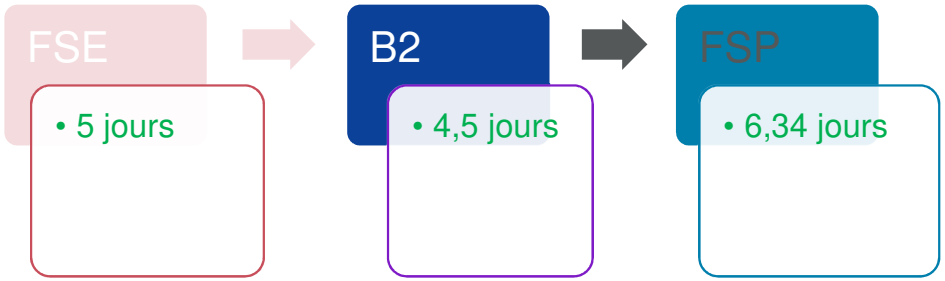
# FORFAIT STRUCTURE

Le flash info vous détaillant l'ensemble des attendus ainsi que le guide méthodologique vous a été adressé le 22 novembre 2024.

L'ensemble des éléments est accessible sur l'extranet PS https://infocpam90.fr/informations-professionnels-de-sante/medecins/

L'ouverture du téléservice permettant la déclaration des indicateurs du forfait structure est fixée au 12 décembre 2024 et devrait être ouvert jusqu'à fin janvier- mi février

# Qualité facturation (août à octobre 2024)




Taux moyen de rejets de 0,64% FSE/B2 et 2,90 FSP (2,42%-3,21%)

Sur un total de
143 684 factures
Top des anomalies

***Modulation du ticket modérateur non trouvée dans nos bases : 202 factures (>< 182 factures) soit 0,14% (><0,09%) +40 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- concerne 1 MG en particulier

**Les actes ont déjà été facturés pour ce bénéficiaire à la même date d'exécution: 142 factures (><170 factures) soit 0,09% (>< 0,09%) - +28 factures**

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.- concerne 2 MG en particulier

**Facturation Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat: 142 factures(>< 176 factures) soit 0,10% (><0,09%) +24 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.

***Signalement: date de prestation = samedi non férié: 322 factures soit 0,22%***

Facturation d'une majoration jour férié alors que le PS n'est pas inscrit au tableau de garde- concerne principalement 1 médecin

***Majoration de coordination non justifiée– signalement 74 factures (><223 factures) soit 0,05% (>< 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.

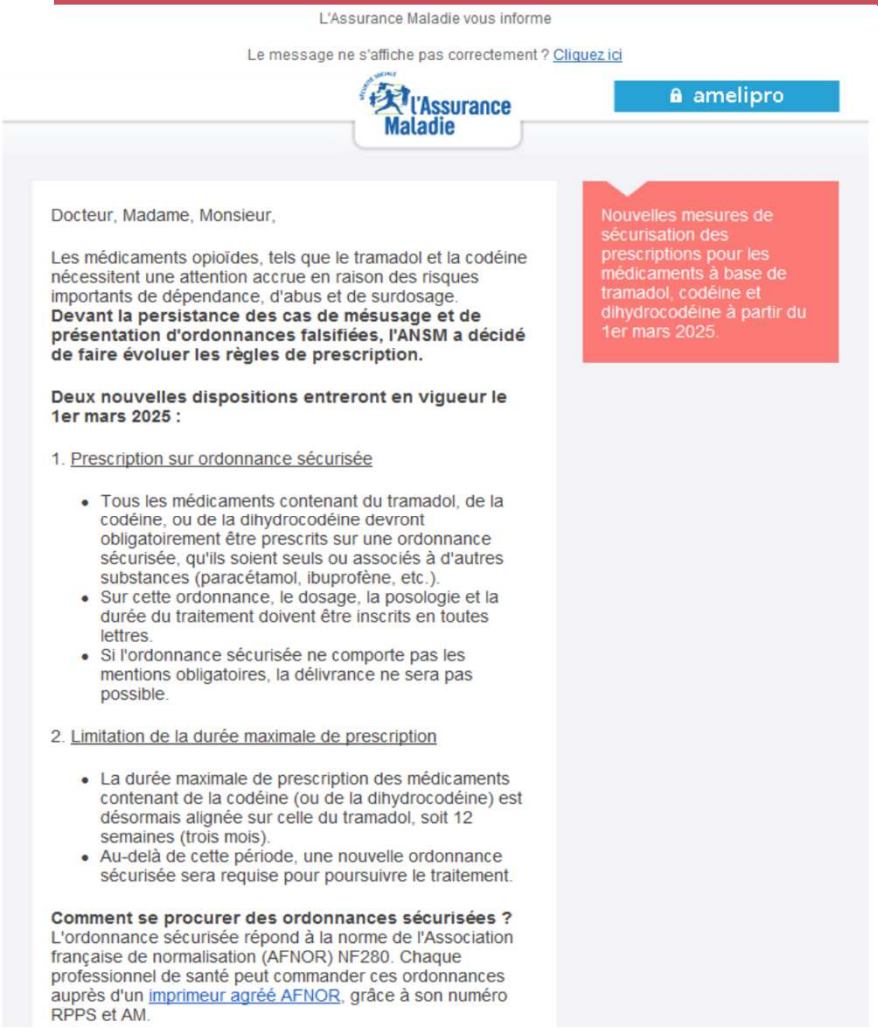
# 04

# POINTS DIVERS



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

# PRESCRIPTION TRAMADOL ET OPIOÏDES



L'Assurance Maladie vous informe

Le message ne s'affiche pas correctement ? Cliquez ici

l'Assurance Maladie

amelipro

Nouvelles mesures de sécurisation des prescriptions pour les médicaments à base de tramadol, codéine et dihydrocodéine à partir du 1er mars 2025.

Docteur, Madame, Monsieur,

Les médicaments opioïdes, tels que le tramadol et la codéine nécessitent une attention accrue en raison des risques importants de dépendance, d'abus et de surdosage. **Devant la persistance des cas de mésusage et de présentation d'ordonnances falsifiées, l'ANSM a décidé de faire évoluer les règles de prescription.**

**Deux nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1er mars 2025 :**

1. Prescription sur ordonnance sécurisée

- Tous les médicaments contenant du tramadol, de la codéine, ou de la dihydrocodéine devront obligatoirement être prescrits sur une ordonnance sécurisée, qu'ils soient seuls ou associés à d'autres substances (paracétamol, ibuprofène, etc.).
- Sur cette ordonnance, le dosage, la posologie et la durée du traitement doivent être inscrits en toutes lettres.
- Si l'ordonnance sécurisée ne comporte pas les mentions obligatoires, la délivrance ne sera pas possible.

2. Limitation de la durée maximale de prescription

- La durée maximale de prescription des médicaments contenant de la codéine (ou de la dihydrocodéine) est désormais alignée sur celle du tramadol, soit 12 semaines (trois mois).
- Au-delà de cette période, une nouvelle ordonnance sécurisée sera requise pour poursuivre le traitement.

**Comment se procurer des ordonnances sécurisées ?**
L'ordonnance sécurisée répond à la norme de l'Association française de normalisation (AFNOR) NF280. Chaque professionnel de santé peut commander ces ordonnances auprès d'un imprimeur agréé AFNOR, grâce à son numéro RPPS et AM.

**Une prescription sur ordonnance sécurisée dès le 1er mars**

Tous les médicaments contenant du tramadol, de la codéine ou de la dihydrocodéine devront obligatoirement être prescrits sur une ordonnance sécurisée, qu'ils soient seuls ou associés à d'autres substances (paracétamol, ibuprofène, etc.).

Sur cette ordonnance, le prescripteur doit y avoir inscrit en toutes lettres les mentions suivantes :

- le dosage ;
- la posologie ;
- la durée du traitement.

Si l'ordonnance sécurisée ne comporte pas ces mentions obligatoires, la délivrance ne sera pas possible

**Comment se procurer des ordonnances sécurisées ?**

Pour rappel, l'ordonnance sécurisée répond à la norme de l'Association française de normalisation (Afnor) NF280.

Chaque professionnel de santé prescripteur peut commander ces ordonnances grâce à son numéro RPPS et Assurance Maladie auprès d'un imprimeur agréé Afnor, dont la liste est disponible sur le site certificats-attestations.afnor.org.

Une limitation de la durée maximale de prescription

La durée maximale de prescription des médicaments contenant de la codéine (ou de la dihydrocodéine) sera alignée sur celle du tramadol, soit 12 semaines (3 mois).

Au-delà de cette période, une nouvelle ordonnance sécurisée sera requise pour poursuivre le traitement.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

## LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 15 MAI 2025*

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



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun