



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MÉDECINS

4 décembre 2025

CPAM du Territoire de Belfort

05/12/2025

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 15 MAI 2025

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 30/09/2025

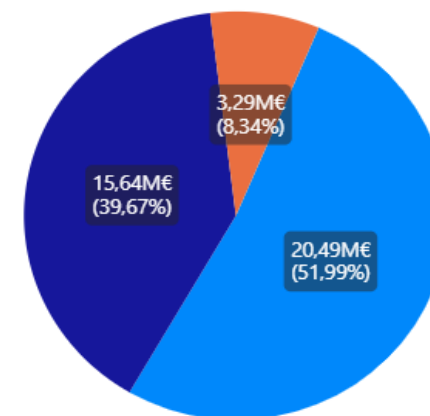
STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/09/2025

Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
TOTAL	39 419 642,87 €	3,7%	3,4%	3,7%
Actes techniques	20 492 807,32 €	4,0%	2,5%	3,8%
Actes d'anesthésie	1 547 515,53 €	25,6%	7,1%	5,7%
Actes de chirurgie	2 769 199,28 €	-0,8%	3,4%	5,0%
Actes d'imagerie (hors échographie)	5 240 724,65 €	-1,9%	3,4%	3,4%
Actes d'obstétrique	60 720,94 €	-0,7%	6,1%	-2,8%
Actes échographie	3 725 853,33 €	3,5%	3,2%	2,1%
Actes NGAP	4 170,65 €	50,8%	-4,2%	-1,2%
Actes techniques médicaux (hors imagerie)	7 144 622,94 €	7,2%	0,7%	4,0%
Consultations et visites	15 639 328,44 €	2,9%	4,2%	3,7%
Consultations	14 929 728,22 €	3,8%	5,1%	4,4%
Téléconsultations	128 103,50 €	-29,9%	-1,7%	-4,6%
Visites (frais dépl. inclus)	581 496,72 €	-8,2%	-8,6%	-5,4%
Autres prestations	3 287 507,11 €	5,9%	4,0%	3,8%
Aides et rémunérations conventionnelles	3 146 537,66 €	8,4%	4,3%	4,1%
Autres honoraires	63 025,84 €	-22,2%	-1,4%	1,7%
Permanence des soins	77 310,00 €	-33,0%	4,9%	3,3%
Vaccination COVID	633,61 €	-84,5%	-93,2%	-77,2%

Répartition de dépenses en 2025

Postes de dépenses

- Actes techniques
- Consultations et visites
- Autres prestations



- 39 419 642,87 € versés aux médecins du Territoire de Belfort en 2025 soit une évolution de +3,7%.
- L'augmentation a été plus marquée pour les actes techniques (+4%) qui représente la catégorie la plus importante avec une part de 51,9%.
- Les Actes techniques médicaux (hors imagerie) ont le montant le plus important dans les actes (7 144 622,94 €) suivi par les Actes d'imagerie (hors échographie) malgré un taux d'évolution négatif (-1,9%)

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/09/2025

Consultations (+2,9%) :

- La hausse des dépenses liées aux consultations s'explique principalement par la hausse des consultations de médecine générale (+71,5% ou + 3 761 274 €). Les consultations de médecine spécialistes sont en baisse avec (- 97,8% OU - 2 958 579)
- La majorité des autres types de consultations et majorations sont en baisse . A noter, il y a quelques hausses comme pour les consultations EXAMEN OBLIGATOIRE ENFANT (+210%) ainsi que CONSULTATION COTEE CNP +19,2 du montant 209 943 € et 1 108 273 € respectivement.

Méthodologie :

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

Actes techniques médicaux (+4 %) :

- L'augmentation s'explique principalement par :
 - Les actes techniques médicaux hors imagerie, avec 7 144 623 €, ont connu une croissance notable de +7,2 %, reflétant une diversification des interventions médicales.
 - Les actes d'anesthésie enregistrent une augmentation notable de +25,6 %, pour un total de 1 547 516 €,

Actes d'imagerie (-1,9%) :

- Les actes d'imagerie (hors échographie), bien que représentant un montant important (5 240 725 €), sont en léger recul (-1,9 %), suggérant une stabilisation des examens radiologiques.

Actes chirurgicaux (-0,8%) :

- Les actes de chirurgie totalisent 2 769 199 €, affichant une légère baisse de -0,8 %
- Cette évolution locale contraste avec une hausse régionale de +3,4 % et une progression nationale de +5,0 %.

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/09/2025

Actes d'échographie (+3,4 %) :

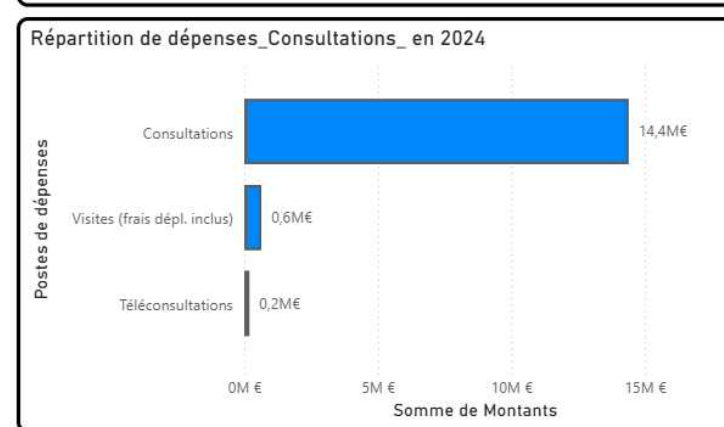
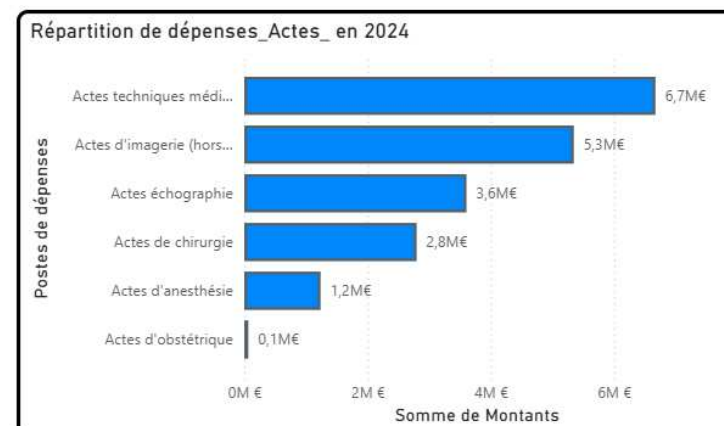
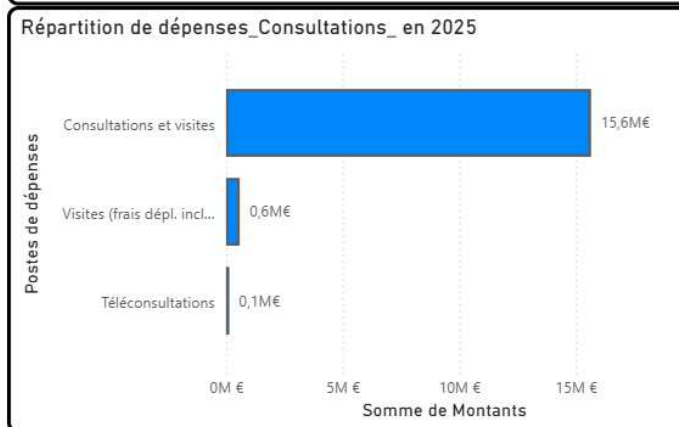
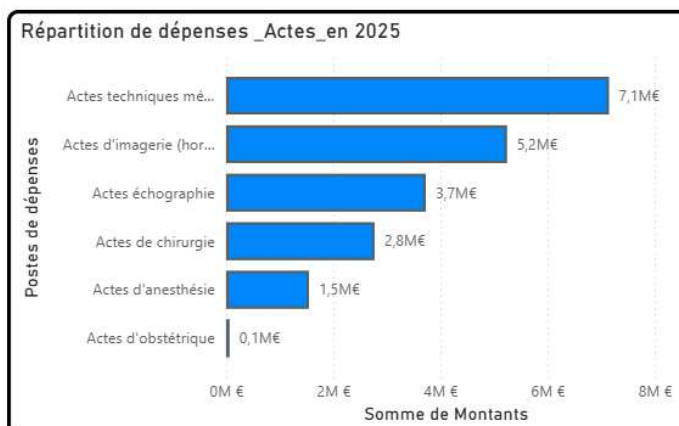
- Les actes d'échographie représentent un montant de 3 725 853 €, en hausse de +3,4 %. Cette évolution est légèrement supérieure à celle observée au niveau régional (+2,6 %) et proche de la tendance nationale (+3,3 %).

Aides et rémunérations conventionnelles (+8,4%) :

- Ce poste atteint 3 146 538 €, avec une croissance significative de +8,4 %. L'évolution régionale (+4,3 %) et nationale (+4,9 %) confirment une dynamique ascendante, liée à l'accompagnement des professionnels de santé.

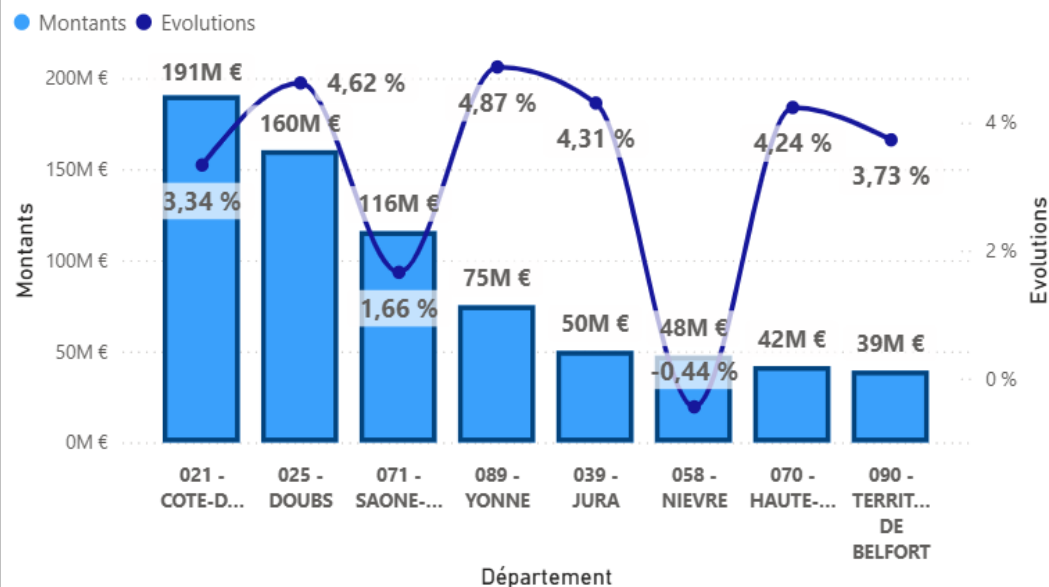
STATISTIQUES DE DÉPENSES 2024-2025

- Les actes techniques médicaux dominent les dépenses
- Les consultations classiques progressent, les téléconsultations reculent



STATISTIQUES DE DÉPENSES: VUE RÉGION

Montants et Evolutions par Département 2025



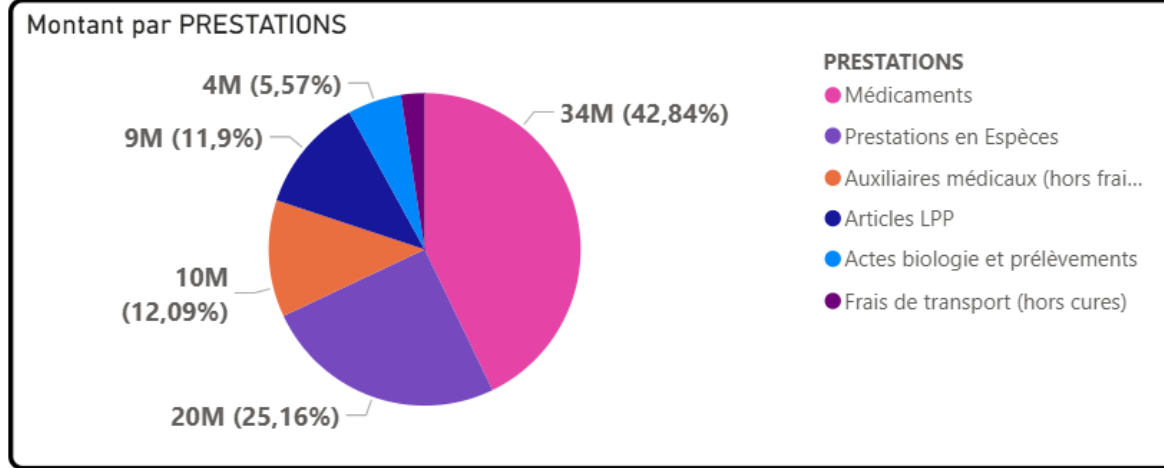
Montants et Evolutions par Département 2024



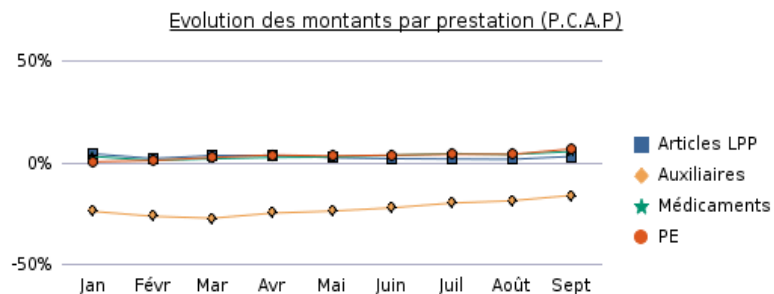
- Bien que Belfort reste le département avec le plus faible montant global, sa croissance relative en 2025 est supérieure à celle de plusieurs autres territoires plus dotés.
- Tous les départements sauf un (Nièvre) affichent une augmentation des montants pris en charge entre 2024 et 2025. (47 815 783 en 2024 contre 47 603 567 en 2025)
- Les taux d'évolution sont globalement moins élevés en 2025 que ceux observés en 2024, ce qui suggère un ralentissement de la croissance des dépenses.

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/09/2025- PRESCRIPTION DES MÉDECINS

PRESTATIONS	TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP		
Médicaments	34 019 055	5,5%	3,4%	4,1%
Prestations en Espèces	19 976 217	6,8%	5,0%	4,5%
Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)	9 604 662	-16,0%	-23,1%	-22,5%
Articles LPP	9 451 967	3,1%	2,5%	2,7%
Actes biologie et prélèvements	4 425 804	-10,5%	-8,1%	-5,2%
Frais de transport (hors cures)	1 932 635	0,1%	-2,2%	-2,4%
TOTAL	79 410 341	1,3%	-0,9%	-1,9%



- Jusqu'au 30/09/2025, 79 410 341€ de soins ont été prescrits par les médecins du Territoire de Belfort.
- Forte baisse des prescriptions pour les actes réalisés par les auxiliaires médicaux (-16,%) et les Actes biologie et prélèvements en recul de -10,5% . Cette tendance a aussi eu lieu au niveau régional et national .
- Il y a des différences de dynamique entre les types de prestations, notamment le recul marqué des dépenses d'auxiliaires médicaux par rapport à la stabilité des autres postes



STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/09/2025- ASSURÉS

Médicaments (+5,5%) :

- Forte augmentation de la pharmacie à 65% (+20,9%)

Prestations en espèces (+6,8%) :

- Forte augmentation des prescriptions d'IJ normales de moins de 3 mois (+64%).

Auxiliaires médicaux (-16 %) :

- les actes AML, réalisés par les infirmières a augmenté de +1 %, a le montant le plus important dans cette catégorie 57 631€ .
- Par contre les actes de KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE a connu une forte baisse de 99% soit 1072000 €

Articles LPP (+3,1%) :

- Les actes MAD MATERIELS ET APPAREILS POUR TRAITEMENTS DIVERS (CHAP. 3) et DVO DIVERS ORTHESES ont des taux 5,3% et 34,5% avec 121 9820 € et 230 905 € respectivement
- Forte hausse pour les appareils d'assistance respiratoire (+18,6%)

Frais de transports (+0,1%) :

- légère augmentation des transports en VSL (+2,89%) soit 399 229 €

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/09/2025- ASSURÉS

En 2025, le nombre d'assurés reste globalement stable, avec une légère baisse chez les médecins généralistes **(-0,61 %)** et une petite hausse chez les spécialistes **(+0,90 %)**. En parallèle, le montant moyen remboursé par assuré augmente pour les deux catégories, plus fortement chez les généralistes **(+6,18 %)** que chez les spécialistes **(+2,49 %)**.

Les remboursements moyens augmentent pour les deux catégories, avec une hausse plus marquée chez les généralistes, tandis que les effectifs d'assurés restent globalement stables.

MG 2024		MS 2024	
Nombre_assurés	73535	Nombre_assurés	65192
Montant moyen de remboursement	156,42 €	Montant moyen de remboursement	244,98 €
MG 2025		MS 2025	
Nombre_assurés	73247	Nombre_assurés	65837
Montant moyen de remboursement	166,73 €	Montant moyen de remboursement	248,61 €
Taux d'évolution MG		Taux d'évolution MS	
TxEvo_Nombre_MG	-0,61 %	TxEvo_Nombre_MS	0,90 %
TxEvo_Montant_MG	6,18 %	TxEvo_Montant_MS	2,49 %

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

CONVENTION MÉDICALE- DOTATION NUMÉRIQUE

La dotation numérique viendra remplacer le forfait structure à partir du 1^{er} janvier 2026 avec des indicateurs resserrés et simplifiés.

La DONUM est composée d'indicateurs socles et d'indicateurs optionnels.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Si tous les indicateurs (socles et optionnels) sont atteints, la rémunération atteindra 2 940 € par an.

La rémunération annuelle est versée au 1^{er} semestre de l'année N+1 sur la base de l'atteinte des indicateurs au 31 décembre de l'année N.

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'arrêt 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

Lien améli <https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/medecin/textes-reference/convention-medicale-2024-2029/grands-axes-convention-detail/mesures-attractivite-exercice-liberal/nouvelle-dotation-numerique>

CONVENTION MÉDICALE- ÉLÉMENTS DIVERS

Avenants OPTAM post comité d'alerte: point de situation

Mise en place d'un accompagnement local dédié

A ce jour, l'ensemble des contrat a été retourné - 5 médecins ont demandé la résiliation de leurs contrats (4 anesthésistes et 1 chirurgien) et 1 médecin est entré dans la procédure du contradictoire d'une durée de 2 mois.

Observatoire accès aux soins

Créé dans le cadre de la convention médicale 2024-2029, un nouvel observatoire de l'accès aux soins est désormais en ligne. Il permet de visualiser les données de 8 indicateurs clés jusqu'en 2024, à l'échelle nationale, régionale et départementale.

Le site présente des données en open data **sous forme de datavisualisation**, avec une navigation pensée pour **le grand public**.

L'Observatoire de l'accès aux soins est intégré au portail Data ameli.

Cet observatoire a pour objectif de suivre et de rendre compte des engagements collectifs pris pour améliorer l'accès aux soins. Pour chaque indicateur, les dernières données disponibles, leur évolution dans le temps, et leur déclinaison dans les territoires peuvent être consultées.

Comme pour data Professionnels de Santé Libéraux, il s'agit d'un produit ouvert à tous.

Les 8 indicateurs traitent des sujets suivants :

- La part de patients en affection longue durée sans médecin traitant ;
- Les primo-installations en médecine générale ;
- Les installations de médecins généralistes dans les zones sous-dotées ;
- La patientèle "médecin traitant" moyenne des médecins généralistes ;
- La file active moyenne ;
- Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- ¹⁵ L'adhésion à l'Optam/Optam-ACO ;
- La couverture territoriale par le service d'accès aux soins.

FRANCE SANTÉ

France santé:

Le dispositif France santé vise à constituer un réseau de structures de soins de proximité offrant une prise en charge coordonnée, accessible et continue pour la population.

Ce réseau repose sur une offre de service socle :

- Présence médicale et infirmière ;
- Ouverture au public 5 jours sur 7 ;
- Consultations sans dépassement d'honoraires ;
- Participation à la permanence des soins ou au service d'accès aux soins.

Une première vague de labellisation anticipée sera conduite d'ici la fin de l'année 2025, à raison de 10 à 15 structures par département en moyenne.

Une deuxième vague de labellisation interviendra courant 2026.

Des financements sont prévus pour accompagner cette labellisation, à compter de 2026. Ils viseront à compléter l'offre actuellement proposée pour améliorer l'accès à la santé de la population selon les besoins du territoire, qui pourraient par exemple consister à des actions de prévention, d'accompagnement et d'orientation dans le système de santé, d'accès à la téléexpertise pour l'accès à des spécialistes. Un cadre conventionnel sera défini début 2026 (Accord Conventionnel Inter professionnel pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Accord national des Centres de Santé ou Fond d'Intervention Régional pour les autres structures).

ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES

France santé (extrait fiche de déploiement):

1° Définition des structures éligibles

Le label peut être attribué à différents types d'organisations :

- Les maisons ou centres de santé pluriprofessionnels ;
- Les cabinets médicaux regroupant plusieurs médecins ;
- Les établissements de santé assurant des soins primaires, notamment les hôpitaux de proximité.
- Tout lieu permettant un accès de proximité aux soins (lieux de consultations à solidaires déployés dans le cadre du dispositif « Un médecin près de chez vous », lieux de consultations avancées hospitalières, medicobus, etc.)

Concernant les officines de pharmacie, celles-ci pourront être intégrées dans le dispositif France Santé lorsqu'elles contribuent à l'accès aux soins de premier recours de proximité sur les territoires les moins dotés en médecins généralistes (officine en territoire fragile, permettant l'accès à des consultations médicales à distance, dispositif Osys).

2° Offre socle

Le socle minimal de l'offre France santé peut être défini comme suit :

- Disposer d'un médecin généraliste ayant une patientèle « médecin traitant » constituée (ou en cours de constitution en cas d'installation récente), au sein de la structure ou à proximité (le cas échéant permettant l'accès à des consultations médicales à distance dans le cas de territoires particulièrement sous dotés) ;
- Assurer la présence d'un professionnel infirmier (au sein de la structure ou à proximité) ;
- Être ouverte au public au moins cinq jours par semaine ;
- Appliquer les tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires ;
- Proposer un rdv dans les 48h lorsque l'état de santé du patient le nécessite ou permettre d'orienter le patient vers un lieu de soins à proximité en capacité de le prendre en charge dans les 48h. Cela peut se traduire par la participation de la structure aux dispositifs de régulation des soins non programmés (service d'accès aux soins), voire à la permanence des soins ambulatoires la nuit et le week-end.

Des **dérogations** peuvent être accordées :

- Dans les zones en tension (ex. absence de SAS ou PDSA à Mayotte) ;
- En cas d'implantation de nouvelle structure (médecin ou IPA seul pendant un certain temps) ;
- Dans le cadre d'une organisation de professionnels de santé avec un accès à la télémedecine (cabinet au sein d'une officine, téléconsultation assistée avec un infirmier...).

Au niveau local:

- identification des structures à prélabelliser en lien avec l'ARS
- Comité départemental le 26/11 à 19h avec l'ensemble des acteurs.

INVITATIONS AUX DO CS ET CCU : EDITION PAR LE MT

Stratégie de diversification de remise des invitations aux DO

Malgré des dispositifs pris en charge à 100 % par l'AM, la participation reste insuffisante

Depuis le 15 octobre, un nouveau levier simple et efficace : possibilité de rééditer les invitations aux DO CS et DO CCU par les MT pour leurs patientes éligibles grâce à une nouvelle fonctionnalité disponible sur amelipro

Kit DOCCR exclu car peut être remis sans invitation et directement par le MT

➔ A promouvoir largement auprès des professionnels

4^{ÈME} ANNÉE D'INTERNAT DE MG : DR JUNIOR

A partir de la rentrée 2026, les étudiants de 3^{ème} cycle en médecine générale seront désormais concernés par **une 4^{ème} année de consolidation sous le statut de Dr junior**

Cette 4^{ème} année s'exercera principalement **en ambulatoire**, dans des cabinets médicaux, MSP et CDS, sous la supervision d'un (ou plusieurs) Praticien Agréé Maître de Stage des Universités (PAMSU).

A la fin de l'été 2026, les DJ feront le choix de leur lieu de stage pour une **prise de fonction à compter du 1er novembre 2026**

→ **Travaux de calage toujours en cours entre Ministère et CNAM avec quelques éléments de cadrage définis sur rémunération et facturation**

- Facturation « classique » au patient (uniquement à tarif opposable) en TP, par le DJ qui aura une carte CPS dédiée => « neutralisation » de la part AMO (et du TM pour les patients C2S) via un mécanisme qui vous sera explicité une fois stabilisé.
- Rémunération du PAMSU par l'université et par le TM des actes facturés par le DJ
- Rémunération du Dr Junior par le CHU, fixe pour l'essentiel + une prime semestrielle au regard de son niveau d'activité
- Production chaque semestre par l'AM d'une requête sur l'activité des DJ qui sera transmise au CHU concerné
- Le Dr junior n'est pas MT mais les patients sont considérés dans le parcours de soins

4^{ÈME} ANNÉE D'INTERNAT DE MG : DR JUNIOR

Un Décret et 2 arrêtés (1 et 2) relatifs à la rémunération des praticiens agréés maitres de stage des universités (PAMSU) et docteurs juniors exerçant en médecine générale (DJ-MG)

PLFSS 2026 Art 21 (Rémunération des docteurs juniors ambulatoires) prévoit un circuit de facturation dérogatoire: “le paiement de la rémunération des internes en dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est assuré par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés après déduction, le cas échéant, des sommes qu'ils ont perçues au titre des montants acquittés par les assurés pour les frais de soins non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie”.

Ce circuit avait été présenté fin septembre aux syndicats d'étudiants et de médecins, qui s'y étaient unanimement opposés. Amendements en cours sur cet article 21.

Travaux de calage en cours entre Ministère et CNAM + débats parlementaires en cours pour vote LFSS

→ À noter : les 1ers DJ-MG en nov. 2026

4^{ÈME} ANNÉE D'INTERNAT DE MG : DR JUNIOR (POUR MÉMOIRE)

Ajout d'une quatrième année pour le 3e cycle des études de médecine générale (art. 37 de la LFSS n°2022-1616 pour 2023) avec stage ambulatoire

Un D en aout 2025 et 2 arrêtés relatifs à la rémunération des praticiens agréés maitres de stage des universités (PAMSU) et docteurs juniors exerçant en médecine générale (DJ-MG)

- **Le régime indemnitaire des docteurs juniors de médecine générale** : création de deux primes spécifiques pour les DJ-MG qui réalisent un stage ambulatoire, en sus des éléments de rémunération de base versés mensuellement par le CHU de rattachement :
 - Une prime forfaitaire à l'activité d'un montant de 500€ brut par semestre, sous réserve de la réalisation de 200 actes ou consultations par mois en moyenne ;
 - Une indemnité forfaitaire d'un montant de 1 000€ brut par mois de stage, réservée aux docteurs juniors accomplissant leur stage en zone d'intervention prioritaire (non cumulable avec les indemnités forfaitaires de transport et d'hébergement mentionnées à l'article D. 6153-1-8 du CSP).

Les modalités de participation des docteurs juniors de médecine générale à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) feront l'objet de textes ultérieurs.

- **Les praticiens agréés maitres de stage des universités** : rémunération des PAMSU qui accueilleront, à compter du 2 novembre 2026, des DJ-MG en stage ambulatoire.
 - Des honoraires pédagogiques dont le montant forfaitaire est fixé à 600€ brut par mois de stage et par étudiant (dans l'hypothèse où l'étudiant est accueilli chez plusieurs PAMSU, les honoraires pédagogiques ne sont dus qu'une fois au prorata du temps de formation de l'étudiant auprès de chacun d'entre eux) ;
 - Une indemnité de compensation des charges liées à l'encadrement spécifique, dont le montant est fixé à 1200€ brut, par mois de stage et par étudiant ;
 - Une prime conditionnelle d'un montant de 800€ brut, par mois de stage et par étudiant, si le praticien agréé-maître de stage exerce en ZIP (zone d'intervention prioritaire), ZAC (zone d'action complémentaire) ou QPV (Quartier prioritaire de la politique de la ville) ;
 - Une prime conditionnelle d'un montant de 400€ brut, par mois de stage et par étudiant, si le praticien agréé-maître de stage, participe à la supervision du docteur junior dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

Equipes de Soins Coordonnées Avec le Patient

ESCAP



Avenant 1 à l'Accord cadre interprofessionnel (ACIP) signé le 20 juin 2024

EXPERIMENTATION NATIONALE
mars 2025 à mars 2027

L'ESCAP est une forme de coordination :

- centrée sur le patient et accessible à tous les professionnels de santé
- Intégrant le patient au sein du dispositif via une grille d'inclusion complétée par un professionnel de santé et qui objective les besoins de prises en charge coordonnée du patient

Composée **d'au moins trois professionnels de santé** dont obligatoirement le médecin traitant (*△ respect du libre choix du patient*)

Périmètre circonscrit autour de **4 pathologies cliniques**

En pratique

Outil de coordination (national ou régional)

Incitation financière et codes « traceurs » AM

Peuvent participer : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste, pharmacien, transporteur sanitaire, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste

- Les PS exerçant en CDS sont exclus
- A minima 2 PS exerçant en dehors d'une MSP

Patients poly-pathologiques chroniques de plus de 65 ans ; Patients diabétiques (type 1 et 2) sous insuline ; Patients ayant fait un AVC et ayant été hospitalisés il y a moins d'un an ; Patients en soins palliatifs.

Dès lors qu'un professionnel de santé identifie chez un patient complexe un **besoin de coordination**, il peut - avec son accord et s'il est éligible - déclencher la constitution d'une ESCAP.

Il se connecte à un **outil de coordination** qui lui permet de savoir si son patient correspond aux **critères d'inclusion** dans le dispositif (*complétude d'une grille d'inclusion qui attribuera un score*).

Si tel est le cas, le professionnel entrera en relation avec les autres professionnels de santé - préalablement désignés par le patient dont son médecin traitant - afin de créer une équipe de coordination. Les échanges entre professionnels de santé se feront via cet outil de coordination

Librement choisi par le professionnel de santé – cet outil doit être conforme au cahier des charges élaboré par l'Union Nationale des Professionnels de santé et être conforme à la doctrine du numérique en santé.

- 100 € par an et par PS pour l'acquisition et l'utilisation de l'outil de coordination
- 100 € par an et par PS pour la participation à un minimum de 5 ESCAP

Codes traceurs non valorisés qui doivent être facturés à l'AM :

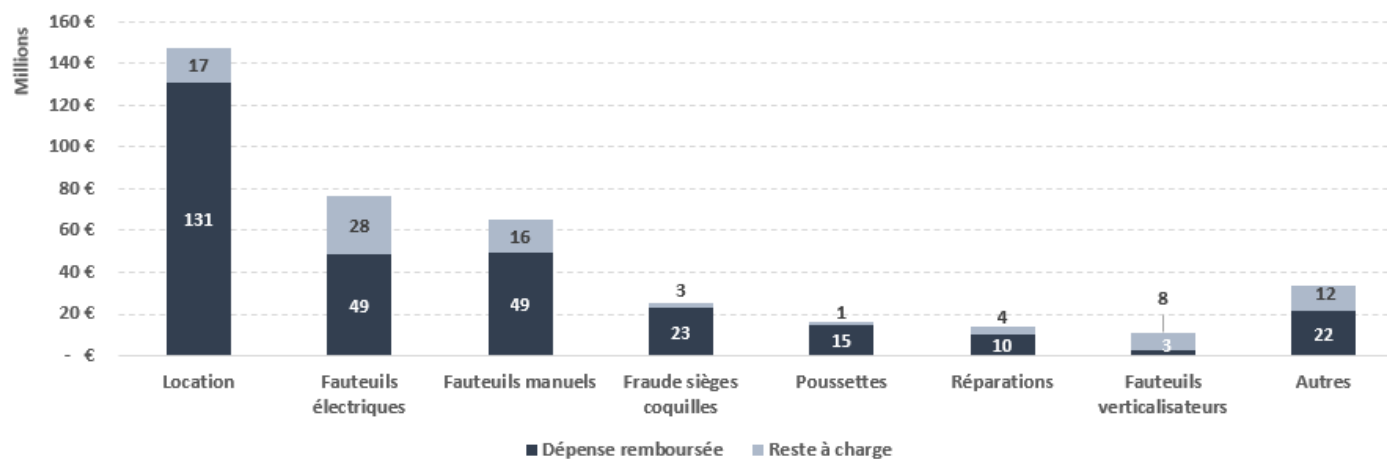
- **IEP** (entrée) facturé par chaque PS lors de la 1^{ère} prise en charge du patient après constitution de l'ESCAP
- **OEP** (sortie) facturé par chaque PS lors de la dernière prise en charge du patient actant la fin de coordination



RÉFORME DES VÉHICULES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Objectifs et contexte:

- Améliorer la prise en charge financière des véhicules pour personnes handicapées (VPH) en réduisant le reste à charge et en accélérant le financement
- Clarifier les différentes catégories de fauteuils roulants et préciser les spécifications techniques
- Faciliter le parcours du patient avec des modalités de prescription revues et élargies
- Limiter les durées de locations de courte durée (LCD) et création d'un système de location de longue durée (LLD)
- Développer l'économie circulaire avec la remise en bon état d'usage
- Assurer une prise en charge intégrale par l'assurance maladie des fauteuils roulants
- **100% AMO pour les besoins « spécifiques », c'est-à-dire les plus lourds,**
- **Partage de financement pour les besoins moins lourds (location courte durée de fauteuil)**



Dépense totale des fauteuils roulants en 2022 (en M€)

RÉFORME DES VÉHICULES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Grandes évolutions de la nouvelle nomenclature

- Introduction de Prix limite de vente (PLV)
 - **Achat, location longue durée : base de remboursement = PLV**
 - **Location courte durée : prise en charge renforcée (cofinancement assurance maladie obligatoire et complémentaire au-delà de la BR)**
- Introduction **location fauteuils électriques**
- Introduction d'une **option d'achat** après 26 semaines de location
- Elargissement périmètre DAP, **transmission dématérialisée**
- Création de lignes d'**options sur devis** (avec délai DAP spécifique de 2 mois)
- Introduction de la **remise en bon état d'usage** (RBEU)

- L'Assurance maladie devient **guichet et financeur unique** des fauteuils roulants
- **La prise en charge des fauteuils roulants devient intégrale**
- Les règles de prescription et de prise en charge évoluent en faveur d'un **élargissement de la prise en charge des fauteuils** (fauteuils sportifs notamment), sans empêcher la personnalisation des équipements (possibilité de demander des adjonctions sur devis)
- La réforme vise par ailleurs à **rééquilibrer l'offre entre location et achat**, l'objectif étant de limiter la durée de location des fauteuils, et en mettant en place des options d'achat

NOUVEAUTÉS NOMENCLATURE 2025

Grandes classes	Dénominations des catégories	Acronyme	DAP ancienne nomenclature	DAP nouvelle nomenclature	PLV
VPH non modulaire					
FR à propulsion manuelle ou à pousser	Standard	FMP		LCD > 6 mois	360,53 €
	À assise rigide	FMPR		LCD > 6 mois	780,17 €
VPH modulaire					
FR à propulsion manuelle ou à pousser	Standard	FRM		LCD > 6 mois	443,64 €
	Configurable	FRMC		Achat	3 303,53 €
	Actif soudé	FRMA		Achat	6 276,00 €
	Sportif	FRMS		Achat	2 400,00 €
	Multi-position	FRMP		Achat / LLD	2 753,00 €
	De verticalisation	FRMV	OUI	Achat / LLD	11 077,50 €
FR à propulsion électrique	Standard	FRE	OUI	Achat / LLD	3 161,21 – 4 852,60 €
	Multi-position	FREP	OUI	Achat / LLD	8 140,57 – 14 638,75 €
	De verticalisation	FREV	OUI	Achat / LLD	21 069,25 €
Poussette	Standard	POU_S			1 300,00 €
	Multi-réglable et évolutive	POU_MRE	OUI		2 587,00 €
Base roulante modulaire		BASE			1 125,00 €
Cycle à roues multiple		CYC			1679,48 €
Scooter modulaire		SCO		Achat	1 300,00 – 3 800,00 €

CONDITIONS DE PRESCRIPTION

Grandes classes	Catégories	Acronyme	Cadre de prescription actuel	Futur cadre de prescription	LLD
VPH non modulaire					
FR à propulsion manuelle ou à pousser	Standard	FMP	Prescription médicale/ergo seul	Prescription médicale/ergo seul	
	À assise rigide	FMPR	Prescription médicale/ergo seul	Prescription médicale/ergo seul	
VPH modulaire					
FR à propulsion manuelle ou à pousser	Standard	FRM	Prescription médicale/ergo seul	Prescription médicale/ergo seul	
	Configurable	FRMC	Prescription médicale/ergo seul	MPR ou Med DU Appareillage/compensation du handicap ou ergothérapeute	
	Sportif	FRMS	Prescription médicale/ergo seul	MPR ou Med DU Appareillage/compensation du handicap ou ergothérapeute	
	Actif soudé	FRMA	Prescription médicale/ergo seul	MPR ou Med DU Appareillage/compensation du handicap ou ergothérapeute	
	Multi-position	FRMP	Prescription médicale/ergo seul	MPR ou Med DU Appareillage/compensation du handicap ou ergothérapeute	Oui
	De verticalisation	FRMV	MPR + équipe pluridisciplinaire	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	Oui
FR à propulsion électrique	Standard	FRE	MPR + équipe pluridisciplinaire	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	
	Multi-position	FREP	MPR + équipe pluridisciplinaire	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	Oui
	De verticalisation	FREV	MPR + équipe pluridisciplinaire	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	Oui
Poussette	Standard	POU_S	Prescription médicale/ergo seul	Prescription médicale/ergo seul	
	Multi-réglable et évolutive	POU_MRE	Prescription médicale/ergo seul	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	Oui
Base roulante modulaire		BASE	Prescription médicale/ergo seul	Prescription médicale/ergo seul	
Cycle à roues multiple		CYC	Prescription médicale/ergo seul	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	
Scooter modulaire		SCO	MPR + équipe pluridisciplinaire	MPR / Med DU Appareillage + équipe pluridisciplinaire	

DOCUMENTS À TRANSMETTRE DANS LE CADRE DE LA DAP

- Fiche d'évaluation des besoins
- Fiche de préconisation
- Certificat de validation de l'essai dans les situations requises
- Bon de commande/devis du distributeur au détail
- Prescription définitive.

Les prescriptions non soumises à DAP seront transmises, avec les PJ dont la facture et les fiches d'évaluation et de préconisation (requises pour certains types de fauteuils), directement au service administratif de la CPAM pour prise en charge. Ces prescriptions ne seront donc pas examinées par le service médical.

RÉFORME DES VÉHICULES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP (VPH) – ACCOMPAGNEMENT ET SÉCURISATION

- La prise en charge des fauteuils sera soumise à **l'accord préalable du service médical** (hormis le cas des fauteuils les plus basiques)
- Un **téléservice** sur les DAP VPH est en cours de développement, et **l'utilisation de SCOR** sera fortement incitée afin de limiter les demandes de remboursement papier.
- L'expérimentation d'un contrôle a priori sur les remboursements de fauteuils,
- Au niveau de la réglementation, le texte prévoit des règles de non cumul, l'interdiction de prescrire les fauteuils en téléconsultation
- Un groupe de travail Cnam-réseau sur le conventionnement des fournisseurs de la LPP va fournir **des préconisations sur les règles de conventionnement** en vue d'une harmonisation des pratiques au niveau national.
- Un **accompagnement des PS et des distributeurs** (fournisseurs et pharmaciens) est en cours

VPH-NM: VEHICULES NON MODULAIRES POUR PERSONNES HANDICAPEES



Caractéristiques : FR basique, standard, non configurable, non réglable, non pliant

Utilisation :

- dans les établissements pour transporter les patients (hôpital, EHPAD...)
- en location pour une utilisation temporaire
- à réserver pour un usage de courte durée ou aux personnes pouvant se déplacer qu'à l'intérieur car difficile à manœuvrer

FMP : FR non modulaires à propulsion Manuelle ou à Pousser → FR standard



Caractéristiques : FR + confortable, non configurable, lourd et peu maniable, assise ou dossier rigide, non pliant

Utilisation :

- pour les personnes âgées handicapées
- dans les établissements pour transporter les patient (hôpital, EHPAD...)
- en location pour une utilisation temporaire.

FMPR : FR non modulaires à assise Rigide à propulsion Manuelle ou à Pousser → FR « de confort »

VPH-M: VEHICULES MODULAIRES POUR PERSONNES HANDICAPEES



Caractéristiques : FR un peu configurable, pliant ou non, réglable, peu encombrant

Utilisation :

Très utilisé ++

Pour des pathologies peu évolutives car il est réglable mais moins que le FMRC (Sclérose en plaque peu évolutive)

FRM : FR modulaires à propulsion manuelle et à pousser



Caractéristiques : FR très configurable, pliant, très réglable, peu encombrant, léger

Utilisation :

Pour pathologies + évolutives que le FRM

Léger donc facile à transporter (déplacement en voiture)

Peu s'adapter à la morphologie du patient (dimensions réglables), capacités motrices++, adaptation des accessoires possibles, rigidité du châssis → meilleur rendement qu'avec les FRM

FR modulaires à propulsion Manuelle Configurable

FMRC



Caractéristiques : modulable, « de positionnement » ou « multi-position » car on peut l'ajuster, réglage des roues arrières

Utilisation :

Ajustements multiples donc bien pour les pathologies évolutives

Permet d'ajuster le positionnement du patient en fonction de son tonus musculaire

FRMP : FR modulaires à propulsion Manuelle ou à pousser multi-Position



Caractéristiques : ici FR pour basketteurs, FR très particuliers, différents fauteuils en fonction des sports pratiqués

Utilisation :

Seulement pour le sport

2^{ème} fauteuil (ce n'est pas le fauteuil principal des personnes handicapées)

FMRS : FR modulaires à propulsion Manuelle de sport

FMRS

Illustrations ne préjugent pas leur qualification réelle dans la nouvelle nomenclature

VPH-M: VEHICULES MODULAIRES POUR PERSONNES HANDICAPEES



FMRA

Illustrations ne préjugent pas leur qualification réelle dans la nouvelle nomenclature

VPH-M: VEHICULES MODULAIRES POUR PERSONNES HANDICAPEES A PROPULSION ÉLECTRIQUE



Caractéristiques :

- Classe A : Compact
- Classe B : usage intermédiaire entre classe A et C
- Classe C : volumineux, à usage extérieur

Utilisation :

Personne n'ayant plus de capacités motrices

FRE



Caractéristiques :

Très petit marché, pas de configuration de base, + réglable que le FRE

Utilisation :

Pour les pathologies qui nécessitent davantage d'adjonctions de positionnement que pour les pathologies concernées par le FRE

FREP

VPH-M: VEHICULES MODULAIRES POUR PERSONNES HANDICAPEES VERTICALISATEURS



Caractéristiques : verticalisation manuelle

Utilisation :

- Permet de changer de point d'appui (éviter les **escarres**)
- Permet de faciliter le **transit**
- Bien pour les problèmes **ostéoarticulaires**
- Utilisé aussi pour le **côté social** (parler en face des gens)
- Nécessite d'avoir les **capacités motrices** de s'appuyer sur le fauteuil une fois qu'il est debout pour l'abaisser

FRMV



Caractéristiques : Idem que le verticalisateur manuel mais verticalisation électrique

3 catégories : A, B, C: du moins au plus programmable (changement de positions)

Utilisation

- Pour les personnes n'ayant **pas de capacités motrices**
- **Pathologies évolutives** : SLA, Myopathies, SEP
- **Pathologies en perte de mobilité**

FREV

VPH-M: VEHICULES MODULAIRES POUR PERSONNES HANDICAPEES AUTRES VÉHICULES MODULAIRES



Caractéristiques : Identique à la poussette canne du marché

Utilisation :

- Option de maintien
- Pour des parents qui ne veulent pas mettre leur enfant dans un fauteuil roulant.

POU_S



Caractéristiques : Réglable en largeur, longueur et hauteur → multiréglable

Utilisation :

- Suivi évolutif de la morphologie de l'enfant
- Personnes ayant des problèmes de tonus postural, type épileptiques ou polyhandicaps

POU_MRE

SCO SCOOTERS



3 catégories :

- Classe d'usage intérieur : classe A+ : scooters compacts, manœuvrables et démontables pour des environnements domestiques et capables de franchir certains environnements extérieurs ;
- Classe d'usage mixte : classe B : scooters suffisamment compacts et manœuvrables pour certains environnements domestiques et capables de franchir certains environnements extérieurs ;
- Classe d'usage d'extérieur : classe C : scooters de taille généralement importante et capables de se déplacer sur d'assez longue distance et de franchir des obstacles extérieurs.

Les scooters modulaires sont indiqués chez les personnes ayant une limitation sévère et durable de l'activité de marche, dans l'impossibilité d'atteindre leurs objectifs de participation sociale en utilisant un fauteuil roulant à propulsion manuelle du fait de leur incapacité à propulser elles-mêmes un fauteuil roulant à propulsion manuelle en extérieur soit en raison de leur déficience soit en raison de leur situation environnementale.

BASE: BASE ROULANTE MODULAIRE



La prise en charge des bases roulantes modulaires est assurée pour les personnes présentant une incapacité de marche partielle ou totale, provisoire ou définitive, uniquement si elles sont installées dans un système de soutien du corps réalisé sur moulage en matériaux thermo formable haute température.

CYC: CYCLE À ROUES MULTIPLE



La prise en charge d'un tricycle modulaire est assurée pour les personnes qui, du fait d'une déficience motrice, acquise ou congénitale, ont une autonomie de déplacement réduite, présentant une incapacité de marche partielle ou totale, provisoire ou définitive. Le tricycle est adapté à la morphologie et aux besoins de la personne utilisatrice au niveau du tronc, des membres inférieurs, pieds compris. Le système de conduite est facilement accessible par la personne utilisatrice.

EXEMPLE PARCOURS ACHAT FRM









EXEMPLE PARCOURS ACHAT FRMC, FRMA, FRMP



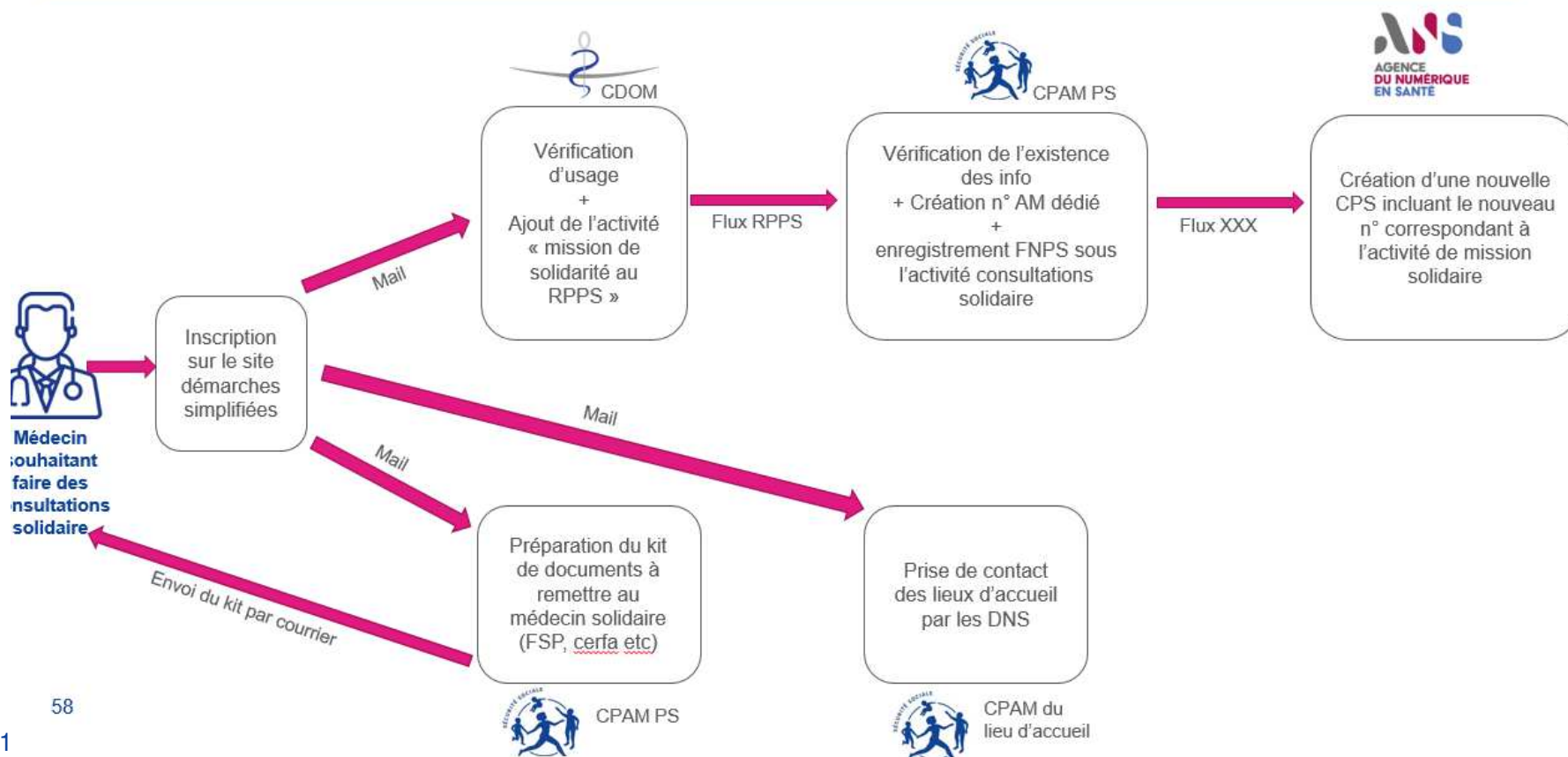
CONSULTATIONS SOLIDAIRES

CONTEXTE

Quoi		Mesure gouvernementale visant à encourager des médecins volontaires à exercer une « mission de solidarité territoriale » en assurant des demi-journées de consultations dans les zones les plus fragiles.
Qui		Les médecins généralistes, quel que soit leur statut (conventionné libéral, retraité, remplaçants, salariés)
Quand		Dès septembre 2025
Où		Dans les 151 zones « rouges » répertoriées par le Ministère de la Santé. Les lieux d'accueil peuvent être des lieux de soins existants (MSP, CDS ...) ou des locaux municipaux mis à disposition
Combien		100€ par demi-journée en plus des honoraires de consultations (paiement via bordereaux) (Aucun frais km pris en charge).
Comment		Le médecin qui souhaite se porter volontaire doit aller sur la cartographie des zones rouges pour repérer le lieu solidaire dans lequel il souhaite intervenir, puis s'inscrire via la plateforme « Démarches simplifiées »

CONSULTATIONS SOLIDAIRES

PROCESSUS D'INSCRIPTION



CONSULTATIONS SOLIDAIRES



Les lieux de consultations solidaire

MSP

FACTURATION

- Utilisation matériel sur place si prévu
- Vérifier si pas de surcoût
- Vérifier quel logiciel
- Le paramétrage à faire
- Utilisation matériel du PS volontaire

AMELIPRO

- Utilisation matériel sur place si prévu (informatique, réseau internet)
- Utilisation matériel « nomade » du PS volontaire

CDS

FACTURATION

- Pas d'utilisation du logiciel CDS (Matériel incompatible avec exercice libéral)
- Utilisation matériel du PS volontaire

AMELIPRO

- Utilisation matériel sur place si prévu (informatique, réseau internet)
- Utilisation matériel « nomade » du PS volontaire

Autres lieux

FACTURATION

- Utilisation matériel sur place si prévu
- Vérifier si pas de surcoût
- Vérifier quel logiciel
- Le paramétrage à faire
- Utilisation matériel du PS volontaire

AMELIPRO

- Utilisation matériel sur place si prévu (informatique, réseau internet)
- Utilisation matériel « nomade » du PS volontaire

CONSULTATIONS SOLIDAIRES

Les profils

Profils potentiels

Libéral

Salarié

Retraité actif (libéral)

Retraité - salariés

Retraité - remplaçant

Retraité sans activité

Remplaçant

Facturation

Le PS peut-il télétransmettre sa facturation ?

Si non points bloquants à remonter via le FAQir : Consultation solidaire - Logiciel

Amelipro

Le PS a-t-il accès à amelipro ?

Si non points bloquants à remonter selon les canaux habituels (3608 – PSN)

WebDMP

Le PS a-t-il accès au Web MP (si pas d'accès via son logiciel)

Si non points bloquants à remonter selon les canaux habituels (3608-PSN)

RAPPELS DES RÈGLES DE FACTURATION DU YYYY010

Article 50-2 de la convention médicale

L'acte technique YYYY010 - traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes :

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique –

est *de facto* facturé dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.

La modification du libellé de l'acte a été introduite le 1^{er} janvier 2025.

LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES ORGANISATIONS DE SOINS AMBULATOIRES

Contexte de facturation

- Respect des conditions de prise en charge d'une situation médicale prévue dans le champ du YYYY010

Critères cumulatifs d'éligibilité

- Appréciation du besoin territorial en lien avec les acteurs locaux, notamment les services d'urgence
- Equipement médical minimal permettant de stabiliser l'état de santé du patient et d'assurer sa prise en charge. Ex : chariot d'urgence
- Difficultés ou délais d'accès aux services d'urgence au regard des spécificités et des besoins du territoire
- Formation : présence a minima d'un médecin ayant suivi la formation initiale + continue MCS au sein de l'organisation de soin ambulatoire

Validation

- Validation de ces organisations en CPL après audition des porteurs

La validation d'une organisation ne crée pas de possibilité de dérogation systématique aux règles de cotation de l'acte YYYY010

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

MODALITÉS D'EXERCICE DES MÉDECINS – LIBÉRAL/ MÉDECIN CONSEIL

MÉDECIN-CONSEIL & EXERCICE MIXTE

UNE DIVERSITÉ D'ACTIVITÉS AU SERVICE DE L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

VOUS ÊTES MÉDECIN LIBÉRAL OU SALARIÉ ET SOUHAITEZ ÉGALEMENT EXERCER LA MÉDECINE CONSEIL ?
AVEC L'ASSURANCE MALADIE, C'EST POSSIBLE !

LES ACTIVITÉS DU MÉDECIN-CONSEIL EN EXERCICE MIXTE

Au service des assurés



► Étudier les demandes de prestations en coordination avec les prescripteurs de soins et dans le cadre d'échanges avec les assurés.

► Participer à la reconnaissance du caractère professionnel d'accidents ou de maladies, en évaluer les séquelles.

► Prévenir la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail.

► Promouvoir auprès des assurés les politiques de prévention, les services en santé et favoriser l'accès aux soins.

Au service des professionnels de santé



► Promouvoir les référentiels de bonnes pratiques, les conditions de prise en charge et les dispositifs conventionnels.

► Développer un partenariat avec les médecins généralistes pour cogérer les situations complexes.

LES CONDITIONS DE L'EXERCICE MIXTE



► Le contrat de travail en CDI prévoit un temps partiel de médecine conseil.



► Conflit d'intérêt : le médecin-conseil s'engage à ne pas exercer sa mission dès lors qu'il aura été en lien avec l'assuré social, le professionnel de santé ou l'établissement.

LES AVANTAGES



► Une équipe pluridisciplinaire regroupant médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers et personnels administratifs.

► Des formations continues, en plus d'une formation initiale dispensée lors de l'intégration.

► Une évolution possible vers un poste de management ou d'expertise technique.

► Télétravail possible.

► Rémunération brute annuelle (prorata temps plein) : de 63 000 à 79 000 € + part variable, Intéressement, tickets restaurant, comité d'entreprise...



Vous êtes Intéressé(e) ?
Contactez-nous : recrutement.ersm-bfc@assurance-maladie.fr



En savoir plus



MÉDECIN-CONSEIL



En savoir plus



EXERCICE MIXTE



En savoir plus



OFFRES D'EMPLOI

ACCOMPAGNEMENT DAM/ DNS/ PC/ ROC

Campagne DAM en cours:

➤ **Convention médicale:**

- Bon usage des médicaments (BZD, Tramadol, AGLP1): campagne quasi finalisée (31/12/2025)- 49 visites planifiées
- ECBU: campagne quasi finalisée- tous les médecins ont été rencontrés (23)
- Transports prescripteurs atypiques: rendez vous à venir d'ici le 31/01/2026 auprès de 12 médecins.
- Contrat OPTAM: accompagnement réalisé par les équipes_ 5 résiliations de contrats

➤ **Campagne DNS en cours:**

- Campagne offre numérique MG: déploiement en cours concernant 71 médecins.

Campagne à venir:

- IPP auprès des médecins généralistes
- Zéro phtalate auprès des généralistes, pédiatres, gynécologues, pharmaciens
- AP-APA et EPON IC auprès des médecins généralistes
- IJ en lien avec les campagnes d'échange confraternel

Campagne ROCs/ DAM

➤ **Accompagnement MSP/ CDS rémunération ACI**

- Accompagnement sur ce second semestre sur les profils Patients- profils mis à disposition

➤ **Accompagnement CPTS**

- dialogue de gestion annuel avec les 2 CPTS du département

- Déploiement du dispositif de pré conventionnement France Santé en lien avec l'ARS

TÉLÉMÉDECINE- TÉLÉCONSULTATION

Suite à l'entrée en vigueur de la convention médicale en 2024, le calcul du seuil d'activité pouvant être réalisée à distance a été modifié.

Désormais, l'art 87-7 qui encadre la pratique médicale en téléconsultation indique que les téléconsultations du médecin traitant auprès de sa patientèle médecin traitant ainsi que les téléexpertise n'entrent plus dans le calcul.

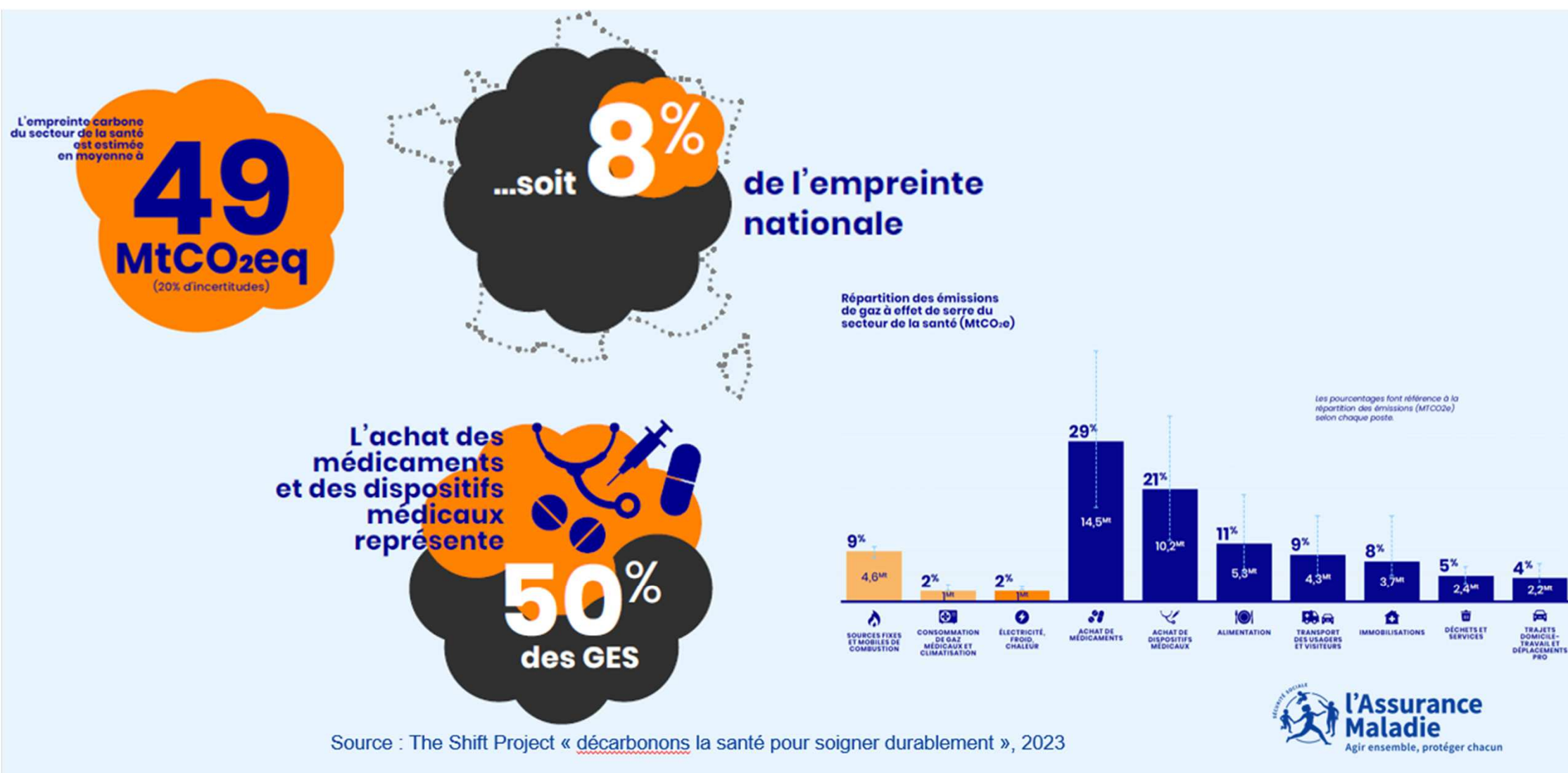
La méthodologie de calcul du seuil, au regard de sa nouvelle définition, a été retravaillée pour une retranscription plus conforme de l'accord conclu entre les partenaires conventionnels.

Ces éléments seront pris en compte pour les données nationales en date du 30/09/2025.

Dans l'attente, sur le dernier fichier mise à disposition (en date du 30/06), l'ensemble des omnipraticiens et spécialistes de notre département respecte le seuil des 20% définis, sur la base de leur numéro AM 90.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE - CONTEXTE & ENJEUX

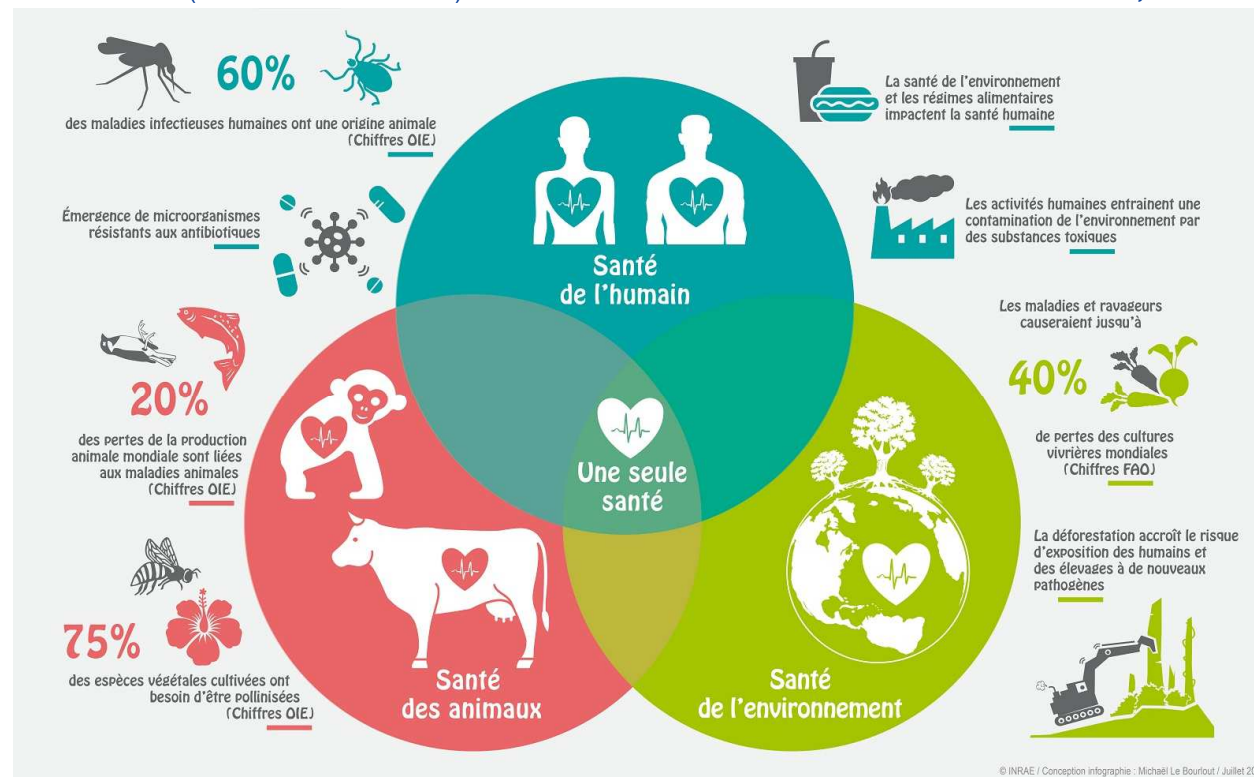
IMPACT DU SYSTÈME DE SANTÉ SUR L'ENVIRONNEMENT



CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Le concept « **One Health** » (« Une Seule Santé ») montre l'interconnexion entre la santé de l'homme, de l'animal et de l'environnement,



Source : INRAE

© INRAE / Conception infographie : Michaël Le Bourlout / Juillet 2020

CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Conséquences de la santé environnementale

23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde sont imputables aux **facteurs environnementaux** (OMS)

Exemples de pathologies auxquels contribuent les facteurs environnementaux

(Contribution suspectée ou avérée)

Cancers

Maladies
cardiovasculaires

Troubles de la
reproduction

Maladies
métaboliques

Maladies
infectieuses

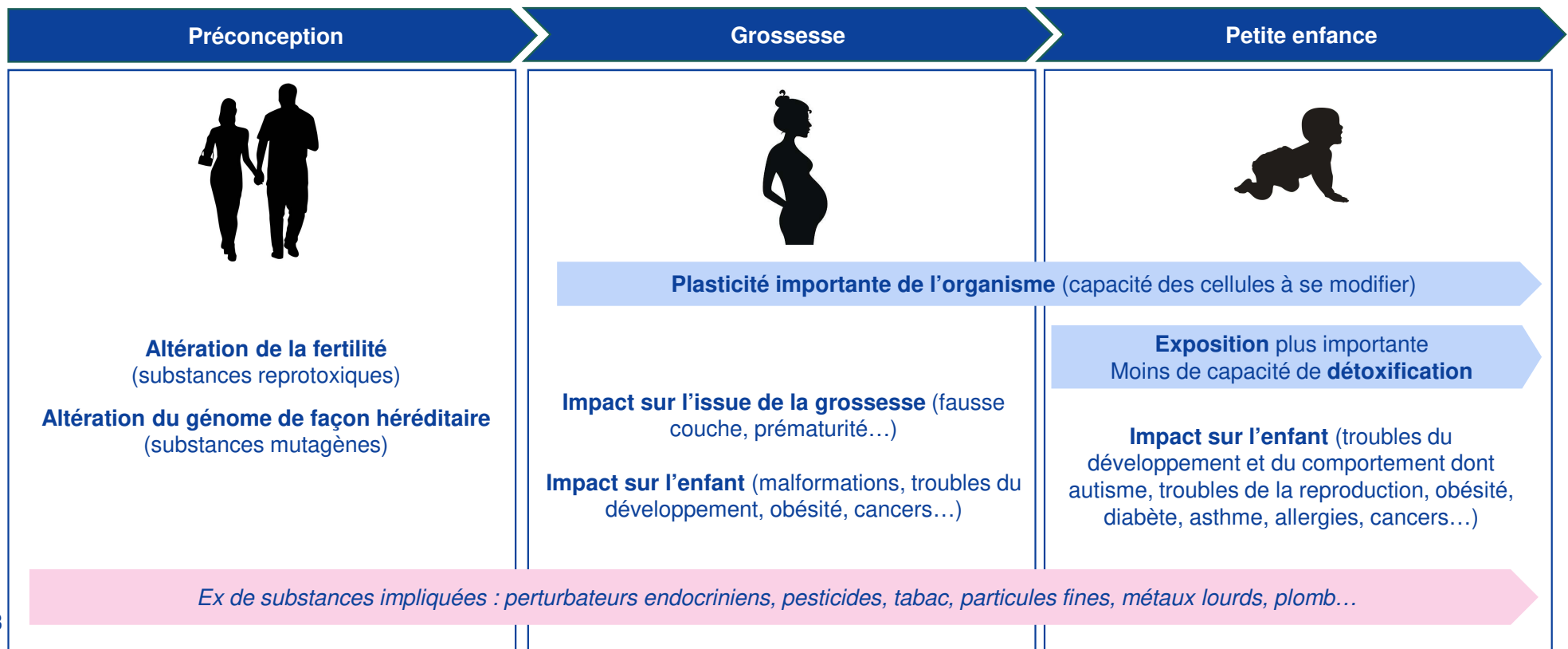
Maladies
respiratoires

Maladies
neurologiques et
santé mentale

CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Vulnérabilité accrue aux substances toxiques en périnatalité, notamment aux perturbateurs endocriniens



CONTEXTE & ENJEUX

IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT SUR LA SANTÉ

Exposition trop importante des femmes enceintes aux substances toxiques

Dispositif de bio surveillance de Santé Publique France

4 146 mères incluses dans le volet périnatal

Echantillons biologiques : urine et sang maternels, sang du cordon, cheveux maternels

Date : 2011

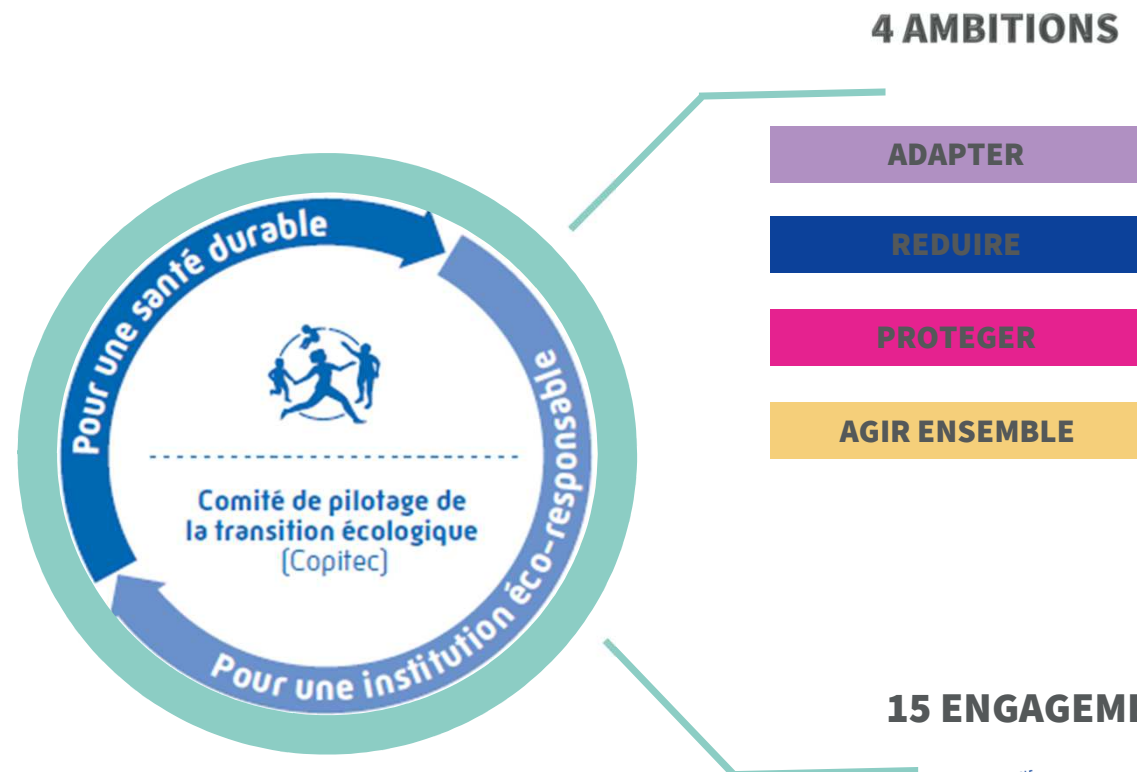


Quasi **100%** des femmes enceintes présentent des traces de substances toxiques dont des perturbateurs endocriniens

Exemples de substances identifiées : phtalates, pesticides (principalement les pyréthrinoides), dioxines, furanes, polychlorobiphényles (PCB), retardateurs de flamme bromés (RFB), composés perfluorés (PFC), métaux (sauf l'uranium)

POSITIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

SCHÉMA DIRECTEUR 2024-27



POSITIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

SCHÉMA DIRECTEUR 2024-27



ADAPTER

1. Anticiper les impacts de la crise environnementale sur le système de santé et adapter l'action de l'AM
2. Identifier les impacts environnementaux sur les risques professionnels et adapter l'action de l'AM
3. Assurer la résilience des infrastructures et des services essentiels de l'Assurance Maladie face au changement climatique



RÉDUIRE

4. Promouvoir des soins plus sobres et moins carbonés
5. Encourager les mobilités douces et durables
6. Assurer une gestion de bâtiments plus sobres et moins carbonés
7. Développer un numérique responsable
8. S'engager dans une politique d'achats plus écoresponsable au service de la transition écologique



PROTEGER

9. Développer et promouvoir la santé environnementale
10. Protéger les assurés les plus exposés et les plus vulnérables
11. S'engager pour une institution attentive à nos écosystèmes



AGIR ENSEMBLE

12. Déployer une gouvernance et un pilotage dédiés
13. Mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé et de l'AM
14. Territorialiser l'action et développer des partenariats locaux
15. Partager et promouvoir les engagements de l'AM en faveur de la transition écologique



POSITIONNEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Santé environnementale = avant tout une manière de voir

Périmètre d'action de l'Assurance Maladie
sur la santé environnementale :

- Interdépendance
- Interdisciplinarité
- Responsabilité collective



1.

Les phénomènes liés au dérèglement climatique

Fortes chaleurs – UV – allergies – événements climatiques extrêmes

2.

L'interface santé homme/animale

Nouveaux pathogènes zoonotiques – maladies vectorielles – antibioresistance

3.

Les pollutions

Qualité de l'air intérieur/extérieur, pollutions chimiques (eau, sols, aliments...), métaux lourds (mercure, plomb...) pollution sonore, composés potentiellement toxiques dans l'alimentation...

QUE PRÉVOIT LA CONVENTION MEDECINS ?

TRANSITION ECOLOGIQUE

Comment limiter l'impact du système de santé sur l'environnement ?



Eco prescription

BONUS SOBRIETE

Env. **1 000 €/an** pour les **30% des médecins généralistes** ayant les prescriptions les + « sobres » ou ayant amélioré **d'au moins 10%** la sobriété de leurs prescriptions



Cabinet
écoresponsable

DEMARCHE ECORESPONSABLE

Prévision d'un GT pour construire une **démarche écoresponsable du cabinet** permettant de valoriser de manière **graduée** l'engagement environnemental

PERTINENCE ET QUALITE DES SOINS

15 engagements dont :

Antibiorésistance : objectif de **-25%** du volume prescrits en 2027 et de **-10%** dès 2025

Pansements : **-5%** de volumes remboursés de pansements techniques prescrits en post-opératoire dès 2025

QUE PRÉVOIT LA CONVENTION MEDECINS ?

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Comment limiter l'impact de l'environnement sur la santé ?



Rôle des médecins

Reconnaissance du **rôle incontournable des médecins** dans la prévention des risques environnementaux



Intégration de la santé environnementale au **contenu des consultations**



Engagement de l'Assurance maladie à construire des :

- **Contenus informatifs et données pratiques ;**
- **Supports d'information et de sensibilisation du grand public**

CAMPAGNE MSO/ MSAP 2025-2026

Les modalités de déploiement des campagnes Mise Sous Objectif/ Mise Sous Accord Préalable ont été renouvelées depuis 2023.

Pour la campagne 2025-2026, plusieurs nouveautés ont été mises en place:

- Une campagne en 2 vagues pour l'articuler avec les échanges confraternels réalisés en 2024 :
 - **Une 1ère vague pour une MSO à compter de septembre 2025**
 - **Une 2nde vague pour une MSO à compter de janvier 2026**
- Une sélection des médecins revue, en retenant uniquement ceux ayant fait l'objet d'un accompagnement par l'Assurance Maladie au cours des deux années précédentes ou d'une action MSO MSAP antérieure,
- Une standardisation des données modifiée : comparaison des médecins non plus entre communes identiques de la région mais en fonction du code IRIS INSEE du lieu d'exercice du MG correspondant à des quartiers de 2.000 à 5.000 habitants, ce qui permet une analyse beaucoup plus fine que le code commune utilisé jusqu'alors,
- Un objectif MSO simplifié en taux d'évolution par rapport à la période de référence, et non plus en réduction de l'écart-type par rapport à la moyenne.
- Une bibliothèque de courriers révisée

CAMPAGNE MSO/ MSAP 2025-2026

Au sein de notre département, plusieurs médecins ont été intégrés dans le cadre de cette campagne annuelle avec information du CDOM.

- Vague 1 à compter de septembre 2025: suivi d'un médecin généraliste ayant accepté la mise sous objectif
- Vague 2 à compter de janvier 2026: suivi de 2 médecins généralistes, procédure d'acceptation actuellement en cours.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE: FILE ACTIVE- PATIENTÈLE MÉDECIN GÉNÉRALISTE + 64 ANS

Dans le cadre des actions portées en lien avec l'accès aux soins de nos assurés et à la demande de nos représentants, un suivi des médecins généralistes de 64 ans et + a été réalisé au sein de notre département.

Aussi, à la date du 25/11/2025, nous recensons 23 médecins généralistes âgés de plus de 64 ans.

- 14 médecins exercent sur les communes couvertes par la CPTS Belfortaine (Belfort, Essert, Danjoutin)
- 9 médecins exercent sur les communes couvertes par la CPTS Pourtour Belfortain (Andelnans, Delle, Giromagny, Rougemont le Château, Vezelois)

File active moyenne: 1117 patients avec des variables comprises entre 71 et 2520 patients.

File active moyenne MT: 657 patients MT avec des variables comprises entre 6 et 1731 patients MT

Nombre d'assurés MT: 862 assurés en moyenne avec des variables comprises entre 54 et 2217 assurés

Nombre d'assurés MT en ALD: 230 assurés en moyenne avec des variables comprises entre 14 et 482 assurés

Un départ annoncé (à confirmer) au 01/01/2026- un contact de la CPTS concernée va être réalisé afin d'organiser des actions.

FILE_ACTIVE	FILE_ACTIVE_MT	NB_ASS_MT	NB_ASS_MT_ALD
1046	715	1059	266

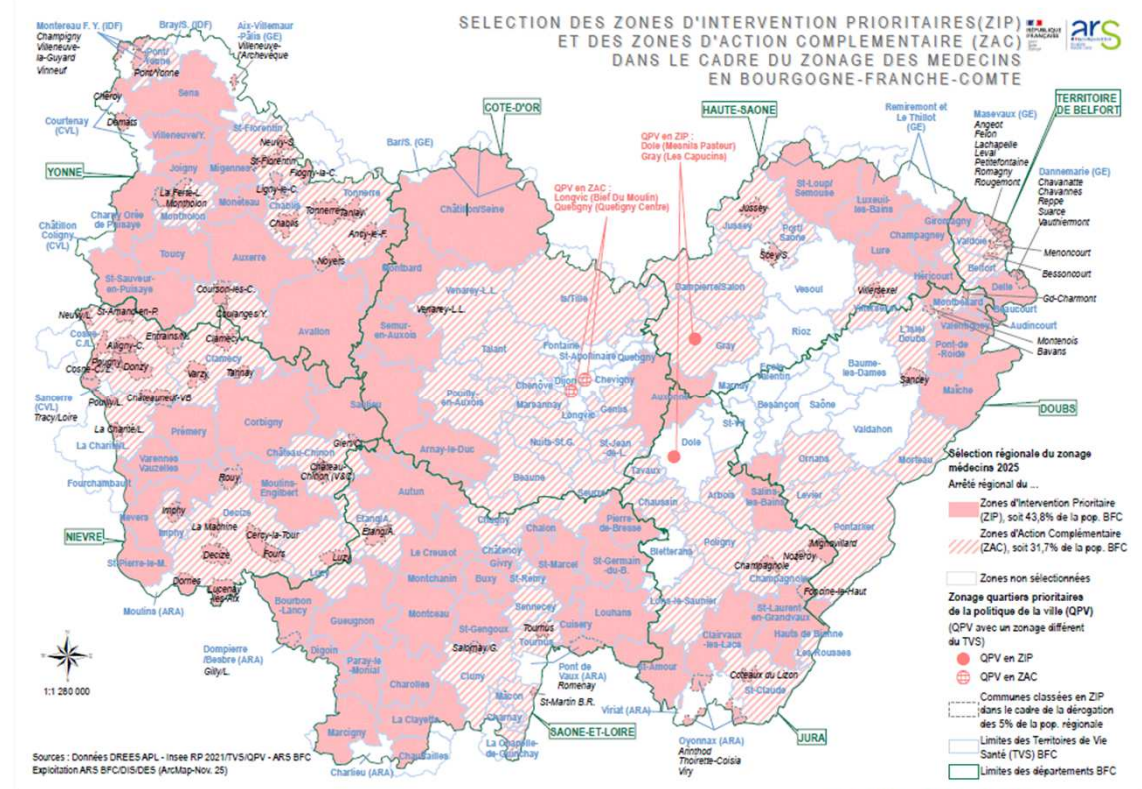
DÉMOGRAPHIE MÉDICALE: NOUVEAU ZONAGE

Le zonage régional a été modifié

Zonage médecins – Publication au **RAA du 20 novembre 2025** de l'arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Analyse en cours sur les évolutions

Et les impacts sur les contrats en cours



PRÉVENTION

Actions de prévention:

Retour sur les actions « octobre rose ». Le service prévention de la CPAM en collaboration avec ses partenaires, le CCAS et la ligue contre le cancer ont réalisé plusieurs actions de sensibilisation à destination des usagers pour favoriser le dépistage du cancer du sein : Centre Leclerc Belfort, Marché Fréry, Resto du cœur pépinière et au marché des résidences.


Les actions venir en novembre et décembre 2025

- Forum santé destiné aux parents de collégiens en partenariat avec Trajectoire ressources et la cité éducative de Belfort (le 15 novembre)
- Ateliers futures mamans (le 17 novembre et 16 décembre)
- Actions RETINODIAB (le 27 novembre après-midi à la maison du peuple, le 1er décembre à Menoncourt, le 4 décembre à Delle, le 15 décembre à la maison du peuple, le 18 décembre à Rougemont)
- Ateliers EPIDE (le 27 novembre et le 18 décembre).
- Forum prévention LISI AUTOMOTIV (le 25 novembre) en partenariat avec la CPTS pourtour Belfortain – une seconde action envisagées en mars 2026
- Intervention classe lycée Condorcet pour une classe de 36 élèves autour de la santé des jeunes et notamment la santé mentale (le 26 novembre).
- Stand prévention pour le personnel de LEROY MERLIN (le 27 novembre)

Webinaire régional Zéro Phtalate avec invitation des femmes enceintes, femmes en congés parental et père=> action santé environnementale couvrant également la période des 1 000 premiers jours.

DISPOSITIF PRADO: ACTUALITÉ

- Evolutions du dispositif PRADO avec l'émergence de nouveaux acteurs territoriaux amenés à structurer les relations ville-hôpital
- L'offre Prado doit s'adresser, en priorité aux patients atteints de pathologies relevant du champ des maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, AVC, BPCO) et renforcer l'orientation vers les personnes les plus « fragiles »
- Délégation de cette activité envisagée d'ici la fin 2026



MEMO PRADO

NOUVELLES ORIENTATIONS PRADO

Avec l'émergence des nouveaux acteurs territoriaux amenés à structurer les relations ville/hôpital, le dispositif Prado évolue.

L'offre Prado s'adresse, en priorité :

- Aux patients atteints de pathologies relevant du champ des maladies cardiovasculaires et associées (insuffisance cardiaque, broncho-pneumopathie chronique obstructive, accident vasculaire cérébral).
- Aux personnes « fragiles » qui requièrent une aide spécifique à cause d'une autonomie réduite, de difficultés d'organisation, d'isolement, d'un logement inadapté, d'une faible couverture sociale ou de ressources limitées.

Cette évolution formalisée par des critères indicatifs de "fragilité potentielle" vise à renforcer l'orientation déjà engagée par les équipes de soins des établissements dont la mission est l'organisation de la sortie de l'hôpital et qui sont les seules décisionnaires de l'orientation vers le service Prado.


① Les grilles d'éligibilité (critères médicaux, critères d'autonomie et critères de contexte social) existants actuellement dans Prado (quel que soit le volet) ne changent pas.

② Les critères de priorisation comprennent :

- Les maladies cardiovasculaires et associées
- Les situations de « fragilité potentielle » :
 - L'absence de médecin traitant
 - Situations de vie : personne vivant seule, ou avec un aidant en difficultés ; logement nécessitant des adaptations, besoin d'aide significatif pour la planification des soins et d'organisation de la sortie.
 - Les critères de prise en charge administrative : absence d'assurance complémentaire, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), personnes sous tutelle, en invalidité, avec ASI

PENDANT L'HOSPITALISATION

Adhésion au service Prado :
Lorsque le patient est éligible, les professionnels de santé de l'établissement transmettent une demande Prado avec l'outil Viatrajectoire. L'adhésion au dispositif peut alors être initiée par un conseiller de l'Assurance Maladie, lors d'un échange avec le patient, en chambre ou par téléphone.



PLAN D' ACTIONS RÉGIONAL- QUALITÉ DES PRESCRIPTIONS

Une action régionale en lien avec la qualité des prescriptions médicale a été déployée concomitamment au sein des 8 CPAM de BFC.

Il s'agit, à travers cette action régionale, de sensibiliser les prescripteurs de ville et en établissement sur l'impact des anomalies de prescription sur les professions prescrites générant des indus.

Vous trouvez ci-dessous la synthèse des indus par typologie pour les 12 prescripteurs identifiés (hors établissements) :

Motif indu	Toutes anomalies		Anomalies avec envoi d'un courrier	
	Nombre de médecin	Montant indu	Nombre de médecin	Montant indu
Prescription illisible	8	4 831,97 €	7	4 784,72 €
Absence signature du prescripteur	3	1 821,71 €	3	1 821,71 €
Date de prescription raturée	1	381,00 €	1	381,00 €
Total général	12	7 034,68 €	11	6 987,43 €

Par ailleurs, deux établissements/ structures sont également concernés, avec les typologies suivantes :

Motif indu	Montant indu
Prescription médicale imprécise : prescription sans mention ALD alors que le patient en bénéficie ou inversement	88,50 €
Absence de signature du prescripteur	1 391,85 €
Total général	1 480,35 €

Motif indu	Montant indu
Prescripteur illisible	365,50 €

NUMÉRIQUE EN SANTÉ- DONNÉES SUR LE MOIS DE MARS 25

- Taux de télétransmission **au 31 octobre 2025**: 93,57% (contre 93,43% à fin mars)
(95,13% versant généraliste et 92,17% versant spécialiste)
- **ADRI** :89,39% de taux d'équipement
82,86% (92,45%) PS utilisateurs parmi les PS équipés
- **AAT** : taux utilisateurs 48,98% (46,09%) – 52,31% en cumulé
- **PSE** : taux utilisateurs **37,14%** (37,86%) -48,46% en cumulé
- **DMT** : taux utilisateurs 33,06% (32,51%) - 35 % en cumulé
- **CM AT/MP** : taux utilisateurs 21,63% (-18,11%)- généralistes 48,94% (73,27% en cumulé) / spécialistes **2,68%** (2,72% en cumulé)
- **SPE** (prescription transport) : taux utilisateurs 27,16% (**22,41%**) - généralistes 42,55% (42,55%) / spécialistes 13,42% (8,84%)
- **DSG (déclaration de grossesse)**: taux utilisateurs 1,22% cumulé 3,08%
- **DMP** : taux utilisateurs 51,43% (47,74%) - généralistes 80,43% (78,72%) / spécialistes 33,99% (28,19%)
- **EPRE (ordonnance numérique)**: 33,88% (27,57%) de médecins utilisateurs –généralistes 58,70% (43,62%) / spécialistes 18,95% (17,45%)
- **SCOR**: taux utilisateurs 50,26% (32,1%)- Taux équipement 77,14%
- **APP CV** : Taux utilisateur: 6,94% - généralistes 15,22% / spécialistes 1,96%



HELLODOC
nouvellement
labellisé

FORFAIT STRUCTURE 2025 - OUVERTURE PRÉVISIONNELLE MI DÉCEMBRE 2025 D'AMELIPRO

Dans le cadre de la déclaration FAMI 2025, les pré requis attendus au 31/12/2025 sont les suivants:

- « **Disposer d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération** »,

les critères retenus sont :

- que les **médecins** et **les sages-femmes** s'équipent d'un logiciel de facturation SESAM-Vitale agréé sur la version du cahier des charges **1.40 add 8** et intégrant les avenants **Tiers Payant IVG et Santé sexuelle**,
- que les **masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, orthoptistes, orthophonistes et pédicures-podologues** s'équipent d'un logiciel de facturation SESAM-Vitale agréé sur la version du cahier des charges **1.40 add 8** (aucun avenant requis*),
- et qu'ils aient procédé à une facturation conforme avant **le 31 décembre 2025**.

Une campagne nationale a été diffusée par mail aux médecins le 27/10/2025 afin de leur permettre de vérifier qu'ils répondent au cahier des charges SESAM Vitale

Récapitulatif des indicateurs déclaratifs devant faire l'objet d'une déclaration sur Amelipro

Volet 1	Utilisation d'un logiciel métier référencé Ségur avec LAP certifié (messagerie sécurisée de santé intégrée)
	Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé
Volet 2	Capacité à coder des données médicales
	Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée
	Services offerts aux patients
	Encadrement d'étudiants en médecine
	Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée (télémédecine)
	Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés (télémédecine)

Qualité facturation (avril à octobre 2025)



Taux moyen de rejets de 0,68% FSE/B2 (0,53% oct à 0,85% avril.) et 3,98% FSP (2,95% sept-6, 19% avril)

Sur un total de
280 840 factures
Top des anomalies

Modulation du ticket modérateur non trouvée dans nos bases : 392 factures (>< 1 167 factures) soit 0,47% (><0,47)

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

Signalement: date de prestation = samedi non férié: 273 factures (>< 426 factures) soit 0,10%

Facturation d'une majoration jour férié alors que le PS n'est pas inscrit au tableau de garde-signalment validé donc rejet- concerne 2 MG

Facturation Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat: 247 factures (>< 204 factures) soit 0,09% (><0,08%)

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: 221 factures (><288 factures) soit 0,08% (>< 0,11%)

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 3 MG en particulier

Incompatibilité nature assurance/ régime: 74 factures soit 0,03%

Ce rejet est généré notamment pour des soins télétransmis au titre d'un accident du travail pour des assurés qui ne sont pas assurés pour ce risque au niveau de l'AM

04

POINTS DIVERS

NOUVEAU PROTOCOLE TRANSPORTEURS SANITAIRES

Signature le 24/09/2025 d'un protocole de maîtrise des dépenses entre l'Assurance Maladie, l'Unocam et les 4 fédérations de transporteurs sanitaires.

Le protocole signé vise à réaliser 150 millions d'euros d'économies à l'horizon 2027 sur le champ des transports sanitaires en s'appuyant sur des axes d'évolution des pratiques et d'organisation du secteur

Ce protocole comporte 4 axes thématiques:

- Axe 1: optimiser le recours à l'ambulance programmée, , plus onéreuse, lorsque d'autres modalités de transport (VSL, taxi) sont médicalement appropriées. Cela s'appuiera notamment sur l'accompagnement par l'Assurance Maladie des prescripteurs (en ville comme à l'hôpital), la révision des règles de prescription et le développement de la prescription dématérialisée
- Axe 2: accélérer le développement du transport partagé, via notamment le renforcement des dispositifs incitatifs
- Axe 3: renforcer la certification des flux et la fiabilité des facturations, avec une incitation accrue à la certification (écart tarifaire renforcé entre entreprises certifiées et non certifiées dès le 1er octobre 2025). Ces mesures contribueront à simplifier la facturation pour les transporteurs tout en luttant plus efficacement contre les fraudes. L'accord prévoit par ailleurs un renforcement des conditions de certification à l'horizon 2027.
- Axe 4: poursuivre la réflexion autour des TUPH: : les travaux avec le Ministère de la santé seront initiés au cours du 1^{er} semestre 2026.

GROUPES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

ATTENDUS DES GAP (rappel)

objectifs

- Favoriser la concertation sur la pertinence des actes et des soins : installer chez les participants des groupes une démarche réflexive permanente sur leurs pratiques, qu'il s'agisse de conduites diagnostiques, de thérapeutiques ou de parcours de soins du patient, avec l'ensemble des acteurs du territoire.
- Responsabiliser les médecins à améliorer la qualité des soins au regard des dernières données de la science et éviter les dépenses inutiles liées aux prescriptions.

Organisation cible

Dans chaque territoire, groupes de pairs de 10 à 15 médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, dans un but de promotion de démarche qualité, d'harmonisation et de pertinence des pratiques (conforme à la méthode de DPC élaborée par la HAS)

Les groupes **se réunissent 5 ou 10 fois par an** à compter de la date de démarrage du groupe, réunions de 2 heures en présentiel ou en classe virtuelle ; Les groupes choisissant de se réunir 5 fois pourront évoluer ultérieurement vers la formule 10 réunions

Animés par un **animateur pair formé à la méthode** ;

Autour de **thématiques définies au niveau national, régional et choisies par le groupe.**

Thématiques des GAP en lien avec les programmes de pertinence validés par les partenaires conventionnels

Formule GAP 10 réunions

- **4 thèmes nationaux validés en CPN**
- **3 thèmes régionaux** définis par l'instance de gouvernance régionale pilotée par la DGDR, validés par la CPR
- **3 thématiques proposées par les participants** aux groupes en fonction des spécificités territoriales et répondant aux mêmes **exigences de pertinences**

Formule GAP 5 réunions : les **4 thèmes nationaux** + 1 thème choisi par le groupe



GROUPES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

4 thématiques nationales à choisir parmi les 15 indicateurs d'objectifs communs de pertinence

Indemnités journalières				Prescriptions non médicamenteuses	
1 Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail				10 Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence de la prescription	11 Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers et la validation systématique des BSI
Produits de santé				Autres	
2 Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques	3 Diminuer le nombre de molécules dans traitements chroniques chez les patients hyperpolymédiqués et polymédiqués de 65 ans et plus	4 Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement	5 Favoriser le développement des biosimilaires en primo prescriptions, et au moment du renouvellement, par les spécialistes libéraux	12 Renforcer la pertinence de la prescription de transports	13 Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles
6 Limiter le recours aux analgésiques de palier 2 à risque de dépendance, notamment en recourant à l'ordonnance sécurisée pour le <u>tramadol</u>	7 Renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance des dispositifs médicaux dits « du quotidien »	8 Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des OAM	9 Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS	14 Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizonne pour les patients en ALD	15 Assurer le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et associées, ainsi que le dépistage précoce du cancer.

GROUPES D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

DÉTAILS THÉMATIQUES PRODUITS DE SANTÉ

8 indicateurs pertinence conventionnels

- **Antibiorésistance** : Diminuer de 25% en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques
- **Polymédication** : Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus
- **ITR et durées de traitement recommandées** : Viser 80% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) et l'atteindre sur quelques molécules prioritaires en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'AM
- **Biosimilaires** : Atteindre un taux de pénétration de 80% de biosimilaires
- **Analgésiques** : Diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés
- **Dispositifs médicaux du quotidien** : Diminuer la dépense de CNO et pansements post chirurgie de 5 % et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour les patients éligibles
- **Orthèses d'avancées mandibulaires** : Augmenter les initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à près de 30 % à terme
- **Inhibiteurs de la pompe à protons** : Diminuer de 20% les prescriptions chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 7 MAI 2026*

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