



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MÉDECINS

7 mai 2026

CPAM du Territoire de Belfort

09/07/2026

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

DÉSIGNATION PRÉSIDENT ET VICE PRÉSIDENT

PRÉSIDENCE 2026: SECTION SOCIALE

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 4 DÉCEMBRE 2025

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 28/02/2026

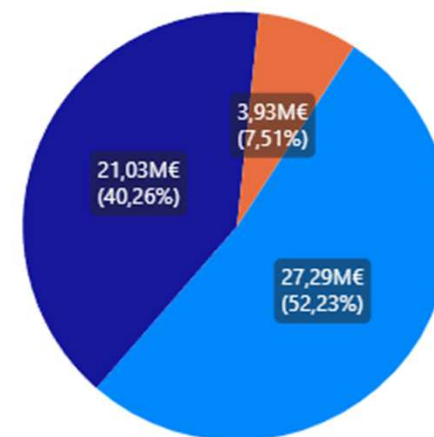
STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/12/2025

Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
TOTAL	52 243 864	4,8%	3,7%	3,7%
Actes techniques	27 286 637	5,6%	3,5%	3,8%
Actes d'anesthésie	2 097 952	27,1%	7,4%	6,2%
Actes de chirurgie	3 819 087	4,1%	4,4%	5,0%
Actes d'imagerie (hors échographie)	7 223 646	1,2%	3,9%	3,2%
Actes d'obstétrique	50 295	2,0%	-3,6%	-3,5%
Actes échographie	4 465 184	0,9%	3,2%	2,1%
Actes NGAP	5 959	47,4%	-6,0%	-1,6%
Actes techniques médicaux (hors imagerie)	9 624 514	8,0%	2,4%	4,1%
Consultations et visites	21 031 989	3,7%	4,3%	3,7%
Consultations	20 078 623	4,6%	5,2%	4,4%
Téléconsultations	173 862	-31,9%	-2,0%	-4,1%
Visites (frais dépl. inclus)	779 504	-7,2%	-7,8%	-5,4%
Autres prestations	3 925 238	5,9%	2,5%	3,5%
Aides et rémunérations conventionnelles	3 691 196	6,5%	3,0%	3,7%
Autres honoraires	76 866	-23,7%	-5,1%	1,0%
Permanence des soins	156 120	15,2%	3,6%	3,4%
Vaccination COVID	1 056	-81,8%	-95,9%	-86,7%

Répartition de dépenses en 2025

Postes de dépenses

- Actes techniques
- Consultations et visites
- Autres prestations



- 52 243 864 € ont été versés aux médecins du Territoire de Belfort au 31/12/2025 soit une évolution de +4,8%.
- L'augmentation a été plus marquée pour les actes techniques (+5,6%) qui représentent la catégorie la plus importante avec une part de 52,23% des dépenses totales.
- Les actes techniques médicaux (hors imagerie) représentent le montant le plus important dans les actes techniques (9 624 514€) avec un taux d'évolution de 8% suivi par les actes d'imagerie (hors échographie) 7 223 646 soit une légère hausse de 1,2%.
- Le montant total des dépenses pour les 2 premiers mois de 2026 s'élève à 7 603 562 € avec un taux d'évolution négatif de -7,1%

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/12/2025: PRINCIPAUX POINTS

Consultations et visites (+ 3,7%) :

- La hausse des dépenses liées aux consultations s'explique principalement par la hausse des consultations MG (7,1% ou 12 214 154,29 €). Les consultations de médecins spécialistes sont en baisse avec - 28,5% pour un montant total de 1 485 592,55

Actes techniques médicaux (+ 5,6%) :

- L'augmentation s'explique principalement par les évolutions des 2 actes ci dessous :
 - ❑ Les actes techniques médicaux hors imagerie, soit 9 624 513 €, ont connu une croissance notable de +8 %, variation supérieure aux tendances régionales et nationales.
 - ❑ Les actes d'anesthésie enregistrent une augmentation notable de +27,1 %, pour un total de 2 097 951,85€,

Actes d'imagerie (1,2%) :

- Les actes d'imagerie (hors échographie), bien que représentant un montant important (7 223 645 €), sont en légère progression (+1,2 %), en dessous des tendances régionales et nationales

Actes chirurgicaux (4,1%) :

- Les actes de chirurgie totalisent 3 819 087,45 € et connaissent une évolution de +4,1%.
- Cette évolution locale se situe dans les moyennes puisqu'au niveau régional, la variation est de +4,4 % et au niveau national, la variation est de +5 %.

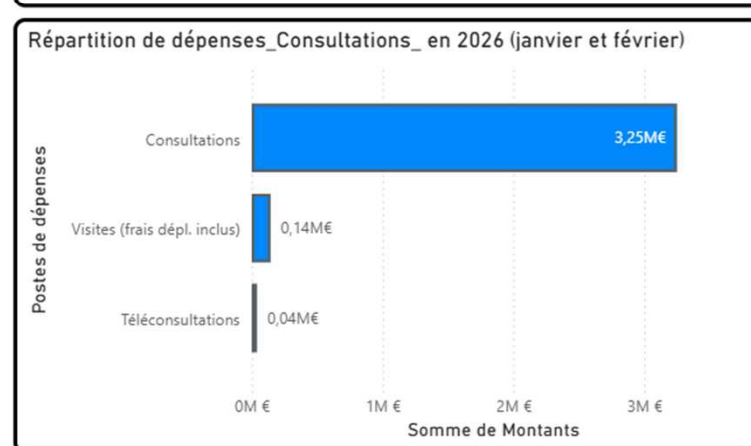
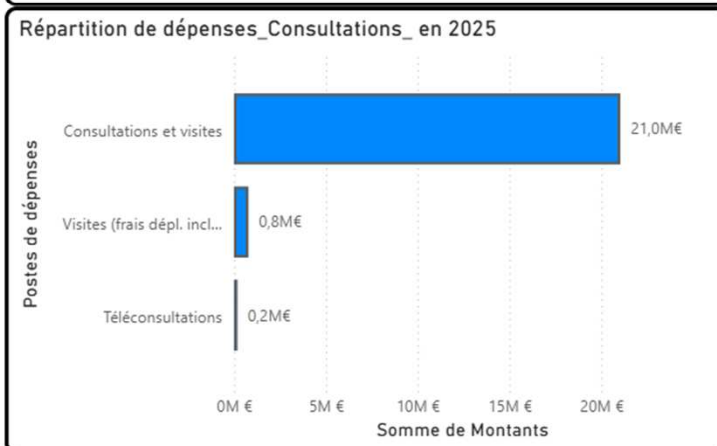
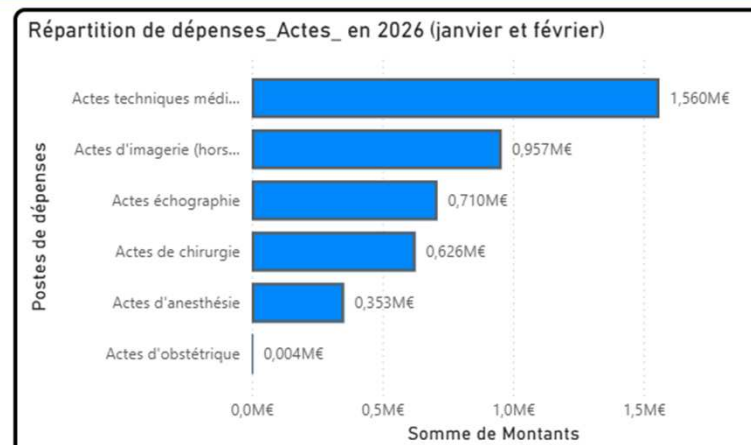
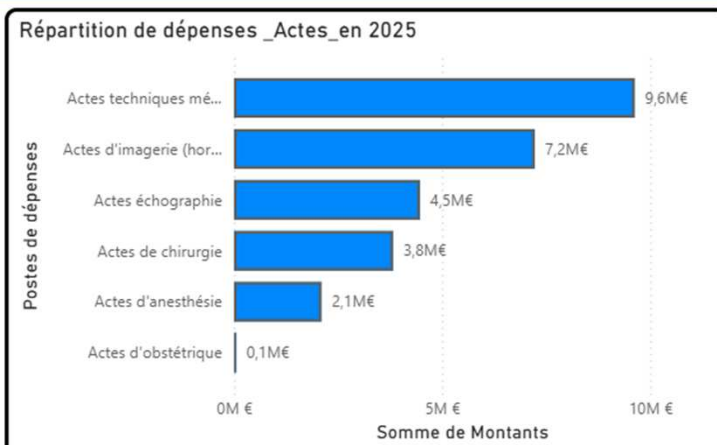
Actes d'échographie (+0,9 %) :

- Les actes d'échographie représentent un montant de 4 465 184,16 €, quasi stable avec une variation de +0,9 %. Cette évolution est inférieure à celle observée au niveau régional (+3,2 %) ainsi qu'au niveau national (+2,1 %).

Aides et rémunérations conventionnelles (+6,5%) :

- Ce poste atteint 3 691 196,4 €, avec une croissance significative de +6,5 %. L'évolution régionale (+3 %) et nationale (+3,7 %) confirment une bonne prise en compte des attendus, en lien avec l'accompagnement des professionnels de santé.

STATISTIQUES DE DÉPENSES 2025-2026 (JANVIER-FÉVRIER)

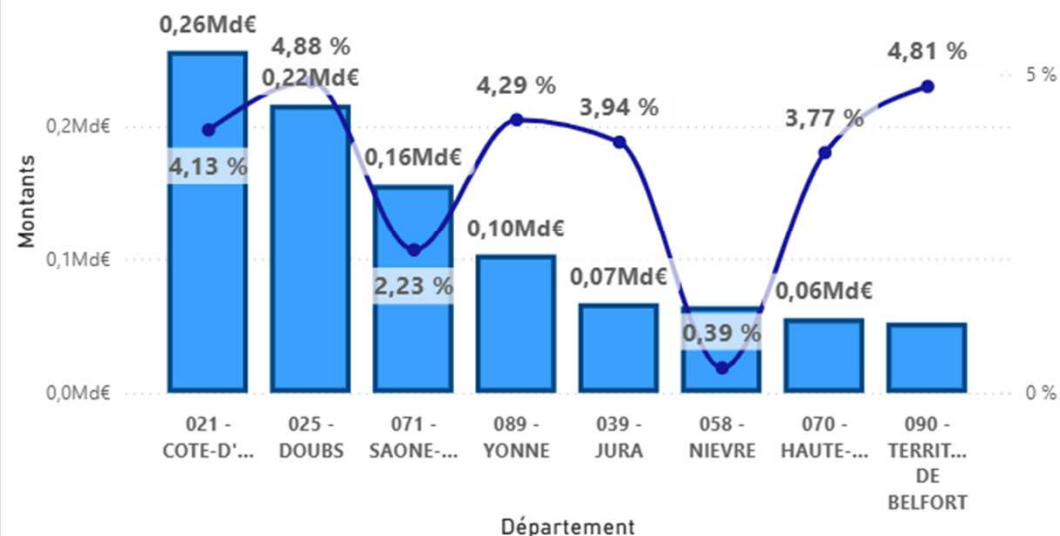


- Les actes techniques médicaux représentent le principal poste de dépense autant sur l'année 2025 qu'en début 2026
- Les consultations classiques progressent (+4,6%), les téléconsultations reculent (-31,9% en 2025)

STATISTIQUES DE DÉPENSES: VUE RÉGION

Montants et Evolutions par Département 2025

● Montants ● Evolutions



Montants et Evolutions par Département 2026

● Montants ● Evolutions

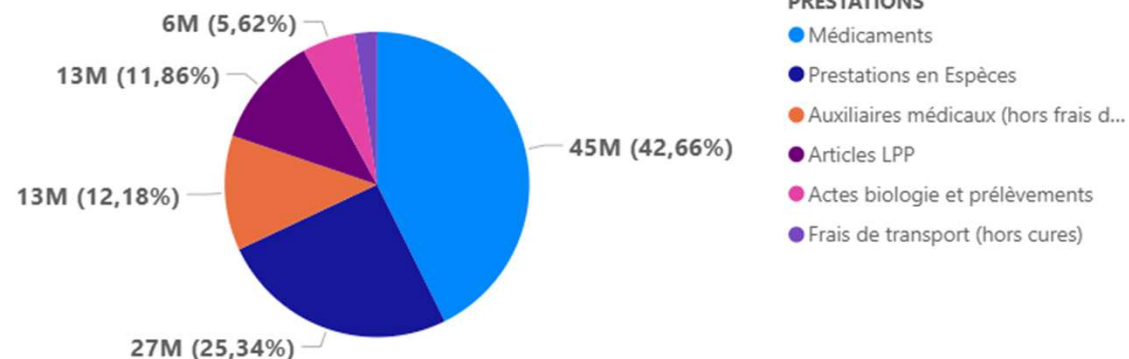


- Bien que Belfort reste le département avec le plus faible montant global, son évolution de dépenses en 2025 est supérieure (+4,81%) à celle de tous les autres départements exception faite du Doubs (+4,88%)
- Tous les départements affichent une augmentation de leur dépense de santé en 2025 cependant, on note une variation négative sur ce début d'année 2026 (janvier-février) de quasiment -7% pour chaque département (sauf 70-39)

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/12/2025- PRESCRIPTION DES MÉDECINS

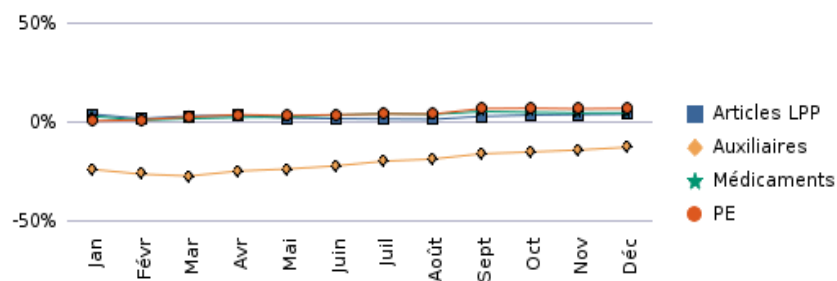
PRESTATIONS	TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP		
Médicaments	45 206 754	4,7%	3,6%	4,3%
Prestations en Espèces	26 850 471	6,9%	4,4%	4,9%
Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)	12 904 693	-12,7%	-18,5%	-17,9%
Articles LPP	12 561 706	4,0%	3,5%	2,9%
Actes biologie et prélèvements	5 953 372	-8,5%	-7,1%	-3,3%
Frais de transport (hors cures)	2 480 862	-3,3%	-7,9%	-7,3%
TOTAL	105 957 857	1,7%	-0,2%	-0,7%

Montant par PRESTATIONS



- Jusqu'au 31/12/2025, 105 957 857 € de soins ont été prescrits par les médecins du Territoire de Belfort.
- Deux évolutions négatives avec tendances similaires au niveau national et régional : baisse des prescriptions auxiliaires médicaux (-12,7%) et des prescriptions pour des actes biologie et prélèvements en recul de -8,5 % .
- Il y a des différences de dynamique entre les types de prestations par rapport aux dynamiques régionales et nationales: recul des dépenses d'auxiliaires médicaux, une évolution de + 6,9% des prestations en espèces et des dépenses de frais de transport en diminution moins marquée.

Evolution des montants par prestation (P.C.A.P.)



STATISTIQUES DE DÉPENSES – ASSURÉS PRIS EN CHARGE

Médecine Générale (MG) 2025 : On passe de 78 163 assurés pris en charge sur l'année 2025 à 39 999 pour le premier bimestre 2026.

Sur la période (janvier –février): Le nombre d'assurés baisse de -6,7 % (passant de 42 882 à 39 999) et le montant moyen de remboursement diminue de -4 %.

Médecine Spécialisée (MS) 2025: On passe de 72 417 assurés en 2025 à 34 811 pour le début d'année 2026.

Sur la période (janvier –février): Le nombre d'assurés progresse de +9,3 % (passant de 31 857 à 34 811) avec un remboursement moyen qui augmente de +3,8 %.

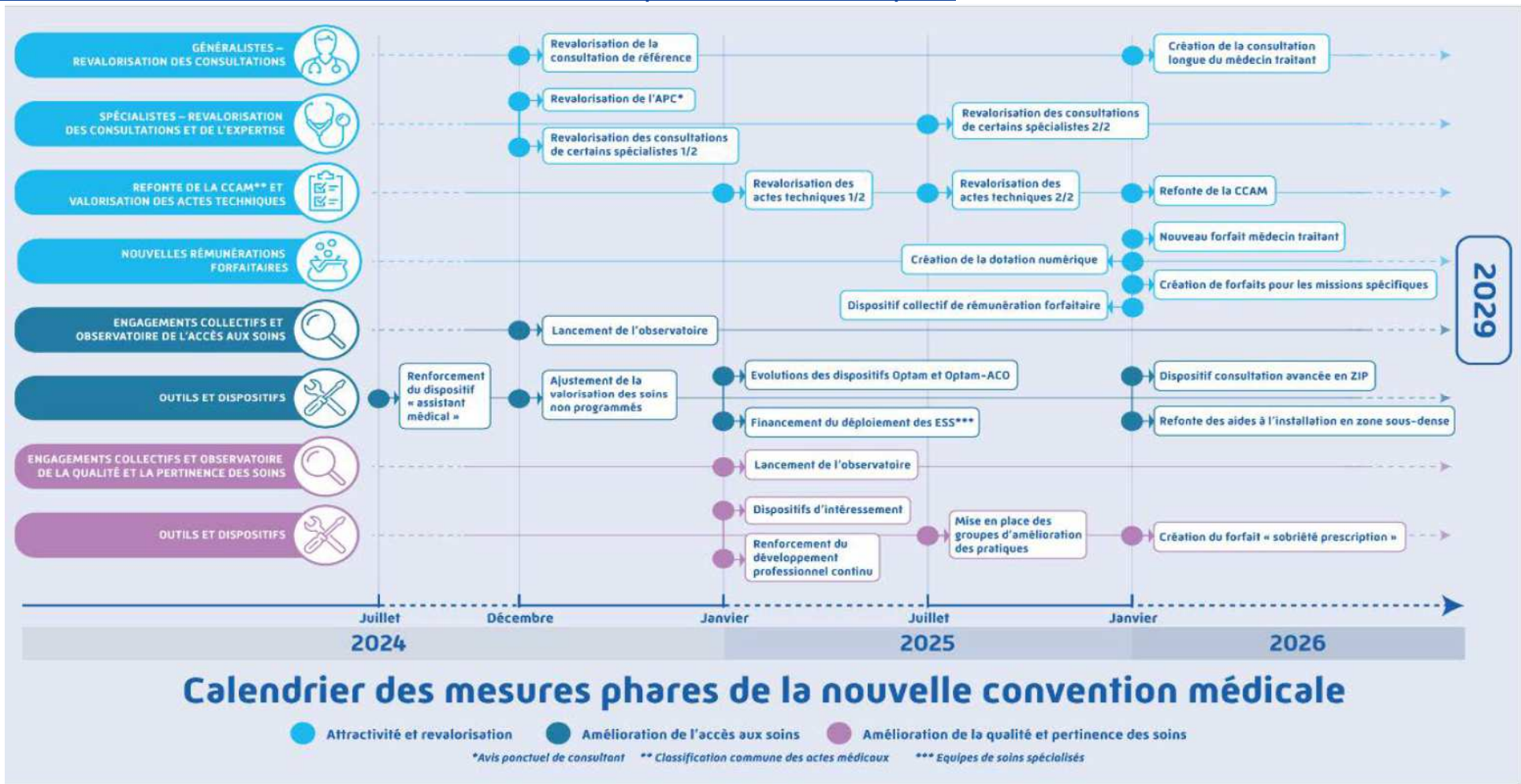


02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

CONVENTION MÉDICALE- MESURES APPLICABLES DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2026

« liste des actes et majorations » : www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-specialistes/metropole



CONVENTION MÉDICALE- MESURES APPLICABLES DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2026

Mailing du 09/12/2025

1/ Consultation longue du médecin traitant de la personne âgée de 80 ans et plus

Afin de valoriser la prise en charge de situations complexes et chronophages, des consultations longues du médecin traitant sont créées pour les patients de plus de 80 ans. Elles sont valorisées à hauteur de **60 euros** et facturable par le médecin traitant à tarif opposable, une fois par an et par patient dans les contextes suivants :

- GL1 : consultation de sortie d'hospitalisation dans les 45 jours après la sortie du patient ;
- GL2 : consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux, après réalisation d'un bilan de médication du pharmacien prescrit par le médecin ;
- GL3 : consultation d'orientation vers un parcours médicosocial, avec remplissage du dossier médico-administratif pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

2/ Revalorisation du tarif des examens obligatoires de l'enfant avec certificat (COE)

La COE facturable à tarif opposable augmente de 54 euros à **60 euros** pour les examens obligatoires effectués :

- dans les huit jours suivant la naissance,
- du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse,
- du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse.

Pour rappel : tous les certificats et comptes-rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres doivent être dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique.

3/ Revalorisation des déplacements à domicile

La majoration de déplacement en montagne (MDM) à **15 euros** remplace la majoration MD à 10 euros, si le domicile du patient ou le cabinet du médecin se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions en vigueur).

Les tarifs augmentent également pour :

- Les indemnités kilométriques en montagne,
- Les indemnités kilométriques en plaine dans les DROM,
- Les majorations de déplacement (régulé et non régulé) aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

4/ Intervention dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS)

La nouvelle majoration pour la visite réalisée au domicile du patient (MVR) est valorisée à 10 euros, si la visite est effectuée dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du service d'accès aux soins (SAS).

Pour rappel, la nouvelle majoration SHE, introduite le 22 décembre dernier, est facturable uniquement dans les conditions cumulatives suivantes :

- le patient est adressé pour une prise en charge dans les 48h par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) ou par la régulation médicale pour la consultation réalisée par le médecin traitant.
- la consultation a lieu entre 19h et 21h.

5/ Autorisation de facturation de certains actes CCAM avec la consultation

De nouvelles associations dérogatoires ont été rendues possibles pour votre spécialité, permettant le [cumul à 100% d'honoraires d'actes techniques CCAM](#) avec ceux d'une consultation de référence facturée à tarif opposable. A noter : Un seul de ces actes CCAM autorisés peut être facturé en sus de la facturation de la G.

6/ Revalorisation de tarifs d'actes [CCAM](#)

Des actes techniques bénéficient d'une hausse tarifaire, liée à la valorisation du « point travail » à **0,47 euro par point**. La majoration pour les DROM ayant à ce jour un coefficient de majoration à 3% bénéficieront d'un coefficient à 4% à compter du 1er janvier 2026.

REFORME –PRISE EN CHARGE DES PROTHÈSES CAPILLAIRES EN 100% SANTÉ

❖ Une prise en charge améliorée depuis le 1er janvier 2026

Depuis le 1er janvier 2026, les prothèses capillaires sont réparties en quatre classes, selon leur composition et leur qualité, conformément à l'arrêté publié au Journal Officiel:

- **Classe I:** prothèses en fibres synthétiques, avec une surface d'implantation manuelle d'au moins 30 cm². Elles sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO)
- **Classe II :** prothèses contenant au moins 30% de cheveux naturels ou en fibres synthétiques avec une surface implantée manuellement supérieure à 100 cm². Elles sont intégralement remboursées par l'AMO et l'Assurance Maladie complémentaire (AMC), sans reste à charge.
- **Classe III:** prothèses contenant au moins 50% de cheveux naturels, avec une surface implantée manuellement supérieure à 50 cm². Elles bénéficient désormais d'un encadrement du reste à charge, ce qui constitue une avancée majeure: cette classe n'existait pas auparavant et les patient(e)s devaient assumer l'intégralité du coût.
- **Classe IV:** prothèses 100% naturelles. Elles sont désormais partiellement prises en charge par l'AMO, permettant une réduction du coût pour les patient(e)s.

L'amélioration de la base de remboursement par l'Assurance Maladie obligatoire permet à certaines classes de bénéficier d'un niveau de remboursement par l'Assurance Maladie plus élevé qu'aujourd'hui, réduisant encore le coût restant à la charge des patients.

REFORME –PRISE EN CHARGE DES PROTHÈSES CAPILLAIRES EN 100% SANTÉ

❖ Prescription

- Par un médecin dans le cadre du parcours de soins (notamment en oncologie)
- Un dermatologue

CODE	DÉSIGNATION	Prix de cession en € HT au 1 ^{er} janvier 2026	TARIF en € TTC au 1 ^{er} janvier 2026	PLV en € TTC au 1 ^{er} janvier 2026
1278571	Prothèse capillaire totale - classe I	160,00	350,00	350,00
1281372	Prothèse capillaire totale - classe II	451,00	350,00	700,00
1237253	Prothèse capillaire totale - classe III	701,00	350,00	1 000,00
1283684	Prothèse capillaire totale - classe IV	-	350,00	-

Equipes de Soins Spécialisés

ESS



- ◊ Loi n°2019-774 du 24/07/19 dite « OTSS »
- ◊ Article L. 1411-11-1 CSP
- ◊ Articles 53 et suivants de la Convention médicale 2024
- ◊ Instruction n° DGPS/AS2/CNAM/DRPOF/2025/36 du 24/03/25

Une ESS n'est pas une structure de soins – c'est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

L'équipe de soins spécialisés contribue avec les acteurs des soins de premier recours à la structuration des parcours de santé.

Missions :

- une mission socle (2 activités)
- une mission optionnelle

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

- > Contribuer à **structurer l'offre de 2nd recours** sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1er, 2ème et 3ème recours et proposer **une réponse adaptée** au besoin du premier recours notamment des médecins traitants
- > Proposer **une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel** répondant à la demande des médecins traitants et soignants du territoire dans des **délais réduits** sous la forme de consultation ou télé expertise

Mission optionnelle : Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier

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

Critères conditionnels à la création d'une ESS

Critère géographique

- > Territoire à **minima départemental** avec une **cible régionale** possible
- > Non déjà couvert par une ESS
- > Sur lequel **sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée** *(assouplissement possible en fonction des caractéristiques du territoire)*

Critère de seuil

- > Au départ : **au moins 10% des professionnels libéraux de la spécialité** concernée du territoire couvert par l'ESS
- > A terme : cible d'intégration de 30% à 50%

Critère médical

L'ESS doit répondre à des problématiques liées à une **spécialité médicale** et non à une pathologie

Critère juridique

L'ESS doit être constituée sous la forme du **régime des associations Loi 1901**

Démarches de création

Dépôt d'une **Lettre d'intention** sur Démarches Simplifiées

Validation ARS après avis CPAM

Signature d'un contrat de crédit d'amorçage ESS/ARS/CPAM

Dépôt d'un projet de santé dans les 6 mois suivants le dépôt de la LI

Réputé validé sauf décision contraire ARS/CPAM

Signature d'un contrat de dotation annuelle ESS/ARS/CPAM

Financement par la CPAM

Un crédit d'amorçage 80 000 €

Versé par la CPAM en 2 fois :

- > 50% dès validation de la LI par l'ARS/CPAM et après signature d'un contrat de crédit d'amorçage
- > 50% après validation du projet de santé par l'ARS/CPAM

Une dotation annuelle entre 50 000€ et 100 000 € en fonction de la taille de l'ESS (nb de médecins sur l'année)

Versé - dans le mois suivant la conclusion le contrat puis chaque année à date anniversaire - pour la réalisation de l'ensemble des missions prévues dans la convention médicale

Parcours Coordonné Renforcé

PCR



- ◊ Article 46 de la LFSS 2024 codifié à l'article L4012-1 CSP
- ◊ Décret n° 2024-1035 du 15/11/2024 relatif à la prise en charge et au remboursement des parcours coordonnés renforcés
- ◊ Décret no 2025-394 du 30 avril 2025 relatif à la liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés

Le parcours coordonné renforcé est une **prise en charge collective** du patient, **par un ensemble de professionnels**, autour **d'un épisode de soins**. Il met en rapport au sein d'une même structure plusieurs professionnels de santé, entre eux et avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Il fait **nécessairement suite à des expérimentations « article 51 »** pour lesquelles des parcours de soins ont été testés et évalués et dont la transposition dans le droit commun nécessite certaines évolutions réglementaires

1^{ier} PCR : parcours
« obésité
complexe de 2^{ème}
niveau publié au
JO du 04/03/2026

Les outils nécessaires à la mise en œuvre d'un PCR

Liste des catégories de structures autorisées à coordonner des parcours coordonnés renforcés (= structure coordinatrice)

⚠ Pour chaque PCR, les catégories de structures éligibles au parcours seront précisées dans l'Arrêté « parcours » concerné.

Concrètement

Principe de facturation selon le type de PCR

Nouveau téléservice Assurance Maladie « Mon Parcours Patient »

- > Une **définition réglementaire du parcours** après validation d'une ou plusieurs expérimentations « article 51 » sur la même prise en charge
- > Une **enveloppe** définissant un montant global par épisode avec modulation possible selon l'activité et recouvrant notamment des prestations hors panier de soins
- > Une **structure coordinatrice** qui coordonne le parcours de soins renforcé (transmission des informations à la CPAM concernant les patients suivis et la liste des professionnels impliqués dans la prise en charge,...) – les structures éligibles sont précisées dans chaque Arrêté « parcours »

- | | |
|--|---|
| > Les établissements sanitaires | > Les Communautés professionnelles territoriales de soin (CPTS) |
| > Les Etablissement sanitaires et médicaux sociaux | > Les Dispositif d'appui à la coordination (DAC) |
| > Les centres de santé | > Les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) |
| > Les maisons de santé (MSP) sous forme de SISA | > Les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) |
| > Les Equipes de Soins Spécialisés (ESS) | |

- > Chaque nouveau PCR nécessite la **publication au Journal Officiel d'un arrêté « parcours »** détaillant ses conditions de mise en œuvre
- > Une fois l'Arrêté publié – et le cas échéant de la publication d'un appel à candidature par l'ARS - alors : chaque structure de coordination respectant les conditions d'éligibilité et de mise en œuvre décrites dans le cahier des charges pourra déployer ce parcours en déposant **un dossier de candidature sur « Démat-social »** (ce dossier comporte, entre autre, la déclaration de l'équipe de soins et le projet parcours)
- > L'ARS disposera de 2 mois pour instruire le dossier (soit à compter de la date limite de dépôt de candidature en cas d'appel à candidature soit à compter du dépôt complet du dossier quand il n'y a pas d'appel à candidature).
- > La structure et la CPAM seront notifiées de la décision de l'ARS

Parcours à la séquence

L'Assurance Maladie verse à la structure de coordination l'intégralité du forfait de la séquence. La structure se charge ensuite de rémunérer directement chaque PS, qu'il soit salarié ou libéral.

ou

Parcours à l'intervention

L'Assurance Maladie verse la part destinée à la coordination et aux interventions des PS non référencés du parcours à la structure de coordination. Les PS référencés et les structures impliqués dans ce parcours reçoivent un paiement directement de l'AM

FEUILLE DE ROUTE PRÉVENTION 2026-2027

1	Améliorer les taux de participation aux dépistage organisés des CANCERS		• Amplifier la rénovation des parcours et le contenu des invitations • Faire progresser l'accessibilité au DOCS et au DOCCU • Systématiser l'aller vers les assurés en retard de dépistage
2	Renforcer la couverture VACCINALE de la population		• Amplifier le rebond en faveur des campagnes de vaccination grippe, et poursuivre le soutien à la vaccination covid et contre le VRS • Poursuivre notre soutien à la progression de la vaccination contre les HPV
3	Améliorer le suivi PERINATAL Systématiser le dépistage précoce chez l' ENFANT		• Contribuer à l'amélioration du suivi des femmes enceintes, des parents et de leurs enfants • Poursuivre la généralisation des dépistages des troubles visuels et du langage en maternelle • Poursuivre la montée en charge du programme Génération sans carie • Faire progresser la notoriété du programme Mission Retrouve Ton Cap
4 5	Déployer des BILANS DE PREVENTION		• Renforcer la contribution des bilans de prévention au 4 « âges clefs de la vie » pour concrétiser les dispositifs de prévention prioritaires (DO cancer, vaccination, MCVA, etc.), particulièrement dans le cadre l'aller-vers • Mobiliser les CES pour déployer MBP auprès des plus précaires en les articulant avec les examens de prévention en santé
7	Lutte contre les addictions		• Soutenir des actions permettant une intervention précoce dans la lutte contre les addictions • Déployer à grande échelle des actions contribuant à la réduction et/ou à l'arrêt de la consommation de l'alcool et du tabac

L'action 6 est dédiée aux DROM

FEUILLE DE ROUTE PRÉVENTION 2026-2027

1 AMÉLIORER LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS		2024	2025	
		DOCCR	27.4%	35.1%
		DOCS	58.7% /	60%
		DOCCU	67.8%	72.2%
		Données C2S pour France entière		
Objectif	Capitaliser sur la reprise des invitations par l'Assurance Maladie pour accroître la participation aux dépistages			
Contexte et calendrier	- Actualisation de l'arrêté DO par la DGS en 2026 - Nouvelle FDR pour la période 2026-2030 de la stratégie décennale de lutte contre le cancer			
Plan d'action Assurance Maladie	1. Améliorer l'information et la communication vers les assurés - Poursuivre la simplification des invitations et la rénovation des parcours de dépistage (relance par SMS pour les bénéficiaires C2S) - Expérimenter des outils de type IA conversationnelle d'aide à la décision et à la prise de RDV, prioritairement pour le DOCS - Réduire les inégalités de santé en déployant des actions adaptées pour les publics spécifiques (publics précaires, personnes en situation de handicap) [lien DDRO] - Poursuivre l'activité Aller Vers DO des plateaux nationaux et évaluer leur impact en matière de recours à l'acte préventif			
	2. Faciliter l'accès au dépistage dans tous les territoires Élargir le champ des PS pouvant remettre le kit DOCCR (IDE, LBM, médecins du travail) et le DOCCU (IDE) [CP25] - Développer des serveurs d'éligibilité pour les PS concernés via RestiPS (radiologues, pharmaciens et LBM) Moderniser le dépistage organisé du cancer du sein via la dématérialisation de la seconde lecture, l'intégration de l'IA et la définition d'un cadre de développement pour les mammobiles [CP25] [en lien avec l'INCa] - Construire un plan d'action spécifique pour l'accessibilité des DO dans les DROM [CP27] 3. Engager un pilote en faveur de la sensibilisation des assurés à risque aggravé de développer un cancer (immunodéprimés DOCCU, DOCCR) [CP25] 4. Favoriser la remise du kit DOCCR et la sensibilisation aux dépistages en entreprise [CP26] 5. Mobiliser le potentiel de MES au service des 3 DO en intégrant l'éligibilité ainsi que les résultats de dépistage [CP26] 6. Contribuer au programme pilote dépistage cancer du poumon (Impulsion) 7. Participer à la construction de l'architecture de l'évaluation SPF			
Perspectives	Personnaliser le dépistage en adaptant ses bornes d'âge et l'invitation au niveau de risque de chaque assuré [en lien avec travaux HAS]			



FEUILLE DE ROUTE PRÉVENTION 2026-2027

3

AMÉLIORER LE SUIVI PERINATAL ET SYSTÉMATISER LES DÉPISTAGES CHEZ L'ENFANT ET LES JEUNES

	2024	2025
Examen bucco-dentaire	1,06 M	1,6M

Objectif

- Poursuivre et étendre les actions de sensibilisation et de repérage précocel dépistage par thématiques prioritaires aux âges clés

Contexte et calendrier

- Périnatalité : indicateurs dégradés de santé périnatale. Retrait du dispositif Prado maternité, travaux contractualisation PMI
- Santé de l'enfant : FDR santé de l'enfant 2024- 2030, Assises de la santé scolaire (mai 24), publication du guide HAS sur le bilan de santé en école maternelle (PMI), PNNS 5 à paraître et FDR Obésité (février 25).
- Santé sexuelle : prévalence en hausse des IST chez les jeunes (chiffres SPF nov. 25). FDR santé sexuelle 2026- 2030 (pilote DGS).

Plan d'action Assurance Maladie

- 1. Déployer un plan d'action périnatalité** pour tendre vers un suivi adapté de 100% des futurs et jeunes parents, et de l'enfant jusqu'à 3 ans, via les dispositifs conventionnels (SF référente, EPP et EPNP, revalorisation des consultations obligatoires de l'enfant), avec un volet dédié à la santé environnementale :
 - Assurés : diffusion du nouveau **parcours parentalité** et de l'action zéro phthalates, **expérimenter une campagne AVP**, travaux sur l'accompagnement et la PEC des coparents
 - Offreurs de soins : accompagnement des offreurs de soins en faveur d'une coordination en ville et ville-hôpital, **valorisation (y compris financière) de l'action des PMI**
- 2. Santé de l'enfant: agir précocement sur les déterminants de santé**
 - **Poursuivre et étendre les actions de sensibilisation et les repérages précoces en milieu scolaire**: **montée en charge des volets bucco-dentaires, troubles visuels et du langage**, et étude de faisabilité d'un repérage complémentaire dédié au surpoids/ obésité
 - **Accélérer la montée en charge du dispositif MRTC à travers plusieurs leviers** (communication renouée vers les patients et les PS, articulation avec les autres dispositifs, chantier valorisation de la prise en charge)
- 3. Poursuivre les actions de sensibilisation et le dépistage relatifs à la santé sexuelle chez les jeunes** : montée en charge du dispositif pilote de test par auto prélèvements, contribution à la mesure d'impact médico économique des tests « au labo sans ordo », déploiement d'outils de communication et sensibilisation en milieu scolaire/enseignement supérieur

Perspectives

Proposition de l'AM en faveur d'un nouveau modèle de financement des PMI
Explorer la perspective d'un bilan de santé de l'enfant (BSEM) que l'Assurance Maladie pourrait organiser ou faciliter



FEUILLE DE ROUTE PRÉVENTION 2026-2027

PLAN D'ACTION LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS (FLCA)

Contexte

- Effets sanitaires toujours massifs du tabac et d'alcool malgré une baisse nette de la consommation
- Progression de la consommation de certaines drogues et du narcotrafic : annonces Ministre de fin 2025 comprenant notamment la généralisation du programme *Unplugged* visant à développer les compétences psychosociales via des interventions en milieu scolaire

Objectif

Agir précocement sur les conduites à risque de dépendance et contribuer à la lutte contre la consommation des drogues

Plan d'action Assurance Maladie

Actions financées et menées au niveau par l'intermédiaire du FLCA :

1. Déployer des actions de réduction/ arrêt de la consommation de l'alcool et du tabac

- **Lutter contre la vente de tabac et d'alcool aux mineurs** : extension des actions de lutte contre la vente aux mineurs (sensibilisation, contrôles, sanctions) [CP26]
- **Tabac et alcool durant grossesse** : expérimentation de l'incitation financière à l'arrêt du tabac pendant la grossesse [CP26] & capitaliser sur les modules de **formation** financés en créant une bibliothèque de ressources mis à la disposition des PS
- **Tabac** : expérimenter les TNS avec participation et rémunération du pharmacien pour l'accompagnement au sevrage tabagique
- **Alcool** : développer la notoriété de l'application smartphone « Option Zéro » (financement FLCA) et future articulation avec une prise en soins (expérimentation art 51 publiée)

2. Développer les actions permettant une intervention précoce

- **Renforcer la prévention des addictions aux produits émergents** tels que le protoxyde d'azote
- Favoriser l'essaimage des outils existants de développement des compétences psychosociales des enfants et des adolescents dans tous les milieux de vie



ACTUALITÉS DIVERSES

➤ *SOS IJ- Généralisation France entière entre juin et septembre 2026*

Le dispositif SOS IJ, issu du programme 17 « amélioration des outils mis à disposition des prescripteurs » de la feuille de route GDR 2026, a pour objectif d'accompagner les prescripteurs sur les situations complexes d'arrêt de travail (SOS IJ).

Le dispositif SOS IJ a pour ambition d'accompagner de manière attentionnée les médecins face aux situations complexes d'arrêt de travail (problématique liée au poste de travail ou à l'employeur, questionnement sur la poursuite de l'arrêt, interrogation liée aux indemnités journalières, fragilité psychosociale, économique ou difficulté d'accès aux soins). Une expérimentation a été lancée en janvier 2026 dans 4 régions expérimentatrices: Auvergne Rhône Alpes, Grand Est, Centre Val de Loire, Normandie

Il s'agit d'une nouvelle offre de service attentionnée mise à disposition des prescripteurs et offrant un point d'entrée unique vers l'Assurance Maladie pour vous aider face aux situations complexes d'arrêt de travail.

Comment ça marche? (phase expérimentale actuelle)

La sollicitation de la CPAM sera réalisée depuis amelipro par lecture de la carte vitale ou par le NIR en cliquant sur le lien « SOS IJ ».

Ensuite il conviendra de décrire la problématique rencontrée qui doit être en lien avec les éléments ci-dessous:

- ✓ Problématique liée au poste de travail de l'employeur,
- ✓ Questionnement sur la poursuite de l'arrêt,
- ✓ Interrogation liée aux indemnités journalières
- ✓ Fragilité psychosociale, économique ou difficulté d'accès aux soins

Pour les situations susceptibles de nécessiter un accompagnement de votre patient, il conviendra de l'informer que vous sollicitez la CPAM

Nos services experts seront mobilisés pour vous apporter une résolution rapide et un premier niveau de réponse vous sera apporté sous 48H.

ACTUALITÉS DIVERSES

➤ Plateforme ALD MGEN (19/03/2026)

le passage au TLS PSE permet un gain de temps pour le praticien, l'assuré et également pour la plateforme de gestion grâce à l'automation permise par le TLS.

Lien « tutoriel vidéo » :

https://www.youtube.com/watch?v=nx_xa88oO84&list=PLOw7W72Ail25oc1DXv_bYG0tDSGzkOM9z&index=13

Docteur,

Vous pouvez désormais utiliser le télé-service depuis amelipro pour réaliser simplement et rapidement les demandes d'affections de longue durée (ALD30, ALD Hors Liste, ALD pour polypathologies invalidantes) pour vos patients affiliés à la MGEN.

Le protocole de soins électronique (PSE) présente de nombreux avantages :

- **PLUS FACILE** : La demande peut être réalisée avec ou sans la carte Vitale du patient, seul le NIR suffit.
- **PLUS SIMPLE** : La demande est réalisée à partir d'un seul et même écran. Seule la pathologie et sa date de début sont à renseigner (sauf pour certaines ALD nécessitant des informations supplémentaires).
- **PLUS RAPIDE** : Pour 85% des demandes d'ALD, l'accord est donné immédiatement par le Service Médical après l'envoi de la demande. Vos patients peuvent ensuite mettre à jour leur carte Vitale pour obtenir leurs nouveaux droits à 100 % après un délai de seulement 2 jours.

Comment réaliser un protocole de soins électronique ?

1. Connectez-vous à amelipro avec votre carte CPS, insérez la carte Vitale ou renseignez le NIR de votre patient dans « Identification patient ».
2. Dans le bloc « Services patient », cliquez sur « Affections de longue durée ».
3. Après validation, la déclaration sera télétransmise directement au médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie en charge du dossier du patient.
4. Après avoir finalisé le protocole de soins, imprimez le volet 3 du protocole et remettez-le à votre patient.

Découvrez le fonctionnement du téléservice ALD dans ce [tutoriel vidéo](#)

Cordialement,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie

ACTUALITÉS DIVERSES

➤ **Nouveau marché kit CCR et élargissement des effecteurs**

Les kits de dépistage relevant du nouveau marché « Dépistage organisé du cancer colorectal » (DOCCR), mis en place par l'Assurance Maladie et assuré par le prestataire reconduit, seront disponibles gratuitement à la commande sur amelipro à compter du 15 mars 2026.

Les kits issus de l'ancien marché, commandés avant le 15 mars 2026, ne pourront plus être analysés au laboratoire après le 15 septembre 2026. Il est donc recommandé de les remettre aux patients et les inciter à les réaliser rapidement.

Pour mémoire, le dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse aux femmes et hommes de 50 à 74 ans inclus à risque moyen de développer ce type de cancer et repose sur un test immunologique simple, rapide, indolore et à réaliser chez soi, permettant de rechercher un saignement occulte dans les selles. Ce test, proposé tous les 2 ans et pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, permet de détecter très tôt des signes de lésions suspectes ou de cancer à un stade précoce.

La remise de kits par les professionnels de santé à leurs patients éligibles est essentielle pour faciliter l'accès au dépistage organisé du cancer colorectal. La mobilisation des professionnels est également primordiale pour lever les freins et renforcer l'adhésion à ce programme de dépistage organisé et ainsi réduire la mortalité liée à ce cancer qui, lorsqu'il est diagnostiqué précocement, se soigne dans 9 cas sur 10.

En complément, Les infirmiers diplômés d'État (libéraux et salariés) ainsi que les infirmiers en pratique avancée sont désormais habilités depuis la mi mars à remettre le kit de dépistage aux assurés éligibles, au même titre que les médecins et les pharmaciens.

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

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

⇒ Période d'étude de la file active (01/01/2025-01/04/2026)

Actuellement >64 ans	Total file active MT	Moyenne file active MT	TOTAL Nb assurés MT	TOTAL Nb assurés MT en ALD
24	16 342	681	5 273	219

⇒ Démographie médicale

Catégorie	Nb.Total	Nb. Installé depuis décembre 2025	cessation depuis décembre 2025
MG	96	2 (juin 26)	1
MS	187	5	5

Mesures démographiques

En sus des majorations prévues dans le cadre du forfait unique (FMT), des mesures démographiques complémentaires à destination des médecins de secteur 1 / secteur 2 OPTAM/OPTAM-ACO sont prévues :

- Aide ponctuelle de **10 000€ à l'installation** pour les médecins **primo-installés en ZIP**
- Aide ponctuelle de **5 000€ à l'installation** pour les médecins **primo-installés en ZAC**
- Aide ponctuelle de **3 000€ à l'installation** pour les médecins ouvrant un **cabinet secondaire en ZIP**.

27 Les aides sont versées dans les 3 mois suivants les installations.

RÉMUNÉRATIONS CONVENTIONNELLES

Plusieurs rémunérations conventionnelles ont fait l'objet d'un versement depuis la dernière commission de décembre

Vous en trouverez le détail ci-dessous:

Thématique	Nb Médecins concernés	Nb CDS concernés	Montant total	Montant moyen	Montant maximum	Montant minimum	date de versement
ROSP MTE Enfant	87	3	33 417,05 €	371,00 €	2 470,14 €	141,00 €	01/04/2026
Solde FPMT 2025	128	3	545 829,00 €	4 166,00 €	17 126,00 €	1,00 €	07/04/2026
ROSP clinique	119	3	566 490,10 €	4 643,00 €	21 534,38 €	0,05 €	20/04/2026
Forfait Structure	152	/	718 865,00 €	4 729,38 €	7 455,00 €	1 960,00 €	21/04/2026

GARDES MÉDECINS

Depuis le 1^{er} février 2026, la validation de vos gardes est réalisée à partir de l'outil PEGASE. Les gardes non validées en date du 31/12/2025 sur l'ancien outil (PGARDE) vont faire prochainement l'objet d'un paiement manuel au niveau de la CPAM.

Nous tenons à vous informer d'une difficulté récurrente concernant la gestion des gardes. En effet, pour permettre le remboursement des gardes réalisées, ces dernières doivent être mises à disposition par le CDOM sur l'outil PEGASE.

La mise à disposition par notre CDOM n'étant pas régulière et ce malgré plusieurs relances réalisées à notre niveau, il convient avant toute réclamation CPAM de vérifier auprès du CDOM que les gardes du mois concernées ont bien été transmises.

ACCOMPAGNEMENT ASSURANCE MALADIE: VISITE ANNUELLE EN VILLE



Déploiement visite annuelle en ville



Objectifs de la VAeV

1. **Partager** à l'ensemble des médecins des informations génériques relatives à la mise en œuvre de la convention médicale et/ou à l'actualité
2. **Accompagner** le MG dans l'appropriation et le suivi de ses indicateurs en matière de pertinence et établir un accompagnement annuel personnalisé sur ce sujet
3. **Favoriser** l'appropriation des messages et outils de l'amélioration des pratiques.

VAeV pour 2026



Présenter le forfait MT : FMP et majoration prévention ainsi que Prévention patientèle (en fonction des indicateurs disponibles via amelipro) ainsi que le calendrier de paiement



Présenter les 15 indicateurs pertinence (profil Dataviz pertinence (avec les indicateurs en données individuelles disponibles) et autres profils disponibles sur amelipro (antibio, polymédication, et IJ)



Focus sur 1 ou 2 indicateurs de l'observatoire de la pertinence sur lequel(s) le praticien est plus en difficulté



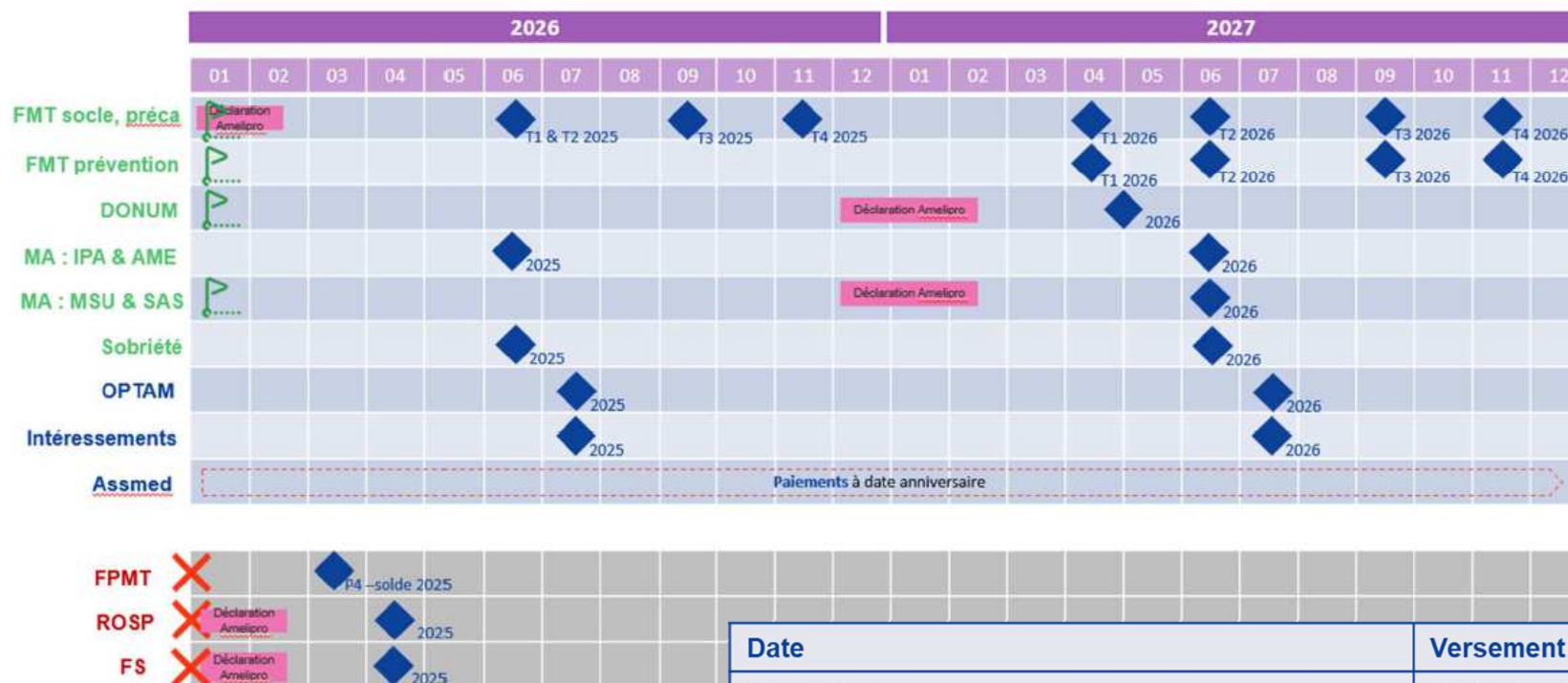
Une visite annuelle puis visite pour approfondir ou suivre un ou deux indicateurs par un DAM et/ou un praticien conseil.

La VAEV viendra en complément des visites DAM sur les thèmes de maîtrise médicalisée ou de prévention

CALENDRIER RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES



Calendrier – paiements des rémunérations forfaitaires



Les indicateurs s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et sont calculés à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie.

Date	Versement
Mars 2026	Solde du dernier FPMT (au titre de 2025)
Avril 2026	Dernier versement de la ROSP (au titre de 2025)
Juin 2026	Deux premiers versements du FMT 2026
Septembre 2026	Troisième versement du FMT 2026
Novembre 2026	Quatrième versement du FMT 2026
Avril 2027	Premier versement de la majoration prévention du FMT (au titre de 2026)

ACCOMPAGNEMENT ASSURANCE MALADIE: INFORMATIONS ADRESSÉES

- ❖ Le 18/12/2025 : Cette action vise à informer les PS sur le bon usage des anti-PCSK9.
- ❖ Le 19/12/2025 : Cette action vise à orienter les médecins parmi les différents types de certificats médicaux AT/MP + flash info CM AT/MP adressé par notre CPAM
- ❖ Le 22/12/2025 : Cette action vise à promouvoir le bon usage du tafamidisen rappelant les conditions de prescriptions et délivrances des spécialités Vyndaqel®.
- ❖ Le 13/01/2026 : Cette action vise à informer les PS de la disponibilité d'un médicament biosimilaire du Xolair® (omalizumab) et de son intégration au dispositif d'intéressement à la prescription de biosimilaires au 1er janvier 2026.
- ❖ Le 15/01/2026 : Cette action vise à informer de la commercialisation du 1er biosimilaire d'Eylea
- ❖ Le 22/01/2026 : Cette action vise à informer les médecins sur le BMP et la consultation longue.
- ❖ Le 27/01/2026 : Après une phase de test, informer les fournisseurs, pharmaciens et chirurgiens-dentistes qu'ils peuvent consulter les avis des DAP PPC/OAM sur Amelipro.
- ❖ Le 10/02/2026 : cette action vise à informer sur les nouvelles rémunération forfaitaires médecins
- ❖ Le 11/03/2026 : cette action vise à vous informer sur le Certificat médical final (CMF)
- ❖ Le 12/03/2026 : Maladie rénale chronique
- ❖ Le 19/03/2026 : protocole de soin électronique pour les bénéficiaires de la MGEN
- ❖ Le 25/03/2026 : arrêt des flux addendum 6 pour les professionnels concernés
- ❖ Le 27/03/2026 : Recours contre tiers
- ❖ Le 09/04/2026 : MGEN transmission des pièces justificatives
- ❖ Le 10/04/2026 : APCV: équipement en matériel de lecture
- ❖ Le 13/04/2026 : Covid printemps: incitation à la vaccination
- ❖ Le 28/04/2026 : Mise en œuvre du Prévention Patientèle

ACCOMPAGNEMENT ASSURANCE MALADIE: CERTIFICATS MÉDICAUX AT/MP

Certificats médicaux AT/MP

Un flash info de rappel a été adressé à l'ensemble des médecins en date du 21/04/2026 suite au constat d'anomalie en matière de saisie sur le téléservice.

Pour la bonne prise en charge de vos patients par l'Assurance Maladie, il convient de porter une vigilance particulière sur les 4 typologies de situations pouvant se présenter:

- ☐ - Certificat initial
- ☐ - Nouvelle lésion
- ☐ - Certificat final
- ☐ - Ou rechute

En complément, une information CPAM a été adressée à l'ensemble des médecins afin de préciser des éléments en lien avec la rédaction des Certificats médicaux initiaux de maladie professionnelles.

Docteur(e), Docteur,

Veuillez trouver ci-dessous quelques rappels quant à la rédaction des certificats médicaux initiaux (CMI) de maladies professionnelles (MP) :

Maladies professionnelles inscrites sur tableau :

- **Epaules** : il convient de rédiger le CMI de façon à être en accord avec l'intitulé du tableau 57A : Mentionner les termes de tendinopathie aigue ou chronique calcifiante ou non, rupture
- **Coudes** : il convient de rédiger le CMI de façon à être en accord la nomenclature anatomique :
 - Epicondylite latérale = épicondylite
 - Epicondylite médiale= épitrochléite

- **Rachis lombaire** : il convient de rédiger le CMI de façon à être en accord avec l'intitulé du tableau 97 et 98

Nous vous remercions de mentionner le ou les niveaux de hernie discale lombaire avec, si elle est présente, la sciatique de topographie concordante.

Nous vous rappelons que la pathologie : hernies discales cervicales accompagnées ou non de signes radiculaires ne sont pas inscrites sur un tableau de maladie professionnelle et sont donc instruites en maladie professionnelle hors tableau.

Maladies professionnelles hors tableau :

Maladie caractérisée, non désignée dans un tableau de maladies professionnelles qui peut être reconnue lorsqu'il est établi :

- qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime
- et qu'elle a entraîné le décès de celle-ci ou une incapacité permanente prévisible d'un taux évalué dans les conditions mentionnées à l'Art.L434-2 du CSS et au moins égal à 25% (Art.L.461-1, 4ème al du CSS).
- que le CRRMP (comité de reconnaissance régionale des MP) donne un avis favorable.

Ces 3 conditions sont cumulatives.

Concernant les demandes liées aux risques psycho-sociaux, il est important d'attirer votre attention sur le terme de « harcèlement » qui ne doit pas figurer sur un Certificat Médical Initial, s'agissant d'un terme juridique (délit puni par le code pénal).

Bien Cordialement,

ACCOMPAGNEMENT ASSURANCE MALADIE: PARCOURS NOUVEL INSTALLÉ

La CNAM a rénové le parcours installation des médecins primo installés et non primo.

La CPAM va donc accompagner les nouveaux médecins en 3 phases distinctes:

- en amont de leur installation,
- au moment de leur installation
- puis dans les 2-3 mois post installation.

Différents acteurs de la CPAM interviendront :

- le service relations avec les professionnels de santé notamment pour la constitution du dossier conventionnel
- les délégués du numérique en santé afin d'accompagner à la télétransmission, facturation sur le logiciel métier
- les délégués assurance maladie afin de présenter la convention et les évolutions récentes ainsi que les aides conventionnelles (contrats démographiques, assistant médical...)
- la direction médicale si le professionnel nouvel installé souhaite cette rencontre

ACCOMPAGNEMENT

Médecins

- ⇒ Campagne VAEV: transformation de la ROSP vers le FMT, les indicateurs prévention et rappel des 15 engagements en faveur de la pertinence et de la qualité des soins – fin attendue au 30/09/2026
- ⇒ Campagne zéro phtalate: quasi 50% des médecins généralistes rencontrés - rendez vous pris avec les gynécologues et pédiatres- fin attendue au 30/06/2026
- ⇒ Campagnes Maladie Rénale Chronique: Améliorer le dépistage annuel de la MRC dans la population à risque de la MRC telle que définie par la HAS - fin attendue pour le 30/09/2026
- ⇒ Campagne sur le numérique fin attendue au 31/12/2026 avec déploiement en 2 contacts: ordonnance numérique, alimentation DMP/ MES/ MSS, l'application carte vitale, l'e-AAT, l'INS, la DONUM
- ⇒ Campagnes à venir sur le second semestre 2026:
 - ⇒ Bon usage des médicaments antibiotiques
 - ⇒ Diabète médecin généraliste/ pharmacie
 - ⇒ Santé mentale (médecin généraliste/ psychiatre)
 - ⇒ En transversal, la CPAM organisera cette année un webinaire à destination des futurs et jeunes parents (1000 premiers jours), un webinaire de sensibilisation aux zéro phtalates et perturbateurs endocriniens

Exercice coordonné / établissement

Accompagnement MSP/ CDS en lien avec rémunération Accord conventionnel => second trimestre

Accompagnement CPTS à travers les dialogues de gestion (mi année et annuel)

VAES (visite annuelle en établissement) => second semestre

Accompagnement ESMS

NUMÉRIQUE EN SANTÉ- DONNÉES SUR LE MOIS DE MARS 26

- Taux de télétransmission **au 31 mars 2026** : 95,07% (contre 93,46% à fin mars)
(96,35% versant généraliste et 93,88% versant spécialiste)

Téléservices	Taux utilisateurs	Taux équipement	Taux cumulé	Généralistes	spécialistes
ADRI	82,92%	87,92%			
AAT	50,42%		51,39%		
PSE (protocoles soins électronique)	38,75%		41,43%		
DMT (déclaration médecin traitant)	32,5%		33,07%		
CM AT/MP	22,08%		71,88% MG- 5,16% MS	49,47%	4,14%
SPE (prescription de transport)	32,92%	35,88%	63,54% MG - 18,71% MS	58,95%	15,86%
DSG (déclaration de grossesse)	1,25%		1,59%		
DMP	53,33%		80,21% MG - 38,06% MS	76,84%	37,93%
EPRE (ordonnance numérique)	40,42%		72,92% MG - 23,23% MS	72,63%	19,31%
SCOR	44,17%	76,67%	57,16%		
ApCV (application carte vitale)	16,67%			26,32%	10,34%



PRÉSENTATION DE L'OUTIL « PRÉVENTION PATIENTÈLE »

Notre objectif : restituer aux médecins traitants les données médico-administratives à partir des bases de données de l'Assurance maladie utiles à leurs pratiques, sous formes d'indicateurs « par patient », notamment en matière de prévention, de vaccination et de suivi

Pertinence

Les indicateurs portent sur des priorités de santé publique définies en partenariat avec les organisations syndicales et s'appuient sur les dernières recommandations scientifiques nationales connues

Utilité pratique

Chaque indicateur est restitué au niveau du patient, de façon nominative, pour être utile au médecin traitant dans sa pratique

Mesurabilité et transparence

Chaque indicateur restitué est accompagné d'une explication claire sur les données utilisées, et leurs limites. L'ensemble des régimes de l'Assurance maladie sont concernés (inter-régime)

Simplicité et accessibilité

Tous les indicateurs sont restitués sous forme d'un tableau de bord nominatif accessible via AmeliPro

Valorisation financière

Les indicateurs retenus dans le cadre de la convention font l'objet d'une valorisation financière à l'échelle du patient

MODALITÉS DE RESTITUTION DES INFORMATIONS

Principes généraux



Approche par « **photographies** » = **statut des patients à un instant T avec une restitution « infra-annuelle »**



Le statut du patient ne dépend pas de l'effecteur ni du prescripteur (= ne reflète pas l'activité propre du MT)

Contenu des « photographies » disponibles sur Ameli Pro

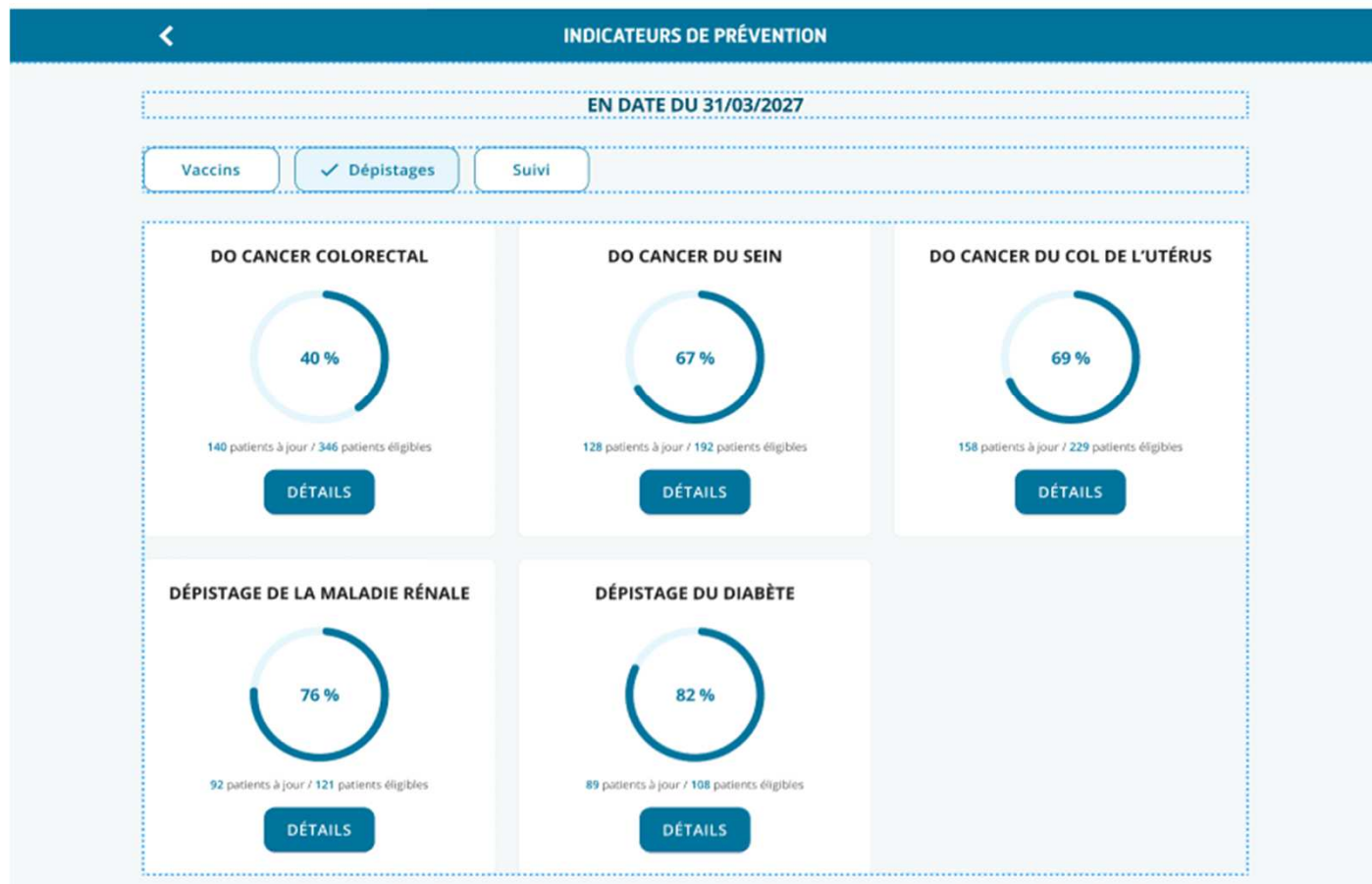
- Pour chaque « indicateur », **plusieurs variables seront restituées** : top « **éligibilité** » + top « **statut** » + informations contextuelles
- Exemple pour la grippe : « **le patient est-il éligible ?** » + « **le patient est-il vacciné ?** » + « **à quelle date ?** »
- Notion d'agrégat : soit un nombre ($N_{\text{vaccinés}}$) pour la rému, soit un taux ($N_{\text{vaccinés}} / N_{\text{éligibles}}$) pour le suivi
- **Photographies « consolidées » (annuelles, au 31/12 de l'année)**
 - Contenu : 15 « indicateurs » pour la majoration « Prévention » + indicateurs pour le calcul de la partie « Socle » et de la majoration « Précarité »
 - Usages : calculer la rémunération du médecin (à partir d'agrégats sur sa patientèle) + restituer le détail par patient permettant de justifier la rému
- **Photographies « fraîches » (notamment mensuelles)**
 - Contenu : 15 « indicateurs » de la majoration « Prévention »
 - Usages : restituer au MT les variables pour chacun de ses patients + vision agrégée (via graphs) sur sa patientèle (ex : $N_{\text{vaccinés}}$ parmi $N_{\text{éligibles}}$)

SUIVI PREVENTION UN NOUVEL OUTIL POUR SUIVRE LES INDICATEURS DE PRÉVENTION – VUE PILOTAGE GLOBALE DE LA PATIENTÈLE (1/2)



amelipro

Dr Georges DUVAL
Médecin généraliste
Cabinet : 3 rue Victor-Hugo,
78470 Saint-Rémy-lès-Chevreuse



Cet écran offre au médecin traitant une vision globale des indicateurs de ses patients, notamment en matière de vaccination, de dépistage et de suivi.

SUIVI PREVENTION UN NOUVEL OUTIL POUR SUIVRE LES INDICATEURS DE PRÉVENTION – VUE PILOTAGE GLOBALE DE LA PATIENTÈLE (2/2)



PATIENTÈLE PRÉVENTION

Accueil amelipro | Patientèle prévention | Suivi biologique du diabète

Suivi biologique du diabète ?

Détails des patients

▼ Recherche

XLS PDF

80 patients

Trier par :

Nom par ordre alphabétique ▼

Nb lignes/page :

10 lignes/page ▼

Nom ▲ ▼	Prénom ▲ ▼	Âge (ans) ▲ ▼	NIR	Statut ▲ ▼	Détails
Auguste	Christian	3 mois	1270955238700	À vérifier	
Descombes	Franck	12	1320955210167	À vérifier	
Descombes	Léo	12	1320955210167	À vérifier	
Dumont	Nicolas	37	1340846250030	Opposition patient	
Micheaux	Marie	28	2762955235576	À vérifier	
Micheaux	Marie	28	2762955235576	Fait	
Micheaux	Marie	24	2762955235576	À vérifier	
Micheaux	Marie	28	2762955235576	Fait	
Nicole	Marie	28	2762955235576	Fait	
Rolland	Sophie	22	2340846250030	Fait	

1 2 3 > 8

Cet écran offre au médecin traitant une vision globale des indicateurs de ses patients, notamment en matière de vaccination, de dépistage et de suivi.

SUIVI PREVENTION UN NOUVEL OUTIL POUR SUIVRE LES INDICATEURS DE PRÉVENTION – VUE DE LA FICHE PATIENT

INDICATEURS DE PRÉVENTION EN DATE DU 31/03/2027

À VÉRIFIER

Vaccination COVID Dépistage de la maladie rénale

FAIT

Vaccination grippe Vaccination pneumocoque Suivi biologique du diabète

DO cancer du sein

EXCLU

DO cancer colorectal

l'écran permet au médecin de consulter la fiche patient afin de connaître l'état des indicateurs de prévention de ses patients.

CALENDRIER PRÉVU DE LA MISE À DISPOSITION SUR AMELIPRO

Suivi de la prévention

- Déploiement progressif des fonctionnalités et des indicateurs : affichage progressif des indicateurs sur l'ensemble de l'année 2026.

	Indicateurs	Fonctionnalités
<u>T2</u>	• MCVA ➢ Dép. diabète ➢ Dép. MRC ➢ Suivi diabète	• Vue par indicateur avec liste des patients concernés + leur statut + l'historique des actes
<u>T3</u>	• 3 DO ➢ Colorectal ➢ Sein ➢ Col de l'utérus	• Fiche patient enrichie avec les indicateurs + statut + historique
<u>T4</u>	• Vaccins de l'adulte ➢ Grippe ➢ Covid ➢ PneumoC	• Agrégats à la maille patientèle pour datavisualisation : ➢ Taux d'atteinte individuelle du MT ➢ Suivi mensuel du taux individuel ➢ Comparaisons territoriales

Le premier palier vient d'être ouvert – campagne de communication du 28/04/2026

Si vous ne visualisez pas correctement cet e-mail, [cliquez ici](#).



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

AMELIPRO

Docteur, Madame, Monsieur,

Depuis le 1er janvier 2026, le nouveau forfait médecin traitant valorise, dans son volet « Prévention », 15 indicateurs portant sur les thèmes de santé publique suivants : vaccinations, dépistages et examens de suivi.

Un nouvel outil à votre disposition dans amelipro :

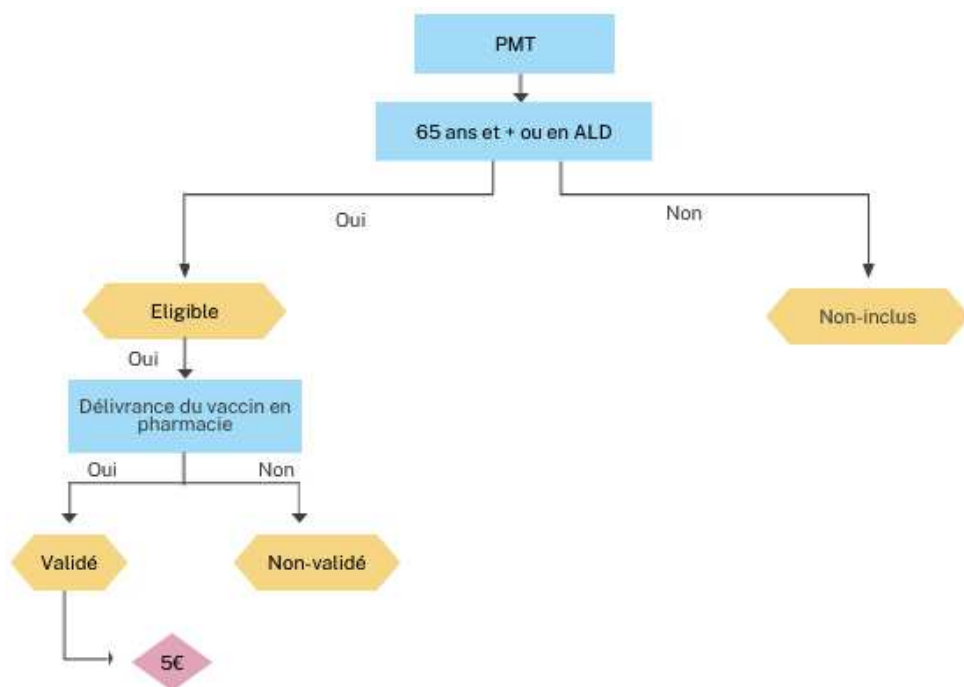
Afin de vous aider dans vos actions de prévention en lien avec le forfait médecin traitant, l'Assurance Maladie met à votre disposition un tableau de bord dynamique dans amelipro.

- Ce nouvel outil, accessible au sein de la rubrique « Activités », vous permet de visualiser en un coup d'oeil, pour chaque indicateur de prévention, les patients de votre patientèle qui sont ou non à jour de ces indicateurs.
- Les informations sont actualisées chaque mois, et mis à disposition au cours du mois suivant avec le détail des actes qui ont permis de déterminer le statut de chaque patient.
- Par exemple, pour l'indicateur « dépistage du diabète », ce tableau de bord vous indique parmi tous vos patients éligibles (selon leur âge et leurs ALD), ceux qui sont à jour de ce dépistage et ceux qui ne le sont pas, en fonction des dernières glycémies à jeun retrouvées dans les données de remboursement.

SUIVI PREVENTION AU TRAVERS DE DEUX EXEMPLES

Une meilleure prévention avec un suivi individualisé à partir de données de consommation de soins de chaque patient

Exemple pour l'indicateur vaccination contre la grippe :



Pour chaque patient, il s'agit de vérifier, en se basant sur les données de l'Assurance Maladie, s'il est éligible à un indicateur spécifique. Pour les patients éligibles, on vérifie ensuite si l'indicateur est validé, c'est-à-dire si le patient a bien été vacciné, dépisté ou suivi selon les recommandations.

Cet indicateur sera validé et fera l'objet d'une rémunération pour le médecin traitant même si l'effecteur est un autre professionnel de santé (voir annexe 5 de la convention pour plus de détails)

OBSERVATOIRE DE LA PERTINENCE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

15 engagements en faveur de la pertinence et de la qualité des soins (1/2).

Résultats partagés avec l'ensemble de la profession

Indemnités journalières	Produits de santé							
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail	Lutter contre l'antibio-résistance en diminuant la prescription d'antibiotiques	Diminuer le nombre de molécules dans les traitements chroniques chez les patients hyperpolymédiqués et polymédiqués de 65 ans et plus	Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS	Favoriser le développement des biosimilaires en <i>primo</i> prescriptions, et au moment du renouvellement, par les spécialistes libéraux	Limitier le recours aux analgésiques de palier 2 à risque de dépendance, notamment en recourant à l'ordonnance sécurisée pour le tramadol	Dispositifs médicaux dits «du quotidien» : renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance	Favoriser l'usage des OAM en première intention du traitement de l'apnée du sommeil	Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS
OBJECTIF +2 % par an	OBJECTIF -10 % en 2025 et -25 % en 2027 pour rejoindre la moyenne européenne	OBJECTIFS Patients hyperpolymédiqués : • Réduire de 4 molécules Patients polymédiqués de 65 ans et plus : • Réduire de 2 molécules	OBJECTIF 80 % de prescriptions conformes	OBJECTIF 80 % de taux de pénétration	OBJECTIF -10 % de volume de prescription et de délivrance	OBJECTIF -5 % de dépenses constatées	OBJECTIF 30 % d'initiations	OBJECTIF -20 % de prescriptions

OBSERVATOIRE DE LA PERTINENCE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS

15 engagements en faveur de la pertinence et de la qualité des soins (2/2).

Résultats partagés avec l'ensemble de la profession

Prescriptions non médicamenteuses				Autres	
10	11	12	13	14	15
Diminuer les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence de la prescription	Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers et la validation systématique des BSI	Transports : renforcer la pertinence de la prescription	Biologie : réduire drastiquement les remboursements d'examens inutiles	Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizonale pour les patients en ALD	Assurer le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et associées, ainsi que le dépistage précoce du cancer
OBJECTIF -8 % d'actes d'imagerie identifiés	OBJECTIF -25 % de rejets et d'indus	OBJECTIF 30 % de transports partagés	OBJECTIF -80 % d'actes	OBJECTIFS ■ Cancer du sein : 70 % ■ Cancer colorectal : 65 % ■ Cancer du col de l'utérus : 80 % ■ Diabète : 94 % ■ MRC : 70 %	

Qualité facturation (novembre 2025 à mars 2026)

Taux moyen de rejets de **0,72%** FSE/B2 (0,53% mars à 0,90% nov.) et **2,96%** FSP(2,37% fév-4,60% janv.)

Sur un total de
247 788 factures
Top des anomalies

Les actes ont déjà été facturés pour ce bénéficiaire à la même date d'exécution: 204 factures (><221 factures) soit 0,08% (>< 0,08%)

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

Facturation Tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat: 202 factures(>< 247 factures) soit 0,08% (><0,09%)

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

Le prix unitaire transmis est différent du prix unitaire connu en base CCAM: 184 factures (><184 factures) soit 0,07% (>< 0,07%)

le système rejette toutes les factures pour lesquelles le prix unitaire transmis pour un acte CCAM est différent du prix unitaire connu dans la base CCAM. Les factures sont rejetées.

Modulation du ticket modérateur non trouvée dans nos bases : 172 factures (>< 392 factures) soit 0,07% (><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

Base de remboursement transmise supérieure à la base de remboursement calculée : 145 factures soit 0,06%

La base de remboursement transmise dans la facture doit être inférieur ou égale à la base de remboursement calculée.

04

POINTS DIVERS

ACCOMPAGNER LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP: DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION



HandiConnect : Des fiches-conseils pour adapter votre pratique quotidienne

[HandiConnect.fr](https://handiconnect.fr)

HandiConnect est un **site ressources** pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne avec des **fiches-conseils** organisées par situation de handicap et par thématique, **ainsi que des formations** sur l'accueil et le suivi spécifique des personnes en situation de handicap

Plus de 65 fiches-conseils sont disponibles en accès libre

Exemples :



SantéBD

Les **fiches SantéBD** – en libre accès - sont des **supports pédagogiques adaptés** pour faciliter la communication avec les patients et les personnes en situation de handicap ainsi que leurs accompagnants.

Une **banque d'images** est également disponible pour créer ses propres outils de communication sur la santé.



ACCOMPAGNER LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP: DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

Le baromètre « handifaction »



Des témoignages vidéos inspirants

L'Assurance Maladie a réalisé plusieurs vidéos avec des professionnels et des patients « influenceurs » atteints d'un handicap. Nous vous invitons à les visionner !

- ⇒ Vidéo « Regards croisés de professionnels de santé » : https://youtu.be/B3dt-iQEITl?si=Nx1EswXu4C_KbOgt
- ⇒ Vidéo témoigne de Valentin Raffali, chef cuisinier marseillais révélé dans l'émission Top Chef atteint d'un handicap et influenceur sur les réseaux sociaux : <https://youtu.be/pkOaVa0fDks?si=bEpfarma3gwvrkMD>
- ⇒ Vidéo témoigne de Sophie Vouzelaud, mannequin, actrice et chansigneuse, connue également du grand public pour avoir été la première dauphine de Miss France 2007 : <https://youtu.be/uz9zrMxS310?si=IsX2O95ITCER3NVh>

Handifaction est le baromètre de l'Assurance Maladie qui mesure les retours d'expérience des personnes en situation de handicap ou de leurs accompagnants tout au long de leur parcours de soins.

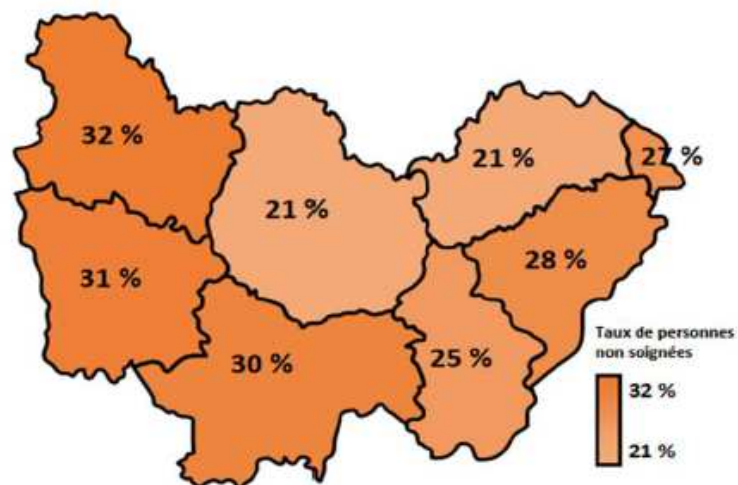
Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap en évaluant :

- La qualité des soins reçus après chaque rendez-vous de santé
- Les difficultés rencontrées pour accéder aux soins, comme un refus ou un abandon.

Le baromètre handifaction est un questionnaire en ligne accessible depuis handifaction.fr et l'application. Les réponses, anonymes, permettent d'améliorer le système de santé et de mieux répondre aux besoins spécifiques pour guider les actions visant à améliorer la qualité des soins.

ACCOMPAGNER LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP: DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

Le baromètre « handifaction »



Résultats :
En région Bourgogne Franche Comté, sur la période du 01/01/2025 au 31/12/2025

Pour 11 348 réponses

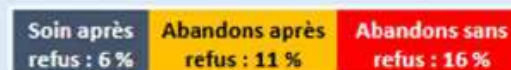
Bourgogne-Franche-Comté



France entière



Parcours de soin



Soin sans refus : 66 %

11 % 16 %

Taux de soin selon la possession d'un médecin traitant



ACCOMPAGNER LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP: DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

Notre livret local pouvant vous être mis à disposition. Il aborde différentes thématiques

- Les outils permettant de lever les freins
- Les échelles de douleurs
- Les structures et aides facilitant l'accès aux soins
- Les outils de promotion, de référencement et d'évaluation de l'accès à la santé des personnes vivant avec un handicap



Mallette à outils

**ACCOMPAGNER À LA SANTÉ
LES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP**

ACCOMPAGNER LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP: DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

L'action sanitaire et sociale de la CPAM du Territoire de Belfort



L'ESSENTIEL

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Vous rencontrez des difficultés financières liées à votre santé ?
L'Assurance Maladie peut vous aider à faire face aux dépenses imprévues selon votre situation.



UNE AIDE FINANCIÈRE PONCTUELLE ET ADAPTÉE À LA SITUATION DE L'ASSURÉ



QUI ?

L'assuré qui est confronté à des difficultés financières d'accès aux soins ou qui subit une perte de revenus en raison de la maladie, de la maternité ou à la suite d'un accident.



COMMENT ?

L'assuré se rapproche de sa caisse d'assurance maladie pour obtenir le dossier de demande. Il le complète avec les pièces justificatives demandées puis le transmet à sa caisse.



QUAND ?

L'aide est attribuée après une étude par la commission d'action sanitaire et sociale. Elle n'est pas systématique et dépend des besoins et des ressources du demandeur.

Comment constituer un dossier ?

Vous pouvez consulter le plafond de ressources et télécharger le formulaire de demande d'aide sur ameli.fr.

Le formulaire peut être également délivré par le Service Action Sanitaire et Sociale ou à l'accueil de la CPAM.

Il est impératif de compléter l'ensemble des éléments demandés (renseignements et pièces justificatives). A défaut, le dossier ne pourra pas être instruit.

En pratique:

- Le soutien aux personnes en situation de handicap: financement pour adapter le logement, l'aide à domicile...fauteuils roulants et aménagement de véhicule. aides techniques diverses (déficience auditive, visuelle...).
- Le soutien aux proches aidants: aide liée à l'accompagnement d'un proche en perte d'autonomie (maladie, accident, handicap, vieillesse) permettant à l'aidant de prendre du temps pour soi et de gérer les impératifs du quotidien

FIN DES ENVELOPPES BLEUES

Des enveloppes bleues vous étaient mises à disposition afin de vous permettre de transmettre des documents à notre service médical (réf. 651- « enveloppes médecin / chirurgien-dentiste conseil »)

Nous vous informons de la suppression définitive de ces enveloppes . En effet, ces dernière étaient utilisées de façon résiduelle par les médecins et les patients.

La suppression des enveloppes bleues ne remet pas en cause la confidentialité des échanges avec le service médical.

Nouveau circuit:

Vous pouvez dorénavant adresser vos courriers au service médical via une enveloppe standard, **en mentionnant explicitement « Médecin-conseil » ou « Service médical » comme destinataire.**

Cette pratique est déjà largement en vigueur.

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 3 DÉCEMBRE 2026*

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