



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

24 septembre 2026

CPAM du Territoire de Belfort

28/09/2026

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 05 02 2026

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/06/2026

Commission des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du département : TERRITOIRE DE BELFORT

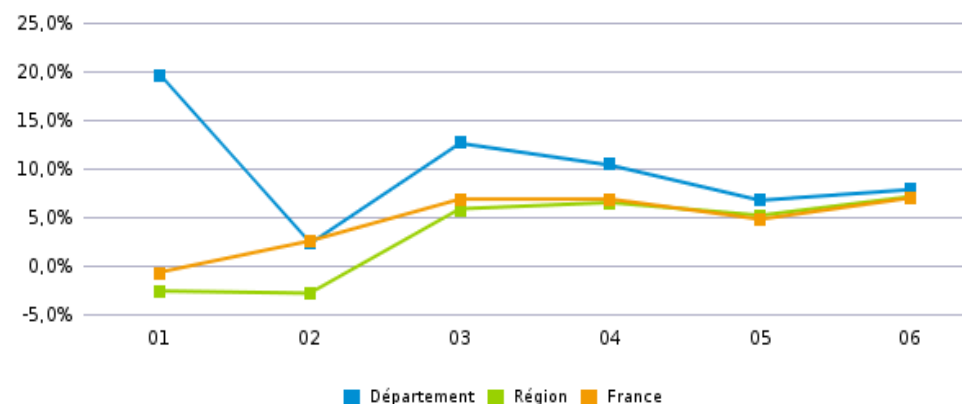
Source SNDS AMOS le 07/09/2026

Activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du 01/01/2026 au 30/06/2026 (en date de remboursement)

(MASSEUR - KINESITHERAPEUTE)

Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolution s Région	Evolutions France
TOTAL	4 267 508 €	8,0%	7,1%	6,9%
Actes de rééducation (avenant 7)	3 710 647 €	7,5%	7,0%	7,6%
Rééduc. abdominale et périnéo-sphinctérienne	71 729 €	7,7%	17,1%	9,5%
Rééducation du rachis	635 331 €	8,6%	5,4%	5,9%
Rééduc. déambulation du sujet âgé	113 702 €	24,9%	1,7%	5,2%
Rééduc. des affections spécifiques	225 785 €	-0,6%	3,5%	4,5%
Rééduc. des membres	1 219 318 €	14,9%	10,5%	11,2%
Rééduc. multi-territoriales	999 340 €	2,7%	8,5%	9,6%
Rééduc. neuromusculaire et rhumatismale	435 675 €	-1,4%	1,6%	0,6%
Rééduc. soins palliatif	9 767 €	78,8%	-13,1%	-5,2%
Bilan diagnostic kinésithérapique	241 996 €	17,2%	8,4%	9,5%
BDK	241 996 €	17,2%	8,4%	9,5%
Frais de déplacements	76 088 €	0,1%	3,9%	4,3%
Frais de déplacements	76 088 €	0,1%	3,9%	4,3%
Autres rémunérations	174 067 €	24,0%	15,2%	10,3%
Forfaits aide à l'informatisation	53 000 €	5,5%	10,0%	10,8%
Option démographique	121 067 €	34,4%	18,3%	9,5%
Actes historiques	64 250	-16,2%	0,3%	-23,4%
AMC	0	0	0	0
AMK	63 625	6,8%	18,2%	1,4%
AMS	625 €	-96,3%	-91,1%	-90,5%
Forfaits spécifiques	460 €	-42,5%	-1,1%	-9,8%
FAD - Retour à domicile post chir. ortho.	260 €	-62,9%	-1,0%	-10,2%
FRD - Forfait prise en charge AVC	200 €	100,0%	-1,5%	-9,3%

Evolution des montants (PCAP) - total poste



Evolution des dépenses dans le Territoire de Belfort (8%) + 1 point par rapport aux tendances Bourgogne-Franche-Comté (+7,1%) et en France (+6,9%).

Une dynamique cohérente avec les tendances régionale et nationale à partir du mois février.

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/06/2026

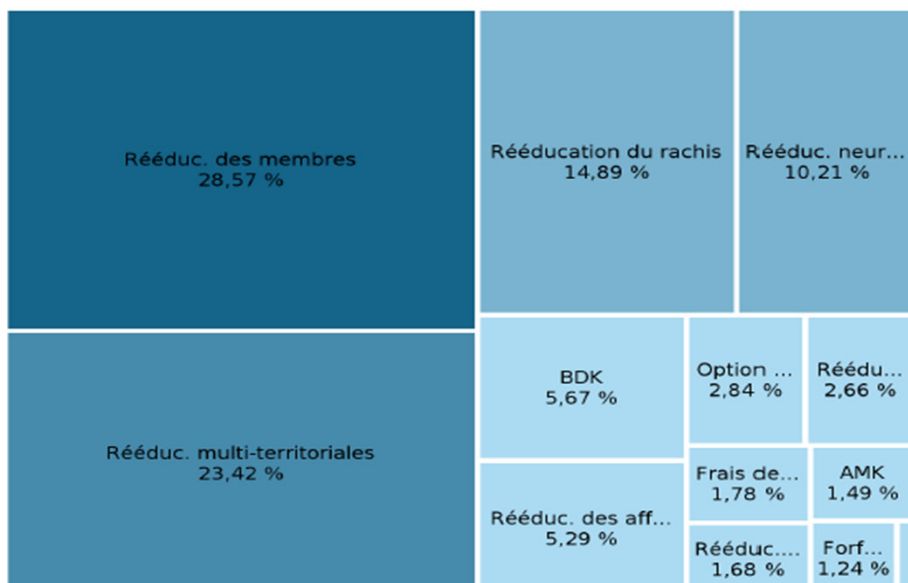
Commission des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du département : TERRITOIRE DE BELFORT

Source SNDS AMOS le 07/09/2026

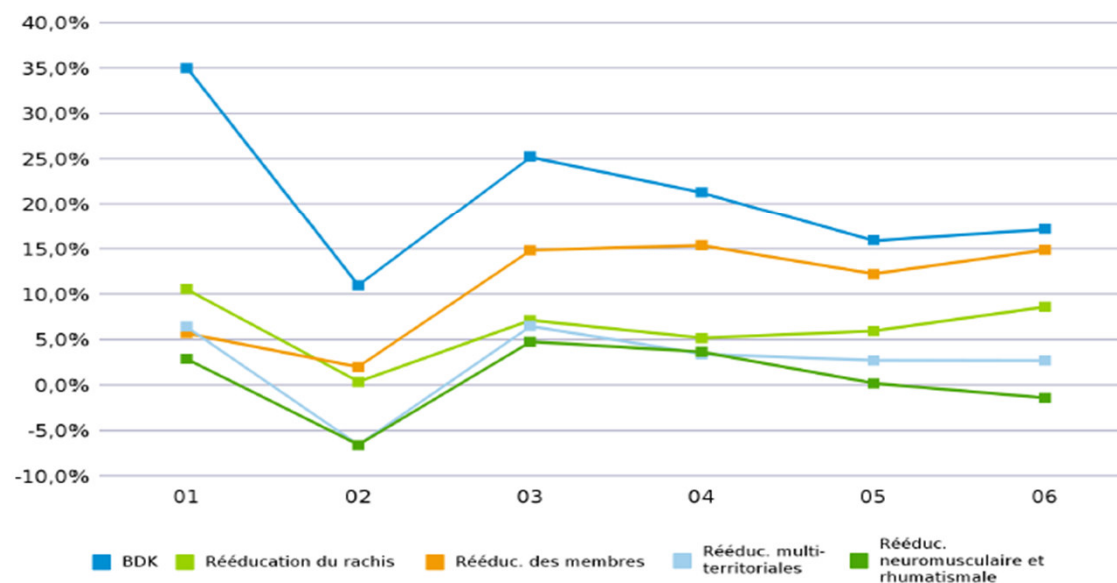
Activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux du 01/01/2026 au 30/06/2026 (en date de remboursement)

(MASSEUR - KINESITHERAPEUTE)

Répartition des montants par prestation



Evolution des montants par prestation (PCAP)



Répartition par prestation : la rééducation des membres concentre 28,6 % des dépenses (1,22 M€), devant la rééducation multi-territoriale (23,4 %) et la rééducation du rachis (14,9 %).

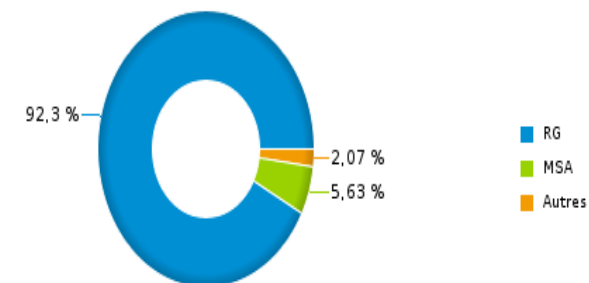
Evolution mensuelle : après un pic du BDK en janvier (+35 %), les évolutions se resserrent à partir de mars ; le BDK et la rééducation du rachis restent les postes les plus dynamiques en fin de semestre.

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 30/06/2026

Montants totaux des postes de dépenses* en base de remboursement (hors dépassements)

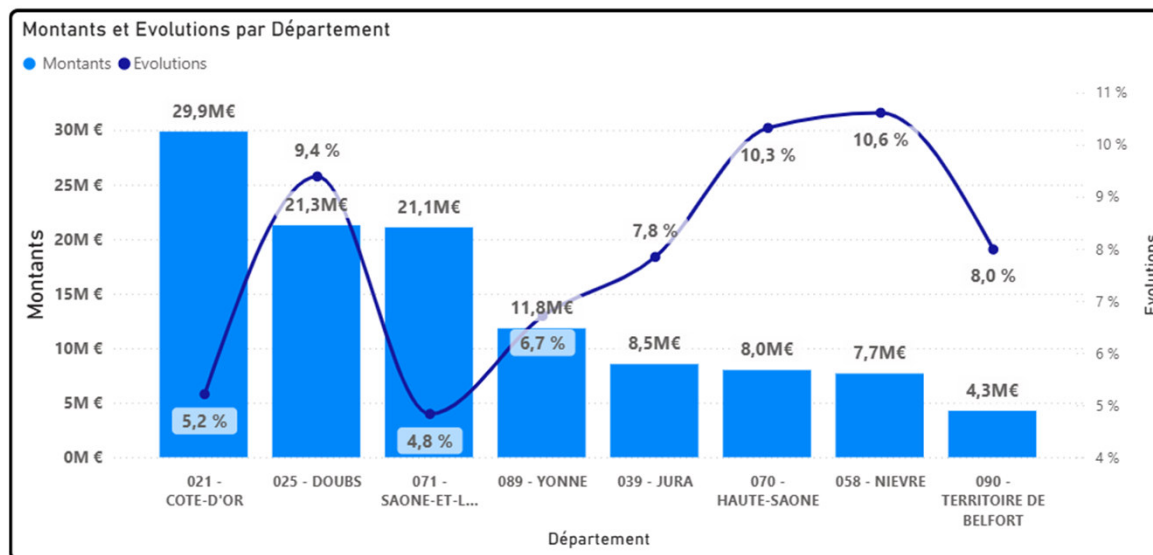
Postes de dépenses	RG		MSA		Autres		TOTAL	
	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions	Montants	Evolutions
FRANCE	3 491 005 727	7,3%	155 715 186	3,6%	79 896 409	0,8%	3 726 617 322	6,9%
BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE	103 836 016	7,5%	6 337 682	3,1%	2 326 938	-0,4%	112 500 636	7,1%
021 - COTE-D'OR	27 445 389	5,6%	1 585 317	2,5%	829 991	-1,3%	29 860 697	5,2%
025 - DOUBS	20 119 026	9,7%	833 573	8,3%	311 632	-5,5%	21 264 231	9,4%
039 - JURA	7 886 168	8,0%	507 661	7,8%	148 058	1,2%	8 541 887	7,8%
058 - NIEVRE	6 869 733	11,9%	610 016	0,1%	197 086	3,8%	7 676 835	10,6%
070 - HAUTE-SAONE	7 340 808	9,8%	498 847	15,1%	159 169	19,7%	7 998 824	10,3%
071 - SAONE-ET-LOIRE	19 216 368	5,7%	1 464 858	-2,7%	396 312	-4,5%	21 077 538	4,8%
089 - YONNE	10 810 587	7,2%	774 980	3,1%	227 551	-1,7%	11 813 117	6,7%
090 - TERRITOIRE DE BELFORT	4 147 937	8,1%	62 431	0,6%	57 140	11,6%	4 267 508	8,0%

Répartition des montants par régime



Le régime général (RG) concentre 92,3 % des montants remboursés, contre 5,6 % pour la MSA et 2,1 % pour les autres régimes.

Sur les évolutions départementales, le Territoire de Belfort (+8,0 %) se situe derrière la Nièvre (+10,6 %), la Haute-Saône (+10,3 %) et le Doubs (+9,4 %).



STATISTIQUES DE DÉPENSES: POINTS DE VIGILANCE FACTURATION

Il reste des codes actes frais de déplacements en cours d'utilisation alors que ce sont supprimés depuis le 01/07/2025 (avenant 7)

Situation pour une date de mandatement 01/01/2026 – 30/06/2026

indemnités forfaitaires de déplacement				indemnités forfaitaires de déplacement			
date des soins supérieure à 01/07/2025				date des soins inférieur à 01/07/2025			
ACT	Nombre_assurés	Nombre_kinés	Montant	ACT	Nombre_assurés	Nombre_kinés	Montant
IFN	6	5	176,8 €	IFN	5	4	96 €
IFO	2	2	6,4 €	IFO	2	2	18,4 €
IFP	1	1	4 €	IFP	1	1	48 €
Total	9	6	187,2 €	Total	8	5	162,4 €

Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis => mise en place de rejets sur les âges des patients pour certains actes (DRA, TER et RPE)

Cette séance de rééducation ne peut pas être facturée pour des patients de moins de **18 ans**:

✓ rééducation pour déviation du rachis lombo-sacré :

DRA7,48 OU DRA8,09

✓ rééducation pour déviation du rachis dorsal :

DRA7,49 ou DRA8,08

✓ rééducation pour déviation du rachis cervical :

DRA7,51 ou DRA8,11

✓ rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis :

DRA7,50 ou DRA8,10

Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis

pour les moins de 18 ans à la date des soins

ACT	DRA			TER			Total		
Coefficient	Nombre_assurés	Nombre_kinés	Montant	Nombre_assurés	Nombre_kinés	Montant	Nombre_assurés	Nombre_kinés	Montant
7,48	4	4	283 €				4	4	283 €
7,49	1	1	199 €				1	1	199 €
7,50	6	7	426 €				6	7	426 €
8,08	6	3	863 €				6	3	863 €
8,09	3	3	150 €				3	3	150 €
8,10	15	11	1 890 €				15	11	1 890 €
9,49				103	51	13 006 €	103	51	13 006 €
9,51				2	3	1 753 €	2	3	1 753 €
9,79				21	17	710 €	21	17	710 €
9,81				1	1	43 €	1	1	43 €
16,00				5	4	1 909 €	5	4	1 909 €
Total	29	20	3 811 €	115	54	17 421 €	142	58	21 232 €

STATISTIQUES DE DÉPENSES:POINTS DE VIGILANCE FACTURATION

Persistance ciblée de l'acte AMK (exceptés pour les bilans AMK10,7 – AMK10,8 et la balnéothérapie AMK1,2 – AMK2,2 – AMK2,5 – AMK3,5)

(16,1 k€ / 19 kinésithérapeutes)

Le solde de 16 121 € concerne encore 19 praticiens pour 34 actes

factures avec les lettres-clés AMK, AMS, AMC									
ACT	AMK			AMS			Total		
Coefficient	Nombre_Assurés	Nombre_Kinés	Montant	Nombre_Assurés	Nombre_Kinés	Montant	Nombre_Assurés	Nombre_Kinés	Montant
2,00	1	1	27 €				1	1	27 €
7,50				13	13	-674 €	13	13	-674 €
8,00	1	1	141 €				1	1	141 €
8,10	4	4	57 €				4	4	57 €
8,50	1	1	0 €				1	1	0 €
8,80	1	1	35 €				1	1	35 €
9,49	1	1	-21 €				1	1	-21 €
9,50				5	5	-155 €	5	5	-155 €
10,00	11	7	5 308 €				11	7	5 308 €
10,37	1	1	14 €				1	1	14 €
11,00	3	4	2 528 €				3	4	2 528 €
15,50	4	1	3 152 €				4	1	3 152 €
20,00	2	2	1 476 €				2	2	1 476 €
28,00	4	1	3 403 €				4	1	3 403 €
Total	34	19	16 121 €	18	16	-829 €	52	30	15 292 €

L'acte RPE6 (rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée a été supprimé de la nomenclature au profit des nouvelles cotations déambulation.

Constat d'un résidu de facturation indu au S1 2026 s'élevant à 1 599,22 € (5 kinésithérapeutes, 9 assurés).

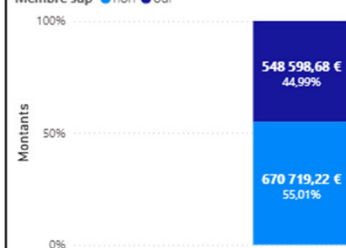
l'acte RPE6 (rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée)

ACT	Coeffecient	Nombre _assurés	Nombre _kinés	Montant
RPE	6	9	5	1 599,22 €
Total		9	5	1 599,22 €

STATISTIQUES DE DÉPENSES: ACTES RÉÉDUCATION

Montants par Membre sup

Membre sup ● non ● oui



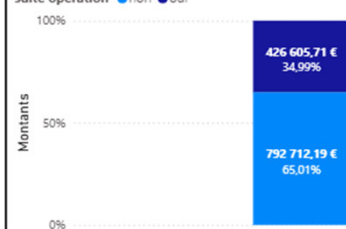
Rééducation des membres

45 % des montants concernent le membre supérieur (548 598 €) contre 55 % le membre inférieur.

65 % des actes ne font pas suite à une opération et 72 % ne sont pas soumis à référentiel.

Montants par suite operation

suite operation ● non ● oui

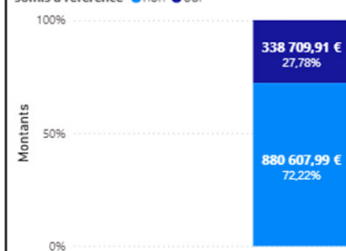


Détail par acte

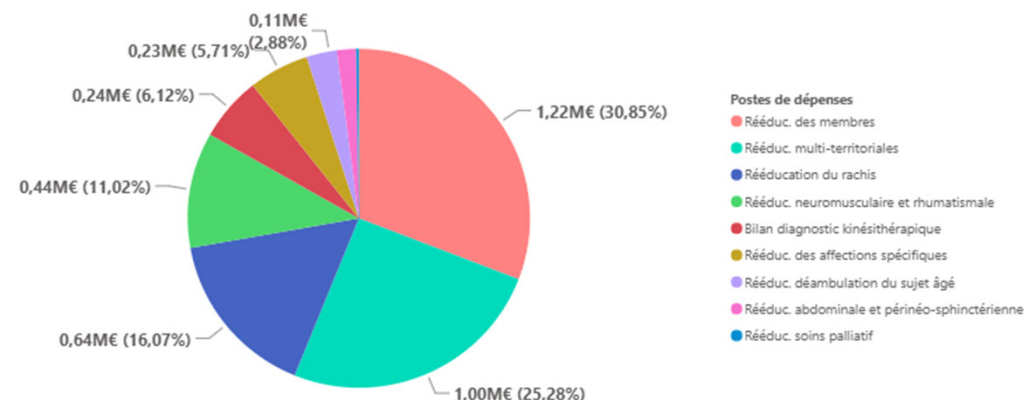
La rééducation des membres inférieurs non opérés sans référentiel domine (32,2 % du poste), suivie des actes supérieurs non opérés sans référentiel (21,9 %).

Montants par soumis à référence

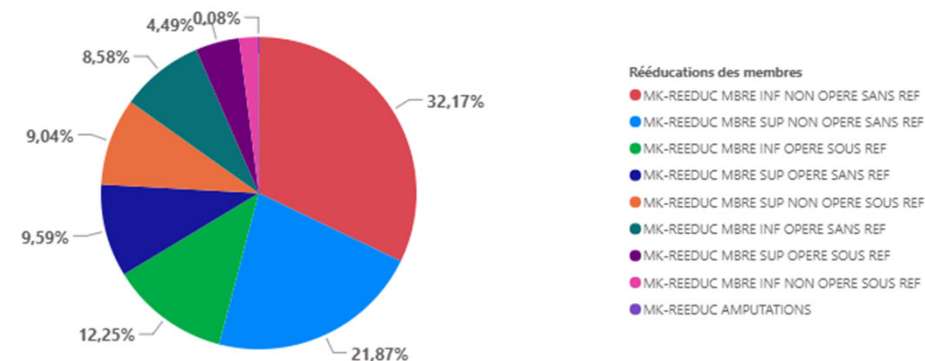
somis à référence ● non ● oui



Montant par Actes de rééducation



Montant par Actes de Rééduc. des membres



STATISTIQUES DE DÉPENSES: ASSURÉS

Le nombre d'assurés progresse de 9 148 à 9 780 entre les premiers semestres 2025 et 2026, soit +6,9 %.

Sur la même période, le montant moyen remboursé par assuré recule de 89,02 € à 76,83 €. $\approx -13\%$

2025

Nombre_assurés

14 366

Moyen_Montant remboursé

85,25 €

01-01-2025 au 30-06-2025

Nombre_assurés

9 148

Moyen_Montant remboursé

89,02 €

01-01-2026 au 30-06-2026

Nombre_assurés

9 780

Moyen_Montant remboursé

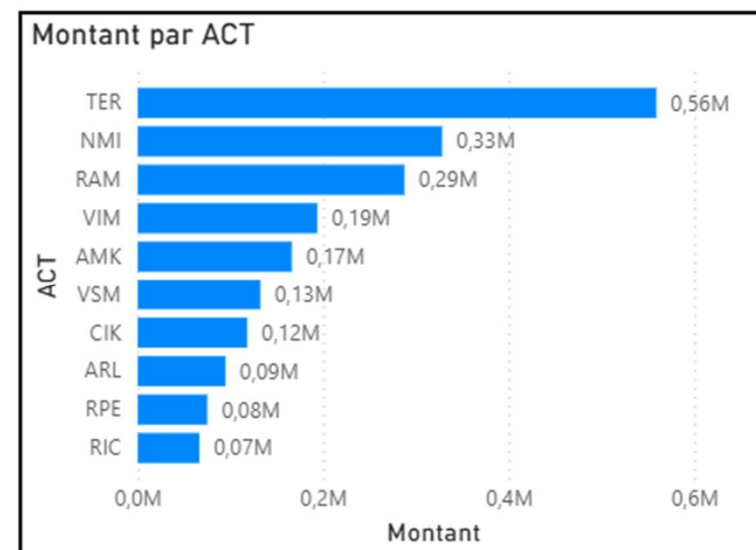
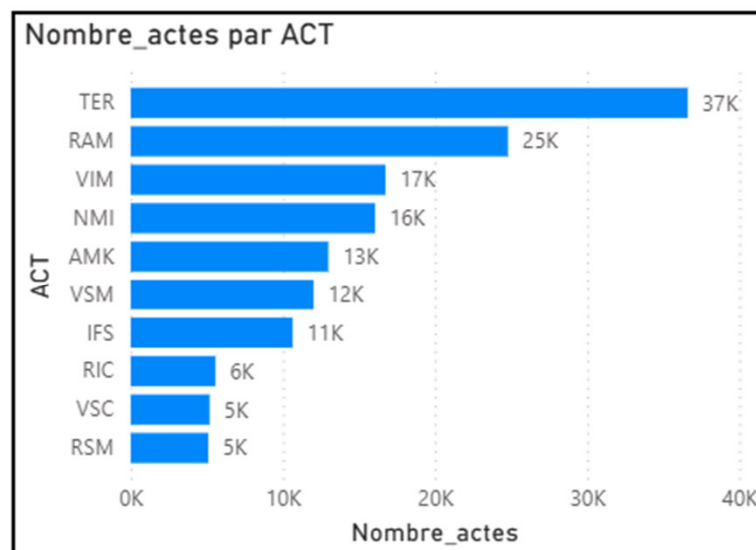
76,83 €

STATISTIQUES DE DÉPENSES: TOP ACTES

Top 10 actes selon les volume des actes et le montant remboursé (RG) 01/01/2026- 30/06/2026

Le **TER (MK-REEDUC AFFECTIONS SUR 2 TERRITOIRES)** domine très largement le classement, aussi bien en nombre d'actes (37 K) qu'en montant remboursé (0,56 M€).

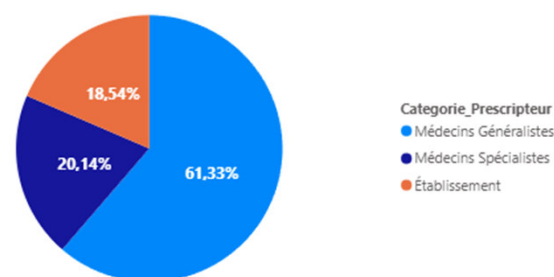
Le **NMI (MK-REEDUC AFF NEURO MUSC OU RHUM INFLAM)** se distingue par une valorisation unitaire élevée : avec seulement 16 K actes, il génère 0,33 M€, davantage que le RAM (MK-REEDUC RACHIS NON OPERE) (25 K actes pour 0,29 M€).



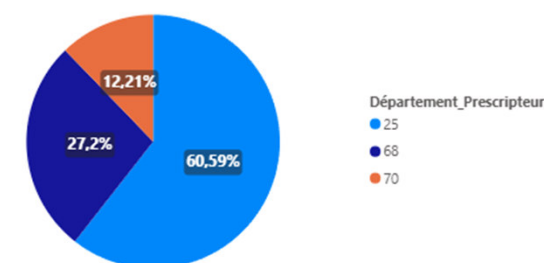
STATISTIQUES DE DÉPENSES: LES PRESCRIPTEURS

- Stabilité des typologies de prescripteurs : les médecins généralistes restent largement majoritaires en 2025 comme en 2026 ($\approx 62\%$), devant les spécialistes ($\approx 20\%$) et les établissements ($\approx 18\%$).
- Évolution territoriale contrastée : les prescripteurs du 25 a connu une baisse de sa part dans les montants prescrits (de $60,59\%$ à $57,16\%$), tandis que les prescripteurs exerçant dans le 70 augmente (de $27,2\%$ à $30,59\%$).
- Les prescripteurs 68 reste stable autour de $\approx 12\%$.

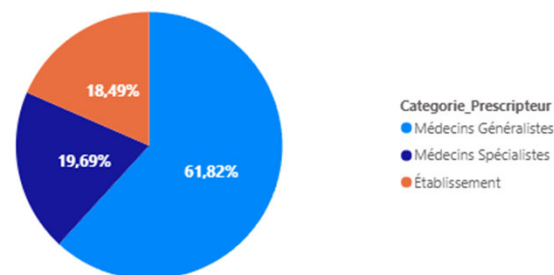
Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 30-06- 2025



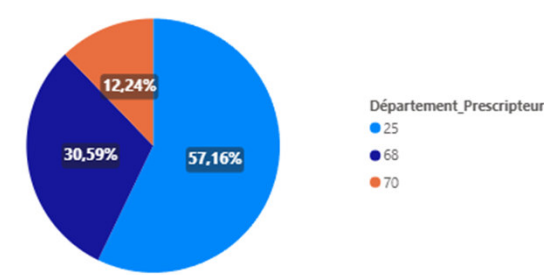
Répartition des limitrophes par le montant prescrit 30-06- 2025



Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 30-06- 2026



Répartition des limitrophes par le montant prescrit 30-06- 2026



02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

AVENANT 7: MESURES APPLICABLES AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2026

Mailing adressé le 26/08/2026 à la profession afin de vous informer sur les nouvelles règles de facturation

1. *Revalorisation de la prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires*

Les actes ci-après augmentent d'un point de coefficient



- L'acte de rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires avec atteintes « intéressant plusieurs membres » est facturable NMI 11,01
- L'acte de rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie est facturable NMI 12,01
- L'acte de rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie avec localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face est facturable NMI 11
- L'acte de rééducation des malades atteints de myopathie est facturable NMI 11,99
- L'acte de rééducation des malades atteints « d'encéphalopathie infantile » est facturable NMI 12.

2. *Création d'un bilan de repérage de la fragilité des personnes âgées (70 ans et +)*



- Ce bilan est valorisé AMK 10.
- Ce bilan, conforme au programme ICOPE de l'Organisation Mondiale de la Santé, peut être réalisé à l'initiative du masseur-kinésithérapeute à l'occasion d'une prise en charge d'un de ses patients. Un compte rendu de l'acte de repérage doit être obligatoirement adressé au médecin traitant ou, le cas échéant, au médecin prescripteur.
- Le masseur-kinésithérapeute doit être en capacité de réaliser le dépistage en présentiel et conformément au programme ICOPE de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Comme l'indique l'avis HAS, ce bilan n'est pas indiqué chez les patients ayant un diagnostic établi de pathologie sévère responsable d'une perte d'autonomie (démences, dépression sévère, AVC, insuffisance cardiaque, maladie de Parkinson, etc.) et chez les patients âgés atteints de cancer.

AVENANT 7: MESURES APPLICABLES DEPUIS LE 28 MAI 2026

Pour rappel:

La revalorisation de 0,3 point de coefficient des actes côtés TER 9,49, TER 9,51 et APM 9,50 initialement prévue le 1er juillet 2026 a été avancée au 28 mai 2026.

MODIFICATION DES COTATIONS DES ACTES AU 28 MAI 2026

Sous réserve de la modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les coefficients des actes concernés sont modifiés comme suit :

CHAPITRE II. – TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES	Lettre clé	Nouveau coefficient au 28 mai 2026
Article 1. – Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques Les cotations afférentes aux actes de cet article comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.		
D. – Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres		
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)		
– sans chirurgie	TER	9,79
– avec chirurgie sur au moins un territoire	TER	9,81
F. – Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation à l'appareillage		
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	APM	9,80

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS ISSUS DE LA CPN DU 10/02/2026

Mise en place de rejets sur anciens codes:

- 01/07/2025 pour les actes IFO, IFN, IFR, IFP et IFV
- 04/2026 pour les actes DRA

Renouvellement des ordonnances: Evolutions

Ajout de la possibilité de renseigner RA (Renouvellement adapté – type de séances) ou RI (Renouvellement à l'identique – nombre de séances) sur les FSE :

- Avenant 30 au cahier des charges SESAM-Vitale – diffusé aux éditeurs le 24 juillet
- Communication mailing diffusée le 16/12/2025 (dans le message concernant l'entrée en vigueur des mesures au 01/01/2026) :

« dans le cadre de la possibilité de renouveler les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, le masseur-kinésithérapeute s'engage à tracer ses renouvellements de prescription via la solution proposée sur son logiciel de facturation.

Contactez votre éditeur pour en savoir plus »

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS ISSUS DE LA CPN DU 10/02/2026

Un groupe de travail portant sur la mise en œuvre du dispositif démographique des masseurs-kinésithérapeutes s'est tenu le 18 février 2026 avec les organisations syndicales représentatives de la profession.

Ce groupe de travail a permis d'échanger en particulier sur les sujets suivants :

- Point sur le dispositif du zonage (publication des zonages et évolutions avec APL 2023)
- Cas particuliers concernant la désignation d'un successeur
- Dérogations au principe de régulation du conventionnement en zone non prioritaire
- Fonctionnement des instances

Ce groupe de travail avait pour objectif de mettre en exergue les sujets posant difficultés dans le traitement des demandes de conventionnement et de réfléchir avec les organisations syndicales sur les solutions qui pourraient envisagées.

ACCOMPAGNEMENT PRIMO INSTALLÉ: MISSION INSTALLATION ET PRATIQUE DES PS (MIPPS)

Pour faire suite aux éléments transmis à l'occasion de la dernière commission, un accompagnement spécifique aux primo installés va être déployé à compter du 1^{er} septembre 2026

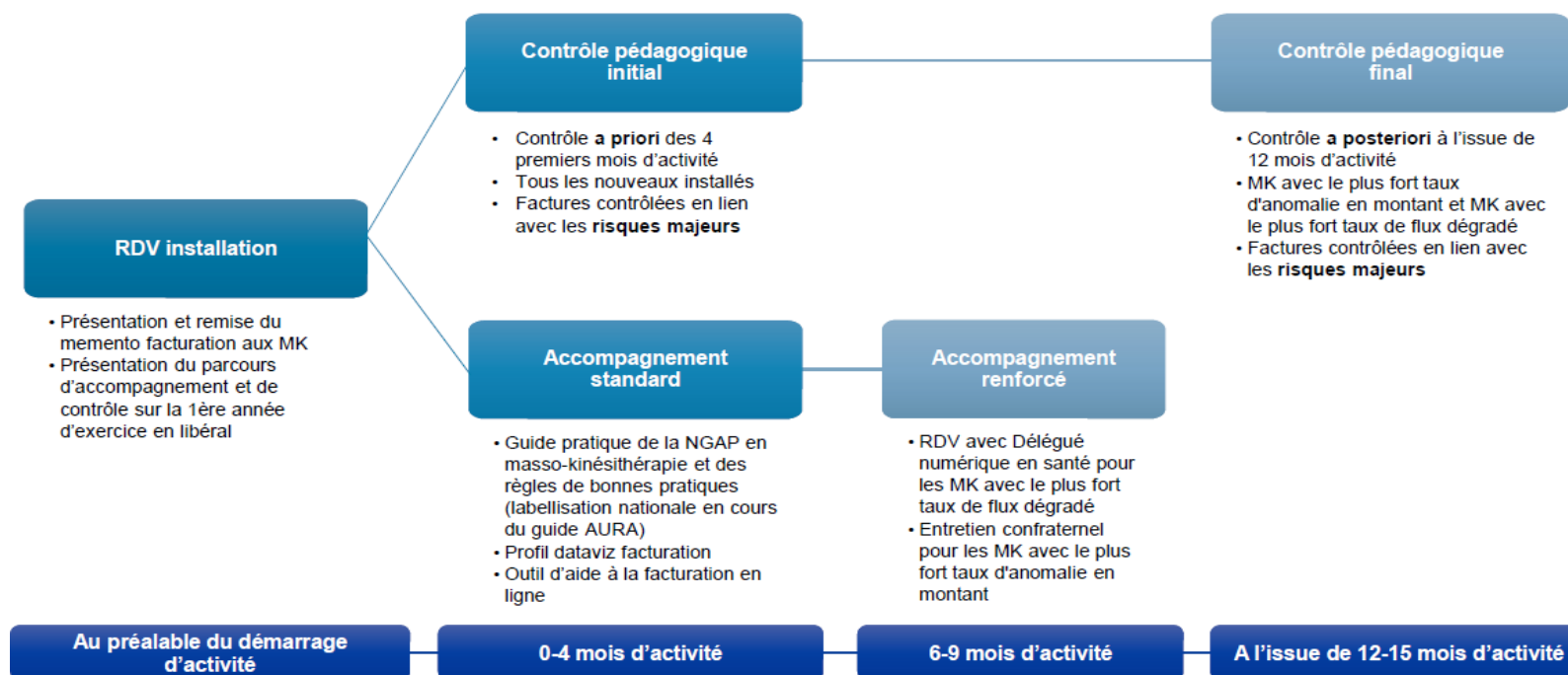
Rappel du contexte et des enjeux:

Afin de favoriser la juste facturation des prestations d'assurance maladie par les professionnels de santé nouvellement installés, le déploiement d'une stratégie d'accompagnement et de contrôles pédagogiques, gradués et ciblés de la facturation a été engagé en 2021.

- Ce dispositif repose sur un parcours type déployé au cours de la 1^{ère} année d'exercice du nouvel installé, qui est progressivement enrichi.
- Dans la continuité de ce qui est mis en œuvre pour les infirmiers, le dispositif va désormais être étendu aux masseurs-kinésithérapeutes nouvellement installés

ACCOMPAGNEMENT PRIMO INSTALLÉ

PARCOURS TYPE D'ACCOMPAGNEMENT / CONTRÔLE DES MK NOUVELLEMENT INSTALLÉS À TERME



MON BILAN PRÉVENTION (MBP)

À partir du 1er octobre, les masseurs-kinésithérapeutes pourront proposer le dispositif appelé « Mon bilan prévention ». Il s'agit un temps d'échange dédié à la prévention en santé dont les patients peuvent bénéficier à 4 périodes clés de leur vie. Explications.

Qu'est-ce que Mon bilan prévention ?

Ce dispositif a pour ambition de favoriser le repérage des facteurs de risque de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, etc.), d'aborder avec les patients leurs habitudes de vie (activité physique, sédentarité, etc.) et de les encourager à devenir acteurs de leur santé.

Il permet au professionnel de santé d'engager une démarche de sensibilisation et de prévention individualisée auprès des patients, en promouvant des comportements favorables à leur santé.

Qui peut réaliser Mon bilan de prévention ?

Les bilans de prévention pourront être réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes à partir du 1er octobre.

Afin d'accompagner les effecteurs à la réalisation de ces bilans, une plateforme d'e-learning est disponible sur le site de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) : formation.bilan-prevention.ehesp.fr.

Ces bilans peuvent aussi être réalisés par d'autres professionnels de santé effecteurs – un seul bilan est réalisable par patient et par tranche d'âge quel que soit le professionnel de santé choisi

- les médecins
- les infirmiers
- les pharmaciens ;
- les sage-femmes.

Qui sont les patients concernés par Mon bilan prévention ?

Les bilans de prévention sont destinés à toutes les personnes dans les tranches d'âge suivantes :

- 18-25 ans ;
- 45-50 ans ;
- 60-65 ans ;
- 70-75 ans.

En savoir plus sur les étapes du bilan de prévention, son tarif, les modalités de facturation et les outils mis à disposition depuis l'article détaillé « [Mon bilan prévention pour les masseurs-kinésithérapeutes, un temps d'échange dédié à la prévention](#) ».

EQUIPES DE SOINS COORDONNÉES AVEC LE PATIENT (ESCAP)

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)

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

Périmètre circonscrit autour de **4 pathologies cliniques**

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.

En pratique

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

Outil de coordination (national ou régional)

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.

Incitation financière et codes « traceurs » AM

- 100 € par an et par PS dès l'acquisition et utilisation de l'outil de coordination
- 100 € par an et par PS dès qu'il est impliqué à minima dans 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

Le déploiement du dispositif est piloté au niveau de la région BFC par l'ARS.

Un temps régional ARS BFC en lien avec les URPS s'est tenu le 15/09/2026 afin d'échanger sur les modalités de déploiement.

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^{er} 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

- > 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 »

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.

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

Concrètement

- > 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

Principe de facturation selon le type de PCR

Nouveau téléservice Assurance Maladie « Mon Parcours Patient »

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

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF INCITATIF EN ZONE TRÈS SOUSDOTÉS

Nombre de contrats démographiques au 24/03/2026 en BFC

Bilan des contrats : 29 adhésions dans le département

Masseur-kinésithérapeute

Département	Nb adhésions CACMK	Nb adhésions CAIMK	Nb adhésions CAMMK	Total adhésions
Côte d'Or	7	7	17	31
Doubs	25	54	96	175
Jura	25	33	64	122
Nièvre	12	24	41	77
Haute-Saône	27	23	71	121
Saône et Loire	32	20	58	110
Yonne	35	38	103	176
Territoire de Belfort	3	10	16	29
BFC	166	209	466	841

Actuellement il y a 19 contrats actifs :
15 CAMMK-maintien, 1 CAIMK-Installation et 3 CAMCCK-crétion

Le contrat d'aide à la création d'un cabinet de masseurs-kinésithérapeutes (CACMK)

- Pour la création d'un cabinet principal ou de reprise d'un cabinet en zone très sous-dotée (15% part de pop^e nationale + 2,5% à la main des ARS)
- **5 ans non renouvelables**
- Aide forfaitaire de **49 000 €** versée en 4 fois (30 000 € 1^{ère} année/ 9 000 euros 3^{ème} année + 5 000 euros les 2 années suivantes) + 300€ /mois si le MK accueille en stage de fin d'étude un étudiant en kinésithérapie (durant les stages de 4^e et 5^e années)

Le contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes (CAIMK)

- Pour une installation dans un cabinet déjà existant en zone très sous-dotée (15% part de pop^e nationale + 2,5% à la main des ARS)
- **5 ans non renouvelables**
- Aide forfaitaire de **34 000 €** versée en 4 fois (15 000 € 1^{ère} année/ 9 000 euros 3^{ème} année + 5 000 euros les 2 années suivantes) + 300€ /mois si le MK accueille en stage de fin d'étude un étudiant en kinésithérapie (durant les stages de 4^e et 5^e années)

Le contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes (CAMMK)

- Pour les masseurs-kinésithérapeutes déjà installés en zone très sous-dotée (15% part de pop^e nationale + 2,5% à la main des ARS)
- **3 ans renouvelables**
- Aide forfaitaire de **4 000 € /an** + 300€ /mois si le MK accueille en stage de fin d'étude un étudiant en kinésithérapie (durant les stages 4^e et 5^e années)



RÉMUNÉRATIONS CONVENTIONNELLES: ÉTAT DES LIEUX

Deux versements ont eu lieu depuis la dernière commission:

- Paiement des contrats démographiques par type de contrats
- Versement Forfait Aide à la Modernisation

Type de paiement	Nombre Kiné bénéficiaire	montant total	montant moyen
contrats démographiques	15	57 219 €	3 815 €
Aide à la modernisation (FAMI)	88 (14 n'ont pas eu l'objectif*)	52 475 €	596,31 €

* Les motifs de non versement du FAMI sont principalement liés à la :

- Non atteinte du taux de FSE (le cas le plus fréquent)
- Absence d'un logiciel métier compatible DMP

PLAN D'ACTIONS RÉGIONAL 2026: ACTIONS

Dans le cadre du Plan d'Actions Régional (PAR) Auxiliaires médicaux, plusieurs actions vont être déployées sur cette fin d'année 2026 par l'ensemble des CPAM de BFC. Ces actions seront mises en œuvre après information préalable de chacune des CPD locales ainsi que la CPR (13/10/26)

- **Vérification des modalités d'application et facturation en accès direct:** cette action fait suite à l'envoi en juillet 2025 d'un flash info à la profession rappelant les modalités d'application de l'accès direct pour les MK. L'étude porte sur la période du 1^{er} août 2025 au 30 juin 2026. L'action sera portée de manière graduée selon la date d'installation des MK concernés (avant ou après juillet 2025).
 - Si après 07/2025: envoi d'un courrier de rappel réglementaire
 - Si avant 07/2025: envoi d'une notification d'anomalie puis d'une notification d'indu
- Cette action concerne 4 MK de notre département.

- **Vérification des modalités d'application et facturation du renouvellement des ordonnances:** cette action fait suite à l'envoi en juillet 2025 d'un flash info à la profession rappelant les modalités d'application pour les MK. L'étude porte sur la période du 1^{er} août 2025 au 30 juin 2026. L'action sera portée de manière graduée selon la date d'installation des MK concernés (avant ou après juillet 2025).
 - Si après 07/2025: envoi d'un courrier de rappel réglementaire
 - Si avant 07/2025: envoi d'une notification d'anomalie puis d'une notification d'indu
- Cette action concerne 16 MK de notre département.

CONTRÔLE NATIONAL ARL 20/ ARL 28: ÉTAT DES LIEUX

La CPAM vous avait informé de la mise en place de cette action nationale au cours du mois de juin 2026.

A ce jour, seule la CPAM 90 a décliné l'action au niveau BFC.

Point de situation:

- Le contrôle a porté sur les facturations des actes AMK/ARL 20 et/ou AMK/ ARL 28 au cours de la période du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025.
- Les notifications d'indus ont été adressées sur la période 15/07/2026- 15/08/2026 à l'attention de 4 MK . Cela a représenté une somme totale de 1582,36 euros.
- Ce montant correspond à la différence entre la cotation facturée et la cotation qui aurait dû être appliquée au-delà de la 21^{ème} séance ou de la 41^{ème} séance, à savoir sur la base du coefficient 8.5 facturable pour la rééducation respiratoire.
- Un MK a formulé des observations qui, après examen, ont permis de réévaluer le montant du préjudice.

ACTIV'DOS

L'APPLICATION POUR PRÉVENIR ET TRAITER LE MAL DE DOS, MODERNISÉE ET ENRICHIE

L'application Activ'Dos, conçue et éditée par l'Assurance Maladie, évolue pour proposer une version plus riche, plus personnalisée et plus simple à utiliser. Cette mise à jour renforce son rôle d'accompagnement dans la prévention et le traitement du mal de dos, grâce à de nouveaux contenus, des exercices supplémentaires et un parcours utilisateur mieux adapté aux besoins de chacun.

Une sélection plus fine des exercices les plus adaptés

Le catalogue d'exercices a été révisé et enrichi pour proposer des séances plus courtes et plus efficaces pour le dos. Afin de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, plusieurs paramètres sont pris en compte dans la présentation des exercices et des séances, notamment le niveau de difficulté (facile, moyen, difficile), l'objectif (renforcement, mobilité, relaxation), la position (allongée, assise, debout) et le matériel nécessaire. Un filtre spécifique permet également d'identifier les exercices les plus adaptés en cas de pic de douleur.

L'application propose, dès la première utilisation, un profilage (6 questions rapides à renseigner) permettant de recommander des exercices et séances adaptés aux besoins de l'utilisateur. Au fil du temps grâce au suivi, un ajustement des exercices est proposé à l'utilisateur. L'ensemble du programme veille à solliciter de manière équilibrée les différentes parties du corps : membres inférieurs, membres supérieurs et tronc.

3 nouveaux exercices de relaxation ont été intégrés :

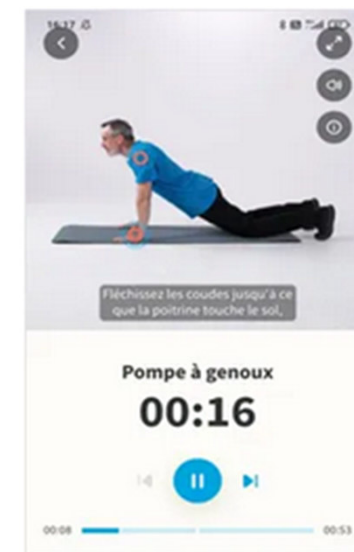
- l'automassage de la nuque ;
- l'automassage des trapèzes ;
- la respiration ventrale.

Une présentation de l'ensemble des exercices par des masseurs-kinésithérapeutes

Pour garantir une bonne compréhension, tous les exercices font l'objet d'une démonstration et d'explications délivrées en vidéo par des masseurs-kinésithérapeutes.

Bientôt un parcours motivationnel pour mieux prendre soin de son dos

Une dernière évolution sera déployée au cours du 3e trimestre 2026. Elle prendra la forme d'un parcours motivationnel de 7 semaines, chaque semaine étant composée de 2 nouvelles étapes : un article informatif et une mission à réaliser.



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

Santé.fr L'annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux

Le Ministère de la santé et de la prévention et APF France handicap ont élaboré, en partenariat avec l'Assurance Maladie et les instances représentatives des professionnels de santé et de patients, **un annuaire de l'accessibilité des lieux d'exercice et de soins hébergé sur Santé.fr.**

Votre cabinet est équipé d'une rampe d'accès ?

Vous parlez une langue étrangère ? Vous avez l'habitude d'accueillir des personnes aveugles ou malvoyantes ? ...



Répondez aux questions des personnes en situation de handicap et à besoins spécifiques en décrivant votre offre de soins sur [Santé.fr](https://www.sante.fr).
Contribuez à **améliorer la santé de plus de 12 millions de personnes.**

- > Lien pour renseigner la fiche de votre cabinet : <https://www.sante.fr/professionnels-de-sante-decrivez-laccessibilite-de-votre-cabinet-sur-santefr>
- > Lien vers l'annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux : [annuaire de l'accessibilité des cabinets](#)

ACCOMPAGNER VOS 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.

<https://santebd.org/>



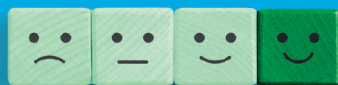
ACCOMPAGNER VOS PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP : DES OUTILS À VOTRE DISPOSITION

DES RESSOURCES ET OUTILS À DESTINATION DES PROFESSIONNELLS DE SANTÉ DISPONIBLES SUR [AMELI.FR](https://ameli.fr)

Le baromètre « handifaction »

handifaction

Un baromètre dédié à l'accès aux soins
des patients en situation de handicap



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-jQEiTI?si=Nx1EswXu4C_KbQgt
- ⇒ Vidéo témoignage 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=lsX2O95iTCER3NVh>

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 :

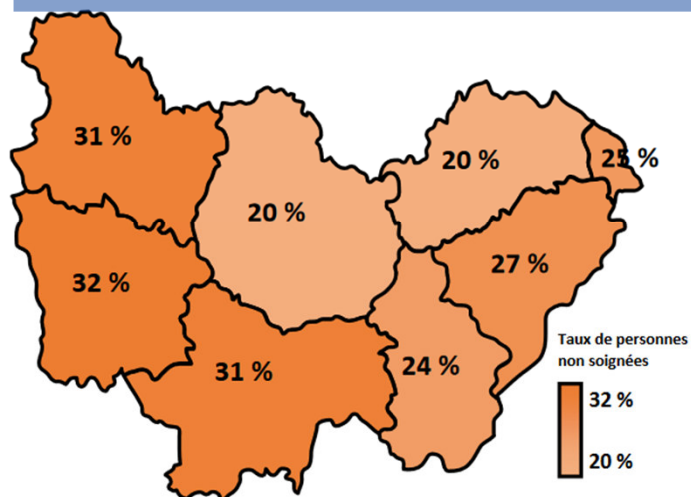
- La qualité des soins reçus après chaque rendez-vous de santé
- Les difficultés rencontrées pour accéder aux soins, comme un refus ou un abandon.

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.

[lien pour le baromètre avec les données locales](#)

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

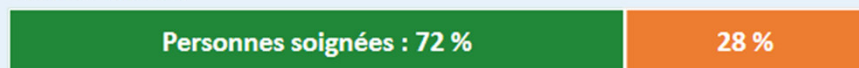
Le baromètre « handifaction »



Bourgogne-Franche-Comté



France entière



Résultats :

En région Bourgogne Franche Comté, sur la période du 01/04/2025 au 31/03/2026

Pour 10 459 réponses

Parcours de soin

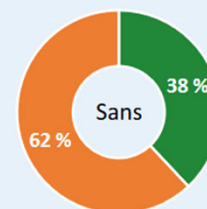
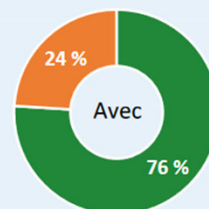


Soins sans refus : 67 %

11 %

16 %

Taux de soin selon la possession d'un médecin traitant



NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ✓ Taux de télétransmission à fin juillet 2026: 99,91% (99,93% à fin déc)
Soit 74,79% (78,02%) de FSE et 25,12% (21,91%) de B2 dégradé
- ✓ SCOR: 98,98 % des kinés sont équipés et 98,98% utilisent SCOR (97 mk)
- ✓ ADRI : 98,98% des kinés équipés et 91,84% (89,47%) d'utilisateurs – 95,88% en cumulé
- ✓ MSSANTE: 94,80% sont équipés soit 5 MK sans MSsanté
- ✓ DMP: Aucun utilisateur en juillet 2026 (4,21%) – 7,07% en cumulé depuis le début de l'année
- ✓ ApCV: 5,1% d'utilisateur (5 MK) - 45 factures toutes normes réalisées à partir de l'ApCV
- ✓ Ordonnance numérique: pas d'utilisation

DMP/ MON ESPACE SANTE: PROGRAMME SEGUR

En 2025, 19 MK ont alimenté le DMP et 135 l'ont consulté (↑ vs. 2024)

JALON IMPORTANT POUR L'EQUIPEMENT LOGICIEL DES MK

Le cahier des charges des logiciels SEGUR paramédicaux a été prépublié en février 2026

Qu'est-ce que cela va apporter ?

Prise en charge du coût d'équipement en logiciel par l'Etat

Fonctionnalités-clés :

Qualification INS

Alimentation DMP

Consultation DMP

Intégration documents MSS

Application carte vitale

Sécurité renforcée



Quand est-ce que les MK seront équipés ?

Publication du cahier des charges au JO :
prochaines semaines

Déploiement effectif chez les MK :
2027-28

**Taux de profils
MES activés dans
le 90:** 42,5% à fin
août 26
(top 20 national)

Zoom sur l'envoi automatisé au DMP pour les MK

- Prescription de produits de santé
- CR de bilan fonctionnel
- Plan personnalisé de prévention
- Bilan par professionnel de santé

Nombre de profils Mon
espace santé créés et
accessibles aux PS (dont
les activés)

127 326

Nombre de profils Mon
espace santé activés

54 981

Nombre de profils Mon
espace santé opposés

1 641

Nombre de profils Mon
espace santé fermés

284

APPLICATION CARTE VITALE

Comment se déroule la facturation ?

Le professionnel de santé lit les données de l'appli carte Vitale de son patient via on lecteur QR Code ou NFC.

Authentification en ligne sur le SI appli carte Vitale



Le logiciel de facturation se connecte au téléservice ADRI pour récupérer la situation administrative (droits du bénéficiaire de soins) de son patient

La durée d'une session est limitée à 20 min. Au-delà, une réauthentification sera nécessaire.

Le professionnel de santé signe en ligne la feuille de soins électronique
Par défaut, 1 facture par session.
Au-delà, une réauthentification sera nécessaire.

Le patient reçoit directement sur son smartphone une information sur la dépense de soins.



Qu'est ce qui est vert, vital pour la santé et qui existe maintenant aussi en appli ?

L'appli carte Vitale est disponible dans votre département, téléchargez-la.



Toujours sur vous, toujours à jour, confidentielle et sécurisée. Téléchargez l'appli maintenant.

LA CARTE VITALE. VITALE AUSSI EN APPLI

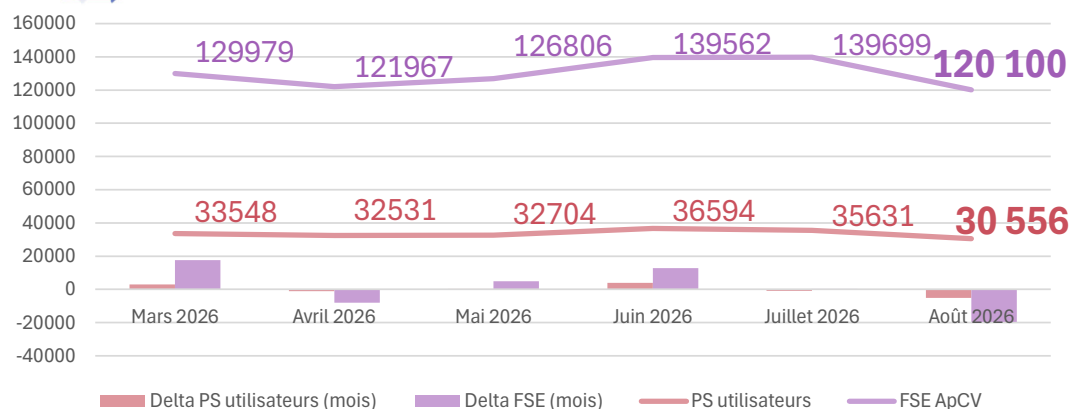
SYNTHÈSE DU DÉPLOIEMENT PS EN AOÛT 2026



Évolution des professionnels de santé utilisateurs de l'appli CV



Usage en facturation dans la France entière



Depuis l'ouverture du service

85 532 PS utilisateurs

Soit 20,9% des PS France entière

1 601 115

FSE ApCV



Répartition des PS utilisateurs par catégorie

Spécialité	Pharmaciens	Médecins**	Auxiliaires médicaux	Sage-femmes	Dentistes	Professionnels de la LPP	Centres de santé
FSE réalisées	1 174 342	302 934	55 122	3 914	61 215	1 106	2 416
PS utilisateurs	18 714	40 811	10 253	1 137	13 723	609	266
Taux de PS utilisateurs*	94,2%	35,4%	5,1%	13,5%	37,9%	2,7%	9,0%

* : Parmi les PS de cette spécialité facturant en SV, au cumul

** : 29 817 des MG utilisateurs soit 57,5% des MG France entière
10 994 des MS utilisateurs soit 17,4% des MS France entière

SYNTHÈSE DU DÉPLOIEMENT ASSURÉS À AOÛT 2026



Déploiement

↓ 8,69 M téléchargements



3,45 M d'activations
Soit 5,9% des assurés éligibles



2 504 341



1 037 698

Satisfaction utilisateur



3,7 /5

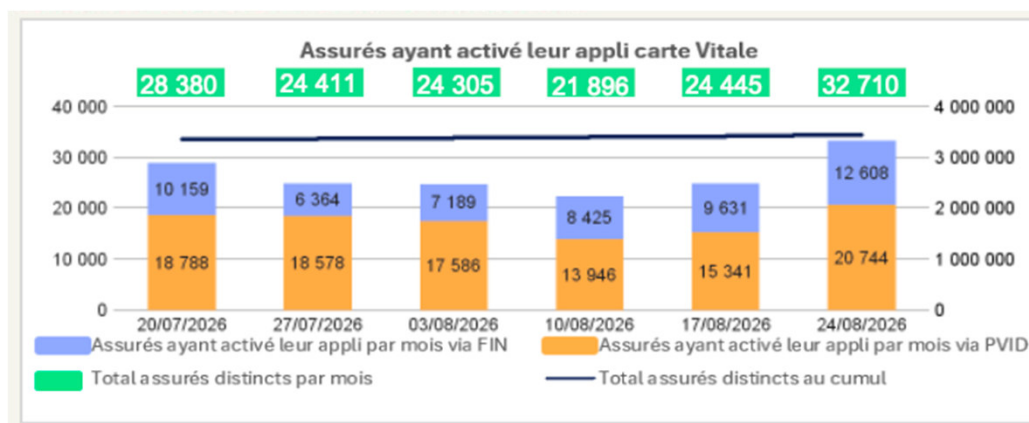


4,7 /5

48% des activations réalisées sur Google Play et 52% sur l'Apple Store



Evolution hebdomadaire des activations

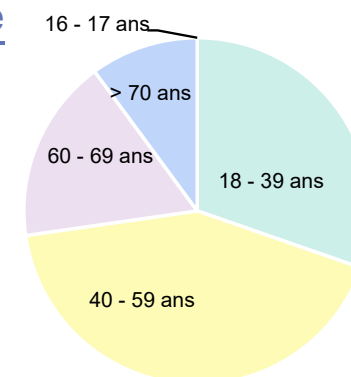


La hausse du volume d'activation est corrélée avec la reprise des mailings de relance des assurés CNAM qui avaient été suspendus depuis le 13 juillet.



Profil utilisateur type

Répartition des activations par tranche d'âge



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Qualité facturation (janvier à août 2026):

Taux de rejet moyen **1,13%**
(variable entre 0,94% et 1,50%)
Sur un total de
45 033 factures (*2)
Top 5 des anomalies

Modération du ticket modérateur non trouvée en base – 114 factures soit 0,25% (43 factures soit 0,19%)

Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage

Facturation tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat - 74 factures soit 0,16% (27 factures soit 0,12%)

Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage. **28% des rejets sur un PS (16 rejets)**

Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé: 28 factures soit 0,06% (22 factures soit 0,12%)

Il s'agit d'erreur de saisie des prescripteurs, en cas de présence de la prescription médicale via SCOR au moment du traitement des factures. Ces dernières sont recyclées (si factures sécurisées) et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée via le courrier COMPAGNON

Modulation du ticket modérateur transmise absente ou différente du référentiel: 23 factures soit 0,05%.

Le système a trouvé une modulation du ticket modérateur dans la base Assuré pour ce bénéficiaire qui n'a pas été transmise par le tiers ou qui n'est pas compatible avec le code justificatif d'exonération transmis par le tiers.

La nature d'exercice du praticien exécutant n'est pas valide à la date des soins: 22 factures soit 0,05%

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

04

POINTS DIVERS

ÉVOLUTION DU DISPOSITIF PRADO : ÉTAT D'AVANCEMENT

Lors de la dernière commission, nous vous avons informés de l'évolution du dispositif PRADO avec une reprise à terme par les acteurs locaux de ville.

Pour rappel:

- 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) avec la mise en place d'un renforcement de l'orientation à destination des personnes les plus « fragiles »
- Délégation de cette activité envisagée d'ici la fin 2027 prioritairement pour le PRADO chirurgie post cancer du sein ainsi que IC

Etat d'avancement

- Tenue d'un premier COPIL avec les 2 CPTS du 90, l'HNFC, l'ARS et les CPAM du NFC
- Mise en place d'un second Copil PRADO le 8/10/2026 avec l'ensemble des acteurs (dont les 5 CPTS du NFC)



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.



LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 4 FÉVRIER 2027*

**À 9H POUR LA SECTION SOCIALE ET 9H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**