



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES PHARMACIENS

15 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 3 MARS 2026

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 31 MAI 2026

STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/05/2026

Commission des pharmaciens du département : TERRITOIRE DE BELFORT

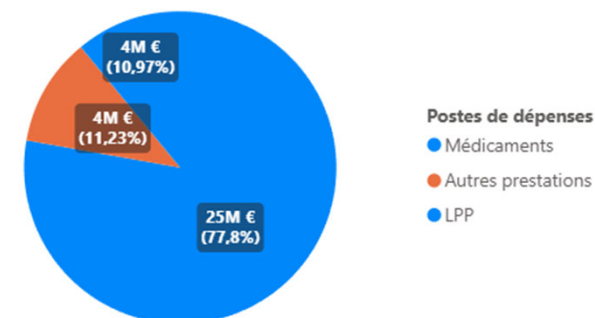
Activité des pharmaciens du 01/01/2026 au 31/05/2026 (en date de remboursement)

(PHARMACIE D OFFICINE, PHARMACIE MUTUALISTE)

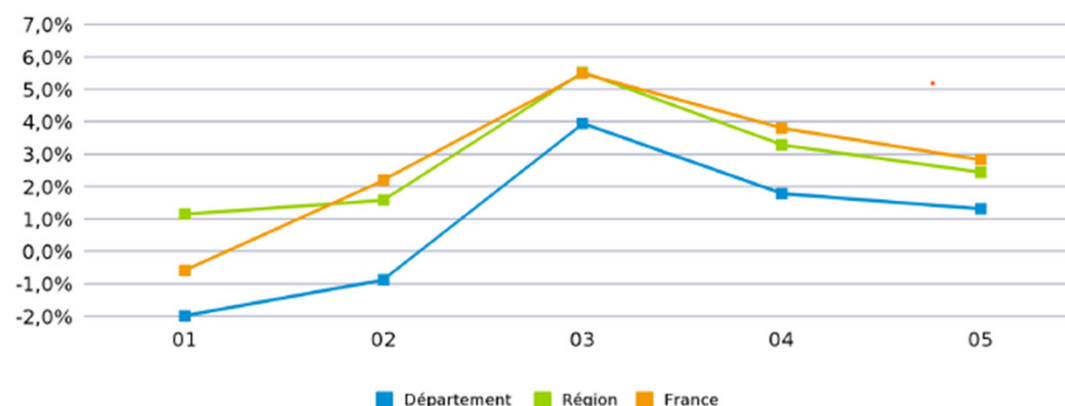
Montants des prestations en base de remboursement (hors dépassements)

Postes de dépenses	Montants	Evolutions	Evolutions Région	Evolutions France
TOTAL	32 720 797,74 €	1,32%	2,45%	2,83%
Médicaments	25 457 412,96 €	3,63%	4,59%	4,76%
Médicaments non remboursés par le RO	29 696,58 €	-16,52%	12,28%	5,52%
Médicaments remboursés à 100%	17 235 070,89 €	3,77%	4,29%	4,20%
Médicaments remboursés à 15%	366 225,40 €	-4,07%	3,17%	2,53%
Médicaments remboursés à 30%	1 371 611,44 €	2,44%	7,04%	8,68%
Médicaments remboursés à 35%	38,56 €	155,03%	151,30%	2,76%
Médicaments remboursés à 65%	6 453 617,12 €	4,10%	5,12%	5,89%
Médicaments remboursés à 80%	1 152,97 €	47,83%	228,58%	-2,51%
Autres prestations	3 673 251,03 €	-7,66%	-7,59%	-5,43%
Aides et rémunérations conventionnelles	12 967,71 €	-92,72%	-92,90%	-93,01%
Campagne vaccination COVID	4 322,04 €	10,32%	-3,37%	-11,02%
Honoraires de dispensation	3 476 791,59 €	-1,36%	-0,53%	-0,06%
Honoraires soins Pharmaciens	23 038,47 €	30,70%	35,67%	54,33%
Masques et tests COVID	416,34 €	-99,09%	-99,72%	-92,23%
Permanence pharmaceutique	80 379,00 €	-21,53%	-2,36%	1,69%
Préparation magistrale et pharmaceutique	55 580,90 €	-21,10%	-14,48%	-7,85%
Vaccins Grippe et ROR	19 754,98 €	-43,94%	-46,59%	-41,96%
LPP	3 590 133,75 €	-4,31%	-1,78%	-1,27%
Appareils matériels de traitement et pansements	2 967 096,38 €	-3,83%	-1,75%	-0,98%
Autres frais LPP	6 887,98 €	240,44%	100,39%	124,26%
Orthèses	610 414,72 €	-7,30%	-3,36%	-3,00%
Prothèses externes non orthopédiques	2 038,95 €	0,49%	-8,23%	-4,88%
Véhicule pour handicapés	3 695,72 €	-13,81%	38,84%	-7,76%

Montants par Postes de dépenses_pharmaciens le 31/05/2026

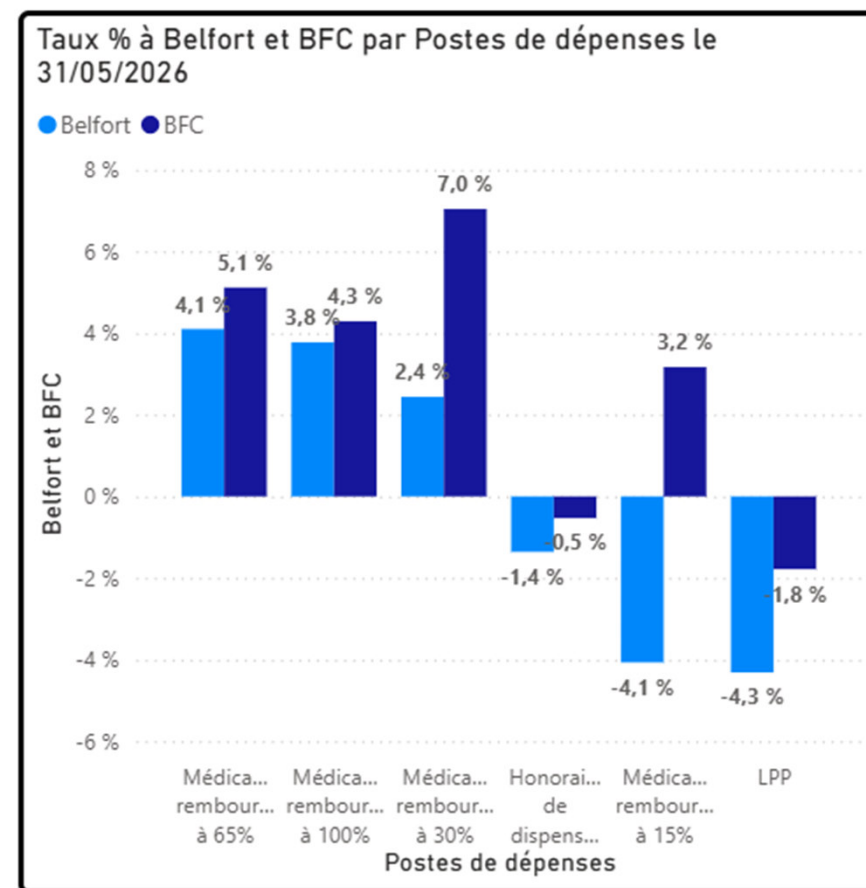


Evolution des montants (PCAP) - total poste



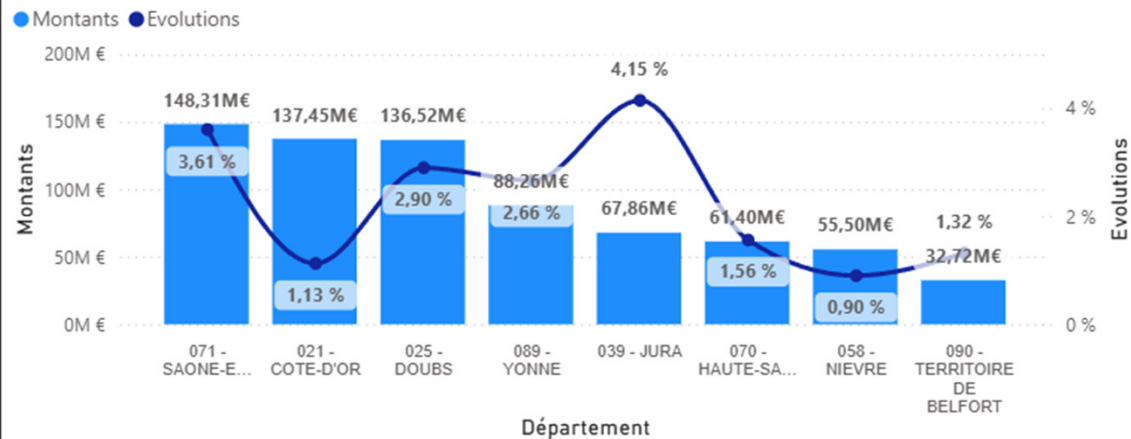
STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/05/2026

- Évolution inférieure aux tendances régionales pour tous les médicaments notamment pour ceux remboursés à 15% et 30%: Belfort affiche une croissance moins forte que la BFC sur les médicaments remboursés à 30 % (7 % vs 2,4 %) et à 15 % (3,2 % vs -4,1 %).
- Pour les médicaments remboursés à 65 % et à 100 % (qui ont les enjeux financiers les plus élevés), les dépenses au sein du département 90 progressent légèrement moins vite que la région.
- Honoraires de dispensation avec LPP: constat de taux d'évolution négatif la fois pour le département et pour la région qui est toujours en léger recul.



STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/05/2026

Montants et Evolutions par Département-Pharmacien le 31/05/2026



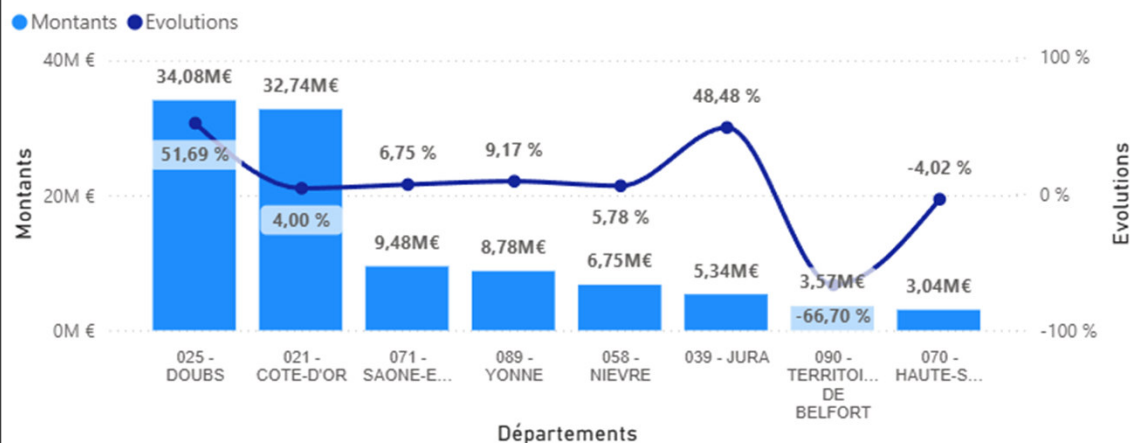
Pharmaciens

- L'évolution des dépenses est de +1,32 % au sein de notre département, suivi de la Nièvre et de la Haute-Saône.
- Les départements les plus importants (Saône-et-Loire, Yonne, Doubs) dépassent tous les 421 M€ de dépense.

Fournisseurs

- Il est constaté une forte réduction des dépenses sur la cible fournisseurs (montant total de 3,57 M€):
- à l'instar de la dernière commission, et contrairement à la majorité des départements, notre département enregistre une baisse importante de 66,70% (contre -53,10 % dans la dernière commission qui a couvert la période 01/01/2025-30/11/2025)

Montants et Evolutions par Département-Fournisseur le 31/05/2026



Assurés par an /Fournisseurs	
Année	Nombre d'assurés uniques
2025	63 243
2026	36 310
Total général	99 553

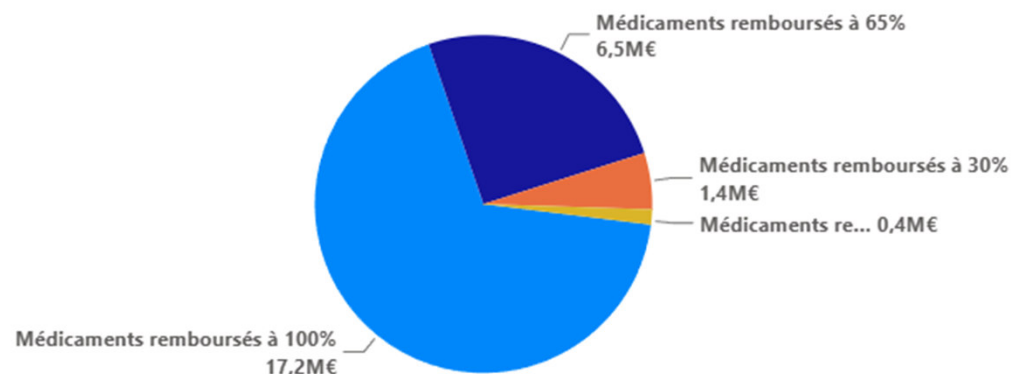
STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/05/2026

Médicaments

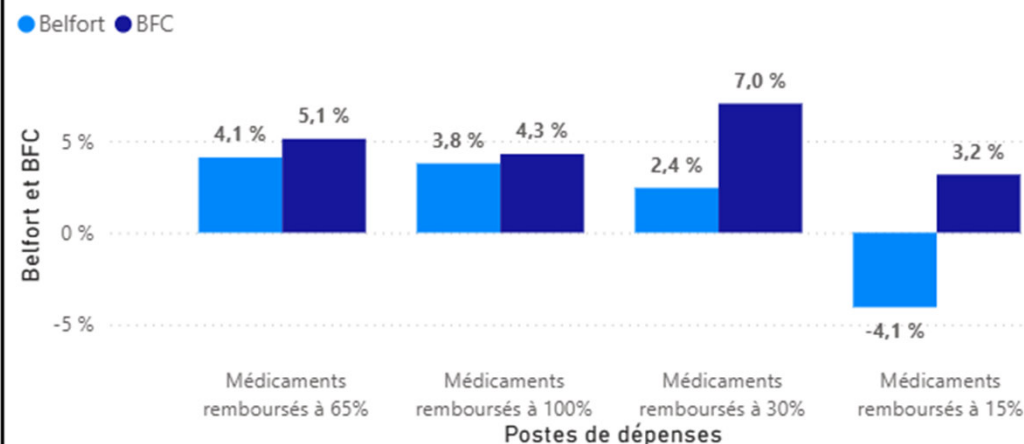
- Croissance modérée sur les principaux postes de dépenses : la hausse des dépenses reste contenue par rapport à la moyenne régionale sur les médicaments remboursés à 65 % (+4,1 % vs +5,1 % en BFC) et à 100 % (+3,8 % vs +4,3 % en BFC).
- À l'inverse: le Territoire de Belfort enregistre une progression très faible sur les médicaments à 30 % (+2,4 % vs +7,0 % en BFC) et marque une nette baisse sur les médicaments à 15 % (-4,1 % vs +3,2 % pour la région).
- Poids financier des postes de dépenses :
 - La dépense globale est largement dominée par les médicaments à 100 % (17,2 M€) et à 65 % (6,5 M€).
 - Les catégories à 30 % (1,4 M€) et 15 % (0,4 M€) ne représentent qu'une part très minoritaire de ce poste de dépense.

8

Taux% à Belfort et BFC par Postes de dépenses le 31/05/2026



Taux (%) à Belfort et BFC par Postes de dépenses le 31/05/2026



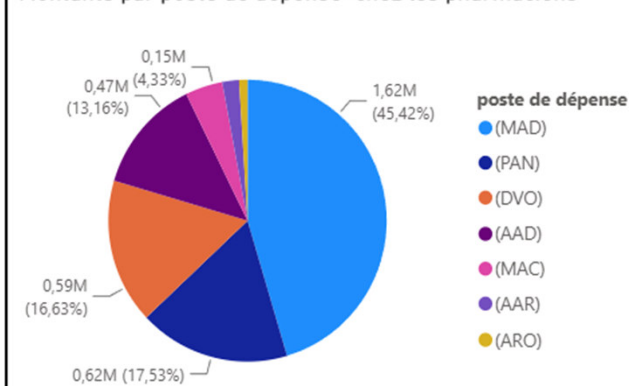
STATISTIQUES DE DÉPENSES: DÉTAIL FOURNISSEURS/ PHARMACIENS

Les fournisseurs représentent plus de 45% des dépenses sur ces postes, notamment sur **AAD** (0,93 M€ vs 0,47 M€ pharmaciens) et **AAR** (1,45 M€ vs 0,07 M€ pharmaciens).

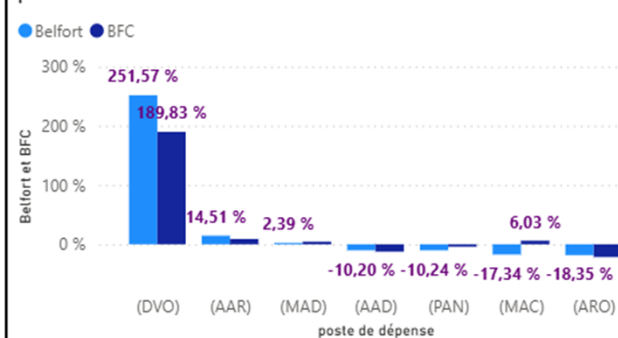
Les **MAD** (matériels divers : lits médicalisés, fauteuils roulants, etc.) sont principalement portés versant pharmaciens (~54 %, 1,6 M€), suivis des **PAN** (pansements ~21 %), **AAD** (accessoires domicile ~16 %), **AAR** (assistance respiratoire ~2,3 %), **MAC** (contention ~5,2 %).

Comparé à la région, le Territoire de Belfort est plus volatile (ex. forte hausse sur orthèses/DVO, baisse plus prononcée sur contention/pansements)

Montants par poste de dépense-chez les pharmaciens

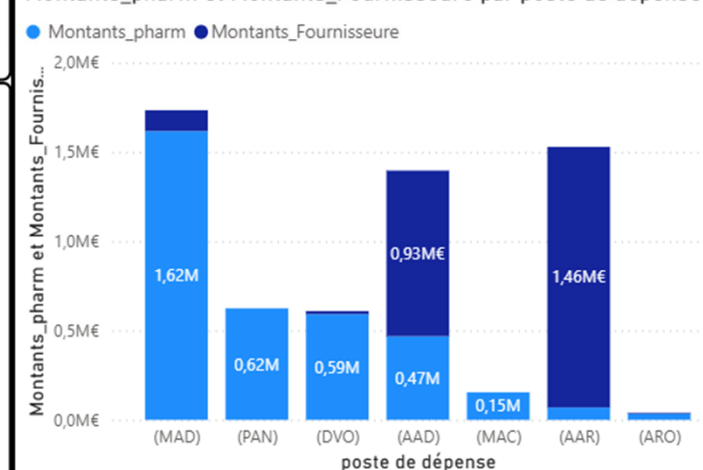


Taux% à Belfort et BFC par prestation LPP-chez les pharmaciens



poste de dépense	Montants_pharm	Montants_Fournisseure
(MAD)	1 616 598,39	117 023,57 €
(PAN)	623 985,03	506,01 €
(AAD)	468 227,39	927 456,43 €
(MAC)	154 247,73	60,96 €
(AAR)	69 301,28	1 458 930,18 €
(ARO)	34 736,56	5 165,29 €
Total	2 967 096,38	2 509 142,44 €

Montants_pharm et Montants_Fournisseure par poste de dépense



PAN= pansement
AAR= appareil assistance respiratoire
AAD=autres accessoires traitement à domicile
MAD=matériels et appareils de traitement divers
MAC= matériels et appareils de contention et de maintien
DVO= Divers orthèse

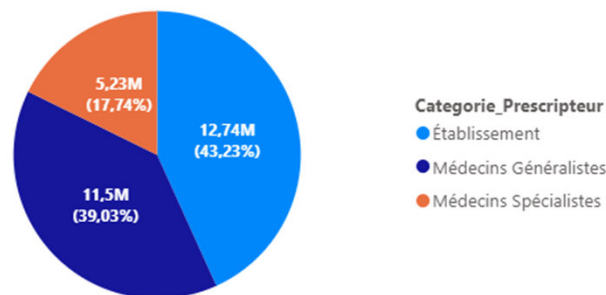
STATISTIQUES DE DÉPENSES : LES PRESCRIPTEURS AU 31/05/2026

Les établissements sont les principaux prescripteurs: 43,33% des remboursements (12,56 M€ en 2026 vs 12,27 M€ en 2025 pour la même durée). Donc une relative stabilité.

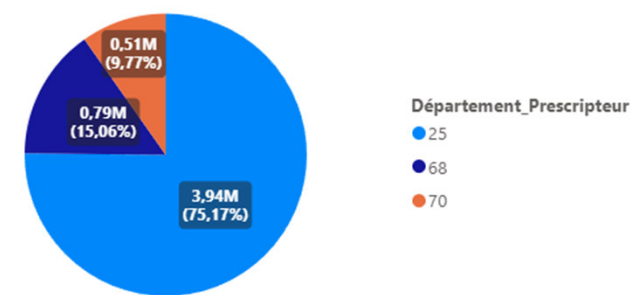
Les médecins généralistes représentent ~39 % des prescriptions en montant, évolution stable voire en léger recul.

En matière de prescriptions des **départements limitrophes**, le département du Doubs est celui dont la part est la plus importante (~75 % des montants prescrits) suivi par les prescripteurs du Haut-Rhin ~15 %.

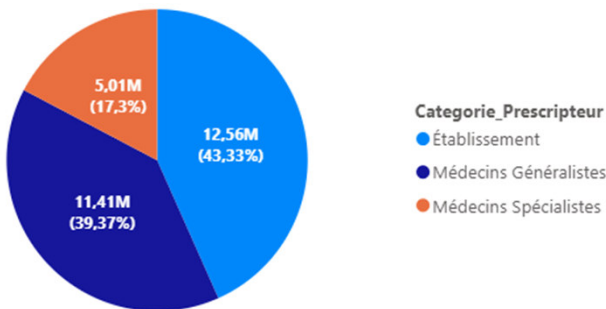
Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 1/1/2025-31/05/2025



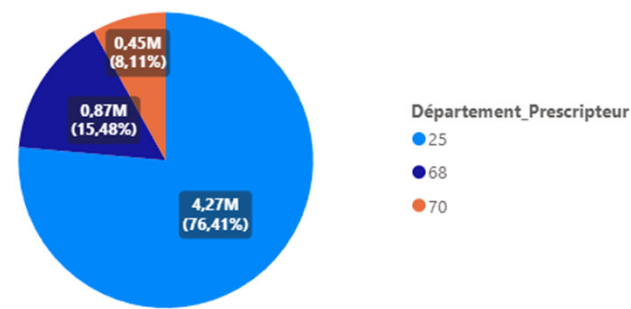
Répartition des limitrophes par le montant prescrit 1/1/2025-31/05/2025



Total_Remboursement par Categorie_Prescripteur 1/1/2026-31/05/2026



Répartition des limitrophes par le montant prescrit 1/1/2026-31/05/2026



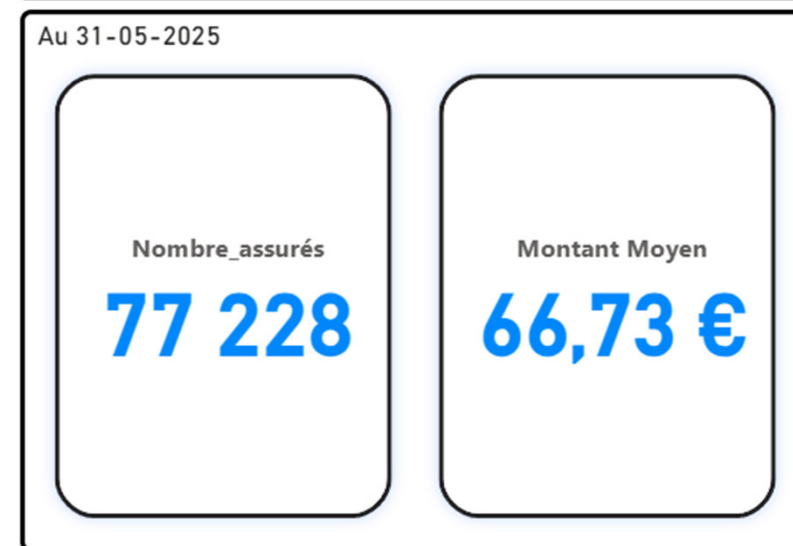
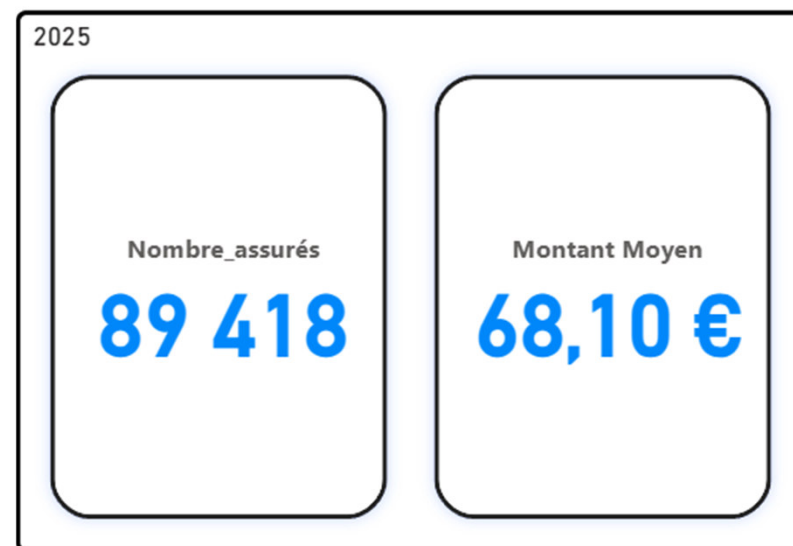
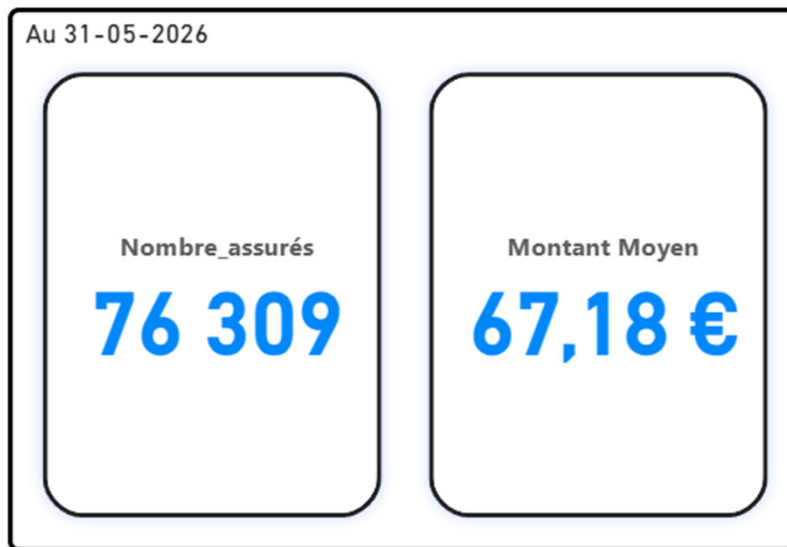
STATISTIQUES DE DÉPENSES AU 31/05/2026 : ASSURÉS

Évolution du nombre d'assurés (31-05-2025 vs 31-05-2026) :

➡ Variation : -919 assurés (baisse d'environ 1,19 %)

Évolution du montant moyen par assuré (31-05-2025 vs 31-05-2026) :

➡ Variation : +0,45 € (hausse d'environ 0,67 %)



GARDES DE NUIT ET NUIT PROFONDE AU 31/05/2026

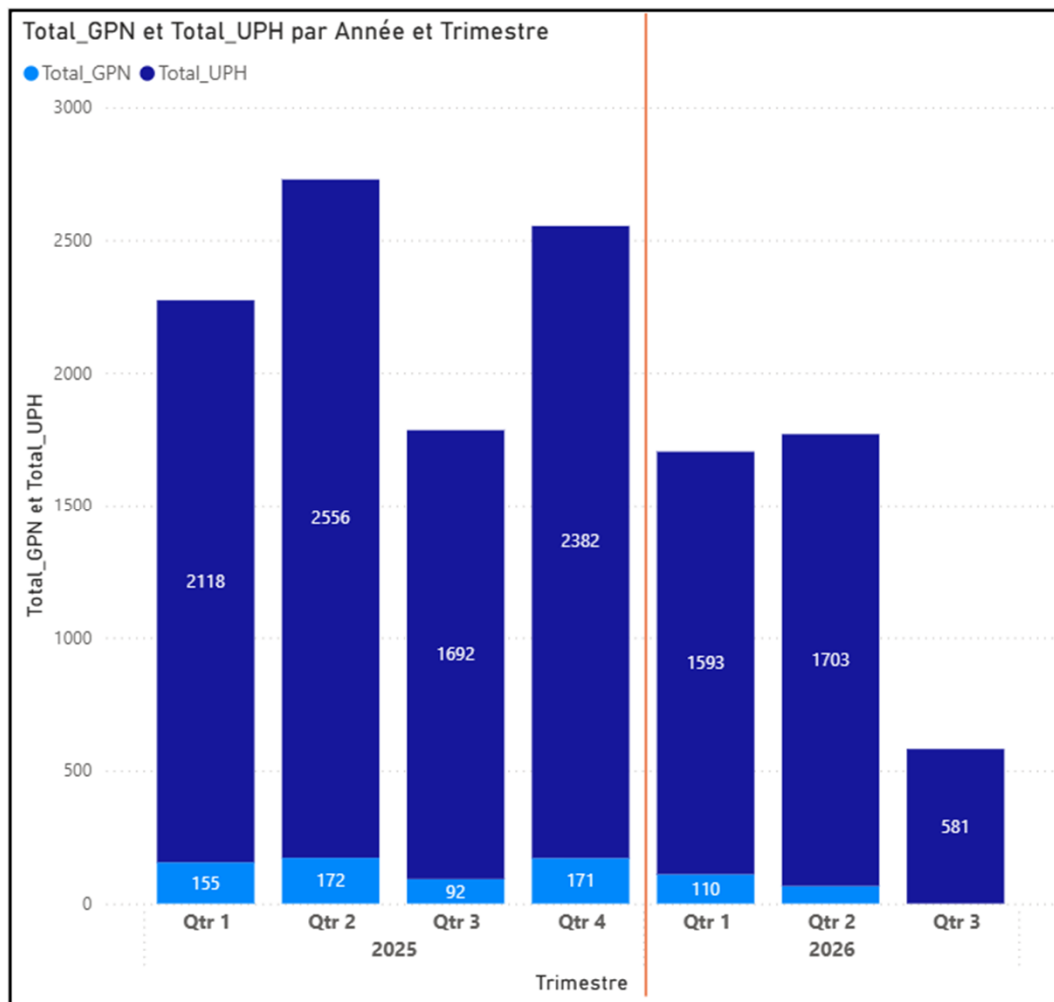
Rémunération pour les pharmacies de garde

Rémunération pour les pharmacies de garde

	Tarifs	Code prestation	Libellé du code prestation	Taux de remboursement AMO (hors exonération du TM)
Indemnité d'astreinte versée pour la nuit, le dimanche et les jours fériés	200 €	GPN GPF GPD	Garde pharmacie nuit Garde pharmacie férié Garde pharmacie dimanche	Montant intégralement versé par l'Assurance Maladie à l'officine
Honoraires de nuit de 20 h à minuit et de 6 h à 8 h	10 € par ordonnance	UPH	Majoration pour achat hors heures ouvrables	65 %
Honoraire de nuit profonde de minuit à 6 h	20 € par ordonnance	UPH	Majoration pour achat hors heures ouvrables	65 %
Honoraire les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h	6 € par ordonnance	UPH	Majoration pour achat hors heures ouvrables	65 %
Honoraire le jour en dehors des jours et heures normaux d'ouverture de 8 h à 20 h	2 € par ordonnance	UPH	Majoration pour achat hors heures ouvrables	65 %

L'activité de garde recule au début 2026 par rapport à 2025, avec un total de majorations (UPH) atteignant 3 296 au S1 2026 contre 4 674 au S1 2025.

12 Les indemnités (GPN) restent stables dans leur fonctionnement à 200 €, tandis que les honoraires à l'acte (UPH à 65 % de remboursement) diminuent en volume global mais restent la catégorie dominante des rémunérations



02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

TIERS PAYANT CONTRE BIOSIMILAIRE, GÉNÉRIQUE ET HYBRIDES

Pour rappel, un mail d'information a été adressé à la profession le 27 août 2026



AMELIPRO

Hybrides et biosimilaires : accompagnez vos patients face aux évolutions

Madame, Monsieur,

Dès le 1er septembre 2026, le tiers payant conditionné à la substitution s'étend aux hybrides et biosimilaires substituables.

Ce qui change pour l'assuré

Si un assuré refuse la substitution par un biosimilaire ou un hybride, il ne pourra plus bénéficier du tiers payant. Son remboursement pourra aussi être minoré : la base de remboursement du médicament de référence sera alignée sur celle du biosimilaire ou de l'hybride le plus cher du groupe.

Ces mesures concernent uniquement les groupes hybrides et biologiques similaires **substituables**.

Les exceptions à connaître

Le tiers payant peut cependant s'appliquer si le prix du médicament de référence est inférieur ou égal à celui des biosimilaires ou hybrides du groupe, ou en présence d'une mention « non substituable » médicalement justifiée sur l'ordonnance :

- Sans formalisme particulier pour les biosimilaires ;
- Uniquement dans 2 situations médicales identifiées pour les hybrides : une contre-indication formelle et démontrée à un excipient à effet notoire (mention : « non substituable (CIF) ») ou une forme galénique inadaptée chez un enfant de moins de 6 ans (mention : « non substituable (EFG) »).

Retrouvez toutes les modalités sur le site ameli : « [Dispositif tiers payant contre génériques, hybrides et biosimilaires](#) ».

11 groupes biologiques similaires sont substituables à ce jour (arrêté du 10 avril 2026, [liste évolutive](#)) : adalimumab, aflibercept, énoxaparine, époétine, étanercept, filgrastim, follitropine alfa, pegfilgrastim, ranibizumab, téraparatide et ustékinumab. Pour les hybrides, référez-vous au [registre des groupes hybrides substituables de l'ANSM](#).

Autre nouveauté : la prescription en DCI suffit

À compter du 1er septembre 2026, le nom de marque ou de fantaisie n'est plus obligatoire sur les prescriptions de médicaments biologiques. La seule DCI (dénomination commune internationale) suffit.

Nous vous remercions de votre engagement en faveur du développement des médicaments biosimilaires et hybrides, enjeu majeur de maîtrise des dépenses de santé et d'accès équitable des patients à l'innovation thérapeutique.

Cordialement,
votre correspondant de l'Assurance Maladie

Pour plus d'informations sur les biosimilaires et les hybrides, rendez-vous sur le site ameli



Règles de dispensation:

<https://www.ameli.fr/pharmacie/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge/medicaments-biosimilaires/regles-dispensation-et-substitution>

Registre des groupes hybrides substituables ANSM :

<https://ansm.sante.fr/documents/reference/registre-des-groupes-hybrides>



TIERS PAYANT CONTRE BIOSIMILAIRE, GÉNÉRIQUE ET HYBRIDES

Le « dispositif tiers payant contre génériques », généralisé depuis 2012 à l'ensemble du territoire et des assurés, est étendu à compter du 1^{er} septembre 2026 aux médicaments biosimilaires et hybrides pour en améliorer la pénétration.

Dispositif tiers payant contre hybride

Depuis le 1^{er} septembre 2026, le dispositif « tiers payant contre hybrides » est étendu aux groupes hybrides substituables, c'est-à-dire à ceux figurant au registre des groupes hybrides de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

À compter de cette date, le tiers payant s'appliquera aux seuls assurés acceptant la substitution par un médicament hybride substituable.

Ainsi, en cas de refus par l'assuré de la substitution, la totalité du montant du médicament d'origine délivré sera réglée par l'assuré et son remboursement ultérieur sera, selon les cas, minoré (possiblement sur la base du prix du médicament hybride le plus cher du groupe).

Le tiers payant sera également autorisé lorsque le médecin prescripteur aura porté une mention « non substituable » justifiée sur l'ordonnance, conforme aux règles en vigueur ou, lorsque le médicament d'origine aura un prix inférieur ou égal au prix du médicament hybride (article L.162-16-7 du Code de la sécurité sociale modifié par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026).

Dispositif tiers payant contre biosimilaire:

Depuis le 1^{er} septembre 2026, le dispositif « tiers payant contre biosimilaires » est étendu aux groupes biologiques similaires substituables, c'est-à-dire à ceux figurant sur la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine fixée par arrêté ministériel.

À compter de cette date, le tiers payant s'appliquera aux seuls assurés acceptant la substitution par un médicament biosimilaire substituable.

Ainsi, en cas de refus par l'assuré de la substitution, la totalité du montant du médicament d'origine délivré sera réglée par l'assuré et son remboursement ultérieur sera, selon les cas, minoré (possiblement sur la base du prix du médicament biosimilaire le plus cher du groupe).

Le tiers payant sera également autorisé lorsque le médecin prescripteur aura porté une mention « non substituable » justifiée sur l'ordonnance, conforme aux règles en vigueur ou, lorsque le médicament d'origine aura un prix inférieur ou égal au prix du médicament biosimilaire (article L.162-16-7 du Code de la sécurité sociale, modifié par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026).

TIERS PAYANT CONTRE BIOSIMILAIRE, GÉNÉRIQUE ET HYBRIDES

MESURES POUR AMÉLIORER LA PÉNÉTRATION DES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Au 1^{er} septembre 2026

Prescription en DCI obligatoire
(article L5121-1-2 CSP)

Suppression de l'obligation de mentionner le nom de marque pour les médicaments biologiques
sur l'ordonnance de prescription

Limitation de la base de remboursement pour les groupes biologiques similaires substituables*
(article L162-16 V CSS)

TRA = prix du biosimilaire le plus cher du groupe biologique similaire concerné

TRA s'applique 2 ans après la publication au JO du prix du 1^{er} biosimilaire du groupe biologique similaire concerné (ou le cas échéant au BOPS)

Plusieurs situations :

- ❖ JO avant 1^{er} septembre 2024 : TRA s'applique au 1^{er} septembre 2026
- ❖ JO entre 1^{er} septembre 2024 et 31 août 2026 : TRA s'applique 2 ans à partir JO
- ❖ JO après 1^{er} septembre 2026 : TRA s'applique 2 ans à partir JO

Extension du « tiers payant contre génériques » aux groupes biologiques similaires substituables*
(article L162-16-7 CSS)

Si refus de substitution sans motif NS justifié, pas de bénéfice du tiers payant = avance de la totalité des frais du médicament délivré**

- ✓ En cas de TRA : remboursement de l'assuré sur la base du prix du biosimilaire le plus cher du groupe (RAC)
- ✓ En l'absence de TRA : remboursement de l'assuré sur le montant total du médicament délivré

*Liste des groupes biologiques substituables à ce jour – arrêté 10 avril 2026 : Adalimumab, Afibercept, Enoxaparine, Epoetine, Etanercept, Filgrastim, Follitropine alfa, Pegfilgrastim, Ranibizumab, Tériparatide et Ustékinumab

**Mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance par le prescripteur et tenant à la situation médicale du patient – sans formalisme particulier



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

TIERS PAYANT CONTRE BIOSIMILAIRE, GÉNÉRIQUE ET HYBRIDES

MESURES POUR AMÉLIORER LA PÉNÉTRATION DES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES ET HYBRIDES

Au 1^{er} septembre 2026

Base de remboursement limitée, avancée à 1 an pour les groupes génériques
(article L162-16 III CSS)

Base de remboursement limitée, décalée à 1 an pour les groupes hybrides substituables*
(article L162-16 III CSS)

Extension du « tiers payant contre génériques » aux groupes hybrides substituables
(article L162-16-7 CSS)

TRA = prix du générique le plus cher du groupe générique concerné
TRA = prix de l'hybride le plus cher du groupe hybride concerné

TRA s'applique 1 an après la publication au JO du prix du 1^{er} générique du groupe générique concerné (ou le cas échéant au BOPS)

TRA s'applique 1 an après la publication au JO du prix du 1^{er} hybride du groupe hybride concerné (ou le cas échéant au BOPS)

S'applique aux groupes hybrides et génériques où JO du prix du 1^{er} hybride/générique est publié à partir 1^{er} septembre 2026

Pour JO avant 1^{er} septembre 2026 : application du TRA 2 ans après JO 1^{er} générique et dès publication JO 1^{er} hybride

Si refus de substitution sans motif NS justifié, pas de bénéfice du tiers payant = avance de la totalité des frais du médicament délivré**

- ✓ En cas de TRA : remboursement de l'assuré sur la base du prix de l'hybride le plus cher du groupe (RAC)
- ✓ En l'absence de TRA : remboursement de l'assuré sur le montant total du médicament délivré

*Les groupes hybrides substituables sont ceux figurant au registre des groupes hybrides de l'ANSM

42 ** uniquement dans 2 situations médicales identifiées (arrêté 31 janvier 2023) : contre indication formelle et démontrée à un excipient à effet notoire (NS CIF) et forme galénique inadaptée chez enft moins 6 ans (NS EFG)

PRISE EN CHARGE DES MÉDICAMENT À SMR FAIBLE (15%)

Le décret n° 2026-285 du 16 avril 2026 relatif à la participation des assurés aux frais afférents aux médicaments à service médical rendu faible (SMR) , ainsi que des ayants droit des bénéficiaires d'une rente par suite d'un accident du travail ou liée à une maladie professionnelle ***a prévu la suppression de l'exonération sur les médicaments à service rendu médical faible pour les assurés reconnus en affection de longue durée (ALD)***

Modalités de mise en œuvre :

- Avenant 49 au cahier des charges SESAM-Vitale publié le 29 mai 2026
- Développement des logiciels en cours et déploiement à venir auprès des officines d'ici le 1er octobre 2026

Date d'application au 1^{er} octobre 2026:

⇒ A compter du 1er octobre 2026: rejet des factures non conformes à la réglementation.

PROTECTION MENSTRUELLE RÉUTILISABLE

- Décret paru en avril 2026 et publication de l'arrêté le 06/08/2026.
- Mise en œuvre 1^{er} octobre 2026
 - Périmètre des personnes éligibles à la prise en charge des protections périodiques réutilisables :
 - ⇒ Personnes menstruées de strictement moins de 26 ans + Bénéficiaires de C2S sans condition d'âge
 - Modalités de prise en charge :
 - BR=PLV;
 - Part AMO : Taux de prise en charge de droit commun soit 60% dans le cas général;
 - Part complémentaire: la prise en charge par la complémentaire du patient est prévue dans le cadre des contrats responsables
 - Tiers payant:
 - Seuls les bénéficiaires de la C2S sont concernés par l'obligation de tiers payant intégral
 - PS éligibles pour la délivrance des protections menstruelles concernées : Pharmacies seules à ce stade
 - Codes LPP et code prestation PML : 2 codes LPP ont été créés et seront déclinés en codes par fabricant (culottes et coupes menstruelles).
 - Plafond de remboursement

« Chaque année, de la prise en charge ou du remboursement de deux produits de protection périodique réutilisables. La période annuelle prise en compte débute à la date de la première délivrance. Les périodes annuelles suivantes sont retenues de date à date. ».
 - Téléservice en préparation pour suivre les consommations

PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ (PCR)

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 soin (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

PARCOURS COORDONNES RENFORCES (PCR)

2 Parcours Coordonnés Renforcés (PCR) sont parus au JO

📅 Parution du prochain
PCR sur les Addictions
annoncée pour la rentrée
septembre

- PCR « obésité complexe chez l'adulte »

Rappel des structures autorisées à déployer le PCR « obésité complexe » : les établissements de santé, les maisons de santé sous forme de SISA et les centres de santé.

- **Webinaire régional** – organisé par l'ARS - à destination de l'ensemble des acteurs le 27 mai dernier
- **Appel à candidature de l'ARS BFC** paru le 2 juin – date limite de candidature : 10/09/2026
- **Phase de « test »** du téléservice Assurance Maladie « Mes parcours patients » avec EMNO à venir (*création d'un finess dérogatoire par l'ARS réalisée / échanges en cours CPAM21/DCGDR/CNAM*).

- PCR « enfance protégée »

Rappel des structures autorisées à déployer le PCR « enfance protégée » : les établissements de santé, les maisons de santé sous forme de SISA, les centres de santé, les CPTS, les équipes de soins spécialisées, les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et les services départementaux de protection maternelle et infantile

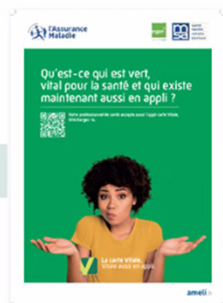
- **Publication** par Arrêté du 21 avril 2026 – JO du 25/04/2026
- **Appel à candidature de l'ARS BFC** paru le 16 juin (*une structure par département en concertation avec le conseil départemental – 2 vagues :*

vague 1 année 2026 concernant 21 25 71 89 - date limite de candidature : 07/09/2026

Vague 2 année 2027 concernant 39 58 70 90 – date limite de candidature : 15/10/2026

JOURNÉE PORTE OUVERTE APCV- JOURNÉE NATIONALE LE 22 SEPTEMBRE

LES OUTILS MIS À DISPOSITION



L'affiche



Le sticker



La vitrophane



Le chevalet

LE KIT DE COMMUNICATION



Le guide pratique PS



Dépliant « Mon patient me dit »



Le flyer

Le rôle des agents vers les assurés

MISSION : Accueillir - Informer – Orienter

- **Premier contact :** Réception et mise en confiance immédiate
- **Expliquer :** démarches simplifiées, accès aux droits, gain de temps
- **Fait télécharger et activer sur place**
- **Accompagner :** installation, compte, prise en main
- **Distribuer :** brochures, flyers.....
- Il rend la visite fluide, interactive et mémorable ☺

Le rôle des DNS vers les officines

MISSION : Accompagner – Tester – Dépanner

- **Accompagner :** Assurer un appui technique dans le processus de facturation (distanciel ou présentiel)
- **Tester :** Assurer les tests préalables notamment au niveau des équipements (module Apcv activé sur le LGO, lecteurs de QR code fonctionnels...), pour le bon déroulement technique de la facturation dans les lieux de mobilisation d'agents CPAM
- **Dépanner :** En cas de dysfonctionnement, accompagner l'officine à la résolution de sa problématique
- Le DNS sera le garant de la fiabilité des outils numériques de l'officine, afin de garantir aux assurés, une expérience utilisateur fluide et sécurisée

DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT FINANCIER D'OFFICINE EN TERRITOIRE FRAGILES

A la suite de l'extension des critères d'éligibilités permettant de bénéficier de ce dispositif, 3 officines de notre département ont été contactées par la CPAM.

Les dossiers de candidatures devaient être adressés à la CPAM pour le 31 juillet 2026. Seules 2 pharmacies ont déposé une demande.

Après étude des dossiers transmis, un avis favorable a été prononcé sur l'attribution d'une aide financière de 20 000€. Le contrat est signé pour 3 ans maximum avec réévaluation annuelle en fonction des pièces justificatives transmises.

La CPAM doit prochainement revenir vers les 2 officines afin de les informer du montant de l'aide attribuée et leur transmettre le contrat tripartite (officine/ CPAM/ ARS) pour signature.

Ce ne sera qu'après réception du contrat signé par l'ensemble des parties que la CPAM pourra procéder au versement de l'aide annuelle.

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

ENGAGEMENT DE DEUX PROCÉDURES DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES

PHARMACIE X : GRIEFS ET PROCÉDURE DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES

Pharmacie X.

Période de contrôle: du 01/08/2023 au 31/07/2024.

Extension de périmètre sur certains patients : du 15/09/2022 au 30/12/2024.

Griefs retenus (synthèse)

Grief principal n°1 – quantité excessive : 84 patients et 353 factures, regroupant renouvellements non prescrits ou au-delà du nombre prescrit, quantités non ajustées, durées supérieures à la limite, dépassement de la quantité prescrite, renouvellements exceptionnels non conformes et délivrances au-delà du délai de carence sans adaptation.

Grief principal n°2 – non-conformité aux règles de prise en charge : 23 patients et 107 factures, concernant conditions de prise en charge, ordonnances sans mentions réglementaires, codification non conforme et exonérations du ticket modérateur non prescrites dans la partie haute de l'ordonnancier bizone.

Grief principal n°3: facturation d'un produit de santé non prescrit pour 17 patients.

DÉCISION DE LA COMMISSION DES PÉNALITÉS & DÉCISION DIRECTION

Commission des pénalités financières réunie le 22/06/2026 : avis sur la matérialité, la gravité, la responsabilité et le montant de la pénalité ; qualification mixte (faute et fraude).

Pénalités prononcées : 5 000 € au titre de la faute + 15 000 € au titre de la fraude = 20 000 € au total.

Décision Direction CPAM du Territoire de Belfort du 25/06/2026, assortie de la sollicitation de l'avis conforme du Directeur Général de l'UNCAM.

30/07/2026: notification pénalité financière de 20 000 €

En sus, de l'indu notifié le 05/05/2026, d'un montant de 33 389,29 €.

Cadre juridique : articles L.162-1-14, R.147-6 et suivants du code de la sécurité sociale

PHARMACIE Y : GRIEFS ET PROCÉDURE DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES

Pharmacie Y.

Période de contrôle : du 01/04/2024 au 01/04/2025.

Griefs retenus (synthèse)

Grief principal n°1 – Facturation de produits de santé non prescrits (absents de l'ordonnance ou autres que ceux prescrits)

Grief principal n°2 – Facturation de quantités excessives (renouvellements non prescrits, quantités supérieures à la prescrite, sans prise en compte des quantités antérieures)

Grief principal n°3 – Facturation au vu d'une ordonnance non conforme (stupéfiants, dépassement de la durée maximale de prescription, délai de présentation)

Grief principal n°4 – Facturation non conforme aux règles de prise en charge

DÉCISION DE LA COMMISSION DES PÉNALITÉS & DÉCISION DIRECTION

Commission des pénalités financières réunie le 22/06/2026 : avis sur la matérialité, la gravité, la responsabilité et le montant de la pénalité:

Qualification : faute (aucune pratique frauduleuse mise en évidence).

Pénalité prononcée : 11 000 € au titre de la faute

Décision Direction CPAM du Territoire de Belfort du 25/06/2026, assortie de la sollicitation de l'avis conforme du Directeur Général de l'UNCAM.

30/07/2026: notification pénalité financière de 11 000 €

En sus, de l'indu notifié le 05/05/2026, d'un montant de 22 012,79 €.

Cadre juridique : articles L.162-1-14, R.147-6 et suivants du code de la sécurité sociale

RÉMUNÉRATIONS CONVENTIONNELLES

Les paiements conventionnels qui ont été réalisés depuis la dernière commission aux pharmaciens

TYPE DE PAIEMENT	DATE	MONTANT TOTAL	MONTANT MOYEN	MONTANT MINIMUM	MONTANT MAXIMUM	NOMBRE DE PHARMACIES
QSO paiements sur objectif numérique et accès aux soins	juil-26	5 845,80 €	365,36 €	14,00 €	596,00 €	16
QSO paiements sur objectif numérique et accès aux soins	juin-26	162 193,88 €	3 861,76 €	1 726,50 €	7 010,86 €	42
BUPS Paiement ROSP bon usage des produits de santé	avr-26	17 090,90 €	488,13 €	352,86 €	831,25 €	35
BUPS Paiement ROSP bon usage des produits de santé	mai-26	2 220,00 €	170,77 €	80,00 €	200,00 €	13
Remise de kit - (dépistage des cancer colorectal)	avr-26	6 022,00 €	125,46 €	26,00 €	326,00 €	48

SUIVI DES MISSIONS PHARMACIENS À FIN MAI 2026

Entretiens assurés réalisés par les officines de ville de BFC - cumul des 12 derniers mois à fin mai 2026

Nombre d'entretiens assurés

Département de l'officine	Code adhésion entretiens	Bilan partagé de médication	Accompagnement AOD, AVK et asthme	Traitements anticancéreux x	Total entretiens pharmaciens + adh
Côte-d'Or	695	1 911	776	97	3 479
Doubs	529	1 440	551	114	2 634
Jura	240	1 018	537	81	1 876
Nièvre	350	783	63	22	1 218
H.-Saône	257	1 120	445	76	1 898
S.-et-Loire	291	528	787	95	1 701
Yonne	288	513	456	85	1 342
T. de Belfort	657	748	474	38	1 917
BFC	3 307	8 061	4 089	608	16 065

Nombre de pharmacies ayant réalisé au moins un entretien

Départ.	Code adhésion entretiens	Bilan partagé de médication	Accompagnement AOD, AVK et asthme	Traitements anticancéreux x	Total entretiens pharmaciens + adh	Part d'officines
Côte-d'Or	65	45	30	18	76	48%
Doubs	51	39	30	19	67	39%
Jura	31	27	28	13	41	48%
Nièvre	15	10	9	8	21	32%
H.-Saône	19	15	13	7	25	31%
S.-et-Loire	52	30	27	23	66	39%
Yonne	36	20	19	17	41	43%
T. de Belfort	21	15	10	9	24	55%
BFC	290	201	166	114	361	42%

Autres missions prévention - cumul des 12 derniers mois à fin mai 2026

Entretiens femmes enceintes

Département de l'officine	Nombre d'entretiens	Nombre de pharmacies	Part d'officines
Côte-d'Or	539	89	56%
Doubs	359	75	44%
Jura	257	47	55%
Nièvre	94	20	31%
H.-Saône	110	31	39%
S.-et-Loire	345	77	46%
Yonne	197	40	42%
T. de Belfort	228	30	68%
BFC	2 129	409	47%

TROD angine

Département de l'officine	Nb de TROD angine	Nombre de pharmacies	Part d'officines	Dont (en %) :		
				Pres crits	Sans ordo / négatifs	Sans ordo / déliv. atb
Côte-d'Or	2 124	127	80%	24	59	17
Doubs	3 286	145	85%	29	47	24
Jura	1 403	79	92%	24	55	21
Nièvre	1 074	53	82%	43	40	17
H.-Saône	1 238	64	80%	31	48	21
S.-et-Loire	5 648	154	92%	34	49	17
Yonne	2 717	84	88%	51	33	17
T. de Belfort	1 056	41	93%	44	40	15
BFC	18 548	747	80%	35	47	19

TROD cystite

Département de l'officine	Nb de TROD cystite	Nombre de pharmacies	Part d'officines	Dont (en %) :		
				Pres crits	Sans ordo / négatifs	Sans ordo / déliv. atb
Côte-d'Or	2 693	135	85%	12	8	79
Doubs	3 815	146	85%	7	8	84
Jura	1 748	76	88%	9	10	81
Nièvre	962	55	85%	7	10	83
H.-Saône	1 795	73	91%	7	8	85
S.-et-Loire	3 934	151	90%	6	11	82
Yonne	1 779	82	85%	10	10	80
T. de Belfort	898	42	95%	13	12	74
BFC	17 624	760	88%	9	10	82

Kits dépistage cancer colorectal

Département de l'officine	Nombre de kits CCR	Nombre de pharmacies	Part d'officines	Nb moyen de kits / pharmacie
Côte-d'Or	10 677	158	100%	67,6
Doubs	12 969	169	99%	76,7
Jura	6 528	85	99%	76,8
Nièvre	4 287	62	95%	69,1
H.-Saône	5 222	80	100%	65,3
S.-et-Loire	12 320	167	99%	73,8
Yonne	7 000	94	98%	74,5
T. de Belfort	3 452	44	100%	78,5
BFC	62 455	859	99%	72,7

Notre département recense le taux le plus élevé de pharmacies réalisant au moins 1 entretien pharmaceutique malgré une baisse de la part officine 55% à fin mai (bilan partagé de médication, AOD-AVK-Asthme, anticancéreux oraux)

Femme enceinte + 21% - TROD angine +4% , TROD cystite +2% , Kit dépistage cancer colorectal + 4,6% , Bilan de prévention+8% , **Entretien court opioïdes -9%**

Mon Bilan Prévention

Département de l'officine	Nombre de bilans	Nombre de pharmacies	Part d'officines
Côte-d'Or	1 385	51	32%
Doubs	655	47	27%
Jura	236	22	26%
Nièvre	380	18	28%
H.-Saône	154	22	28%
S.-et-Loire	1 096	42	25%
Yonne	237	20	21%
T. de Belfort	101	14	32%
BFC	4 244	238	27%

Entretiens courts opioïdes*

Département de l'officine	Nombre de bilans	Nombre de pharmacies	Part d'officines
Côte-d'Or	591	61	39%
Doubs	431	43	25%
Jura	197	30	35%
Nièvre	281	21	32%
H.-Saône	259	23	29%
S.-et-Loire	643	56	33%
Yonne	248	22	23%
T. de Belfort	124	16	36%
BFC	2 774	272	31%

* Démarrage en janvier 2025

ESCAP DÉPLOIEMENT RÉGIONAL

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 au niveau de la région BFC est piloté par l'ARS.

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

POINT ACCOMPAGNEMENT

Les campagnes d'accompagnement en cours et à venir

- Campagnes DAM gestion du risque
 - Campagne LPP VPH
 - Campagne carte vitale contre TP- 1 seule officine concernée
 - Campagne régionale profil remise des Kits CCR + campagne 0 phtalate: retard sur le déploiement en local
- Campagnes DNS
 - L'accompagnement 2026 sera principalement axé sur les usages numériques autant versant pharmaciens que médecins
 - Perspectives 2026 versant pharmaciens:
 - LPP diabète = pharmacien et médecin généraliste

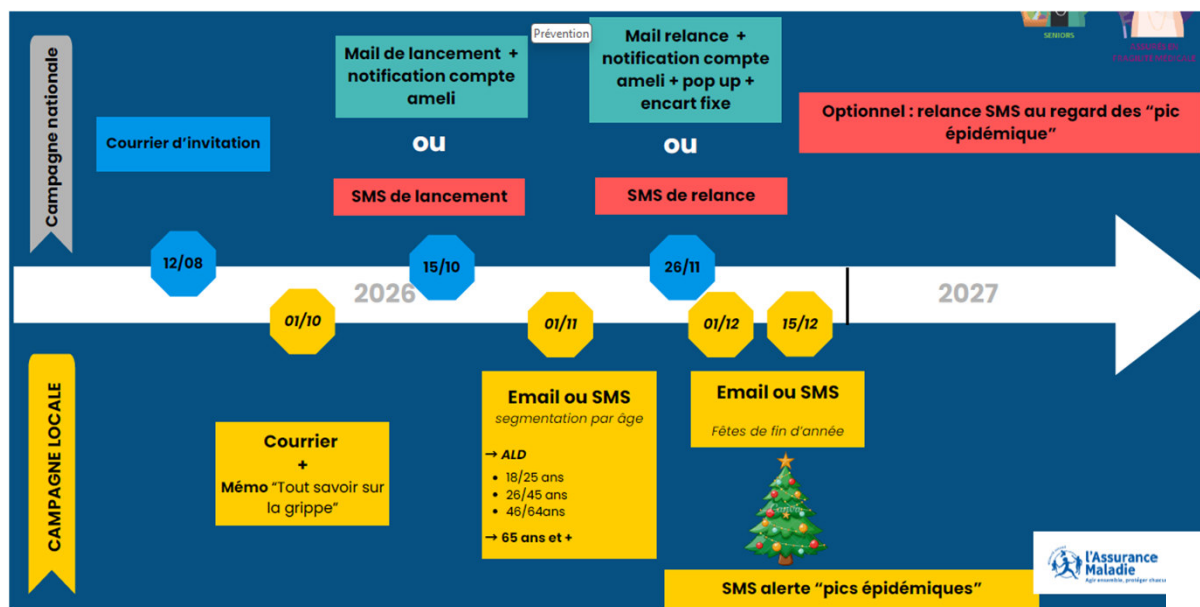
PRÉVENTION

Plan d'actions régional prévention 2026:

- Vaccination contre la grippe saisonnière- campagne du 15 octobre 2026 au 15 mars 2027
- ⇒ Après la réalisation d'une enquête régionale afin d'identifier les freins et leviers pour augmenter le taux de vaccination au sein de notre région, des actions régionales ont été définies
- ⇒ La campagne porte sur 2 cibles, les + 65 ans et les assurés en ALD. Les courriers d'invitations ont été envoyés le 12/08.

Les premiers résultats de l'enquête locale BFC sur la perception de la stratégie de communication indique que 89% des assurés sont satisfaits de la communication délivrée par l'Assurance Maladie.

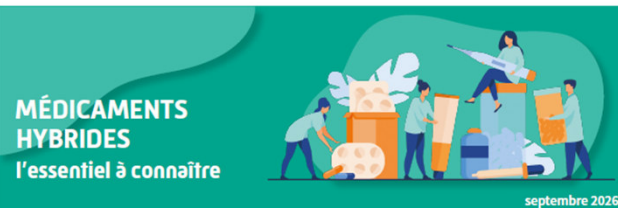
Cependant il est à noter que les envois des courriers d'invitations sont réalisés trop tôt et qu'il y a beaucoup trop d'informations à lire sur le courrier.



PLAN D'ACTION RÉGIONAL MÉDICAMENTS : LANCEMENT DE L'ACTION HYBRIDES

- Objectif : informer les médecins et les pharmaciens sur les hybrides (règles de prescription, facturation et délivrance) dans le but d'améliorer les taux de pénétration.
- Action : diffusion d'un mémo synthétique
 - **Via Flash info**
 - **Visite DAM/EC**
 - **Visite établissement**
 - **Autres (commissions paritaires, etc)**

PAR MÉDICAMENTS : LANCEMENT DE L'ACTION HYBRIDES



DÉFINITION

On entend par « médicament hybride » un médicament qui contient le même principe actif qu'un médicament de référence dont le brevet est tombé dans le domaine public*.



Un médicament hybride n'est pas un médicament générique car il n'est pas strictement identique au médicament de référence : indication thérapeutique, dosage, forme galénique ou voie d'administration peuvent différer.

POURQUOI ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DE CES SPÉCIALITÉS ?

Les médicaments hybrides peuvent représenter une alternative utile pour les patients par :

- une nouvelle forme galénique présentant une facilité d'emploi pour certains patients (pédiatrie, personnes âgées),
- un nouveau dosage pouvant permettre de diminuer le nombre de prises par jour,
- une nouvelle voie d'administration facilitant la prise pour des personnes ayant des troubles de la déglutition, etc.

Les médicaments hybrides contribuent à limiter les risques de rupture de stock, en élargissant l'offre disponible et permettent de générer des économies importantes pour l'Assurance Maladie en proposant un coût inférieur de 10 à 50 % à celui des médicaments de référence.

AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ – PROCÉDURE SIMPLIFIÉE

Comme pour tout médicament disponible en France, un médicament hybride doit faire l'objet d'une demande AMM basée sur un dossier « allégé » reposant en partie sur les résultats d'essais cliniques du médicament de référence et en partie sur de nouvelles données.

POUR ALLER PLUS LOIN

[ameli.fr](https://www.ameli.fr)

Article médicaments hybrides : <https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/regles-delivrance-prise-charge-medicaments-hybrides>

Article soins écoresponsables : <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/soins-ecoresponsables-de-nouveaux-memos-pour-favoriser-ladoption-de-bonnes-pratiques>

*article L5121-1 du CSP

PUBLIC

1

RÈGLES DE PRESCRIPTION

La prescription d'un médicament hybride doit être réalisée sous **dénomination commune internationale (DCI)**.

Conformément à l'arrêté du 31 janvier 2023 (publié au JO du 3 février 2023) si le médecin estime que pour un patient donné le recours à un médicament hybride n'est pas adapté, il peut exclure la substitution par le pharmacien, en le précisant sur l'ordonnance mais uniquement pour les situations médicales suivantes :

SITUATION	Prescription chez l'enfant de moins de 6 ans, lorsqu'aucune spécialité hybride n'a de forme galénique adaptée et que la spécialité de référence disponible permet cette administration.	Prescription pour un patient présentant une contre-indication formelle et démontrée à un excipient à effet notoire présent dans toutes les spécialités hybrides lorsque la spécialité de référence correspondante ne comporte pas cet excipient (La liste des excipients à effet notoire est disponible en annexe du registre de l'ANSM).
MENTION À REPORTER SUR L'ORDONNANCE	Non substituable (EFG)	Non substituable (CIF)

Contrairement aux médicaments génériques, il n'est pas possible de recourir à la mention **marge thérapeutique étroite « Non substituable (MTE) »** pour justifier une exclusion de la substitution d'un médicament par son hybride.

La mention doit figurer sur l'ordonnance, **sous forme informatisée** ou, à défaut, **sous forme manuscrite**, pour chaque médicament prescrit et pour chaque situation médicale concernée.

► [Registre ANSM \(dont liste excipients à effet notoire en annexe\)
https://ansm.sante.fr/documents/referenceregistre-des-groupes-hybrides](https://ansm.sante.fr/documents/referenceregistre-des-groupes-hybrides)

RÈGLES DE DÉLIVRANCE

Le pharmacien est autorisé à délivrer, par substitution à la spécialité de référence, un médicament hybride **dès lors que celui-ci est inscrit au registre des groupes hybrides de l'ANSM** (article L.5125-23 du code de la santé publique (CSP)). Les spécialités figurant au registre sont classées par groupe hybride. Chaque groupe comprend la spécialité de référence (identifiée par la lettre « R ») et ses hybrides (identifiés par la lettre « H »).

La substitution du médicament initialement prescrit par un médicament hybride n'est permise qu'à l'intérieur d'un même groupe hybride et à condition que le médecin n'ait pas exclu cette possibilité (cf règles de prescription).

Lors de la délivrance d'une spécialité hybride d'une spécialité de référence, le pharmacien informe le patient de la substitution et inscrit sur l'ordonnance le nom de la spécialité délivrée.

Application du tiers-payant :

À compter du 1^{er} septembre 2026, le dispositif « tiers-payant contre hybrides » entre en vigueur. En l'absence de mention « non substituable », le pharmacien doit proposer la substitution par un médicament hybride. En cas de refus, le pharmacien délivre et facture le médicament princeps au patient. La prise en charge s'effectue alors sur une base de remboursement minorée, c'est-à-dire limitée à celle du médicament hybride le plus cher du groupe correspondant (tarif ajusté).

FOCUS SOINS ÉCO-RESPONSABLES

Le mémo « Remplacement des inhalateurs avec gaz propulseur par des inhalateurs sans gaz » de l'Assurance Maladie (nov 2024) fait le point sur les émissions carbone imputables aux inhalateurs, et propose de réduire, lorsque cela est possible, les prescriptions d'inhalateurs pressurisés au profit des inhalateurs à poudre sèche utilisés dans le traitement de maladies respiratoires chroniques telles que l'asthme ou la bronchopneumopathie chronique obstructive.

PUBLIC

2

Mémo repris par
la CNAM

PAR MÉDICAMENTS : LANCEMENT DE L'ACTION MÉLATONINE

- Objectif : rappeler les règles de prescription et de prise en charge des spécialités à base de mélatonine, stopper les PEC injustifiées de SLENYTO chez l'enfant et l'adulte et informer de la mise sur le marché de nouvelles spécialités (ADAFLEX, MELATONINE LP 2MG ARROW).
- Action de communication :
 - Flash info auprès pharmaciens, médecins généralistes, pédiatres, neuropsychiatres , neurologues, psychiatres, psychiatres de l'enfant et centres de santé (avec les spécialités médicales pré-ciblées)
 - Courrier aux établissements ciblés par l'étude régionale (CHU 21 et 25, CHS Sevrey, CH Châlon, CHS Auxerre, HNFC)

PAR MÉDICAMENTS : DISPOSITIF D'AIDE À LA PRESCRIPTION DES AGLP-1

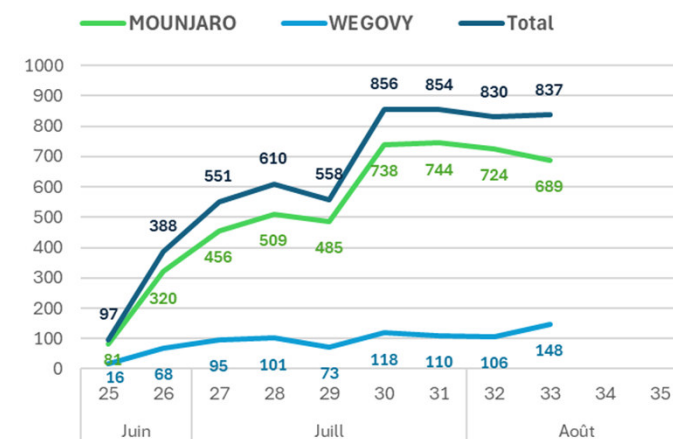
Prise en charge de deux nouvelles spécialités à partir du 15 juin 2026

(Mounjaro dans le diabète et l'obésité / Wegovy obésité uniquement)

- Au total **3 621 patients** ont reçu un des deux traitements, pour un montant remboursé de 908 000€.
- Les prescriptions sont réparties **assez uniformément entre les médecins hospitaliers (35%), les MG (30%) et les endocrinologues libéraux (27%)**.
- On constate que l'utilisation du **dispositif d'aide à la prescription n'est pas optimale** : 84% des patients avec Mounjaro ont un formulaire aGLP1, seulement 67% pour Wegovy .

Délivrances hebdomadaires en BFC

En nombre de boîtes



Propositions :

- ⇒ **Partage des données en CPL/CPR pharmaciens avec rappel des pratiques** (présence du formulaire et traçage via le code prestation « PRR »)
- ⇒ **Poursuite du suivi régional et local**
- ⇒ **Dans le 90: part des patients avec formulaire** (Mounjaro+ Wegovy: 67% (111)- Mounjaro: 70% (87)- Wegovy: 60% (24))

SEPTEMBRE BOUGE – MOIS DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

UN NOUVEAU RENDEZ-VOUS MENSUEL

SEPTEMBRE SERA LE MOIS :

DE LA PROMOTION
DE L'APS

DES BONNES
INTENTIONS

DES INSCRIPTIONS
EN CLUB



AVEC DES ÉVÈNEMENTS MARQUANTS:

La Fête du Sport,
le 14 septembre

La journée nationale
du sport scolaire

La journée nationale
du sport universitaire

Les opérations
BeActive (UE)

Janvier, mois sans
alcool
Février, maladies
cardiovasculaires
Mars Bleu,
Cancer colorectal
Avril, vaccination
Mai, asthme
Juin vert, cancer
du col de l'utérus
Juillet, hépatite
Août, risques
solaire
Septembre - mois de l'activité
physique et sportive
Octobre Rose,
cancer du sein
Novembre, mois
sans tabac
Décembre, SIDA

La ville de Nevers sera
ville étape lors de cette
1^{ère} édition (12/09)

18 VILLE-ÉTAPES

Ducathlon Arena Stade Pierre Maury - Villeneuve d'Azay Lila Métropole	3 septembre	Bourg-Saint-Maurice - Les Arcs	16 septembre
Baume	5 septembre	Saint-Etienne	17 septembre
Lorient	6 septembre	Nevers	18 septembre
Grand Châteaufort	8 septembre	Châteaufort	20 septembre
Bordeaux	9 septembre	Bordeaux	20 septembre
Marvejols	10 septembre	Strasbourg	23 septembre
Ajaccio	12 septembre	Châteaufort	26 septembre
Saint-Denis (La Réunion)	12 septembre	Bordeaux	29 septembre
Marseille	14 septembre	Paris	30 septembre



« SEPTEMBRE BOUGE » : LE CONCEPT

LE MOIS DE L'APS, C'EST QUOI ?

Un projet multi partenarial qui rassemble ministères, institutions, collectivités, entreprises, réseaux associatifs et mouvement sportif qui se concrétise par :

Une tournée
itinérante

Une campagne
de communication
et de sensibilisation

Une journée
emblématique
Le 14 septembre,
La Fête du Sport

Des actions
de sensibilisation
locales, concrètes,
ouvertes à tous

Une cartographie
nationale

DES ÉVÈNEMENTS ORGANISÉS PARTOUT EN FRANCE

- des événements labellisés **Septembre Bouge** organisés par les caisses ou avec le concours des partenaires locaux du territoire,
- accessibles sur la carte interactive en ligne sur le site du Ministère des sports : <https://www.sports.gouv.fr/septembre-bouge-2026>

Découvrez les événements « **Septembre Bouge** » organisés près de chez vous



UN VILLAGE DÉDIÉ DANS CHAQUE VILLE ÉTAPE

3 zones :

- Tribune : lieu de prises de paroles et d'échanges (conférences-débats)
- Partage : valorise les partenaires et acteurs du territoire => stand AM
- Bouge : dédié à la pratique sportive et au bien être (activités sportives en libre accès)



NUMÉRIQUE EN SANTÉ JUILLET 2026

Télétransmission- MSS- taux alimentation et consultation DMP

- ❑ Taux de télétransmission au 31/07/2026: 99.41% (99,38% 01/2026),
dont 85,36% (84,27% en 01/26) en sécurisé (B2S)
- ❑ SCOR : 100 %
- ❑ ADRI : 43 officines équipées soit 97,72% et 43 utilisatrices (-1)
- ❑ MSSANTE : 100 % - 100% ont une boîte organisationnelle
- ❑ DMP
 - 41 utilisateurs soit 93,18%
 - 41 pharmacies ont alimenté soit 93,18%
 - 11 pharmacies ont consulté soit 25%
- ❑ Ordonnance numérique: 41 (+2) utilisateurs soit 91,11% (86,66% d'utilisateurs en 01/2026) 15 142 connexions réussies (99,91%)
- ❑ ApCV : 33 pharmacies l'ont utilisée pour un total de 1 534 factures cumulées (toutes normes confondues et 248 FSE)

MON ESPACE SANTÉ- ACTIVATION ET ÉVOLUTIONS

Notre taux est de 38,2% à fin juin 2026 (16^{ème} rang national)

A noter: la moyenne nationale est à 37,3%- moyenne régionale à 39,8%

Numéro de caisse	Caisse	Nombre de profils Mon espace santé créés et accessibles aux PS (dont les activés)	Nombre de profils Mon espace santé activés	Nombre de profils Mon espace santé opposés	Nombre de profils Mon espace santé fermés
901	BELFORT	127 347	53 488	1 663 (soit 1,31%)	292

Numéro de caisse	Caisse	Taux profils Mon espace santé activés	Progression en points
211	DIJON	41,6%	0,6
251	DOUBS	38,2%	0,5
391	LONS-LE-SAUNIER	39,3%	0,6
581	NEVERS	36,7%	0,6
701	VESOUL	40,7%	0,5
711	MACON	41,4%	0,6
891	AUXERRE	39,5%	0,7
901	BELFORT	41,4%	0,6

Evolutions MES, version septembre 2026 :

Profil médical

- Mise en place de l'auto-questionnaire sur l'autonomie du programme ICOPE pour les usagers de 60 ans ou plus.
- Incitation à renseigner les « Faits marquants » de l'enfant pour mettre à jour son profil médical
- Ajout des Professionnels de santé dans la rubrique profil médical (sous-rubrique de Profil médical)

Activation et compte

- Affichage d'un bandeau d'incitation à activer le profil de ses enfants lors de l'activation de l'ouvrant droit

Documents

- Ajout de filtres par date et auteur pour faciliter la recherche documentaire
- Possibilité d'ajouter un libellé personnalisé à un document déposé par un PS.
- Affichage du responsable légal du document sur la fenêtre « Détails » .

Espace d'échanges

- Possibilité de signaler un document, PS, ou service à partir du profil d'un enfant mineur.

Prévention

- Identification des facteurs de risque Maladies Cardiovasculaires & Assimilées (MCVA) pour sensibiliser et débusquer d'articles MCVA selon le profil usager



APPLICATION CARTE VITALE - TAUX D'ACTIVATION (DONNÉES À FIN JUILLET 2026)

A fin juillet 2026, nous recensons 6 212 assurés distincts ayant activé leur appli carte vitale (5 306 assurés début février 26) soit 5,71% de la population éligible

A noter: au niveau national 3 121 612 assurés distincts ont activé leur ApCV

APPLICATION CARTE VITALE – SYNTHÈSE DU DÉPLOIEMENT

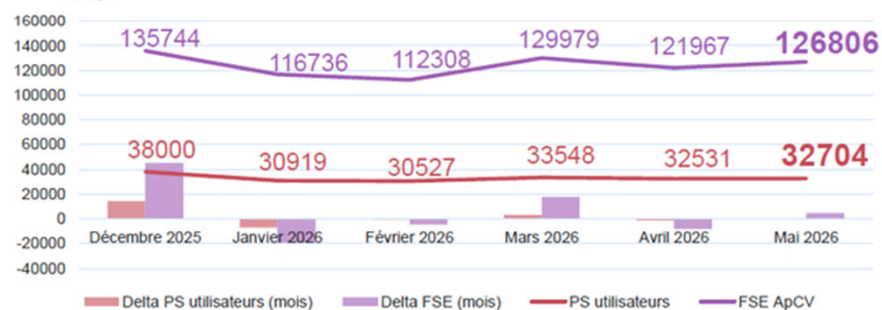
SYNTHÈSE DU DÉPLOIEMENT PS EN MAI 2026



Évolution des professionnels de santé utilisateurs de l'appli CV



Usage en facturation dans la France entière



Depuis l'ouverture du service

76 460 PS utilisateurs

Soit 17,8% des PS France entière

1 201 754

FSE ApCV



Répartition des PS utilisateurs par catégorie

Spécialité	Pharmaciens	Médecins**	Auxiliaires médicaux	Sages-femmes	Dentistes	Professionnels de la LPP	Centres de santé
FSE réalisées	880 124	232 958	40 589	2 157	43 563	798	1 532
PS utilisateurs	17 995	37 393	8 269	574	11 533	471	211
Taux de PS utilisateurs*	90,2%	31,1%	3,9%	6,7%	29,3%	2,1%	7,0%

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

** : - 27 985 des MG utilisateurs soit 52,5% des MG France entière
- 9 408 des MS utilisateurs soit 14,0% des MS France entière

Qualité facturation (janvier à juillet 2026)

Taux moyen de rejets 0,85% (>< 0,67% sur la période précédente)

Des variables comprises entre 0,63% et 1,39% en février 26)

Sur un total de

676 770 factures

Top 8 des anomalies

Le numéro de prescripteur est inconnu au répertoire national : 966 factures soit 0,14% (>< 561 factures soit 0,11%) – 1 pharmacie centralise 223 rejets

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 et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée via le courrier COMPAGNON

Prix supérieur au(x) tari(s) autorisé(s) : 762 factures soit 0,11% - NOUVEAU DIAGNOSTIC

Le prix unitaire facturé de la prestation médicament est supérieur au prix public ou TFR en vigueur, et la date de délivrance est postérieure à la date d'opposabilité. Factures mises en recyclage différé.

Prix unitaire > au prix unitaire en vigueur et date d'opposabilité atteinte: 411 factures soit 0,06%

Le PU facturé du médicament est supérieur au prix public ou TFR indiqué dans la base des médicaments et la date d'opposabilité est dépassée. Factures mises en recyclage différé.

Quantité d'un même CIP > au seuil de rejet > au seuil maxi : 400 factures soit 0,06% (>< 246 factures soit 0,05%) - Les factures sont validées si la quantité délivrée est supérieure au seuil autorisé si présence d'un accord administratif ou si la facture est conforme à la prescription médicale. Sinon rejet si la facture n'est pas conforme à la prescription ou si pièces justificatives absentes dans le lot télétransmis.

Identification du bénéficiaire impossible, inconnu en assurance maladie 376 factures soit 0,06% (>< 333 factures soit 0,07%)

Recyclage de la facture si le bénéficiaire des soins est connu en BDO et que la prescription médicale est présente sous SCOR. A l'inverse, si bénéficiaire inconnu, la facture est rejetée

Prescripteur non autorisé à prescrire: activité non débutée: 351 factures soit 0,05%

La date de début d'activité du prescripteur dans le référentiel est inconnue ou supérieure à la date de prescription indiquée dans la facture. Factures rejetées.

Prescripteur non agréé: 221 factures soit 0,03%

Le prescripteur est un établissement présent au référentiel. Soit la date d'ouverture est non renseignée, soit la date d'ouverture est postérieure à la date des soins, soit sans agrément. Factures recyclées.

04

POINTS DIVERS

PARCOURS : CAMPAGNE HTA NATIONALE

TEMPS 1 : INSTALLER DANS L'OPINION L'ENJEU GLOBAL DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

du 11 au 25
septembre
2026

TEMPS 1 : MOBILISATION DES SOIGNANTS

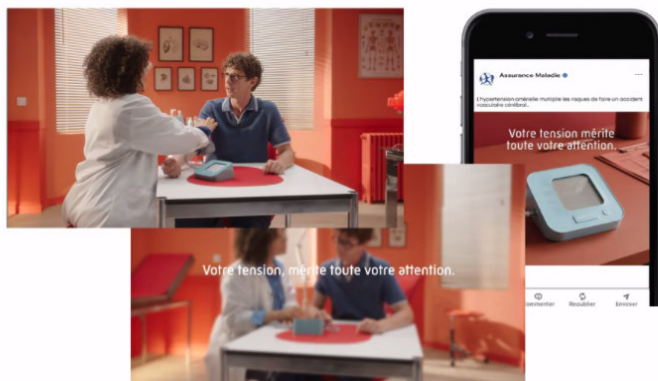
TEMPS 2 : SENSIBILISER À L'HYPERTENSION ET AU SUIVI DE SA TENSION

27 sept au 11
oct 2026

*En janvier 2027
Campagne DAM
HTA/MCVA*

A TRAVERS UNE GRANDE CAMPAGNE NATIONALE

En télé/VOL, réseau sociaux et écrans hors domicile (gares et maisons pluridisciplinaires de santé)



10 Et la poursuite des opérations pédagogiques (vidéos, radio...)

RELAYÉE EN LOCAL, SUR NOS MÉDIAS ET VIA LES PARTENAIRES

Via une affiche, un flyer, un kakémono et des contenus sur nos médias propriétaires (ameli)



*Votre tension mérite
toute votre attention*

TEMPS 3 : INSTALLER UN RENDEZ-VOUS ANNUEL AUTOUR DE LA PRISE DE TENSION

mai 2027

LIVRET RÉGLEMENTATION PHARMACIEN

Une mise à jour a été réalisée en juillet 2026



LIVRET RÉGLEMENTATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE - L'ASSURANCE MALADIE GÉNÉRALISTE - BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ - JUIN 2026

NOUVEAUTÉS

PAGES 6-7 : Mise à jour des champs de prescription

PAGE 12 : Mise à jour des articles du code de déontologie

PAGE 15 : Ajout du dispositif «tiers payant contre carte vitale»

PAGE 16 : Ajout du téléservice ADAC

PAGE 29 : Mise à jour de la réglementation des médicaments d'exception

PAGE 36 : Ajout du dispositif «tiers payant contre hybride»

PAGE 39 : Ajout du dispositif «tiers payant contre biosimilaire»

PAGE 42 : Ajout des dispositions encadrant les préparations magistrales en cas de rupture

PAGE 53 : Ajout d'une partie sur les CHUP et MAJ de la partie sur les TENS

PAGE 57 : Ajout d'une partie sur les VPH

PARTENARIAT CYCLAMED-PHARMACIES-CPAM

La convention entre Cyclamed et la CPAM a été signée le 24 juin 2025.

Point d'étape:

- ✓ Supports en cours de diffusion auprès des officines (environ 5 officines non vues)
- ✓ Mailing adressés à nos assurés
- ✓ Projet de régionalisation de cette action en BFC

CYCLA MED
TRIER, APPORTER, PRÉSERVER

MES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS PÉRIMÉS OU NON, JE LES RAPPORTE EN PHARMACIE

QU'EST-CE QUE JE PEUX RAPPORTER ?

LE BON GESTE
Tout éco-citoyen, dans son geste environnemental, sépare les emballages totalement vides, étuis en carton et les notices pour les mettre dans le tri sélectif.

CYCLA MED
TRIER, APPORTER, PRÉSERVER

J'AIDE MON PHARMACIEN, JE TRIE MES MÉDICAMENTS !

1 TRIER BIEN
Je mets les notices et étuis en carton dans le tri sélectif

2 APPORTER À MA PHARMACIE
Je rapporte à ma pharmacie mes Médicaments Non Utilisés à usage humain, périmés ou non.

3 PRÉSERVER LA PLANÈTE
Je protège la planète en éliminant mes médicaments grâce à une valorisation énergétique

QUAND JE RAPPORTE MES MÉDICAMENTS NON UTILISÉS À LA PHARMACIE :

- J'évite les accidents domestiques
- Ils sont valorisés en électricité ou en chaleur
- Je protège la planète

Pour différencier mes médicaments des autres produits de santé, je consulte le moteur de recherche sur www.cyclamed.org

ET MES SÉRINGUES ET AIGUILLES ?
Renseignez-vous auprès de votre pharmacien ou sur www.dastri.fr

Si vous avez des questions, contactez Cyclamed :
Par téléphone : 01.46.10.97.50 Par mail : association@cyclamed.org

Plus d'infos sur : www.cyclamed.org

www.cyclamed.org
@cyclamed_france @Cyclamed_France Cyclamed_France

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 2 MARS 2027*

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