l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

COMMISSION PARITAIRE DÉPARTEMENTALE DES INFIRMIERS

21 MAI 2026

Service RPS

ORDRE DU JOUR

01
COMPOSITION

02
APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISION DE LA COMMISSION DU 09/10/2025

03
CHANGEMENT DE PRÉSIDENCE ET VICE PRÉSIDENCE

04
COMMISSION DES PÉNALITÉS

05
RAPPORT D'ACTIVITÉ 2025

06
POINT DE SITUATION SUR LA DÉMOGRAPHIE ET LES DÉPENSES

07
POINT CONVENTIONNEL

08
PREVENTION

09
INFORMATIONS DIVERSES

10
QUESTIONS DIVERSES

01

COMPOSITION



02

APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISIONS DE LA COMMISSION DU 9 OCTOBRE 2025

03

CHANGEMENT DE PRÉSIDENCE ET VICE-PRÉSIDENCE

04

DÉSIGNATION DES REPRÉSENTANTS À LA COMMISSION DES PÉNALITÉS

05

RAPPORT D'ACTIVITÉ

06

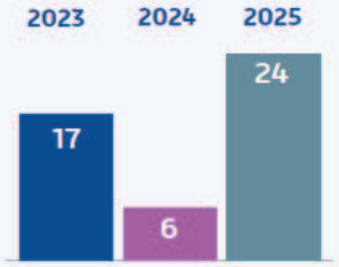
POINT DE SITUATION SUR LA DEMOGRAPHIE ET LES DÉPENSES

DÉMOGRAPHIE 2025

CABINETS PRINCIPAUX / SECONDAIRES

	2022	2023	2024	2025
CABINETS PRINCIPAUX	618	635	641	665
CABINETS SECONDAIRES	15	19	21	23

DIFFÉRENCE INSTALLATIONS / CESSATIONS



TAUX DE RECOURS

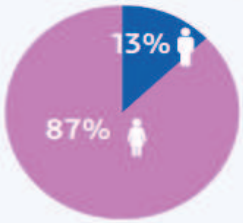
2025 | 16,8%

2024 | 16,9%

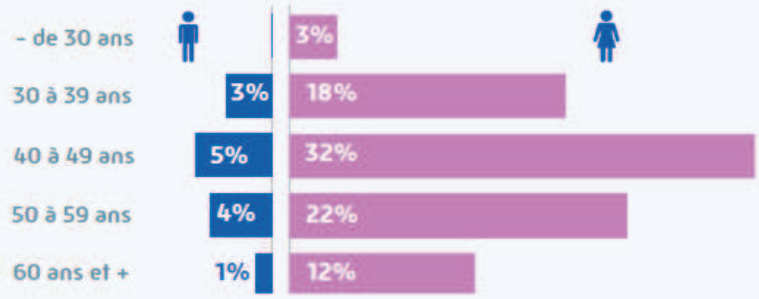
ÂGE MOYEN

2025 | 47 ans

RÉPARTITION PAR SEXE



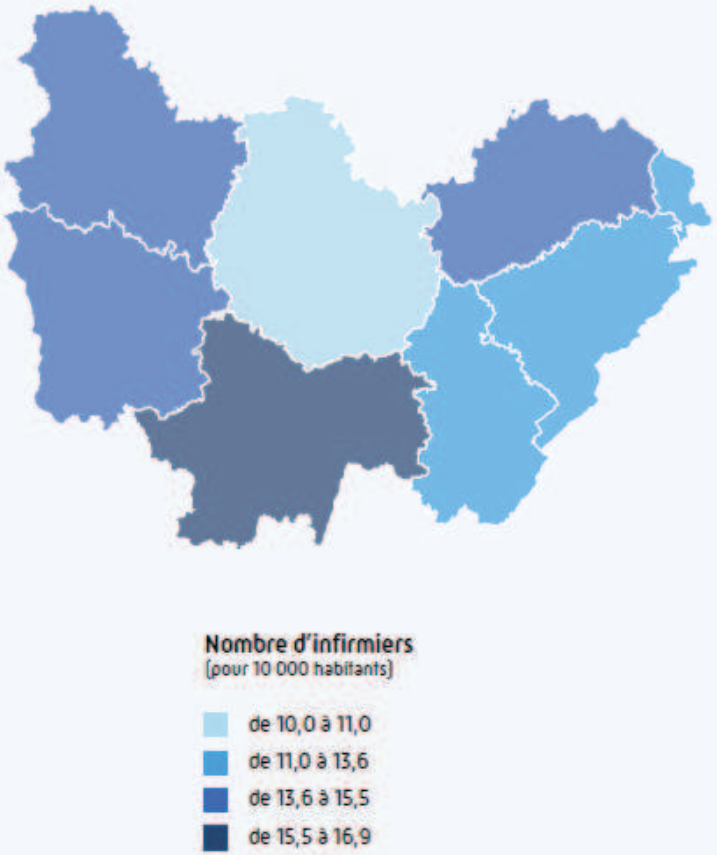
RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE



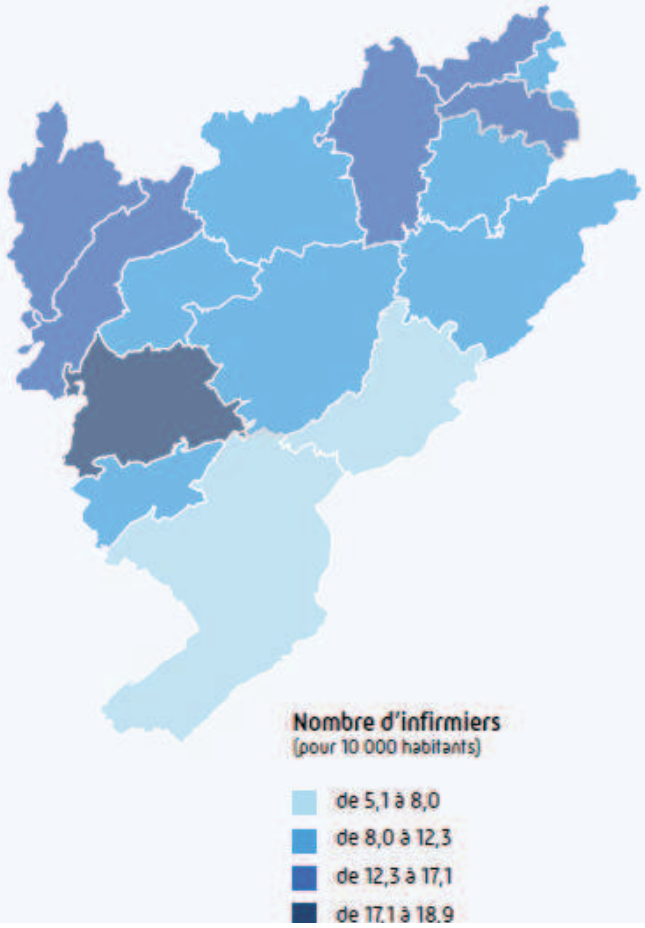
Source : SIAM - Articque

surance adie
emble, protéger chacun
Doubs

DÉMOGRAPHIE DES INFIRMIERS



DÉMOGRAPHIE DES INFIRMIERS



ZONAGE ARS POUR LES INFIRMIERS



DÉPENSES 2025

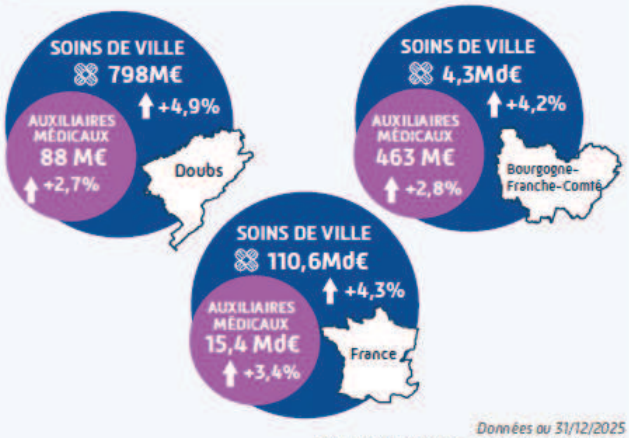
ÉVOLUTION PAR PRESTATIONS

27,0 M€	9,4 M€	12,4M€	3,5 M€
AMI	BILANS DE SOINS INFIRMIERS	FRAIS DE DÉPLACEMENTS	MAJORATIONS
ÉVOLUTION +0,4 M€ (+1,5%)	ÉVOLUTION +0,7 M€ (+8,6%)	ÉVOLUTION +53 486 € (+0,4%)	ÉVOLUTION +8 326 € (+0,2%)

TOTAL 53 M€ +1,1 M€ (+2,1%)

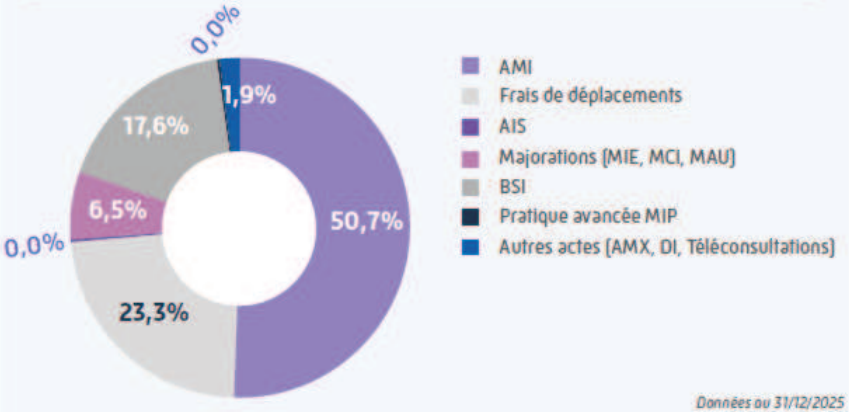
Données au 31/12/2025

RÉSUMÉ DES GRANDS POSTES



Données au 31/12/2025
Evolution des dépenses comparées au 31/12/2024

RÉPARTITION DES MONTANTS PAR PRESTATIONS



Données au 31/12/2025

ÉVOLUTION DES DÉPENSES / VOLUMES

+0,9 M€
+2,1%
CROISSANCE DES REMBOURSEMENTS
46,4 M€

VOLUME	5,3 M	ÉVOLUTION +0,1 M€ (2,1%)
TAUX DE REMBOURSEMENT	92,7%	ÉVOLUTION - (-0,1%)
NOMBRE DE PATIENTS	87 321	ÉVOLUTION -477 (-0,5%)
REMBOURSEMENT PAR PATIENT	531,7€	ÉVOLUTION +13,7 € (+2,8%)
VOLUME PAR PATIENT	61,1	ÉVOLUTION +1,6 (+2,7%)
REMBOURSEMENT PAR ACTE	3,2€	ÉVOLUTION +0 € (+1,0%)
POPULATION PROTÉGÉE	507K	ÉVOLUTION -1 184 (-0,2%)

Données au 31/12/2025

07

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

Présentation de l'ensemble des mesures de l'avenant 11

2026

Lendemain de la publication au JO et CHAP

Art 5.2.C : Administration et surveillance de médicament
Art 5.3.1 : Traçabilité « Autre pansement » par l'AMI 2,02
Art 5.3.2 : Autonomie plaies jusqu'à cicatrisation sous 3 mois
Art 11 : Limite à 2 remplaçants par IDEL titulaire
Annexe I : Suppression des AIS

1er Juillet

Art 10 et 12 : Limite à 2 salariés par IDEL titulaire

Webinaire du 24/09

+ 6 mois après la publication au JO et CHAP

Art 1er Av: Revalo AMI/AMX à 3,35 €
Art 5.1.B : Consultation pour instaurer un traitement initial par insuline pour les diabétiques de type II (CIA)
Art 5.6.B : SNP : Levée de doute AMI 1,35 + MIR (15€) + Astreintes (52€)
Art 5.8 : Kit de dépistage DOCCR (RDK)
Art 5.11 : Grands ensembles Equilibres
Art 5.12 : Revalo forfaits IPA et accès direct (PAI 7, PAI 21 et PAI et PAI 0,01)

2027

1er Janvier

Art 5.3.1 : Accès direct pour la prise en charge des plaies non chirurgicales
Art 5.3.3 : Bilan pour la réalisation d'un pansement sur les plaies (AMI 3,48)
Art 5.4 : prise en charge du diabète des enfants scolarisés (AMI 1 + MSD à 7 €)
Art 12 ter: Premières nouvelles équipes Equilibres

1er Juillet

Art 5.1.C : Consultation de suivi post MBP (CIB)
Art 5.10 : Parcours de suivi renforcé IDER + téléservice/formulaire et HAS

1er Novembre

Art 1er Av : Revalorisation de l'AMI et AMX à **3,45 €**

Courant 2027

Art 11 : Mesures d'accompagnement des remplaçants à valider en CPN courant 2027
+ période d'observation des remplaçants

2028

1er Janvier

Art 5.2.A : Surveillance clinique et thérapeutique globale hebdomadaire (AMI 3,77)
Art 5.2.B : Surveillance clinique pour situations aigues (AMI 1,49)
Art 5.2.D : Acte d'administration et de surveillance de médicament pour patients en ALD pour démence ou troubles psychiatriques délirants (AMI 1,48)
Art 5.7 : Nouvelles règles de cumul BSI
Art 5.7.C : Majoration MSG SEGA 35
Art 5.11 : Part variable Equilibres
Art 11 : Taux de l'activité des remplaçants à 40 %
Annexe BSI : Suppression BSA HEM0

Le 30 avril au plus tard

Art 5.11 : 1er versement FAMI aux IDE Equilibres au titre de l'année 2027
Art 22.A : FAMI, FSE à 75 % au titre de l'année 2027 et 100€ bonus si + de 85% de FSE

Courant 2028

Art 5.1.A : Ouverture de 2 consultations supplémentaires (GT)

2029

1er Janvier

Art 5.7.C : Majoration MSG (3,10 €) SEGA 32
Art 11: Taux de l'activité des remplaçants à 30 %

Le 30 avril au plus tard

Art 22.A : FAMI, FSE à 80 % au titre de l'année 2028 et 100€ bonus si + de 90% de FSE
+ Accompagnement des IDEL avec un taux FSE sous 70 % sur 2 ans

Entre Décembre – Début 2030

Art 12 ter C : Bilan 3e année de déploiement d'Equilibres

L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

oubs

AVENANT 11

⇒Nouvel avenant signé le 31 mars 2026 par les trois organisations représentatives de la profession

⇒ **Entrée en vigueur 2026**

Nouvelles mesures pour les plaies (lendemain publication JO 06/05/2026)

- Ordonnances avec mention **"jusqu'à cicatrisation"** acceptées jusqu'à **3 mois**.
- Possibilité de réaliser un **bilan plaies**.
- Accès direct à l'infirmier pour les plaies simples non chirurgicales.

Evolution de la NGAP et nouveaux actes (lendemain publication JO 06/05/2026)

- Administration et surveillance de médicament (extension aux autres voies d'administration que la voie orale+ extension de la population éligible à tout patient dans l'incapacité de s'auto-administrer le traitement)
- Traçabilité « autre pansement » par l'AMI 2,02
- Suppression des cotations en AIS

Revalorisation d' actes (novembre 2026)

- Hausse de la lettre clé AMI de 9,5 % en deux étapes :+0,20 € en novembre 2026 (3€35) / +0,10 € en 2027 (3€45)
- Revalorisation de 11 % pour la prise en charge des patients les plus dépendants et des situations complexes.

AVENANT 11

Valorisation de la remise du kit de dépistage du cancer colorectal (novembre 2026)

- la remise de kit est rémunérée 3 €
- lorsque le patient réalise le test à la suite de la remise du kit par l'infirmier ou un infirmier en pratique avancée, ce dernier est rémunéré 2 € de plus.

Évolution du rôle des IPA (novembre 2026)

- Accès direct organisé aux infirmiers en pratique avancée.
- Séance revalorisée de **16 € à 21 €**.
- Création de forfaits de suivi renforcé.

Intervention des infirmiers volontaires à la demande de la régulation (novembre 2026)

- Majoration spécifique MIR « Majoration demande Issue de la Régulation » d'intervention à domicile de 15 € liée à la sollicitation par la régulation de la PDSA (limité à 20 par semaine et par infirmier)

Création de consultations infirmières (novembre 2026) :

- Mise en place de 2 nouvelles consultations dès 2026 :
  - accompagnement au démarrage de l'insuline (diabète type 2)
  - suivi après bilan prévention aux âges-clés
- 2 autres consultations prévues en 2028 (d'autres motifs seront étudiés: santé mentale, post-AVC, urgences…).

AVENANT 11

Répartition des professionnels

- Encadrement du recours aux remplaçants (application d'un seuil d'activité)

Bon usage des soins

- Lancement de l'expérimentation AntiGaspi pour limiter le gaspillage des produits de santé à domicile.

Les infirmiers « équilibres »

- sortie du modèle classique "payer à l'acte" pour aller vers une prise en charge globale du patient.
- on passe d'une logique de quantité de soins à une logique de qualité et d'accompagnement global.

Renforcement du rôle dans les soins et la prévention:

- Meilleure reconnaissance des compétences infirmières.
- Valorisation de l'éducation thérapeutique, de la prévention et du suivi des maladies chroniques.
- Création d'une consultation infirmière après la réalisation d'un bilan (Mon bilan Prévention) réalisable dans les 6 mois. (*01/07/27 sous réserve d'un avis favorable de HAS*)

Création du statut d'infirmier référent

- Pour les patients en **ALD**.
- Renforcement du suivi, de la coordination avec le médecin traitant et de l'accompagnement des patients fragiles.

ACTIVITES ET COMPETENCES *(DÉCRET DU 24/12/2025)*

Le décret **n° 2025-1306 du 24/12/2025** introduit la **consultation infirmière** comme acte clinique officiel, définissant son contenu, ses attendus de coordination et de traçabilité. Il marque un tournant dans la profession d'infirmier diplômé d'État (IDE) en clarifiant la frontière avec la consultation médicale, en sécurisant les responsabilités et en rendant l'intégration de cette activité viable dans la pratique quotidienne, notamment en ville.

L'IDE peut initier les soins dans son domaine d'activité, couvrant les soins infirmiers de nature préventive, éducative, curative, relationnelle ou de surveillance clinique (exemples : évaluation de la santé, antécédents, habitudes de vie ; élaboration d'un plan personnalisé de soins ; prise en charge directe de plaies ou brûlures légères).

Le décret accorde aux IDE le **droit de prescrire** des produits de santé et des examens complémentaires adaptés à la situation clinique. Cette prescription est toutefois limitée et sera précisée par un arrêté à venir.

Autres compétences élargies : détection de maltraitance ou de souffrance psychique : l'IDE est habilité à repérer ces situations et à intervenir ; **Soins relationnels** : soutien psychologique aux patients ; **éducation thérapeutique et prévention** : conception et conduite de démarches ciblées (chutes, obésité, addictions, santé sexuelle, vaccination).

La mise en œuvre effective de ces mesures demeure conditionnée à la publication, d'ici le 30 juin 2026, de :
- l'arrêté relatif à la liste des actes et soins relevant du rôle propre infirmier ;
- l'arrêté relatif à la prescription infirmière.

MON BILAN PRÉVENTION

Remboursement
01/05/2024 - 30/04/2026

Territoire
Tout

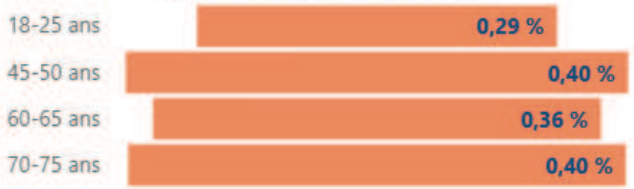
CPTS
Tout

EPCI
Tout

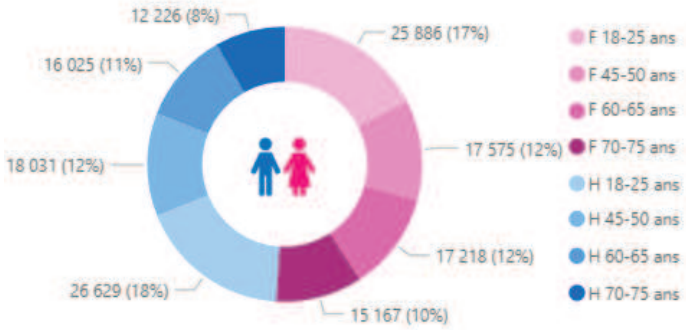
Taux de réalisation Mon bilan prévention

Département	Sélection
0,35 %	0,35 %

Réalisation par classe d'âge



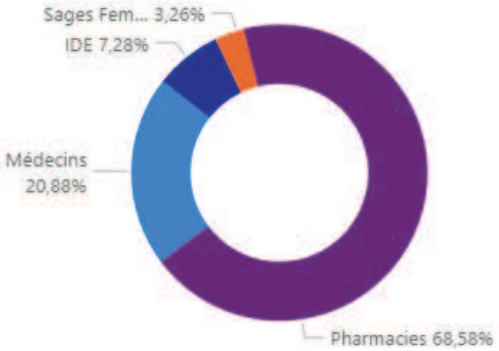
Répartition des bilans non réalisés par âge



Nombres bilans réalisés

Sélection
522

Répartition des bilans par PS



Nb de PS réalisant des bilans

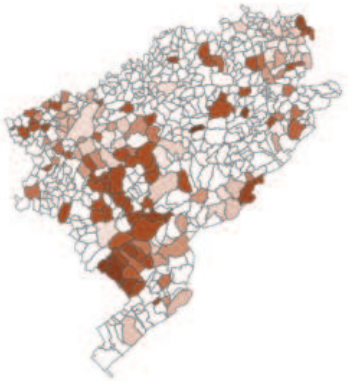
40 Médecins	**35** Pharmaciens
2 Sages femmes	**7** Infirmiers

Bilans réalisés avec actes associés



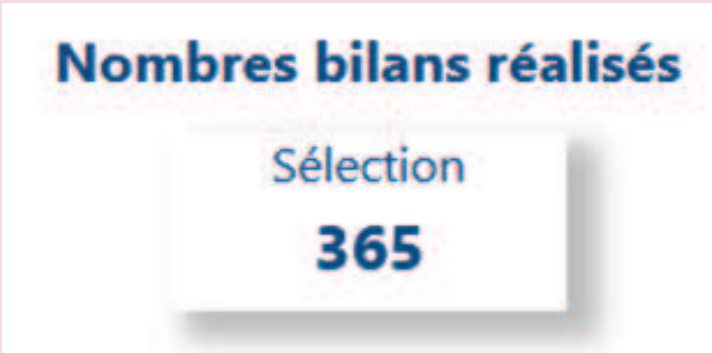
3 Avec frottis	**57** Avec vaccination
17 Avec remise de kit	**36** Avec acte de diagnostic

Taux de de réalisation par commune



MON BILAN PRÉVENTION - ÉVOLUTION

01/09/2023 – 31/08/2025

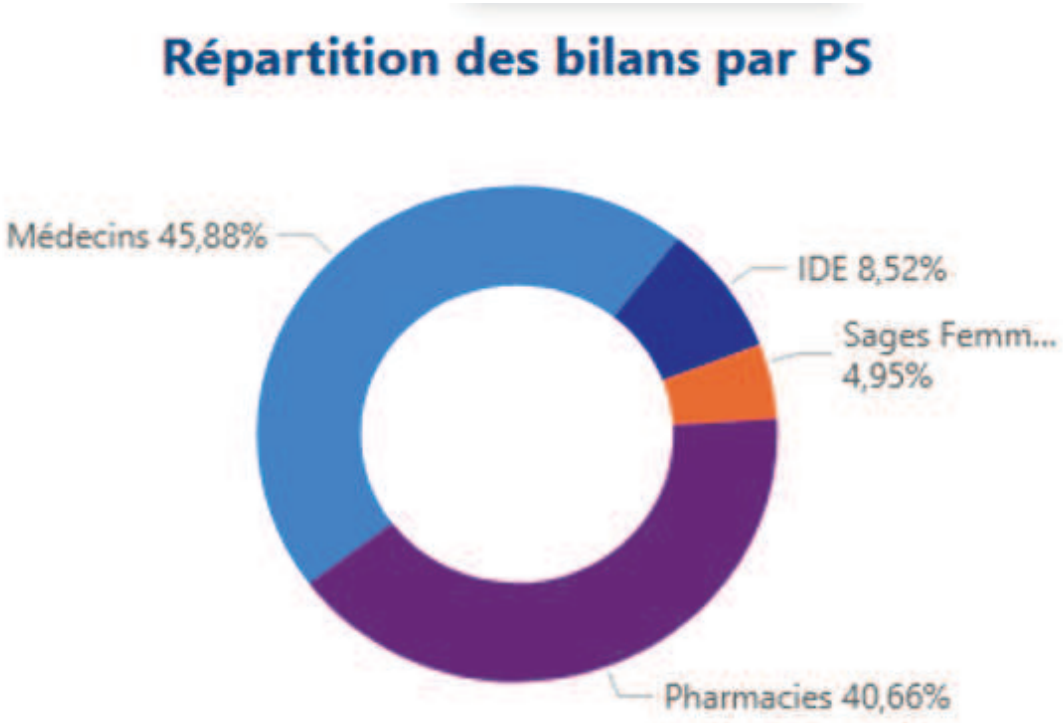


01/05/2024 – 30/04/2026

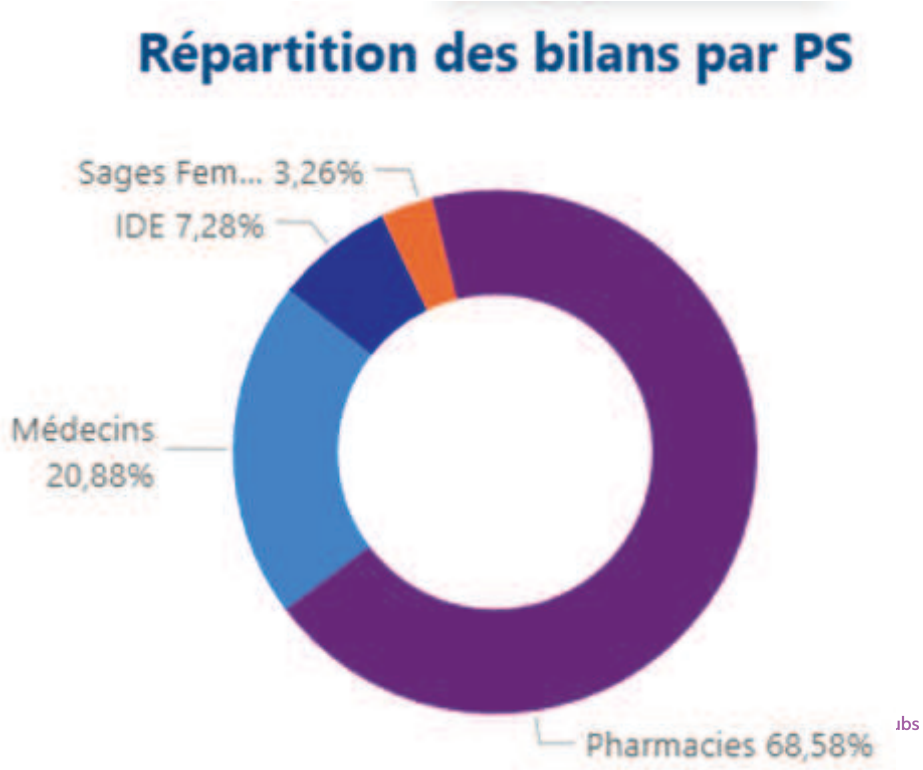


MON BILAN PRÉVENTION - ÉVOLUTION

01/09/2023 – 31/08/2025



01/05/2024 – 30/04/2026



MON BILAN PRÉVENTION - ÉVOLUTION

TAUX DE REALISATION PAR COMMUNE

01/09/2023 – 31/08/2025

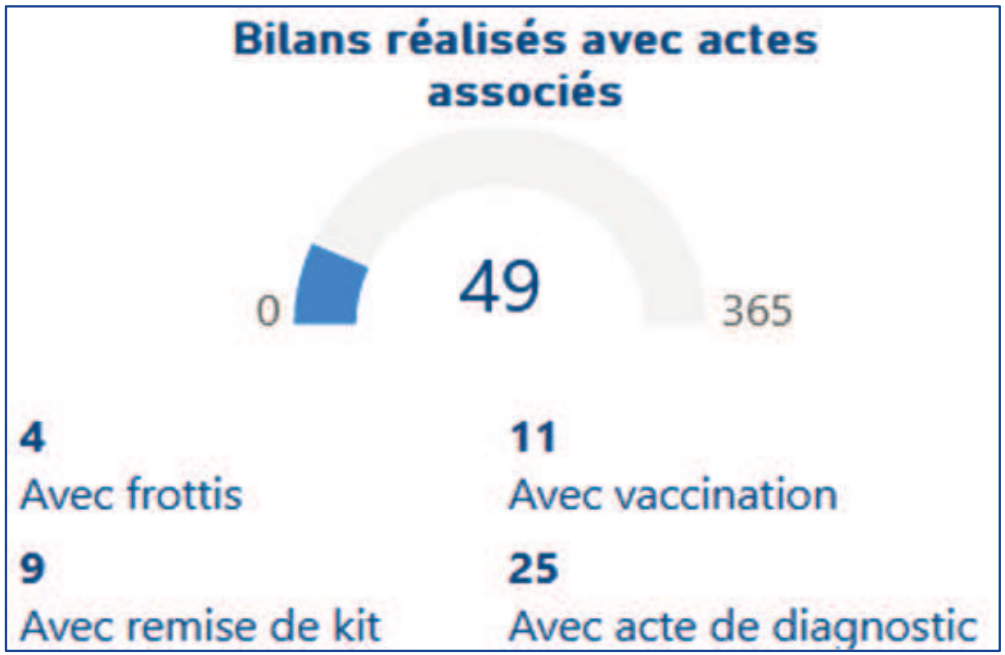


01/05/2024 – 30/04/2026

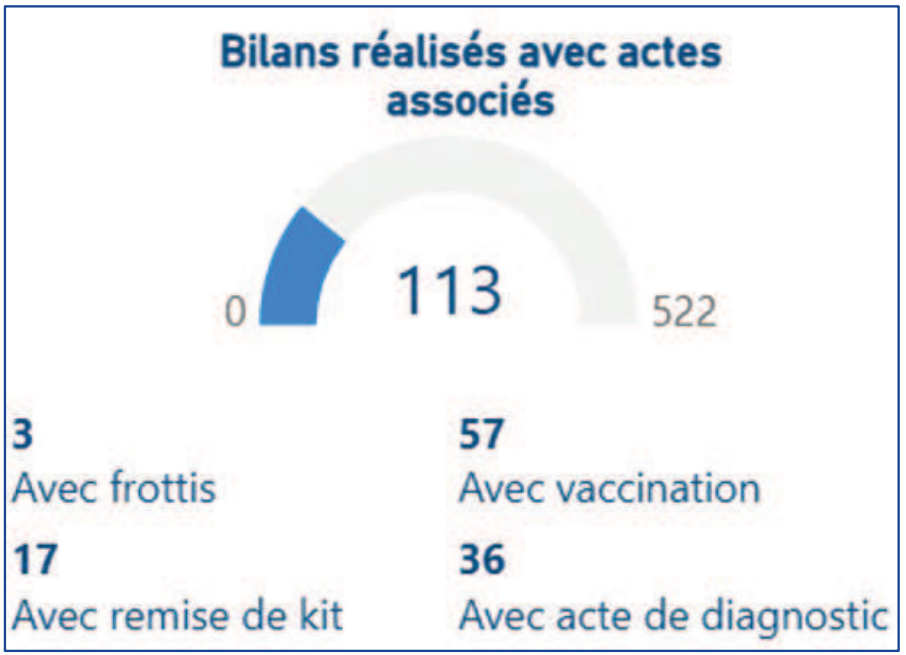


MON BILAN PRÉVENTION - ÉVOLUTION

01/09/2023 – 31/08/2025



01/05/2024 – 30/04/2026



Kiosque : mise à disposition du kit de communication « mon bilan prévention »
https://extranet.infocpam.fr/partenaires/

RÉMUNÉRATIONS

- Forfait d'aide à la modernisation et installation du cabinet :

- 290 sur 665 infirmiers ont bénéficié du FAMI pour le paiement 2026 sur l'activité 2025 pour un montant total de 171 400 euros.

  - Pas de contestations à ce jour.

En 2025 : 289 infirmiers ont bénéficié du FAMI

PROJET WEBINAIRE

Besoin d'un accompagnement auprès des IDEL (en dehors des nouveaux installés)?

- Avis / Recensement des thématiques par la section professionnelle

08

PRÉVENTION

BILAN VACCINATION GRIPPE/COVID-19

La campagne de vaccination a été prolongée jusqu'au 28 février 2026.

A ce jour, nous ne disposons pas de l'intégralité des données. Les dernières données disponibles datent du 05.01.2026 :

- 69 265 personnes vaccinées contre la grippe dans le Doubs (*62 459 en 2024/2025*)
- Taux de vaccination pour la grippe: **52,3% en France métropolitaine** (*45,8% en 2024/2025*) / **50,3 % en région** / **49,7% dans le Doubs** (*46,1% en 2024/2025*).
- 20 476 personnes vaccinées contre la COVID dans le Doubs (*25 975 en 2024/2025*)

09

INFORMATIONS DIVERSES

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 pour l'acquisition et l'utilisation de l'outil de coordination - 100 € par an et par PS pour la participation à un minimum de 5 ESCAP	Codes traceurs non valorisés qui doivent être facturés à l'AM : **- IEP** (entrée) facturé par chaque PS lors de la 1ière 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

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

Parcours Coordonné Renforcé — PCR

- Article 46 de la LFSS 2024 codifié à l'article 14012-1 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

1er PCR: parcours « obésité complexe de 2ème niveau » (JO du 04/03/2026)
2ème PCR : parcours « enfance protégée » (JO du 25/04/2026)

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

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
Liste des catégories de structures autorisées à coordonner des PCR (= structure coordinatrice) *Pour chaque PCR, les catégories de structures éligibles au parcours seront précisées dans l'Arrêté « parcours » concerné.*	Les établissements sanitaires, les établissement sanitaires et médicaux sociaux, les centres de santé, les CPTS, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les MSP sous forme de SISA , les équipes de soins spécialisés (ESS) et les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI).
En pratique	➢ 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 impliquées dans ce parcours reçoivent un paiement directement de l'AM

L'Assurance Maladie — Agir ensemble, protéger chacun — Doubs

FICHE PCR OBÉSITÉ COMPLEXE CHEZ L'ADULTE

Type de PCR	**A la séquence**
Public cible	Parcours de prise en charge des deuxième et troisième niveaux de l'obésité chez l'adulte conformément aux recommandations de la HAS : • **Patient adulte** (> 16 ans) en obésité sévère (phénotypage 2 et une partie phénotypage 3) • **A minima un IMC > 35**, associé à nombreuses comorbidités et/ou facteurs aggravants

Structures et Intervenants

Structures autorisées : MSP ; CDS ; Établissements de santé exerçant une activité de prise en charge de l'obésité

Equipe d'intervenants : **Médecin spécialiste de l'obésité** ; **Infirmier** ; Diététicien ; Psychologue-clinicien et un Professionnel autorisé à dispenser l'activité physique adaptée (enseignant en activité physique adaptée , masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, ou ergothérapeute).

Descriptif du parcours

Prise en charge globale et personnalisée, associant diététique, suivi psychologique et activité physique adaptée (APA).
Elle vise à améliorer l'obésité et les comorbidités tout en renforçant durablement les comportements de santé et la qualité de vie.

Profils et rémunérations

Il existe trois profils (A, B et C) avec une durée maximale identique de 2 ans et un maximum de 3 séquences par parcours. Les montants totaux augmentent selon le profil, allant de 1 126 € pour le profil A à 1 610 € pour le profil C, avec des variations liées à la présence de TCA et/ou de limitations APA.

FICHE PCR ENFANCE PROTÉGÉE

Type de PCR	**A la séquence**
Public cible	Sont éligibles au parcours coordonné renforcé « enfance protégée » les mineurs et jeunes majeurs de moins de 21 ans pris en charge par le service d'aide sociale à l'enfance ou suivi en milieu ouvert, que la mesure soit administrative ou judiciaire ainsi que les mineurs et jeunes majeurs anciennement suivis et inclus dans ce parcours jusqu'à un an après la fin de leur prise en charge en protection de l'enfance.

Structures et Intervenants

Structures autorisées : MSP ; CDS ; Établissements de santé ; Equipes de soins spécialisées ; CPTS ; DAC ; PMI

Equipe d'intervenants :; **Infirmier** ; Cadre de santé ; assistant de service social ; éducateur spécialisé ; assistant médico-administratif. L'organisation des soins précoces en santé mentale peut mobiliser les PS suivants ayant accepté de participer au PCR enfance protégée: psychologue clinicien, psychomotricien et ergothérapeute.

Descriptif du parcours

Le PCR débute par un bilan de santé complet réalisé à l'entrée dans le dispositif, afin d'identifier les besoins de prévention et de soins et d'intégrer ces éléments au projet pour l'enfant. Ce suivi est actualisé chaque année pour garantir une prise en charge continue et coordonnée. Une structure départementale est chargée de coordonner le parcours de santé en lien avec les services sociaux, éducatifs et les professionnels de santé. Le dispositif repose également sur un système d'information partagé permettant le suivi administratif, social et médical de l'enfant.

Rémunérations

Le forfait du PCR peut atteindre jusqu'à 2206 € par an par enfant. Il peut atteindre 2316 € pour les enfants de 0 à 3 ans.

SÉCURITÉ SOCIALE

l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : ENJEUX ET OUTILS

ENJEUX POUR L' ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

12 millions

de Français touchés par un handicap

soit 1 Français sur 5

66% des personnes en situation de handicap sont confrontées à des **difficultés pour accéder à des soins**

54% des personnes en situation de handicap considèrent leur **état de santé mauvais, voire très mauvais**

10 millions

d'aidants en France

soit 1 Français sur 6

Stratégie de l'Assurance Maladie

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie développe une stratégie fondée sur la généralisation des MISAS (Missions Accompagnement Santé), le renforcement des partenariats et la professionnalisation de l'approche territoriale — avec pour objectif une stratégie d'« aller vers » et des parcours attentionnés pour les personnes en situation de handicap.

OUTILS ET ENJEUX POUR L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les outils déployés par la Branche maladie visent à :

- mieux appréhender l'état des lieux des difficultés auxquelles les personnes en situation de handicap sont confrontées,
- donner des leviers d'action pour améliorer l' accès aux droits, aux soins et à la santé dont la prévention fait partir intégrante

01 L'Annuaire Santé.fr

Accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux

- Recenser l'accessibilité des cabinets de santé
- Permettre aux patients de trouver un praticien adapté à leurs besoins
- Sensibiliser les professionnels de santé

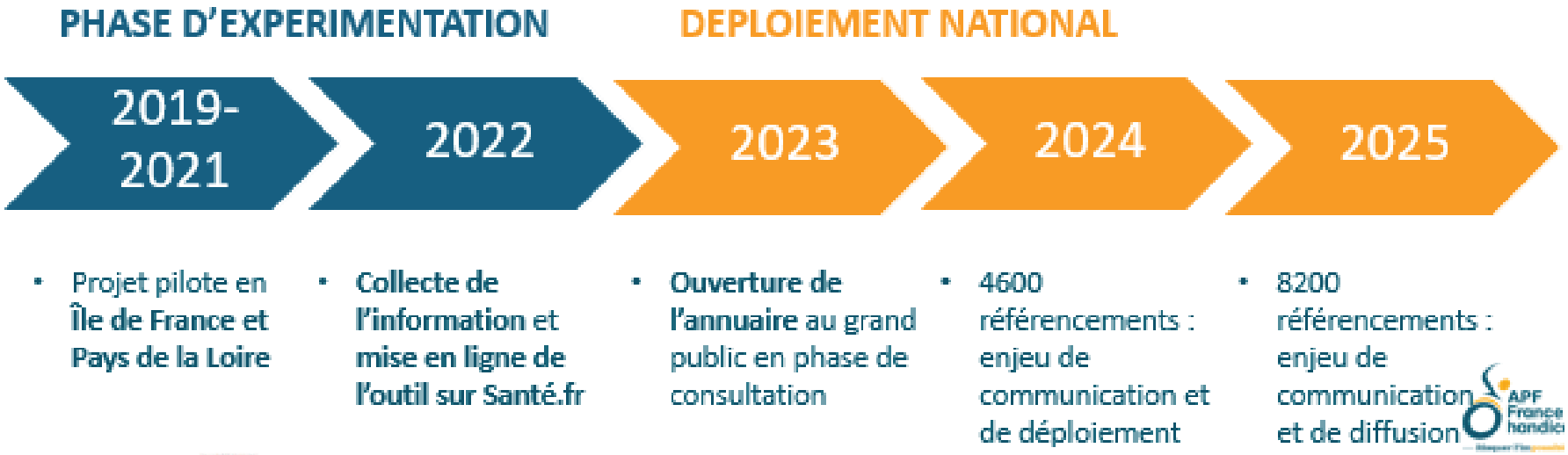
02 Le Baromètre Handifaction

Mesurer l'accès aux soins par les patients eux-mêmes

- Évaluer la satisfaction des patients en situation de handicap
- Produire des données nationales, régionales et départementales
- Orienter les plans d'actions territoriaux

L'ANNUAIRE SANTÉ.FR DE L'ACCESSIBILITÉ DES CABINETS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

APF France handicap a créé, avec le Service Public d'Information en Santé (Ministère de la Santé), un Annuaire de l'accessibilité des cabinets médicaux et paramédicaux.



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé.fr

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

L'ANNUAIRE SANTÉ.FR - LES OBJECTIFS DE LA DÉMARCHE

- De diffuser une **information précise sur l'offre de soins** des cabinets médicaux et paramédicaux en termes d'accessibilité
- De **sensibiliser les professionnels de santé** aux besoins réels des personnes en situation de handicap, d'obésité ou allophones (ne parlant par ou peu français) dans leurs parcours de soins
- **d'améliorer l'accès aux soins** des personnes en situation de handicap en France et des autres personnes à besoins spécifiques

Et donc, d'augmenter le nombre de professionnels de santé recensés dans l'annuaire …

L'ANNUAIRE SANTÉ.FR - RECUEILLIR L'INFORMATION

QUELS SONT LES PROFESSIONNELS CONCERNÉS ?

Les professionnels de santé libéraux, inscrits dans le RPPS et qui disposent d'une **carte de professionnels de santé (CPS)** ou d'une e-CPS peuvent s'inscrire sur l'annuaire :

- Médecins généralistes et spécialistes
- Infirmiers
- Sage-femmes
- Masseurs-kinésithérapeutes
- Chirurgiens-dentistes
- Pédicures-podologues
- Orthophonistes
- Orthoptistes

Intégration prochainement de nouvelles professions (ergothérapeutes, diététiciens, psychologues, etc…)

L'ANNUAIRE SANTÉ.FR - RECUEILLIR L'INFORMATION

COMMENT LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ S'ENREGISTRE-T-IL SUR L'ANNUAIRE ?

1/ Le professionnel se rend sur Santé.fr, sélectionne « Accessibilité des cabinets » ou sur le lien https://www.sante.fr/professionnel/connexion

2/ Il se connecte à l'aide de sa carte CPS ou e-CPS

3/ Il répond intégralement, ou en partie, à des questions simples et à réponses fermées

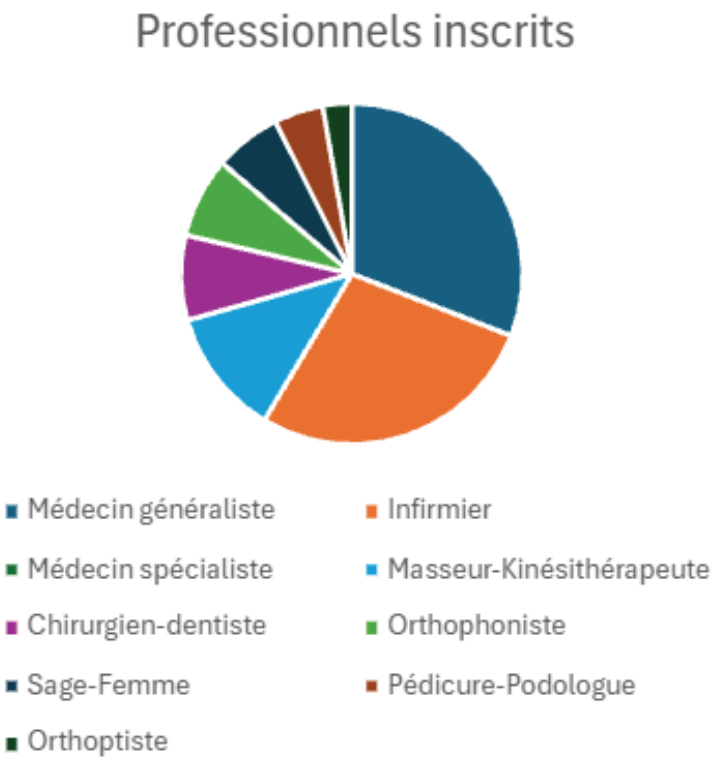
4/ Il donne son accord pour que les informations soient publiées, il peut modifier ou supprimer ses réponses à tout moment

L'ANNUAIRE SANTÉ.FR
BILAN DE L'ANNUAIRE

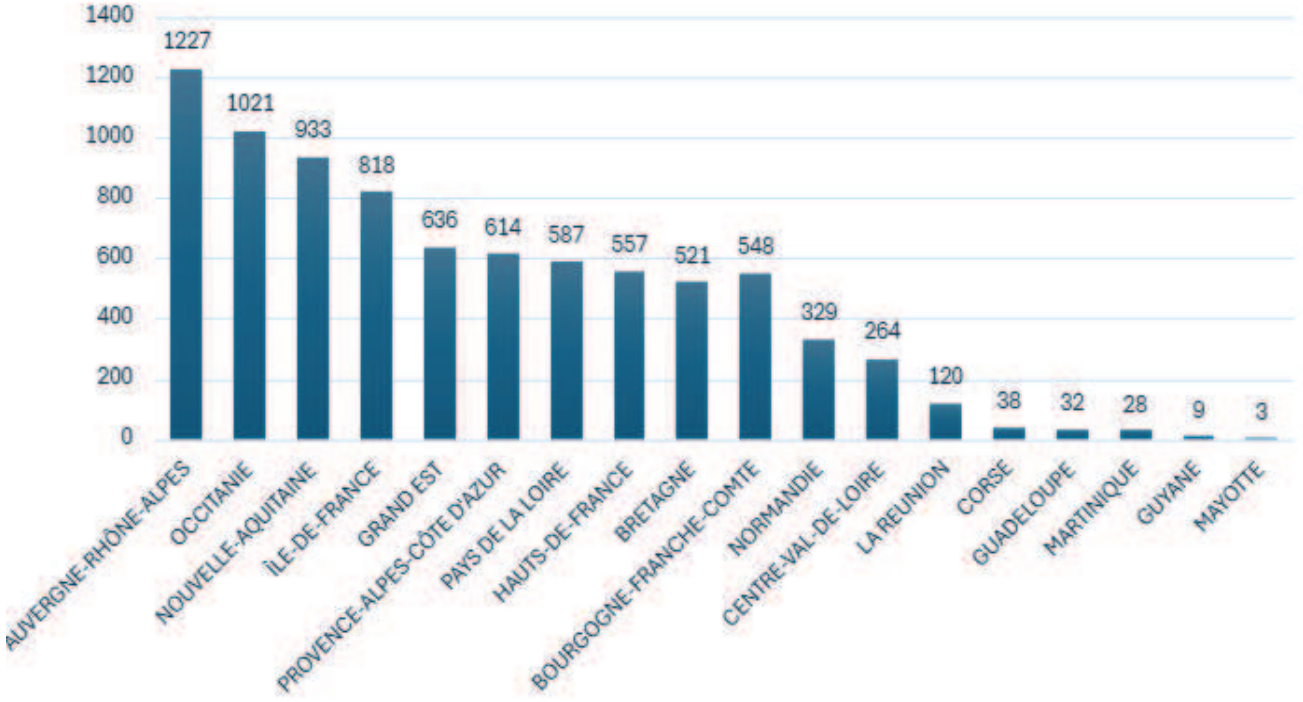
8286 professionnels de santé inscrit au 13 janvier 2026

Répartition des professionnels de santé inscrits…

Par profession…



Par région…



LE BAROMÈTRE HANDIFACTION

En 2015, les personnes en situation de handicap souhaitent **évaluer elles-mêmes** les effets de la charte Romain Jacob et leur accès aux soins ⇨ **création du questionnaire et du baromètre handifaction.**

L'Assurance Maladie a retenu le **baromètre handifaction** comme **outil national de référence et en assure la gestion depuis 2022**

4 thématiques fondatrices

- ✓ L'accès à un soignant
- ✓ Être informé des soins prodigués et être « co-décideur »
- ✓ Avoir un accompagnant pendant le soin
- ✓ Une prise en compte de la douleur

LE BAROMÈTRE HANDIFACTION

À compléter régulièrement
pour
chaque démarche de soin,
effectué ou non

Un questionnaire anonyme en ligne accessible en permanence pour toute personne en situation de handicap







Le site internet handifaction.fr
dans le respect des normes de traitement de données RGPD et d'accessibilité RGAA

L'application mobile gratuite

DISPONIBLE SUR Google Play

Télécharger dans l'App Store

Le formulaire papier
accessible depuis le site internet

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

LE BAROMÈTRE HANDIFACTION

Des **ressources et outils à destination des professionnels de santé disponibles sur ameli.fr**



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

handifaction

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

Améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap

Le baromètre handifaction est un outil essentiel pour collecter des données sur le handicap. Il permet d'identifier les champs de progrès dans l'accès aux soins et d'impliquer les patients ainsi que leurs accompagnants dans la défense de leurs intérêts.

Depuis le 1er janvier 2022, l'Assurance Maladie a adopté le baromètre handifaction comme outil de référence afin de suivre et d'évaluer les progrès, les besoins et difficultés rencontrées en matière d'accès aux soins et d'accompagnement, notamment sur quatre thématiques centrales :

- l'accès aux soins (abandon et refus de soins) ;
- l'acceptation de l'accompagnant lors des soins ;
- l'information de la personne concernant les soins prodigués ;
- la prise en compte du ressenti de la douleur.

12 millions de Français sont touchés par un handicap[1]

Les réponses recueillies sont destinées à produire des analyses statistiques qualitatives, géographiques, non médicales et strictement anonymes, disponibles en ligne sur le site et l'application handifaction chaque trimestre. Des analyses approfondies sont également transmises aux institutions décisionnaires du soin et de l'accompagnement pour aider les professionnels de santé à mieux comprendre les personnes en situation de handicap et leurs besoins.

Chaque trimestre, environ 35 000 répondants renseignent le baromètre. Les données collectées révèlent les difficultés rencontrées par les patients :

- une impossibilité d'accéder aux soins dont ils ont besoin ;
- un refus de soins les conduisant à abandonner leurs soins.

Ces difficultés affectent également les accompagnants, certains étant parfois refusés par les soignants.

Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap afin de faciliter l'accès aux soins.

[1] Données reprises par la Cour des Comptes dans son rapport sur l'AAH de novembre 2019.

lien pour le baromètre avec les données locales

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

10

QUESTIONS DIVERSES

QUESTIONS



CALENDRIER



JEUDI 1er OCTOBRE 14h – Salle du conseil

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION