l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MÉDECINS

Jeudi 25 juin 2026

ORDRE DU JOUR

01
COMPOSITION

02
APPROBATION DU RELEVÉ DE DÉCISION DE LA CPD DU 11/12/2025

03
CHANGEMENT DE PRÉSIDENCE ET VICE PRÉSIDENCE

04
RAPPORT D'ACTIVITÉ 2025

05
POINT DE SITUATION SUR LA DÉMOGRAPHIE ET LES DÉPENSES

06
POINT CONVENTIONNEL

07
NUMÉRIQUE EN SANTÉ

08
PRÉVENTIONS

09
INFORMATIONS DIVERSES

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

1. Composition

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

2. Approbation du relevé de décisions du 11 décembre 2025

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

3. Changement de présidence et vice présidence

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

4. Bilan d'activité

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

5. Point de situation sur la démographie médicale et les dépenses

l'Assurance Maladie | Doubs

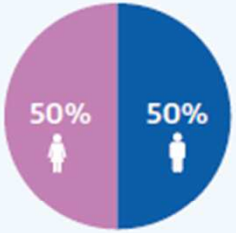
MÉDECINS GÉNÉRALISTES

DÉMOGRAPHIE 2025

CABINETS PRINCIPAUX / SECONDAIRES

	2022	2023	2024	2025
CABINETS PRINCIPAUX	519	510	519	522
CABINETS SECONDAIRES	60	43	54	48

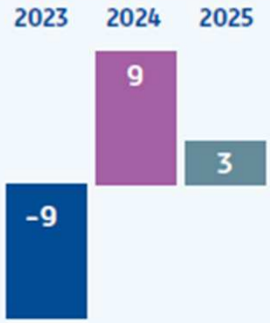
RÉPARTITION PAR SEXE



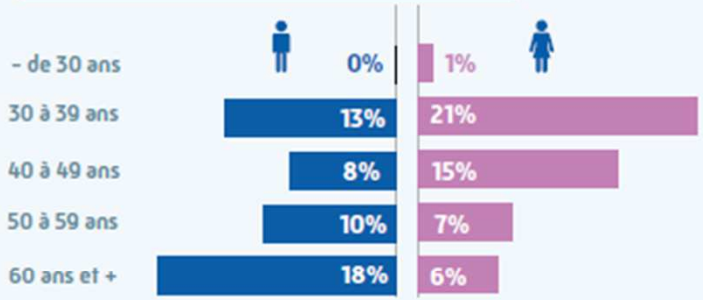
ÂGE MOYEN

2025 | 48 ans

DIFFÉRENCE INSTALLATIONS / CESSATIONS



RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE

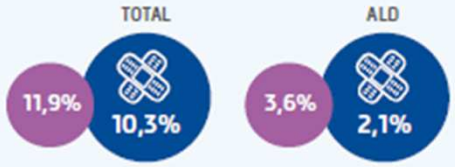


TAUX DE RECOURS

2025 | 83,2%

2024 | 84%

PATIENTS SANS MÉDECIN TRAITANT



Source : Erasme régional - suivi DCGDR - au 31/12/25 - RG seul

Source : SIAM

[Démographie MG]

l'Assurance Maladie | Doubs
Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie | Doubs

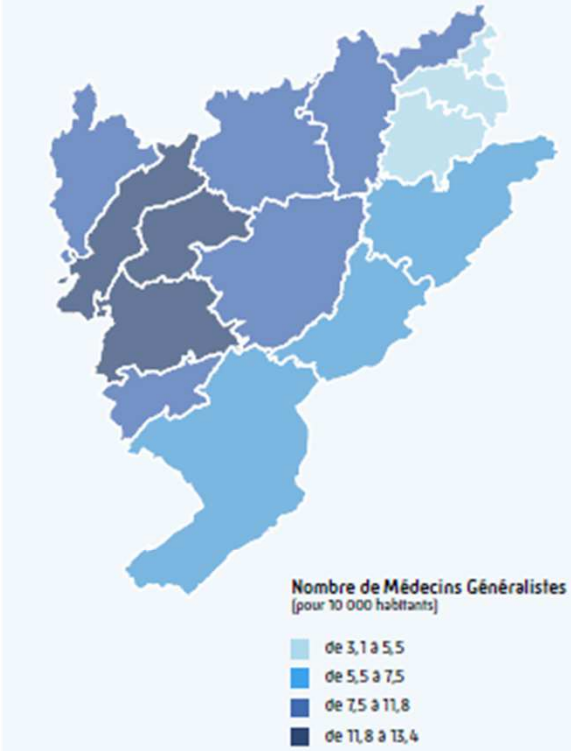
MÉDECINS GÉNÉRALISTES

DÉMOGRAPHIE
2025

DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



ZONAGE ARS POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



Source : SIAM - Outil Articque

[Démographie MG]

l'Assurance Maladie | Doubs
Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie | Doubs

MÉDECINS SPÉCIALISTES

DÉMOGRAPHIE
2025

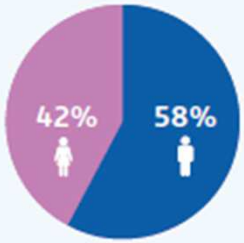
CABINETS PRINCIPAUX / SECONDAIRES

	2022	2023	2024	2025
CABINETS PRINCIPAUX	430	431	448	453
CABINETS SECONDAIRES	419	511	664	690

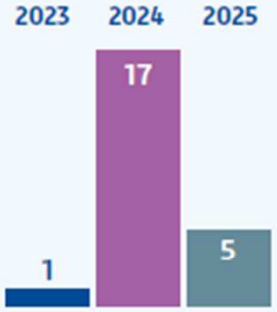
ÂGE MOYEN

2025 | 50 ans

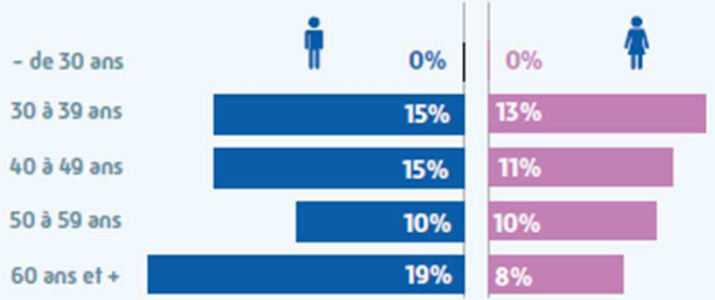
RÉPARTITION PAR SEXE



DIFFÉRENCE INSTALLATIONS / CESSATIONS



RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE



TAUX DE RECOURS

2025 | 63,5%
2024 | 62,7%

Source : SIAM

[Démographie spécialistes]

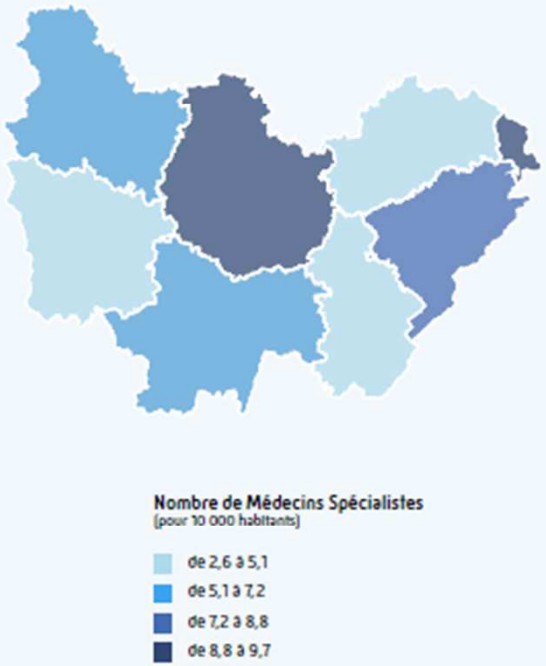
l'Assurance Maladie | Doubs
Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie | Doubs

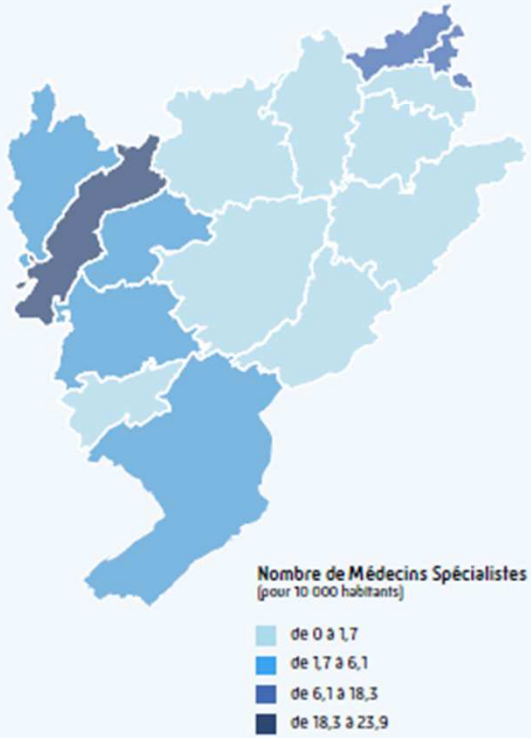
MÉDECINS SPÉCIALISTES

DÉMOGRAPHIE
2025

DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES



DÉMOGRAPHIE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES



Source : SIAM - Outil Articque

[Démographie spécialistes]

l'Assurance Maladie | Doubs
Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie | Doubs

Agir ensemble, protéger chacun

MÉDECINS

DÉMOGRAPHIE 2025

ÉVOLUTION DES DÉPENSES / VOLUMES

Généralistes

51,6 M€

ÉVOLUTION 3,9 M€ (+8,1%)

VOLUME	1,9 M	ÉVOLUTION -50 729 (-2,5%)
TAUX DE REMBOURSEMENT	78,9%	ÉVOLUTION - (+0,3%)
NOMBRE DE PATIENTS	422 739	ÉVOLUTION -2 774 (-0,7%)
REMBOURSEMENT PAR PATIENT	122,2€	ÉVOLUTION +9,9 € (+8,5%)
VOLUME PAR PATIENT	4,7	ÉVOLUTION -0,1 (-1,8%)
REMBOURSEMENT PAR ACTE	21,1€	ÉVOLUTION +2,4 € (+12,6%)
POPULATION PROTÉGÉE	506 987	ÉVOLUTION -1 184 (-0,2%)

Données au 31/12/2025

ÉVOLUTION DES DÉPENSES / VOLUMES

Spécialistes

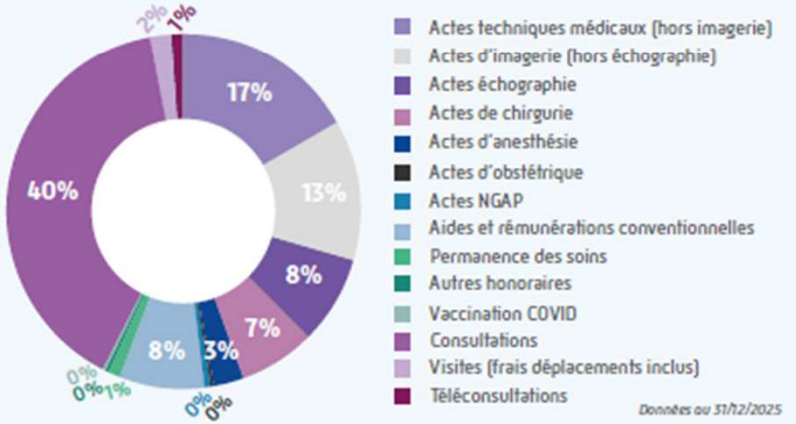
81,4 M€

ÉVOLUTION 4,2 M€ (+5,4%)

VOLUME	1,9 M	ÉVOLUTION 60 015 (+3,2%)
TAUX DE REMBOURSEMENT	85%	ÉVOLUTION - (+0,1%)
NOMBRE DE PATIENTS	323 725	ÉVOLUTION +3 691 (+1,2%)
REMBOURSEMENT PAR PATIENT	251,4€	ÉVOLUTION +10,2 € (+4,2%)
VOLUME PAR PATIENT	6,0	ÉVOLUTION +0,1 (+2,0%)
REMBOURSEMENT PAR ACTE	37,9€	ÉVOLUTION +4,8 € (+14,6%)
POPULATION PROTÉGÉE	506 987	ÉVOLUTION -1 184 (-0,2%)

Données au 31/12/2025

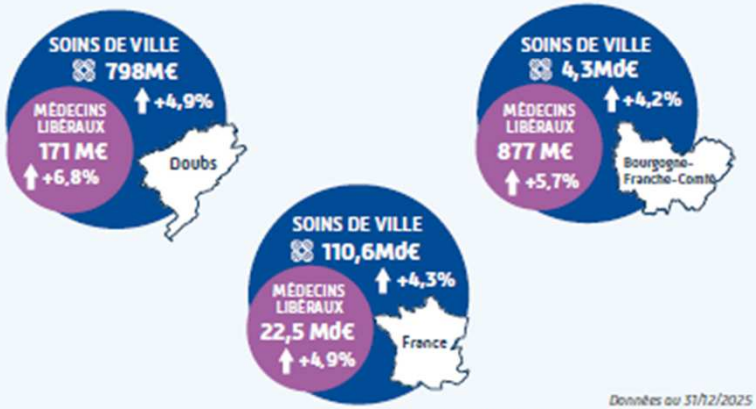
RÉPARTITION DES MONTANTS PAR PRESTATIONS



- Actes techniques médicaux (hors imagerie)
- Actes d'imagerie (hors échographie)
- Actes échographie
- Actes de chirgurie
- Actes d'anesthésie
- Actes d'obstétrique
- Actes NGAP
- Aides et rémunérations conventionnelles
- Permanence des soins
- Autres honoraires
- Vaccination COVID
- Consultations
- Visites (frais déplacements inclus)
- Téléconsultations

Données au 31/12/2025

RÉSUMÉ DES GRANDS POSTES



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

Source : SNIIRAM - Amdi Réseau - SIAM

[Dépenses médecins]

l'Assurance Maladie | Doubs

Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

6. Point conventionnel

ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES : GAP (1/3)

L'article 71 de la convention médicale prévoit la mise en place de Groupes d'Analyse de Pratiques (GAP), Financement CNAM via l'AN DPC (Agence nationale du développement professionnel continu)

Organisation en région : Comité de pilotage sous l'égide de la **DC GDR,** associant :

- ✓ Organisme retenu pour assurer l'animation des formations en BFC: **ODPC GQ (**Organisme de développement professionnel continu- Groupes qualité)
- ✓ Avec le concours de **l'URPS BFC**
- ✓ Ainsi que **l'ARS**

L'évaluation de l'évolution des pratiques nécessitera le recours aux données AM.

Calendrier : ***Mise en place COPIL en février 2026.***

ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES : GAP (2/3)

objectifs	• Favoriser la concertation sur la pertinence des actes et des soins : installer chez les participants des groupes une démarche réflexive permanente sur leurs pratiques, qu'il s'agisse de conduites diagnostiques, de thérapeutiques ou de parcours de soins du patient, avec l'ensemble des acteurs du territoire. • Responsabiliser les médecins à améliorer la qualité des soins au regard des dernières données de la science et éviter les dépenses inutiles liées aux prescriptions.
Organisation cible	Dans chaque territoire, groupes de pairs de 10 à 15 médecins libéraux, généralistes ou spécialistes, dans un but de promotion de démarche qualité, d'harmonisation et de pertinence des pratiques (conforme à la méthode de DPC élaborée par la HAS) Les groupes **se réunissent 5 ou 10 fois par an** à compter de la date de démarrage du groupe, réunions de 2 heures en présentiel ou en classe virtuelle ; Les groupes choisissant de se réunir 5 fois pourront évoluer ultérieurement vers la formule 10 réunions Animés par un **animateur pair formé à la méthode** ; Autour de **thématiques définies au niveau national, régional et choisies par le groupe**.
Thématiques des GAP en lien avec les programmes de pertinence validés par les partenaires conventionnels	**Formule GAP 10 réunions** • **4 thèmes nationaux validés en CPN** • **3 thèmes régionaux** définis par l'instance de gouvernance régionale pilotée par la DGDR, validés par la CPR • **3 thématiques proposées par les participants** aux groupes en fonction des spécificités territoriales et répondant aux mêmes **exigences de pertinences** **Formule GAP 5 réunions** : les **4 thèmes nationaux + 1** thème choisi par le groupe

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES : GAP (3/3)

Pour 2025/2026 les thématiques nationales validées en CPN sont 3 sujets en lien avec des indicateurs produits de santé

- ✓ **Antibiorésistance** : avec l'objectif de diminuer de 25% en 2027 et de 10% dès 2025 le volume d'antibiotiques

- ✓ **Polymédication** : avec l'objectif de diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus

- ✓ **Analgésiques** : avec l'objectif de diminuer de 10 % les volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés

- ➢ 1 sujet sur la prescription des arrêts de travail dont l'objectif est d'accroître la pertinence des prescriptions et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2 points par rapport au tendanciel.

OPTAM / OPTAM ACO : RETOUR SUR LA CAMPAGNE D'AVENANTS DE 2025/2026

144 avenants signés en début de campagne



120 avenants signés après la campagne
24 résiliations signées (4 chirurgiens, 11 anesthésistes, 5 gynécologues, 1 pédiatre, 1 cardiologue, 1 généraliste, 1 stomatologue).

 Dont 2 passages en secteur 1 et une cessation

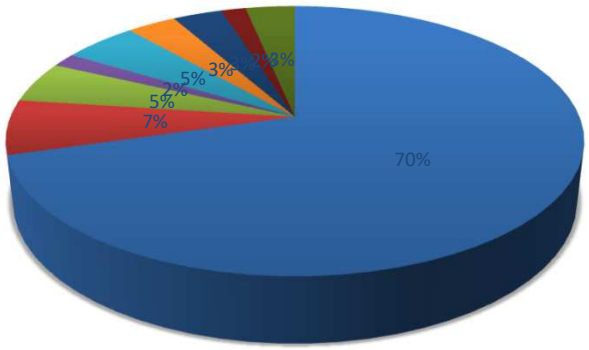
Pour résumer : 101 OPTAM et 19 OPTAM ACO

ASSISTANTS MÉDICAUX AU 12/06/2026 DANS LE DOUBS

Département du Doubs

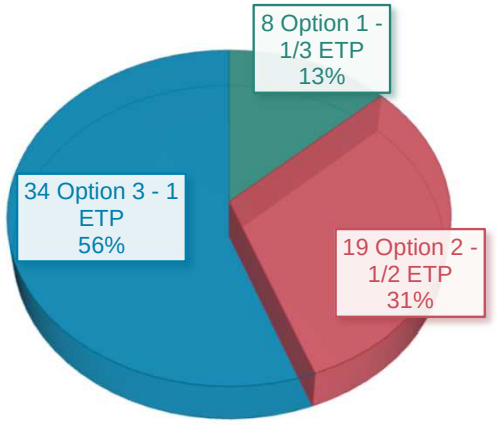
- 61 contrats assistants actifs signés et actifs au 12/06/2026
  - ☞ 43 Médecins généralistes
  - ☞ 18 Médecins spécialistes

61 Contrats Assistants Médicaux

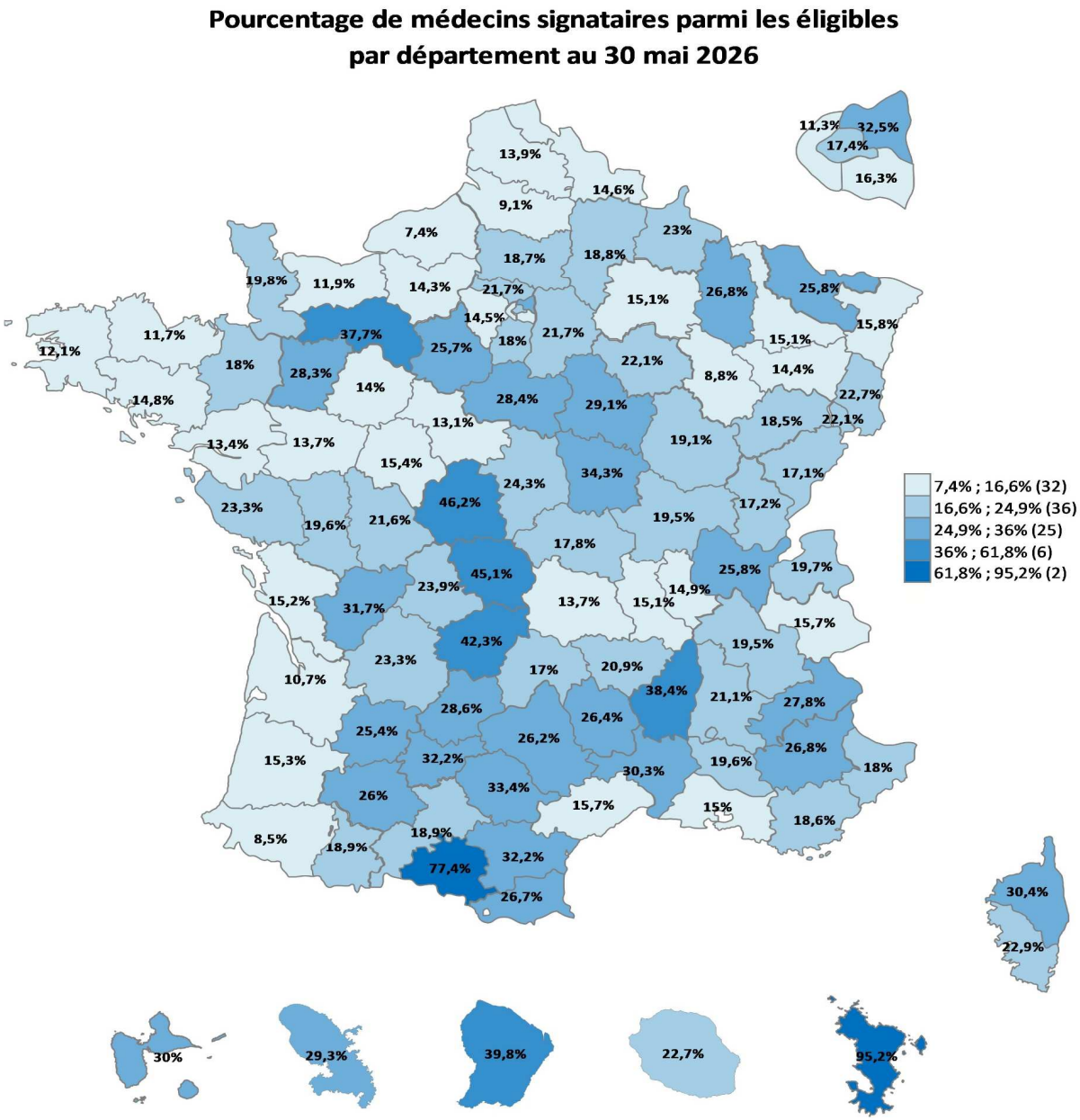


OPTIONS	NOMBRE
8 Option 1 - 1/3 ETP	8
19 Option 2 - 1/2 ETP	19
34 Option 3 - 1 ETP	34
Total	**61**

RÉPARTITION EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN (ETP)



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs



Cartographie répartition des contrats assistants médicaux France entière au 30/05/2026

LA CONSULTATION LONGUE DU MÉDECIN TRAITANT DE LA PERSONNE ÂGÉES DE PLUS DE 80 ANS

Afin de favoriser la prise en charge de la personne âgée de plus de 80 ans trois nouvelles consultations du médecin traitant sont créées au 1er janvier 2026.

Chacune des consultations longues du médecin traitant GL1, GL2 ou GL3 :

- est facturable au tarif opposable à 60 € (72€ dans les DROM)
- est facturable une fois par an et par patient (pour une même année civile, par exemple une GL1 et une GL2 sont facturables la même année mais pas deux GL2 pour un même patient)
- la facturation est possible à partir de la date anniversaire des 80 ans du patient.

196 GL1, 86 GL2 et 232 GL3 ont déjà été réalisées.

LA CONSULTATION LONGUE DE DÉPRECRIPTION DE PATIENTS HYPERPOLYMÉDIQUÉS GL2

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL2 lorsqu'il réalise une consultation longue de déprescription pour son patient de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication réalisé en pharmacie sur prescription du médecin.

A noter :

Un bilan médication réalisé par le pharmacien en amont (code BMI facturé) est requis pour facturer la GL2.

La consultation GL2 peut également s'appuyer sur le bilan réalisé par le pharmacien en accès direct ou prescrit par un médecin autre que le médecin traitant. Le bilan de médication ne doit donc pas obligatoirement être prescrit par le médecin traitant.

LA CONSULTATION LONGUE DE DÉPRECRIPTION DE PATIENTS HYPERPOLYMÉDIQUÉS GL2

Consultez la page dédiée sous Ameli pour en savoir plus sur le bilan de médication Partagé

https://www.ameli.fr/doubs/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication

Le médecin traitant est informé de la réalisation d'un bilan partagé de médication par son envoi par le pharmacien sur sa MSS et sur le DMP du patient.

CAMPAGNE DAM DU 01/12/2025 AU 31/05/2026 : INDEMNITÉS JOURNALIÈRES
CONTEXTE DE LA CAMPAGNE DAM

Les arrêts de travail pour maladie en 2023*

28% **des salariés (hors fonctionnaires) ont eu au moins un arrêt maladie indemnisé**

10,2 Md€ **d'indemnités journalières versées**

8,4 M **d'avis d'arrêts de travail avec au moins une journée indemnisée**

286 M **de journées d'arrêts de travail indemnisées**

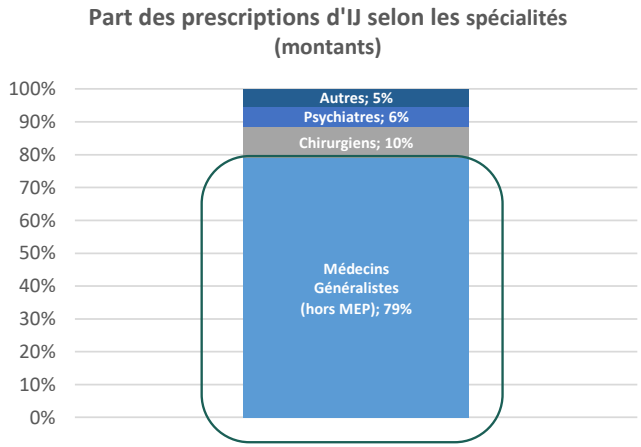
5,9 M **de bénéficiaires avec au moins une journée indemnisée**

35,7€ : **montant moyen versé par journée indemnisée**

+3,9% / an **en moyenne en nombre de journées**
(hors effet Covid-19)

* Drees, décembre 2024

Les prescripteurs et part des montants prescrits - 2023



122 médecins accompagnés

Convention médicale – juin 2024

Accroitre la pertinence des prescriptions
=> respect des recommandations
Ralentir l'évolution du nb de jours indemnisés de 2% par an
=> prescription dématérialisée (e-AAT) et selon les référentiels de durée

LES DIFFÉRENTS MESSAGES DE LA CAMPAGNE

Des repères pour accompagner la prescription dans un contexte marqué par la hausse des indemnités journalières

- **Promotion des référentiels de durée élaborés par l'Assurance Maladie avec l'avis de la HAS, pour harmoniser les pratiques**
- **Les troubles psychiques (notamment dépression et trouble anxiodépressif mineur) figurent parmi les premiers motifs d'arrêt de travail dématérialisés**
  - Actuellement, seul le trouble anxiodépressif mineur dispose d'un référentiel
  - **NOUVEAUTE** Un référentiel épisode dépressif disponible en 2026

La simplification et la sécurisation de la prescription des arrêts de travail

- **Le téléservice Avis d'arrêt de travail dématérialisé (e-AAT) est le canal de prescription à privilégier**
- **Usage obligatoire du CERFA sécurisé pour toute prescription papier**

L'accompagnement des arrêts longs et des situations complexes

- **Une attention particulière aux arrêts > 6 mois et aux situations complexes**
  - **NOUVEAUTE** => SOS IJ pour les caisses des départements concernés pour les situations complexes
- **Le médecin prescripteur peut mobiliser des relais d'appui pour anticiper et accompagner la reprise**
  - Médecin conseil : appui médico-administratif via « Contacter le médecin conseil » sur amelipro
  - Service social de l'Assurance Maladie : intervention prioritaire si risque de rupture avec l'emploi
  - Médecine du travail : évaluation des aménagements du poste ou d'une reprise progressive
  - 3646 : orientation de l'assuré vers les dispositifs adaptés

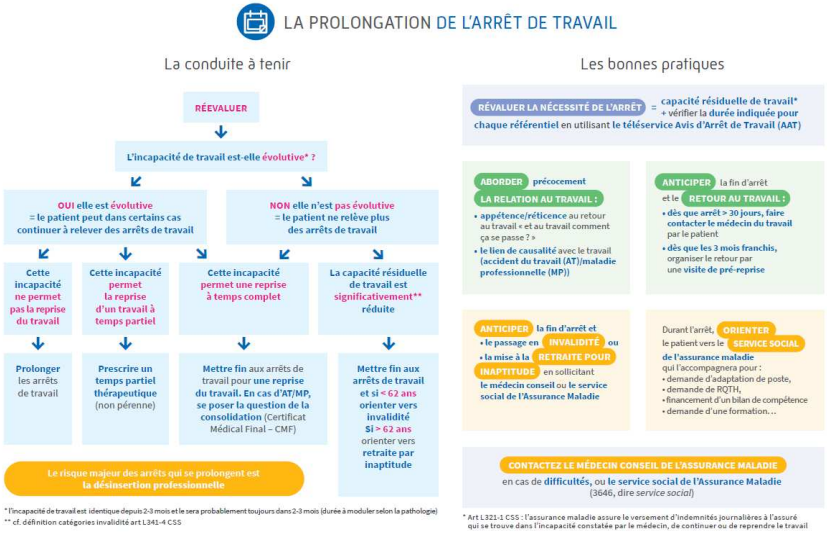
OUTILS MISE A DISPOSITION :
LE LOGIGRAMME – LES ALTERNATIVES A L'ARRET DE TRAVAIL

2 parties (Arrêt initial et Prolongation) + 1 lexique

⇒ propose une aide à la décision à chaque étape - prescription initiale, prolongation, réévaluation, reprise –

⇒ met en perspective les leviers mobilisables pour accompagner le patient et organiser la coordination avec les acteurs du parcours





DOCUMENTS REMIS

Pour le Médecin



L'arrêt de travail pour maladie : prescription et retour à l'emploi

Un enjeu crucial

Prescrire un arrêt de travail, c'est poser un acte médical. Cette prescription doit être envisagée, si nécessaire, pour permettre l'amélioration de l'état de santé du patient.

L'arrêt de travail offre au patient le repos indispensable à sa récupération. Il permet également le versement d'indemnités journalières par l'Assurance Maladie afin de compenser partiellement la perte de salaire liée à une incapacité médicalement constatée. Cette prescription engage la responsabilité du professionnel de santé.

Après **une forte augmentation** liée à la crise sanitaire, le volume d'arrêts de travail reste élevé en 2023. Les facteurs expliquant cette situation sont multiples :

- **Facteurs structurels :** accroissement et vieillissement de la population active, recul de l'âge de départ à la retraite, hausse du taux de recours aux arrêts maladie, augmentation significative des arrêts longs ;
- **Évolution de certaines pathologies :** troubles psychiques, troubles musculosquelettiques.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie agit auprès de l'ensemble des acteurs - patients, professionnels de santé, entreprises pour **favoriser le bon usage du système, limiter les usages inappropriés et lutter contre les fraudes.**

PRESCRIRE UN ARRÊT DE TRAVAIL : LE RÔLE ET LES RESPONSABILITÉS

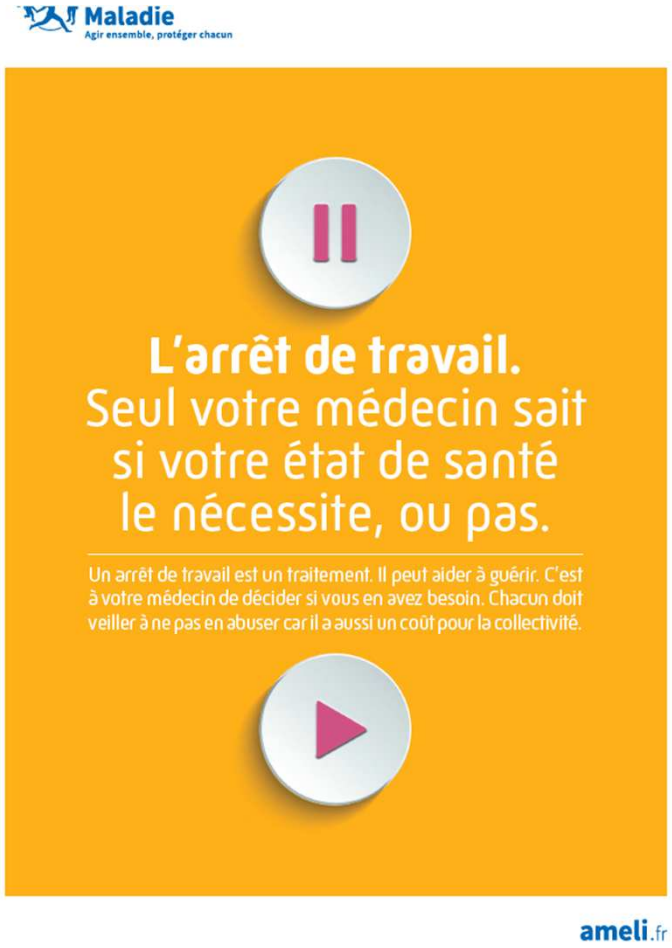
Prescrire un arrêt de travail, c'est engager la responsabilité du professionnel de santé.

Conformément à l'article R.4127-8 du code de déontologie médicale, « le médecin doit limiter ses prescriptions et certificats à ce qu'impose la stricte nécessité du traitement ou de l'acte de prévention, de diagnostic ou d'évaluation ».

Cela implique :

- d'évaluer si un arrêt est médicalement justifié ;
- d'adapter sa durée à l'état de santé du patient et aux fiches repères élaborées avec le concours de la Haute Autorité de Santé (HAS) ;
- d'accompagner, quand c'est possible, le retour progressif à l'emploi.

Pour l'assuré
mémo avec recommandations reprise du travail





Flyer avec recommandations administratives

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

CAMPAGNE DAM DU 01/06/2026 AU 30/09/2026 – CAMPAGNE DEPISTAGE DE LA MALADIE RENALE CHRONIQUE - CONTEXTE DE LA CAMPAGNE DAM



- 5,7 millions de personnes concernées en France
- 7 à 10 % de la population atteinte
- Pathologie **silencieuse et sous-diagnostiquée**
- Enjeu majeur de santé publique, la MRC est la 8ème cause de mortalité dans le monde, elle devrait être la 5ème cause d'années de vie perdue d'ici à 2040
- 1 cas sur 2 de la MRC est liée à un diabète ou à une hypertension artérielle
- **Coût moyen annuel d'un traitement pour insuffisance rénale phase terminale 43 450 € /an /patient**
- En 2023, environ 10 000 MG libéraux sont concernés par un manque de dépistage auprès de leurs patients; moins de **32 % des patients diabétiques sont dépistés correctement**

RAPPEL DES OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

Objectif général

Améliorer le dépistage annuel de la MRC par la réalisation simultanée de 3 dosages : la **créatininémie**, l'**albuminurie** et la **créatininurie** dans la population à risque de la MRC telle que définie par la HAS.

Les résultats d'analyse urinaire sont présentés sous la forme du ratio albuminurie/créatininurie ou RAC mesuré en mg/g.

Objectifs spécifiques

- **Confirmer le diagnostic de la MRC** : répéter en cas de doute la prescription dans les 3 mois et apprécier le besoin de recours au néphrologue selon le degré d'urgence.
- **Mettre en place dès le stade précoce des mesures de néphroprotection** (encourager l'activité physique, lutter contre la sédentarité, contrôler régulièrement la pression artérielle, lutter contre le tabagisme, contrôler l'exposition aux produits néphrotoxiques : AINS, toxiques professionnels tels que plomb, cadmium, mercure).
- **Permettre une prise en charge précoce** et une **réduction des complications** à long terme.

EN SYNTHÈSE

Rôles clés du médecin généraliste

1. Premier interlocuteur de confiance du patient
2. Identification précoce des patients à risque (en particulier diabétiques et hypertendus) par un dépistage annuel comprenant **3 dosages**: **créatininémie, albuminurie et créatininurie**
3. Acteur majeur de prévention

Un **dépistage précoce** permet de :

- **Réduire** le risque cardiovasculaire
- **D'adapter** les traitements
- **D'agir** avant toute dégradation irréversible
- De **prévenir** ou de **retarder** l'entrée en dialyse

DOCUMENTS REMIS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Dépistage de la maladie rénale chronique
MÉMO MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Cette fiche a pour objectif d'accompagner les médecins généralistes dans le repérage, le dépistage et l'orientation vers un parcours de soins spécialisés des patients à risque de la maladie rénale chronique (MRC). Elle s'appuie sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et vise à faciliter une prise en charge précoce, coordonnée et adaptée, afin de prévenir la progression de leurs pathologies vers des complications cardiovasculaires et vers l'insuffisance rénale chronique.

PATIENTS À RISQUE DE MRC

Facteurs de risque	Exemples / Précisions
Diabète	Type 1 ou Type 2
Hypertension artérielle	Traitée ou non
Maladie cardiovasculaire athéromateuse	Maladie coronaire, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), artériopathie périphérique
Insuffisance cardiaque	Toutes classes
Obésité	IMC > 30 kg/m2
Maladies de système ou auto-immunes	Lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde…
Affections urologiques	Malformation des voies urinaires, infections urinaires récidivantes…
Antécédents familiaux de maladie rénale	Insuffisance rénale évolutive
Antécédents de néphropathie aiguë	Même ancienne
Traitements néphrotoxiques	Médicaments néphrotoxiques, en particulier Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), chimiothérapie
Exposition aux produits de contraste iodés	Radiothérapie ciblant l'aire rénale
Exposition à des toxiques professionnels	Plomb, cadmium, mercure

EXAMENS DE DÉPISTAGE RECOMMANDÉS (1/AN)

- Dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire (eDFG) selon l'équation CKD-EPI (formule utilisée pour estimer le DFG en se basant sur la créatininémie, l'âge et le sexe du patient)
- Dosage sur échantillon urinaire d'albuminurie et de créatininurie avec calcul du rapport albuminurie sur créatininurie (RAC)
- Lorsque l'un ou plusieurs de ces dosages revient anormal ou douteux, répéter les tests dans les 3 mois qui suivent les examens afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic.

Ces dosages permettent de détecter précocement la MRC et d'évaluer la sévérité selon la matrice (tableau) KDIGO

1_

MESURES DE NÉPHROPROTECTION

- **Contrôler l'exposition aux produits néphrotoxiques**
- **Sécurisation de l'utilisation des médicaments à élimination rénale**
  - Exposition professionnelle
  - Médicaments néphrotoxiques
  - Produits pharmaceutiques
- **Délivrer des messages de lutte contre la sédentarité**
  - Encourager et prescrire la pratique de l'activité physique / activité physique adaptée
- **Lutter contre la dépendance tabagique**
  - Orienter si possible vers le site www.tabac-info-service.fr ou 3989
- **Contrôler régulièrement la pression artérielle et l'albuminurie**
- **Contrôler les facteurs de risque cardiovasculaire**

STRATIFICATION DU RISQUE DE PROGRESSION DE LA MRC [1]

Risque de progression de la Maladie Rénale Chronique en fonction du DFG et de l'albuminurie				Catégories d'albuminurie persistante (Description et valeurs)		
				A1	A2	A3
				Normale-légère	Modérée	Sévère
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Catégories relatives à la fonction glomérulaire (DFG) (description et valeur)	Stade	Description	DFG (mL/min/1,73m2)			
	G1	Normal ou haut	≥90			
	G2	Légèrement Diminué	60-89			
	G3a	Insuffisance rénale légère à modérée	45-59			
	G3b	Insuffisance rénale modérée à sévère	30-44			
	G4	Insuffisance rénale sévère	15-29			
	G5	Insuffisance rénale terminale	<15			

Faible risque (en absence d'autres marqueurs de maladie rénale)
Risque modéré | Haut risque | Très haut risque

LES CRITÈRES À PRENDRE EN COMPTE POUR ADRESSER VERS LE NÉPHROLOGUE

Critères à prendre en compte pour orienter le patient vers le néphrologue	
	l'étiologie de la MRC (ex : maladie rénale évolutive)
	le stade de la MRC : à partir du haut risque de progression de la maladie (cf. matrice KDIGO)
	une hypertension artérielle non contrôlée (objectif thérapeutique non atteint)
	un déclin rapide du DFG (≥ 5ml/min/1,73 m² par an)
	la présence ou la persistance d'une albuminurie sévère (> 500 mg/g, 50 mg/mmol)

Retrouvez tous les informations utiles sur le site ameli.fr

1 Tableau issu des recommandations KDIGO 2012 https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf

IDF-Sem - Stade gériatrique - Décembre 2025

2_

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

CAMPAGNE DAM DU 01/06/2026 AU 30/11/2026 – CAMPAGNE VAEV (VISITE D'ACCOMPAGNEMENT EN VILLE) - CONTEXTE DE LA CAMPAGNE DAM

500 médecins accompagnés

1. Renforcer la relation de confiance entre l'Assurance Maladie et tous les médecins conventionnés à travers un temps d'échange annuels approfondis et personnalisés

2. Partager à l'ensemble des médecins des informations génériques relatives à la mise en œuvre de la convention médicale et/ou à l'actualité

3. Accompagner le médecin généraliste dans l'appropriation et le suivi de ses indicateurs en matière de pertinence et établir un accompagnement annuel personnalisé sur ce sujet

4. Favoriser l'appropriation des messages et outils de l'amélioration des pratiques.

NOUVEAU FORFAIT MÉDECIN TRAITANT

Un nouveau forfait médecin traitant est en vigueur depuis le 01/01/2026.

- ✓ recentré sur la valorisation de l'accompagnement patient par patient
- ✓ valoriser le rôle clé du médecin traitant dans le suivi et la prévention menés auprès de chaque patient
- ✓ aider chaque médecin traitant à gérer au quotidien ses actions de prévention

Ce tableau de bord offrira ainsi à terme une vision plus complète du parcours de prévention des patients, facilitant la coordination et l'anticipation des besoins pour un meilleur accompagnement personnalisé.

Le service sera progressivement enrichi au cours de l'année avec de nouveaux indicateurs portant sur :

- ✓ les dépistages organisés des cancers (sein, colorectal, et col de l'utérus) avec la possibilité d'imprimer directement le courrier d'invitation au dépistage pour un patient donné ;
- ✓ les vaccinations des adultes et adolescents : grippe, covid, pneumocoque, et HPV ;
- ✓ la santé des enfants : examens obligatoires de l'enfant, vaccinations contre ROR et méningocoque ACWY, réalisation des examens bucco-dentaires annuels

TRANSITION ENTRE L'ANCIEN FPMT ET LE NOUVEAU FMT

Une transition garantissant au médecin une **continuité de rémunération** sans interruption

FPMT (convention 2016)
maintenu jusqu'au
31/12/2025
Cf. note méthodologique

ROSP (convention 2016)
maintenu jusqu'au
31/12/2025
Cf. guide méthodologique

FMT & Majorations prévention
À compter du 01/01/2026



Impact au niveau comptable pour les années 2026 et 2027

FORFAIT MÉDECIN TRAITANT – UNE PARTIE SOCLE ET DES MAJORATIONS

2026

FORFAIT SOCLE

Patient	Ancien montant	Nouveau montant
(ALD) 80 ans ou plus	70€	**100€**
80 ans et plus	46€	**55€**
(ALD) 0-79 ans	46€	**55€**
75-79 ans	5€	**15€**
7 à 74 ans	5€	**5€**
Moins de 7 ans	6€	**15€**

+

FORFAIT PRÉCARITÉ

+ 10 €

par patient bénéficiaire de la C2S

+

MAJORATIONS SPECIFIQUES

Je suis médecin …	Je bénéficie d'une majoration du forfait socle de :
Installé en ZIP/QPV	**+10%**
Primo-installé en ZIP/QPV	**+50%** *La 1ère année puis +30% et 10% les années suivantes*
Âgé de + de 67 ans	**+10%**

Pour les patients non vus depuis deux ans, le montant forfaitaire s'élèvera à 5 €, sauf pour :

- les patients ayant été institutionnalisés en EHPAD ou en ESMS au cours des deux dernières années ;

- les patients dont le médecin traitant est financé à la capitation au 31 décembre de l'année précédente.

** Les médecins devront valider annuellement les données de leur lieu d'exercice via AmeliPro*

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

FORFAIT MÉDECIN TRAITANT UNIQUE

2026

Patient	Ancien montant	Nouveau montant
(ALD) 80 ans ou plus	70€	100€
80 ans et plus	46€	55€
(ALD) 0-79 ans	46€	55€
75-79 ans	5€	15€
7 à 74 ans	5€	5€
Moins de 7 ans	6€	15€

+ 5 €

par indicateur et par patient

+

+

FORFAIT PRÉCARTÉ

+ 10 €

par patient bénéficiaire de la C2S

MAJORATIONS SPECIFIQUES

Je suis médecin …	Je bénéficie d'une majoration du forfait socle de :
Installé en ZIP/QPV	+10%
Primo-installé en ZIP/QPV	+50% *La 1ère année puis +30% et 10% les années suivantes*
Âgé de + de 67 ans	+10%

Thème	Indicateurs
VACCINATION	• **Grippe** : chaque année, patient à risque • **Covid** : chaque année, patient à risque • **Pneumocoque** : patient adulte à risque , 1 dose unique • **ROR** : au moins 2 doses entre la naissance et 24 mois inclus • **Méningocoque ACWY** : au moins 1 dose entre la naissance et 12 mois inclus • **HPV** : au moins 2 doses reçues entre 10 et 14 ans inclus
DÉPISTAGE	• **Cancer colorectal** : test de dépistage tous les 2 ans • **Cancer du sein** : femmes de 50 à 74 ans inclus, mammographie de dépistage tous les 2 ans • **Cancer du col de l'utérus** : femmes de 25 à 65 ans, rythme et examen selon l'âge • **Diabète par glycémie à jeun** : pour les patients à risque, dépistage tous les 3 ans • **MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie** : pour les patients à risque, dépistage tous les ans
SUIVI	• **Suivi du diabète par dosage HbA1c** : tous les 6 mois • **Examen obligatoire de l'enfant du 9ème mois** : entre 8 et 10 mois inclus • **Examen obligatoire de l'enfant du 24 ou 25ème mois** : entre 22 et 26 mois inclus • **Examen bucco-dentaires annuel** : tous les ans

OUTILS MIS A DISPOSITION

- Un flyer national format A4 qui reprenne les grandes lignes de la visite
- En attente un flyer sur les indicateurs de pertinence





DOCTEUR JUNIOR - PRESENTATION GENERALE

Instauration par la LFSS de 2023 d'une 4ème année d'internat en médecine générale, dite « Docteur Junior » sous la forme de stages en ville de 6 mois chacun, indépendant l'un de l'autre

Chaque Docteur Junior de MG effectue 2 stages de 6 mois en médecine de ville en cabinet de ville auprès d'un maître de stage agréé ou au sein d'une structure agréée (MSP ou CDS)

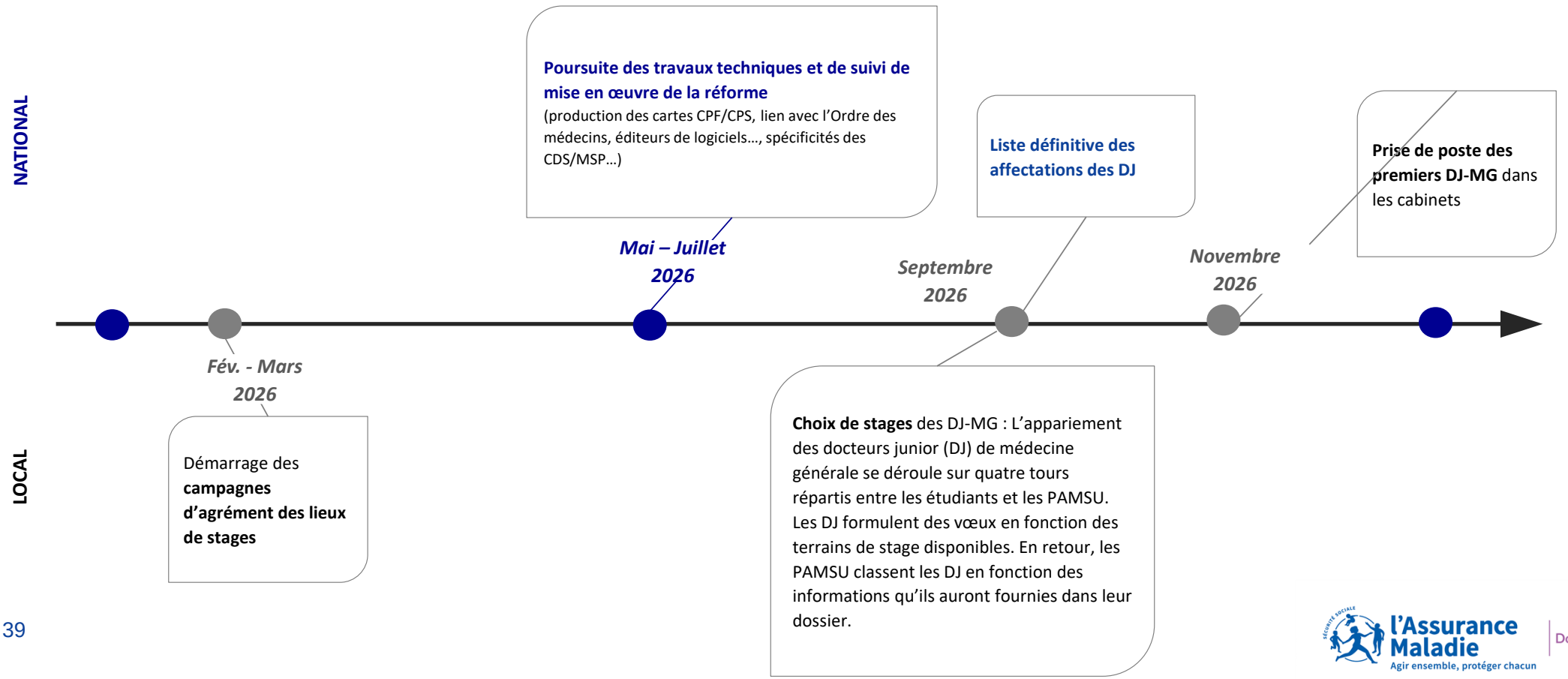
Estimation d'environ 4 000 Docteurs Junior par promotion – dont 78 DJ pour le Doubs

Démarrage des premiers stages – 1er novembre 2026

DOCTEUR JUNIOR - OBJECTIFS DE LA RÉFORME

Renforcer la formation pratique et théorique	Aligner la durée de formation des médecins généralistes sur celle des autres spécialités médicales et faciliter l'appréhension du futur exercice en médecine de ville.
Favoriser une autonomie progressive	Mettre l'étudiant en situation de responsabilité supervisée pour sécuriser la transition entre les études et l'installation professionnelle - phase dite « de consolidation »
Améliorer l'accès aux soins	Favoriser l'installation en médecine de ville à l'issue de cette 4e année et faire découvrir l'exercice coordonné, la pluri professionnalité et la pratique en zones sous-denses.

DOCTEUR JUNIOR - CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE



DOCTEUR JUNIOR - LES GRANDS PRINCIPES DE MISE EN OEUVRE

1

Enregistrement

Enregistrement des DJ par l'Ordre, l'ANS et l'AM

2

Carte CPF

Délivrance d'une carte CPF avec attribution d'un numéro d'AM

3

Pas de démarche auprès de la CPAM

Aucune démarche requise du DJ auprès de la CPAM

4

Tiers payant

Le DJ facture ses actes en tiers payant obligatoire

5

Rémunération non liée à l'activité

Le DJ n'est pas rémunéré sur la base de l'activité réalisée

6

Rémunération versée par le CHU

Aucune rémunération par l'AM — le DJ est exclusivement rémunéré par son CHU de rattachement. Envoi d'un relevé d'activité par la CNAM aux CHU pour versement de la prime d'activité

DOCTEUR JUNIOR - LES PRINCIPES DE FACTURATION DU DOCTEUR JUNIOR



Utilisation de la carte CPF du DJ pour facturer ses actes



Interdiction d'utiliser la CPS du PAMSU pour facturer
(idem si remplaçant)



Configuration <u>obligatoire</u> du poste du DJ pour facturation en tiers payant sur part remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO)



. Facturation des actes uniquement aux tarifs opposables sans dépassement
. Perception du ticket modérateur payé par l'assuré par le DJ avec rétrocession au PAMSU



Règles du parcours de soins s'appliquent: un patient sans MT et qui n'est pas dans les cas d'exclusion se verra appliquer la majoration du TM

Des instructions comptables spécifiques seront communiquées ultérieurement

DOCTEUR JUNIOR - EQUIPEMENT DU DJ / LIEUX DU PAMSU

Un poste dédié **recommandé** + Une licence logiciel SV dédiée obligatoire pour facturer en SV = Facturation conforme et sécurisée

Accès DMP Via logiciel ou web-dmp + Accès téléservices AM via amelipro ou intégré = Conditions d'exercice optimales

Le DJ ne peut pas être déclaré MT et ne doit pas utiliser le TLS de déclaration MT

Nécessité pour le PAMSU d'anticiper les démarches auprès de son éditeur pour s'équiper d'une licence supplémentaire avant l'arrivée du Dr Junior dans son cabinet

Nécessité pour le PAMSU de s'assurer que le matériel informatique permet au DJ d'accéder aux téléservices

LE DJ doit créer son propre compte amelipro avec sa CPF

Des recommandations complémentaires à venir pour l'accompagnement DNS

DOCTEUR JUNIOR - LES POINTS D'ATTENTION



Un dispositif nouveau qui suit des règles propres et ne peut être apparenté à aucun autre statut connu

Un dispositif hors champ conventionnel

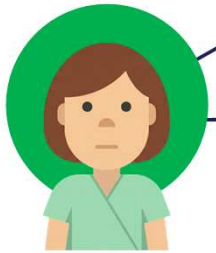
Pas de dispositif médecin traitant
(Le DJ ne peut pas être médecin traitant / Pas d'utilisation du formulaire ou du téléservice DMT)

Un accompagnement des DJ assuré par la caisse de rattachement du PAMSU

Des prérequis techniques spécifiques seront nécessaires et seront explicités fin juin aux DNS

Une opportunité pour les DAM de s'inscrire dans un accompagnement collectif, et de porter certaines thématiques de maîtrise médicalisée.
Les précisions seront apportées début juillet

SCHÉMA DE RÉMUNÉRATION DJ - PAMSU



Patient



Assurance Maladie

Part AMO retenue par l'Assurance Maladie (non versée)

Ticket modérateur (TM) payé par le patient

DJ



Collecte du TM par le DJ pour le compte du PAMSU

Informations d'activité pour la prime d'activité du DJ



Versé par le CHU de rattachement

SALAIRE DU DJ

- **Emoluments**
  2 375€ /mois
- **Prime d'autonomie supervisée**
  5000 euros /an
- **Indemnité ZIP**
  1 000€ /mois
- **Prime activité**
  (> 200 actes/mois) 500€ / semestre
- **Activité de PDSA**
  (régulation 50€/h ;
  effection : garde DJ)

Reversement au PAMSU des TM perçus par le DJ

Honoraires du PAMSU

- **Tickets modérateurs**
  de l'activité réalisée par le DJ

Compensations financières versées par l'UFR

- **Honoraires pédagogiques**
  600€ bruts/mois/étudiant
- **Prime conditionnelle (ZIP/ZAC/QPV)**
  800€ bruts /mois/étudiant
- **Supervision PDSA**
  400€ bruts /mois/étudiant
- **Compensations** liées à une patientèle exonérée de TM / au régime d'Alsace-Moselle / à l'interruption totale non prévisible du stage du DJ



PAMSU/structure agréée

PARCOURS COORDONNES RENFORCES (PCR)

➡️ **PCR Addiction à venir avant la fin de l'année 2026**

2 Parcours Coordonnés Renforcés (PCR) sont parus au JO :

- **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 (replay disponible)
- **Appel à candidature de l'ARS BFC** paru le 2 juin – date limite de candidature : 10/09/2026
  🗓️ réunions départementales DT/CPAM à prévoir à partir du 10/09 pour étude des dossiers reçus (calage des temps en cours par l'ARS siège – la DCGDR transmettra les informations aux cpam).
- **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
- PCR via **appel à candidature** de l'ARS => **à venir cette semaine** *(une structure par département en concertation avec le conseil départemental)*
- Modification suite demande ministérielle : 2 vagues au lieu de 3 vagues comme prévues dans le CDC national.
  BFC : 4 départements 21/25/71/89 en 2026 /// 4 départements 39/58/70/90 en 2027

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

GÉNÉRALISATION DE L'OFFRE SOS IJ

COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE / LOCALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX

08/07/2026

1.
L’OFFRE DE SERVICE SOS IJ

2.
RETOUR SUR L’EXPÉRIMENTATION CONDUITE

3.
CADRE ET TRAJECTOIRE DE GÉNÉRALISATION

4.
COMMUNICATION ET ACCOMPAGNEMENT DES MÉDECINS

Sécurité sociale
l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

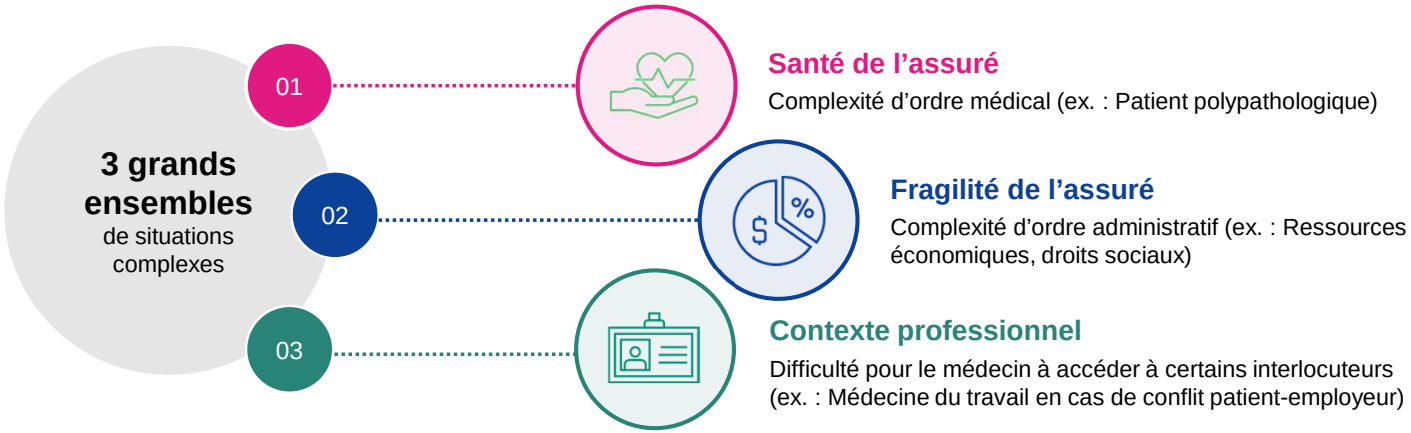
1.

L’OFFRE DE SERVICE SOS IJ

l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

CONTEXTE : L'OFFRE DE SERVICE SOS IJ

Confrontés à des situations complexes d'arrêts de travail pour leurs patients, qui peuvent être liées à des problématiques de santé (maladies chroniques, pathologies invalidantes), à des difficultés sociales (précarité, isolement) ou à des conflits professionnels, les médecins libéraux expriment souvent des **difficultés à trouver les bons interlocuteurs** au sein de l'Assurance Maladie ou à l'extérieur pour gérer ces cas complexes.



Santé de l'assuré
Complexité d'ordre médical (ex. : Patient polypathologique)

Fragilité de l'assuré
Complexité d'ordre administratif (ex. : Ressources économiques, droits sociaux)

Contexte professionnel
Difficulté pour le médecin à accéder à certains interlocuteurs (ex. : Médecine du travail en cas de conflit patient-employeur)

Objectif :

Faciliter la résolution de situation d'arrêts de travail complexes

Dates de déploiement :

- Expérimentation à compter de début 2025
- Généralisation à compter de juin 2026

En conséquence, dans le cadre conventionnel, l'Assurance Maladie s'est engagée à **proposer aux médecins un service attentionné dédié « SOS IJ » pour leur permettre de la saisir plus simplement et rapidement, afin de gérer ces situations complexes.**
SOS IJ a vocation à constituer un vecteur privilégié pour favoriser la reprise du travail en mobilisant l'ensemble des acteurs médicaux (Médecin traitant, Médecin Conseil et Médecin du travail) et l'offre du service social en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

L’OFFRE SOS IJ EST STRUCTURÉE AUTOUR DE 3 PRINCIPES ET 3 COMPOSANTES

3 principes

Simple

Fournir aux médecins un accès direct à une assistance pour traiter les situations d'arrêts de travail complexes

Rapide

Réduire le temps de traitement des dossiers complexes liés aux Indemnités Journalières (IJ)

Efficace

Proposer une expertise personnalisée et des solutions adaptées aux cas complexes

SOS IJ

3 composantes

Plateforme en ligne

Un service dans amelipro où les médecins peuvent soumettre des questions ou des dossiers complexes de manière confidentielle

Délais de réponse

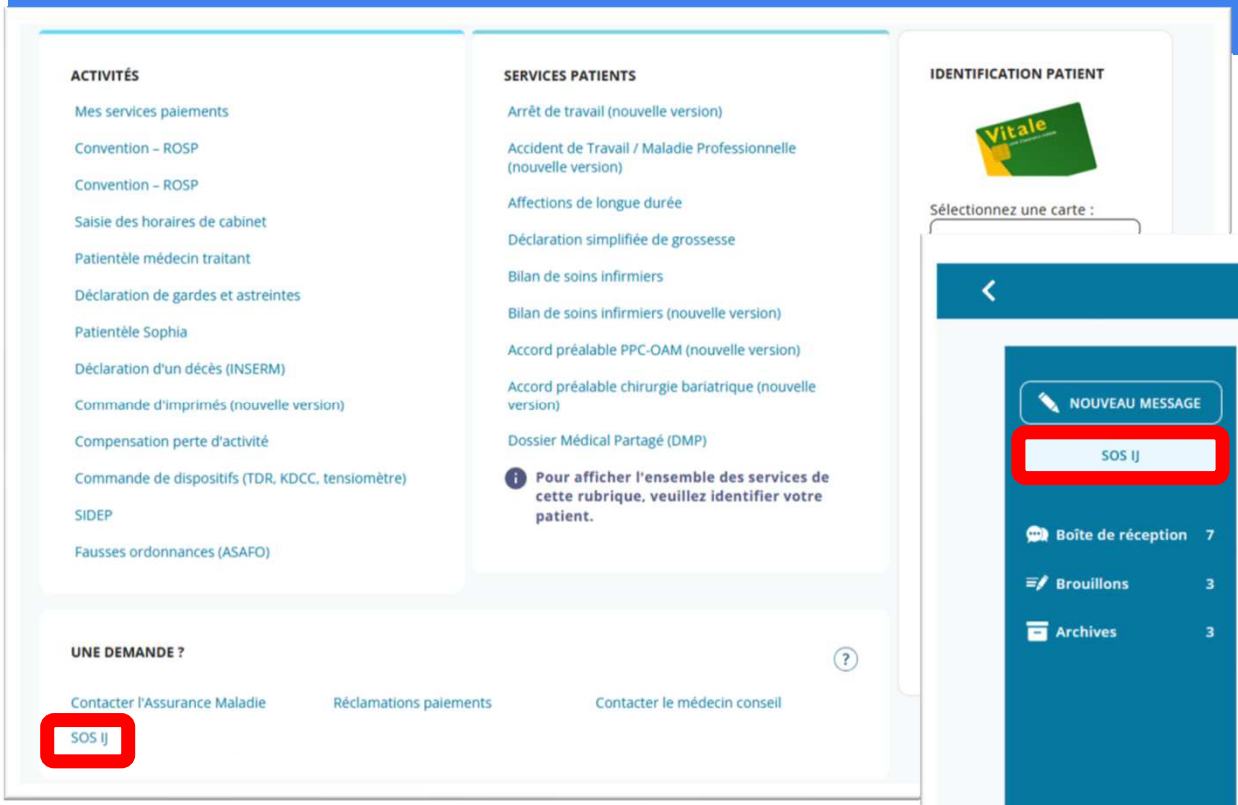
1er retour sous 48 heures, 2nd retour sous 1 semaine maximum

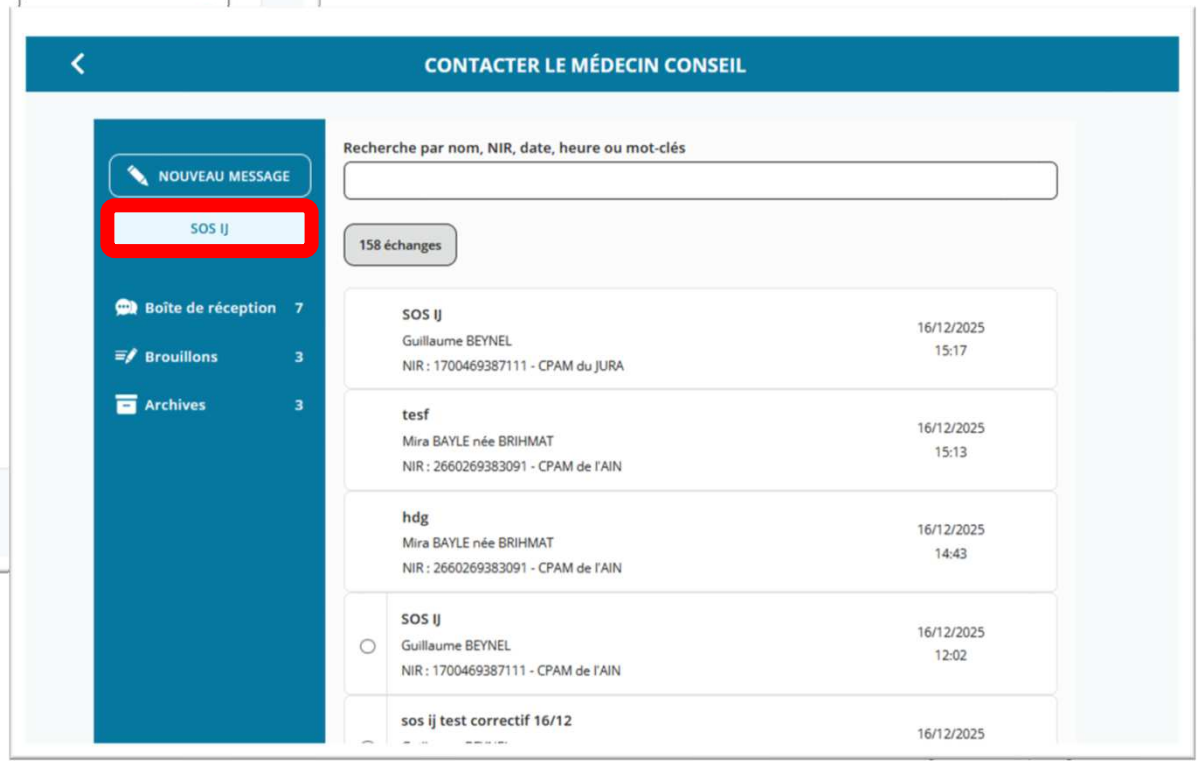
Référents spécialisés

Mobiliser des experts dédiés (téléconseillers, médecins conseil, assistantes de service social, conseiller accompagnement santé, etc.) pour évaluer et prendre en charge les cas soumis

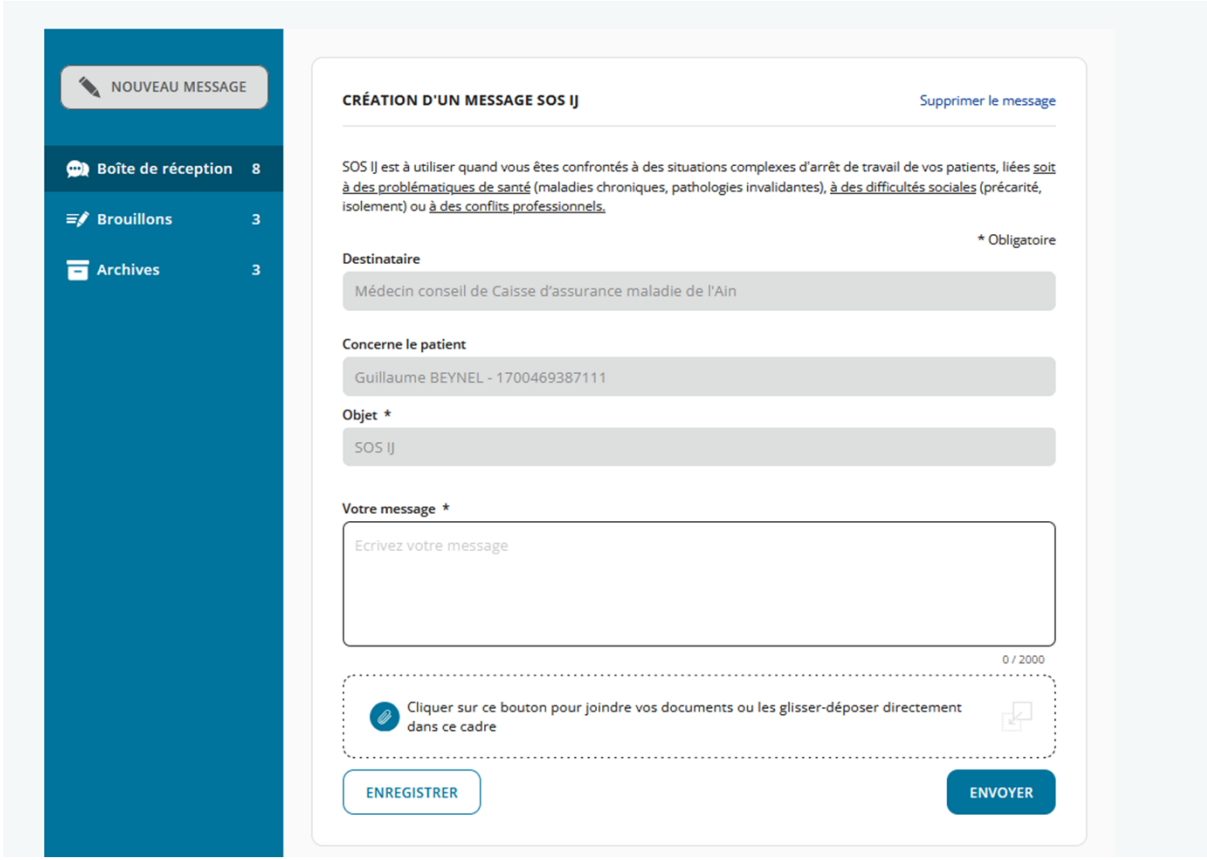
l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

ACCÈS À SOS IJ : VIA LA PAGE D'ACCUEIL AMELIPRO OU « CONTACTER LE MÉDECIN CONSEIL »





FORMULATION D'UNE SOLLICITATION SOS IJ



Points clés de la sollicitation SOS IJ formulée par le médecin :

- Elle concerne un patient donné
- L'objet de la demande est « SOS IJ », non modifiable
- La situation d'arrêt de travail complexe est formulée librement par le médecin

Un 1er niveau permet soit de répondre immédiatement soit de transmettre à un service expert en niveau 2 selon les besoins.

La réponse est apportée au médecin directement dans l'espace « Contacter le Médecin Conseil ».

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

2.

RETOUR SUR L'EXPÉRIMENTATION CONDUITE

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

L’OFFRE SOS IJ A ÉTÉ EXPÉRIMENTÉE EN 2 TEMPS PENDANT PLUS D’UN AN



Depuis janvier 2026, plus d’1/3 des CPAM ont déployé SOS IJ sur leur territoire

l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VOLUMES DE SOLLICITATIONS

+ de 2000 sollicitations SOS IJ

21% des sollicitations ont été traitées en niveau 1

79% des sollicitations ont été traitées en niveau 2

Répartition des sollicitations entre les acteurs de niveau 2



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

PROFIL DES PS AYANT EU RECOURS À SOS IJ ET RETOUR DES PS SUR SOS IJ - 1/2

RETEX SECOND TEMPS D'EXPÉRIMENTATION

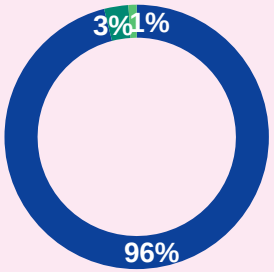
+ de 2000 sollicitations reçues

1,8

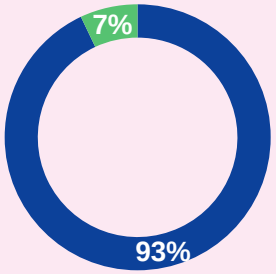
Nb moyen de sollicitations sur la période d'expérimentation pour les PS utilisateurs de SOS IJ

80%

Taux de réponses en moins de 4 jours



- Médecins généralistes
- Médecins spécialistes
- Médecins salariés de centre de santé



- PS utilisateurs de SOS IJ qui utilisaient déjà l'EMS
- PS utilisateurs de SOS IJ et qui n'ont jamais eu recours à l'EMS

1490 PS uniques ont utilisé SOS IJ

7,6%

Des **médecins généralistes** des 34 départements **ont utilisé SOS IJ**

38%

Des utilisateurs ont reçu la visite d'un DAM sur SOS IJ

(campagne DAM IJ ou message secondaire dans le cadre d'une autre campagne)

20%

Des médecins généralistes utilisateurs de SOS IJ se situent dans les TOP 20% en termes de nombre d'IJ par patient actif

57%

Des utilisateurs ont eu recours une seule fois à SOS IJ

Ce que pensent les PS interrogés qui ont utilisé SOS IJ*

81% Des PS sont assez satisfaits ou très satisfaits par les délais de réponses fournis par SOS IJ

90,5% Des PS pensent utiliser SOS IJ pour leur prochaines situations complexes

71,4% Des PS seraient disposés à recommander SOS IJ à d'autres PS

66% **Des PS sont assez satisfaits ou très satisfaits** par les réponses fournies *(18,1% peu satisfaits et 15,6% pas du tout satisfaits)*

* 20% des PS utilisateurs ont répondu à l'enquête de satisfaction

L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

PROFIL DES PS AYANT EU RECOURS À SOS IJ ET RETOUR DES PS SUR SOS IJ - 2/2

RETEX SECOND TEMPS D'EXPÉRIMENTATION

554 **Professionnels de santé ont répondu au questionnaire envoyé**

dont 55% ont déjà utilisé le dispositif et 45% qui ne l'ont pas encore testé

58% des PS qui n'utilisent pas SOS IJ réalisent des demandes via CMC pour la gestion des situations complexes et **44%** ont recours à un médecin conseil

SOS IJ : une solution face à un besoin à la fréquence modérée

- **74%** des PS utilisateurs estiment que SOS IJ répond à un besoin réel dans la gestion des situations complexes liées aux arrêts de travail dans votre profession
- **+80%** des PS estiment le besoin à moins d'une fois par semaine
- **35,2%** des PS qui n'ont pas encore utilisé SOS IJ disent ne pas avoir rencontré de situations complexes nécessitant SOS IJ

Une ergonomie efficace

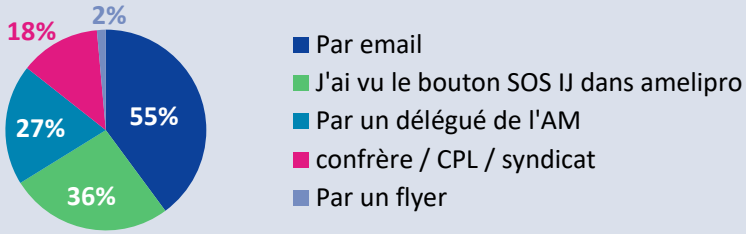
88,9% n'ont rencontré aucune difficulté à trouver le bouton d'entrée SOS IJ

97% des utilisateurs approuvent la facilité d'utilisation du dispositif

97% des utilisateurs envoient leurs demandes dès qu'ils sont confrontés à une situation complexe, au fur et à mesure qu'elles se présentent dans leurs consultations

Un besoin certain de communication de faire connaître le dispositif

65% des PS répondants ont entendu parler de SOS IJ, à 71% par 1 canal et à 22% par 2 canaux



30% des PS répondants disent ne pas savoir pour quelles situations SOS IJ peut les aider

41% se sentent suffisamment informés sur SOS IJ (59% pour les PS utilisateurs, 19% pour les non utilisateurs)

39% ont besoin de plus d'informations pour bien comprendre l'outil, le périmètre

19% aimeraient avoir des exemples concrets d'utilisation

L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

3.

CADRE ET TRAJECTOIRE DE GÉNÉRALISATION

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

CADRE ET TRAJECTOIRE DE GÉNÉRALISATION RETENUS SUITE AU RETEX

Ce que l'on conserve de la 2nde phase d'expérimentation (janvier-mars 2026)

- SOS IJ comme offre transverse de l'AM sur les situations complexes d'arrêt de travail (administratif-médical-social), avec une visibilité accrue des offres du service social et de l'accès aux soins
- Les objectifs en termes de délais de réponse en niveau 1 (48h)
- Un téléservice PS qui fonctionne et est généralisable en l'état
- Une prise en charge en niveau 1 par les plateformes de service médicales et une gestion locale des réponses de niveau 2 pour favoriser une réponse personnalisée aux médecins

Ce que l'on fait évoluer ou que l'on crée

- Adaptation de l'offre SOS IJ en renforçant l'accompagnement par le service social et en travaillant avec les employeurs et la médecine du travail sur les situations de conflit salariés/employeurs
- Les objectifs en termes de délais de réponse en N2 pour une réponse utile (1 semaine)
- Intégration de l'offre SOS IJ dans la stratégie de l'Assurance Maladie en matière d'accompagnement des médecins sur les arrêts de travail

Trajectoire de généralisation de SOS IJ

- **Une généralisation progressive sur l'ensemble des régions métropolitaines entre juin et septembre, région par région**
- **Un déploiement dans les DROM dans un second temps (1er semestre 2027)**

4.

COMMUNICATION ET ACCOMPAGNEMENT DES MÉDECINS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

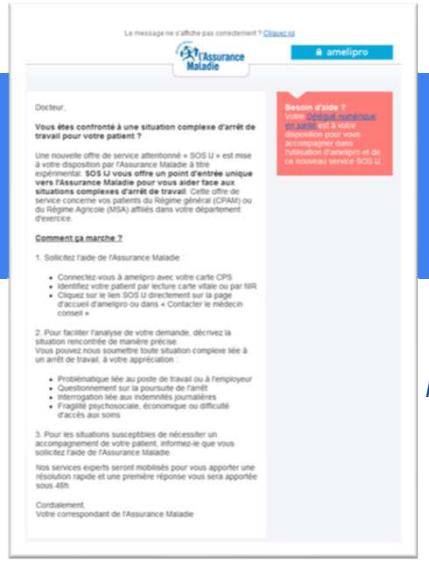
INFORMATION COLLECTIVE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ DES MÉDECINS

- **Information CPN/CPR/CPL médecins libéraux**

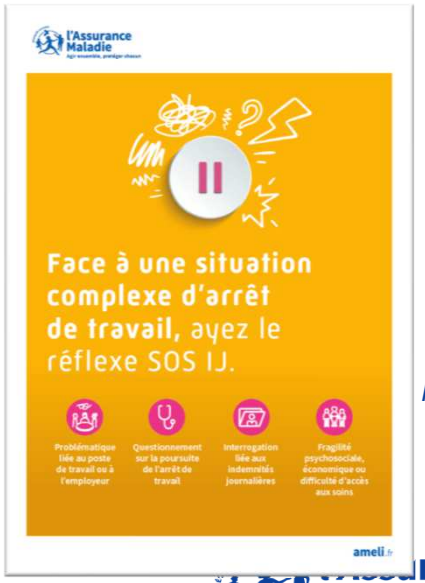
Relations conventionnelles

Communication individuelle :
Mail aux médecins : envoi au fur et à mesure du déploiement de SOS IJ par région
Campagne DAM à destination des médecins généralistes, principaux utilisateurs de SOS IJ, avec remise d'un flyer
Communication collective (3 minutes médecins, ameli médecins, …)

Accompagnement des offreurs de soins



Mail SOS IJ



Flyer SOS IJ

Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

7. Numérique en Santé

DOTATION NUMERIQUE

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d'un logiciel référencé Ségur (dernière version référencée) avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié HAS et de la version du cahier des charges SESAM-Vitale la plus à jour	Oui	Oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés : taux de déclarations médecin traitant dématérialisées (DCMT), taux de protocoles de soins électroniques (PSE), taux de télétransmission FSE, taux d'arrêt de travail en ligne (AAT)	60 %	80 %	
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres téléservices sécurisés : certificat médical AT-MP dématérialisé, déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG), prescription électronique de transport (SPE)	30 %	60 %	60
	Moyenne des taux de recours à l'espace numérique en santé : alimentation du DMP, recours à l'ordonnance numérique	30 %	60 %	60
	Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de MES	Au moins une FSE et un message envoyés à un patients via la messagerie de Mon espace santé par an	Au moins une FSE et un message envoyés à un patients via la messagerie de Mon espace santé par an	20

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Le taux d'usage des 4 services est calculé de façon indépendante.
Pour bénéficier de la rémunération, la moyenne des taux d'usage de ces 4 services est calculée et doit atteindre ou dépasser la cible définie pour l'indicateur composite.

Les taux d'usage des services et téléservices (AAT, DMT, CM AT-MP, DSG, PSE, SPE, DMP, Ordonnance numérique et MSSanté), ne seront calculés que si le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisés (dénominateur des taux d'usages) est supérieur ou égal à 10.

L'APPLI CARTE VITALE :

Téléservices intégrés

Téléservices intégrés

Facturation SESAM-Vitale

DMPi accessible
Le WebDMP n'est pas encore disponible

Lecture via le LPS disponible
Lecture directement dans amelipro en cours de réalisation

Dossier Pharmaceutique, pour les pharmaciens

Les chiffres clés

Sur la France entière **97,8%** de PS sont équipés d'un LPS compatible appli carte Vitale, dont 99,3% des médecins généralistes et **100%** des pharmaciens (données en avril2026).
73 480 PS utilisateurs de l'appli carte Vitale et **1 074 948** FSE réalisées avec l'appli carte Vitale à fin avril 2026.

Regroupement intermédiaire	Nombre de PS facturants télétransmettant en SV	Vision PS facturants							Vision factures		
		Nombre de PS ayant une offre de logiciel compatible appli carte Vitale	% de PS ayant une offre de logiciel compatible appli carte Vitale (potentiel de déploiement)	Nombre de PS équipés d'un logiciel compatible appli carte Vitale	% PS équipés d'un logiciel compatible appli carte Vitale (taux de déploiement)	Nombre de PS utilisateurs de l'appli carte Vitale	% PS utilisateurs de l'appli carte Vitale (par rapport au nombre de PS équipés compatible appli carte Vitale)	% de PS utilisateurs de l'appli carte Vitale (par rapport au nombre de PS facturant)	Nombre FSE	Nombre FSE signées ApCV	Taux FSE signées ApCV
Médecins généralistes	507	507	100,00 %	505	99,61 %	107	21,19 %	21,10 %	180 560	210	0,12 %
Médecins spécialistes	629	626	99,52 %	626	99,52 %	18	2,88 %	2,86 %	124 246	23	0,02 %

Données à Avril 2026

LA MESSAGERIE SÉCURISÉE AU SEIN DE MON ESPACE SANTE

Qualifier l'INSi permet au logiciel métier de connaitre la messagerie sécurisée du patient ins@patient.mssante.fr

Une messagerie pour échanger avec l'équipe de soins en toute sécurité

- **Communication sécurisée :** Service agréé qui garantit la confidentialité des échanges
- **Partage facilité :** Possibilité de transmettre ses ordonnances aux pharmaciens

Exemples d'usages possibles

Usages professionnel habilité - patient



- **Transmission d'une ordonnance à une officine par le patient**
- Retour d'interprétation d'analyses de biologie ou d'imagerie médicale
- Envoi d'un courrier de recommandation vers un spécialiste
- Transmission au patient de recommandations suite à une consultation

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

8. Prévention

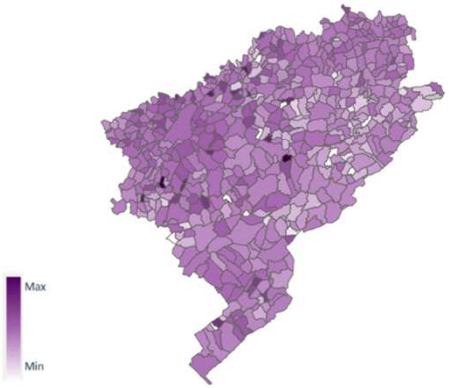
VACCINATION

Vaccination anti grippale

Part de la population de +65 ans avec délivrance d'un VAG

Département
52,97 %

Taux par commune



Vaccination HPV

Part des 11-14 ans ayant eu au moins 1 dose délivrée
(Hors vaccination en collège)

Département
27,89 %

Taux par commune



Vaccination ROR

Part des 12 à 24 mois ayant eu 1 dose délivrée
(Les vaccinations en PMI sont comptabilisées uniquement pour les bénéficiaires ayant des droits)

Département
75,84 %

Taux par commune



MON BILAN PRÉVENTION

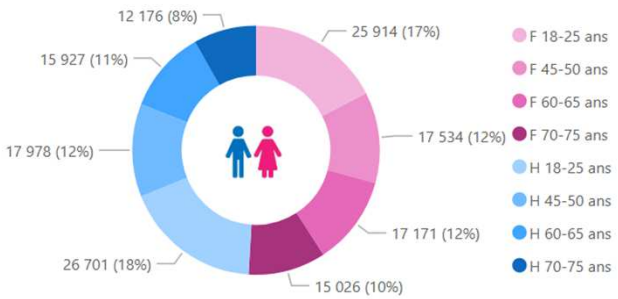
Taux de réalisation Mon bilan prévention

Département
0,52 %

Réalisation par classe d'âge



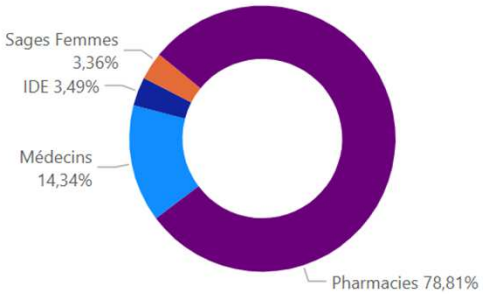
Répartition des bilans non réalisés par âge



Nombres bilans réalisés

Sélection
774

Répartition des bilans par PS



Nb de PS réalisant des bilans

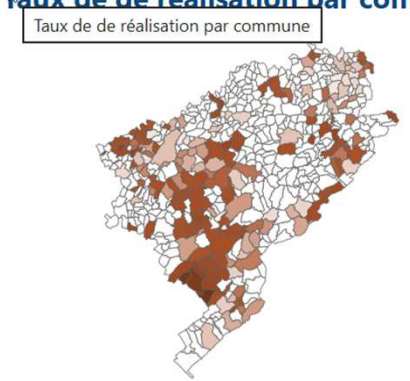
41 Médecins	**46** Pharmaciens
4 Sages femmes	**8** Infirmiers

Bilans réalisés avec actes associés



3 Avec frottis	**77** Avec vaccination
23 Avec remise de kit	**48** Avec acte de diagnostic

Taux de de réalisation par commun



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Doubs

9. Informations diverses

BRAS DE FER AVEC CERTAINES SOCIÉTÉS D'AMBULANCE

Bras de fer avec certaines sociétés ambulance

CAMPAGNE DAM DE MAI À JUIN 2026 : PRÉSENTATION DU PROTOCOLE D'ACCORD

Protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire

- **OBJECTIF d'économies de 150 M€ à échéance 2027 :** maîtrise des dépenses et amélioration de la qualité de la prise en charge pour les patients en proposant de poursuivre les actions déjà engagées et mettre en place de nouvelles mesures qui permettront notamment de faire évoluer les pratiques.

- *signé le 24/09/25 par le DG de l'Uncam, les 4 fédérations nationales représentatives des transporteurs sanitaires et l'Unocam*

- *publié au Journal officiel du 30/09/25*

- *prévu par l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale*



PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES 4 AXES DU PROTOCOLE

- Axe 1 : Optimiser le recours à l'ambulance programmée et renforcer l'efficience du secteur
- Axe 2 : Renforcer le transport partagé
- Axe 3 : Renforcer la fiabilisation de la facture → *notamment en lien avec la certification des flux de facturation*
- Axe 4 : Poursuivre la réflexion autour du transport urgent pré-hospitalier (TUPH) *– non abordé dans le cadre de la visite*

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

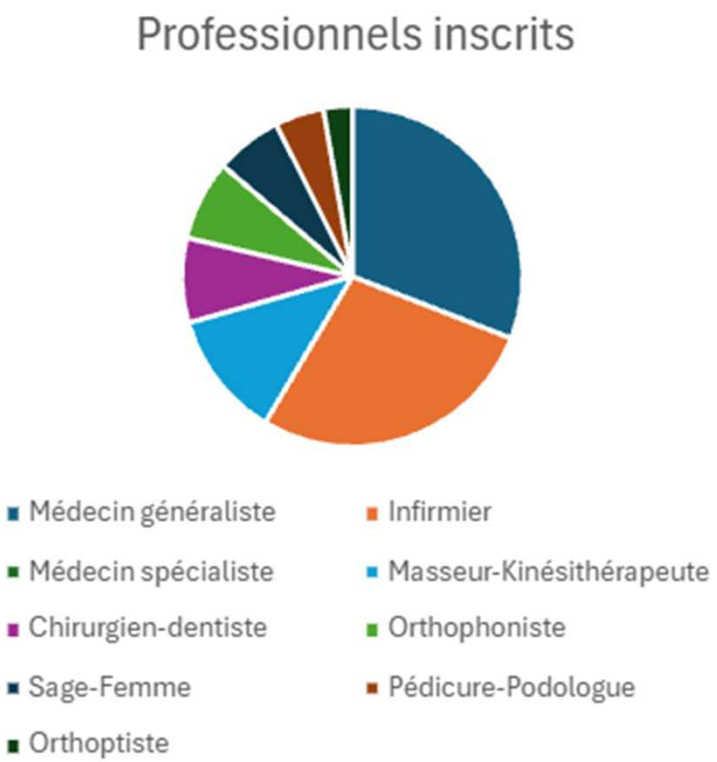
4/ Il donne son accord pour que les informations soient publiées, il peut modifier ou supprimer ses réponses à tout moment

L'ANNUAIRE SANTÉ.FR
BILAN DE L'ANNUAIRE

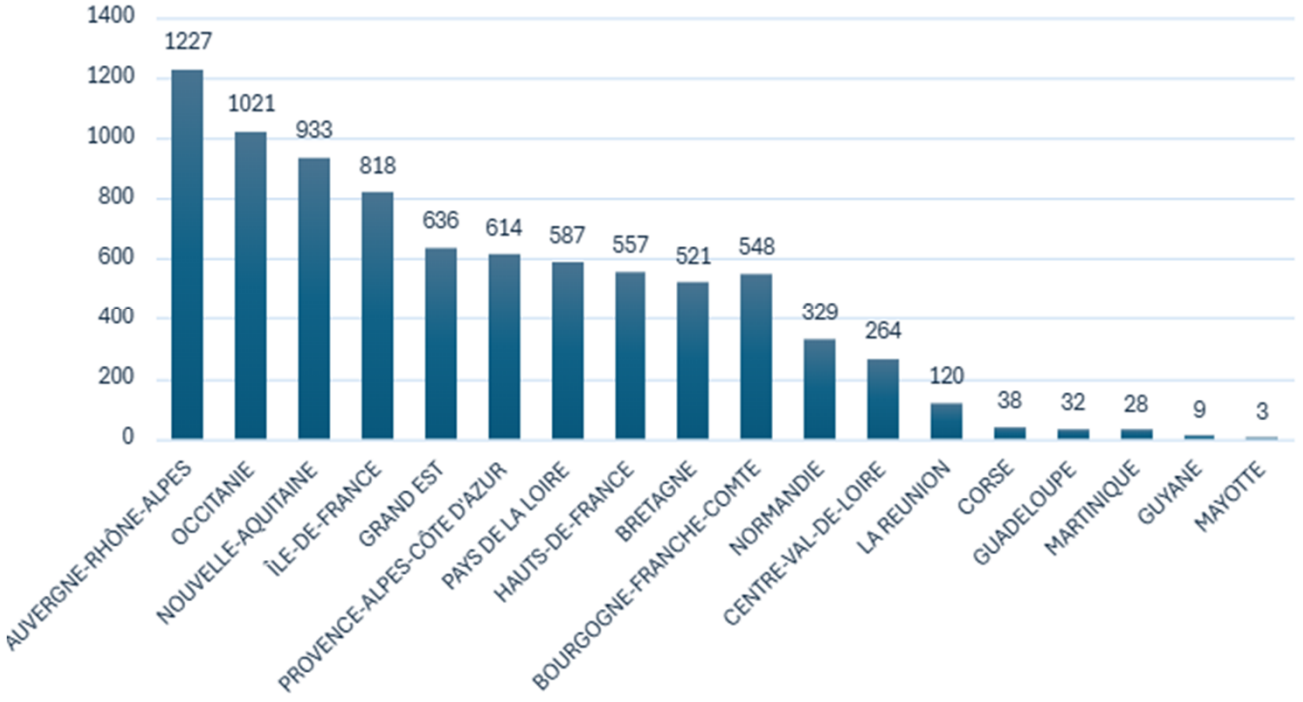
8286 professionnels de santé inscrit au 13 janvier 2026

Répartition des professionnels de santé inscrits…

Par profession…



Par région…



oubs

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

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

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



Quand je vois mon médecin.



Quand je subis un refus de soin.



Quand j'abandonne mes soins.

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 35000 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 2018.

lien pour le baromètre avec les données locales

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Doubs

MERCI DE VOTRE ATTENTION

☺ ☺

PROCHAINE RÉUNION

JEUDI 10 DÉCEMBRE 2026 – SALLE DU CONSEIL