l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE MÉDECINS

14 décembre 2023

CPAM DE LA COTE D'OR

ORDRE DU JOUR

I - Approbation du relevé de conclusions du 21 septembre 2023

II- Actualités conventionnelles et réglementaires

Reprise des négociations conventionnelles

III - Démographie, suivi des dépenses de santé et point sur les remboursements

Démographie

Suivi des dépenses de santé

IV – Actions d'accompagnement

Campagne d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant

Campagne Santé mentale et Indemnités journalières

Transports

Assistants médicaux

Campagne sur le bon usage des soins

ORDRE DU JOUR

V – Numérique

- Alimentation / consultation Mon espace santé
- Echanges sur les usages
- Amelipro : composants à installer pour continuer à lire la carte Vitale

VI- Questions diverses

- Lots télétransmission : suite échanges avec représentants de la profession
- ROSP : mode de comptabilisation de la prescription d/ Antibiotique pour nos patients. demande réitérée de neutralisation de l'indicateur ATB aux vues des pénuries régulières d'amoxicilline .
- ROSP : comptabilisation de la file patients médecin traitant, variations significatives inexpliquées ?

VII - Fixation des dates des prochaines CPL :

Propositions : 4 avril, 27 juin, 7 novembre 2024

PRÉSIDENCE –VICE PRÉSIDENCE (RAPPEL)

Pour la période 2 mai 2023 – 2 mai 2024 :

- **Président de la CPL : M. VACHON**
- **Vice-Président de la CPL : Dr FRISCOURT - MARION**

II - APPROBATION DU RELEVÉ DE CONCLUSIONS DU 21 SEPTEMBRE 2023

Approuvé à l’unanimité

II – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

- **En direct adressé à la profession :**

06/12/2023 • Rédaction et sécurité des ordonnances

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

II – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

- **Reprise des négociations conventionnelles :**

CADRE JURIDIQUE DE LA NÉGOCIATION

En février 2023, les négociations pour une nouvelle convention médicale entre l'Assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux n'ont pu aboutir à un accord.

Un **règlement arbitral** est venu se **substituer à la convention médicale** dans l'attente d'une reprise des négociations.

Le règlement arbitral a été publié au Journal Officiel du 30 avril 2023, **applicable depuis le 1er mai 2023**, pour une durée de 5 ans. Il cessera de s'appliquer dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. De nouvelles négociations doivent s'ouvrir au plus tard dans les 2 ans suivant l'entrée en vigueur du règlement arbitral.

Le Ministre de la Santé et de la Prévention a adressé le 16 octobre 2023 une lettre de cadrage au directeur de l'UNCAM lui demandant de **rouvrir les négociations avec les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, autour d'orientations nouvelles**. Celles-ci ont été approuvées par le Conseil de l'UNCAM le 9 novembre 2023.

Agir ensemble, protéger chacun

QUATRE ORIENTATIONS POUR LA NOUVELLE CONVENTION

- Soutenir l'attractivité de la médecine libérale pour augmenter l'offre médicale
- Améliorer la pertinence et la qualité des soins
- Améliorer l'accès territorial et financier aux soins via une organisation du système de santé repensée
- Refondre, diversifier et simplifier les modes de rémunération et de financement de la médecine ambulatoire

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

1. Revaloriser la **consultation clinique** en priorisant la relation du patient avec son médecin traitant
2. Investir sur **les consultations de second recours et d'expertise** pour fluidifier le parcours des patients et structurer la gradation des soins
3. Tirer les conséquences **des déséquilibres de rémunérations entre spécialités médicales**, et corriger ces écarts en prenant en compte les **besoins spécifiques des spécialités concernées** (de l'usage de la téléconsultation à certains cumuls d'actes)
4. Rémunérer **la fonction de médecin traitant**, en tenant compte de la complexité du patient et du temps consacré à son suivi (forfait médecin traitant)
5. Tirer les conséquences de **la refonte de la CCAM par le Haut Conseil à la Nomenclature** qui devrait être stabilisée d'ici fin 2024 / début 2025
6. Limiter les **démarches et les tâches administratives** qui incombent actuellement aux médecins (téléservices, démarches dématérialisées, etc.)
7. Accompagner et faciliter **le travail aidé, l'exercice de groupe** et **l'exercice pluriprofessionnel**

Agir ensemble, protéger chacun

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

1. Favoriser la **pertinence des prescriptions**, pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients et garantir le juste soin en veillant à la juste allocation de la dépense publique

2. S'accorder sur une **dizaine de programmes de pertinence**, appuyés sur des référentiels scientifiques et accompagnés d'objectifs chiffrés, partagés entre partenaires conventionnels

3. Identifier les **leviers** qui permettront de sécuriser la juste prescription des produits de santé, des arrêts de travail des transports sanitaires et des soins ambulatoires prescrits

4. Inventer de **nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière** à une prescription de qualité (incitations collectives & individuelles)

5. **Valoriser les comportements de sobriété** dans la prescription de médicaments, dans un triple objectif de santé publique, de réduction de l'empreinte carbone du système de santé et de soutenabilité financière de l'assurance maladie.

6. S'accorder sur la nécessité de **corriger les atypies de pratiques** par rapport aux référentiels scientifiques, et sur les modalités d'accompagnement des professionnels concernés

7. **Lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses** d'une minorité de praticiens et protéger la médecine libérale des dérives du système (financiarisation, centres de santé déviants, sites frauduleux...)

[redacted]

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS TERRITORIAL ET FINANCIER

1. Renforcer le rôle du médecin traitant et **permettre à chaque patient d'y avoir accès** pour réduire les inégalités de santé
2. Soutenir les médecins ayant des **files actives** et des **« patientèles médecin traitant » importantes**
3. Rendre l'installation et le maintien dans **les zones fragiles plus incitatifs** en rationalisant et simplifiant les aides à l'installation
4. Favoriser le déploiement **d'équipes de soins spécialisées**, en charge d'organiser le second recours sur leurs territoires, pour fluidifier les parcours des patients et l'articulation avec le premier recours et les services hospitaliers
5. Assurer une présence des différentes spécialités médicales dans les zones sous-dotées, notamment via l'incitation à la réalisation de **consultations « avancées »** pour couvrir les territoires
6. Poursuivre la dynamique de **réduction des restes à charge**, impulsée notamment par l'OPTAM et l'OPTAM-CO
7. Favoriser la collaboration entre les médecins et **les autres professions de santé**

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

REFONDRE ET SIMPLIFIER LES MODES DE RÉMUNÉRATION

1. Faire du **« forfait médecin traitant »** la rémunération forfaitaire socle du médecin traitant *(paiement selon les caractéristiques du patient, indépendamment du nombre d'actes et de consultations réalisées dans l'année)*

2. **Refondre les rémunérations sur objectifs** : moins d'objectifs (ciblés sur les priorités partagées en matière de santé publique et de coordination numérique), plus de transparence sur les modalités de calcul des indicateurs et le niveau d'atteinte des objectifs, outillage des médecins sur les données relatives à leurs patientèles

3. **Simplifier les rémunérations forfaitaires** afin de les rendre plus lisibles et plus directement liées aux pratiques et à leurs évolutions, recentrer la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) sur la prévention et le forfait numérique

4. Repenser **les aides à l'installation** pour rendre l'installation et le maintien dans les zones fragiles plus incitatifs

5. Etudier **les possibilités de mutualisations entre plusieurs médecins travaillant ensemble** (assistants médicaux, forfait médecin traitant, autres forfaits)

6. Tirer les enseignements des expérimentations en cours en lien avec l'article 51 (**PEPS** et **IPEP**)

7. Identifier les **missions spécifiques des médecins en matière de soins primaires** (santé publique, permanence des soins, recherche, vaccination, maîtrise de stage, soins palliatifs, etc.)

NEGOCIATIONS MEDECINS : UNE NOUVELLE METHODE

L'enjeu est que le dialogue conventionnel se poursuive dans une approche constructive, saluée par les syndicats lors de cette première séance du 15 novembre dernier et d'aboutir, comme l'a rappelé Thomas Fatôme, « à un accord global et ambitieux, qui aborde tous les défis actuels dans leur ensemble et permette l'amélioration de notre système de santé pour les médecins libéraux eux-mêmes et les patients ».

Les négociations se poursuivent avec des réunions thématiques :

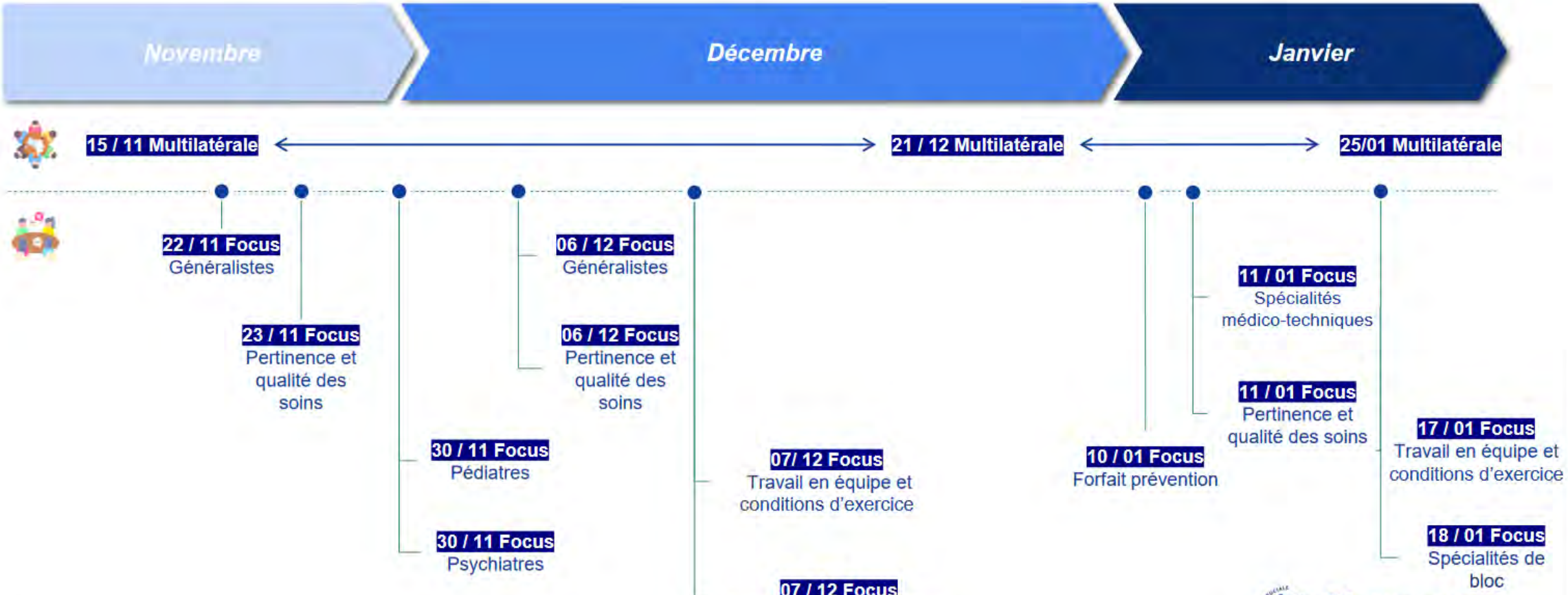
- 22/11 et 6/12 : le médecin généraliste traitant
- 23/11 : la pertinence et la qualité des soins
- 30/11 : pédiatres et psychiatres
- 7/12 : travail en équipe et autres spécialités cliniques

Dans un objectif de transparence, l'Assurance Maladie a mis en ligne, dans l'espace médecin de son site ameli.fr, une rubrique regroupant l'essentiel pour s'informer sur le cadre et le déroulement de ces négociations : axes, supports discutés en séances, ressources documentaires, etc.

https://www.ameli.fr/cote-d-or/medecin/negociations-conventionnelles

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

PROPOSITION DE CALENDRIER



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

II – ACTUALITÉS CONVENTIONNELLES ET RÉGLEMENTAIRES

En direct adressés à la profession depuis le 21 septembre 2023 :

- 6/12/2023 : Rédaction et sécurité des ordonnances
- Proposition à venir d'un rappel des différents modes de contact selon le type de demandes

Comment nous contacter en cas de réclamation ?

Si vous n'avez pas reçu le remboursement d'une feuille de soins papier envoyée il y a moins de 2 mois : **L'Assurance Maladie vous invite à patienter.**

Si vous n'avez pas reçu le remboursement d'une feuille papier *envoyée il y a plus de 2 mois*,
Ou Si votre facturation initiale n'est pas conforme,
Ou Si le remboursement reçu est incomplet ou erroné,

➔ **Aucune nouvelle télétransmission, aucune nouvelle feuille de soins papier (avec ou sans mention duplicata) ne doit être adressée à l'assurance maladie sans son accord.**

➔ **3 canaux de contact possibles** :

Par internet via le compte AMELIPRO	Par téléphone au 3608	Par Internet via le Formulaire « RéclaPs » (possibilité de joindre des pièces)
Contactez l'Assurance Maladie via la messagerie sécurisée de votre compte AMELIPRO	Service gratuit + tarif d'un appel Accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30	Service en ligne : https://portail.cpam-bordeaux.fr/reclapsformulaire/form reclamation ps.php

Comment nous adresser vos pièces justificatives ?

Si vous avez transmis une demande de remboursement en mode dégradé, **il est impératif** d'adresser à l'Assurance Maladie les pièces justificatives : **1 lot = bordereau récapitulatif des factures télétransmises + une feuille de soins pour chaque facture**.

Trois possibilités pour adresser vos pièces justificatives (mode dégradé) :

SCOR	La **messagerie sécurisée Blue.files**	Par Voie Postale (si SCOR n'est pas proposé par votre éditeur ou si vous n'avez pas la possibilité d'utiliser la messagerie sécurisée mentionnée ci-dessus)
Votre éditeur vous propose ce service dans votre logiciel métier	Dans l'attente que votre éditeur vous propose SCOR	**Caisse d'assurance maladie de la Côte d'Or HD LOTS TELETRANSMISSION – TSA 99 998 21045 DIJON Cedex**

Comment nous adresser vos feuilles de soins papier pour remboursement ?

Si vous n'avez pas la possibilité de transmettre votre demande de remboursement en mode sécurisé ou dégradé, vous pouvez nous adresser une feuille de soins papier par **voie postale uniquement** à l'adresse suivante : **Caisse primaire d'assurance maladie - CS 34548 – 21045 Dijon cedex**

Agir ensemble, protéger chacun

III - SUIVI DES DÉPENSES ET DÉMOGRAPHIE

Nombre de médecins en Côte d'or au 30/11/2023

- médecins généralistes : 526
- médecins spécialistes : 500

III - POINT SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Evolution installations Médecins généralistes – Du 01/01/2023 au 30/11/2023 – y compris cabinets secondaires

	Nombre d'installations	Nombre de cessations
Zones fragiles	29*	2
Autres zones	29	13
TOTAL		

* Dont 13 médecins installés dans 2 zones fragiles différentes (Châtillon sur Seine et Auxonne)

Médecins spécialistes – Du 01/01/2023 au 30/11/2023

	Nombre d'installations	Nombre de cessations
Zones fragiles (Montbard)	1	0
Autres zones	41	17
TOTAL		

III - POINT SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE
MOUVEMENTS DU 01/01/2023 AU 30/11/2023

Spécialités	Nombre d'installations	Nombre de cessations
Anatomie Cytopathologie	1	3
Anesthésiste	2	2
Chirurgie générale		
Chirurgie infantile		
Chirurgie maxillo faciale	1	
Chirurgie thoracique	1	
Chirurgie Plastique		1
Chirurgie urologique	1	
Dermatologie-vénérologie		1
Gastro-entéro et hépato	1	1
Gynécologie obstétrique	2	1
Hematologie	2	
Médecine biologique		

III - POINT SUR LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DU 01/01/2023 AU 30/11/2023

Spécialités	Nombre d'installations	Nombre de cessations
Médecin vasculaire	1	
Néphrologie	1	
Neurologie	1	
Oncologie Médicale	3	
Ophtalmologie	3	1
Pathologie Cardio vasculaire	13	3
Pédiatrie	1	1
Pneumologie	1	
Psychiatrie	3	1
Radio diagnostique. - Imagerie médicale	3	1
Rhumatologie	1	

III - SUIVI DES DÉPENSES (GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES)

Période de remboursement du 01/01/2023 au 30/09/2023

Montants présentés en base de remboursement

Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Consultations	56 475 483	0,5%	2 759 603	-0,5%			1 614 257	-1,1%	**60 849 343**	**0,4%**	**-0,9%**	**-0,4%**
Actes techniques médicaux	37 615 026	2,8%	2 525 032	2,7%			1 260 848	-4,9%	**41 400 906**	**2,6%**	**4,4%**	**6,3%**
Actes chirurgicaux	20 771 294	4,9%	1 257 352	-1,4%			732 819	8,3%	**22 761 465**	**4,6%**	**5,9%**	**6,3%**
Actes d'échographie	14 354 832	3,1%	810 766	2,6%			483 395	-0,5%	**15 648 993**	**3,0%**	**2,4%**	**3,3%**
Actes de radiologie	14 295 644	-1,0%	760 949	-1,6%			463 930	-2,9%	**15 520 524**	**-1,1%**	**6,0%**	**5,6%**
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	12 742 317	5,2%	14 020	-3,9%			6 105	5,6%	**12 762 442**	**5,2%**	**1,5%**	**3,3%**
Visites (frais dépl. inclus)	3 720 399	-0,8%	348 362	-5,0%			151 184	-6,4%	**4 219 944**	**-1,4%**	**-3,8%**	**-5,0%**
Permanence des soins (1)	1 852 512	-0,6%							**1 852 512**	**-0,6%**	**0,0%**	**4,7%**
Autres honoraires privés	117 518	-23,9%	4 957	-38,3%			3 834	-15,1%	**126 308**	**-24,3%**	**-0,3%**	**0,5%**
TOTAL	**161 945 025**	**2,0%**	**8 481 039**	**0,2%**			**4 716 372**	**-1,1%**	**175 142 436**	**1,8%**	**1,9%**	**2,7%**

Période de remboursement du 01/01/2022 au 30/09/2022

Montants présentés en base de remboursement

Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Consultations	56 201 459	4,7%	2 774 805	1,5%			1 631 710	1,6%	**60 607 974**	**4,4%**	**1,9%**	**2,5%**
Actes techniques médicaux	36 579 005	5,0%	2 459 548	1,4%			1 325 733	-0,3%	**40 364 286**	**4,6%**	**-1,0%**	**1,9%**
Actes chirurgicaux	19 809 565	1,4%	1 274 844	-3,0%			676 634	-0,6%	**21 761 043**	**1,1%**	**2,4%**	**2,4%**
Actes de radiologie	14 444 808	-2,9%	773 350	-1,2%			477 555	-5,7%	**15 695 713**	**-2,9%**	**-0,5%**	**0,1%**
Actes d'échographie	13 920 864	3,8%	790 087	6,5%			485 811	5,0%	**15 196 762**	**3,9%**	**0,0%**	**0,7%**
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	12 107 362	3,4%	14 595	-6,7%			5 780	-3,4%	**12 127 737**	**3,4%**	**3,4%**	**1,9%**
Visites (frais dépl. inclus)	3 751 137	-17,4%	366 629	-7,5%			161 490	-4,9%	**4 279 255**	**-16,2%**	**-10,6%**	**-8,7%**
Permanence des soins (1)	1 864 268	4,4%							**1 864 268**	**4,4%**	**0,0%**	**3,7%**
Autres honoraires privés	154 365	-11,5%	8 033	-3,6%			4 516	-4,8%	**166 914**	**-11,0%**	**4,1%**	**8,2%**
TOTAL	**158 832 832**	**2,8%**	**8 461 892**	**0,5%**			**4 769 229**	**0,1%**	**172 063 952**	**2,6%**	**0,7%**	**1,6%**

III - SUIVI DES DÉPENSES (GÉNÉRALISTES)

Commission des médecins généralistes du département - COTE-D'OR

Source SNIIR

Période de remboursement du 01/01/2023 au 30/09/2023

Montants présentés en base de remboursement

Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Consultations	38 020 516	0,0%	1 834 347	-0,6%			1 066 732	-2,0%	**40 921 596**	**0,0%**	**-2,1%**	**-2,8%**
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	10 586 540	4,4%	3 175	-2,6%			2 185	-6,8%	**10 591 900**	**4,4%**	**0,6%**	**1,7%**
Visites (frais dépl. inclus)	3 689 762	-0,8%	346 694	-5,1%			150 559	-6,3%	**4 187 015**	**-1,3%**	**-3,9%**	**-5,4%**
Actes techniques médicaux	1 739 926	14,2%	93 438	19,7%			57 307	16,8%	**1 890 671**	**14,5%**	**18,4%**	**17,8%**
Actes d'échographie	1 168 031	-15,6%	64 980	-28,7%			50 314	-12,7%	**1 283 325**	**-16,3%**	**-14,5%**	**-9,4%**
Permanence des soins (1)	1 216 835	-1,7%							**1 216 835**	**-1,7%**	**1,1%**	**7,7%**
Actes chirurgicaux	177 680	19,3%	11 217	8,0%			6 604	30,6%	**195 500**	**18,9%**	**3,1%**	**7,9%**
Autres honoraires privés	71 297	-37,5%	3 481	-36,8%			2 648	-19,5%	**77 425**	**-37,0%**	**-3,6%**	**2,6%**
Actes de radiologie	195	-98,9%		-100,0%				-100,0%	**195**	**-99,0%**	**-23,9%**	**10,3%**
TOTAL	**56 670 781**	**0,7%**	**2 357 332**	**-1,8%**			**1 336 350**	**-2,3%**	**60 364 463**	**0,5%**	**-1,4%**	**-1,6%**

Période de remboursement du 01/01/2022 au 30/09/2022

Montants présentés en base de remboursement

Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Consultations	38 005 166	6,3%	1 845 813	1,2%			1 089 020	2,5%	**40 939 999**	**6,0%**	**2,4%**	**2,5%**
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	10 138 870	1,4%	3 260	-28,0%			2 345	-12,2%	**10 144 475**	**1,4%**	**2,2%**	**0,6%**
Visites (frais dépl. inclus)	3 718 058	-17,6%	365 199	-7,6%			160 621	-4,8%	**4 243 878**	**-16,4%**	**-10,6%**	**-8,7%**
Actes techniques médicaux	1 523 551	-10,3%	78 045	-6,2%			49 056	-17,4%	**1 650 652**	**-10,3%**	**2,0%**	**-0,7%**
Actes d'échographie	1 384 541	-22,1%	91 138	-30,6%			57 623	-21,1%	**1 533 302**	**-22,6%**	**-16,7%**	**-8,6%**
Permanence des soins (1)	1 238 108	8,2%							**1 238 108**	**8,2%**	**7,5%**	**4,0%**
Actes chirurgicaux	148 916	-33,7%	10 383	-21,2%			5 058	-36,4%	**164 356**	**-33,1%**	**-10,7%**	**-23,1%**
Autres honoraires privés	114 077	9,8%	5 508	8,5%			3 292	27,8%	**122 877**	**10,2%**	**30,9%**	**22,4%**
Actes de radiologie	17 922	237,4%	539	168,8%			370	615,6%	**18 830**	**238,4%**	**9,5%**	**114,0%**
TOTAL	**56 289 208**	**2,0%**	**2 399 885**	**-2,3%**			**1 367 384**	**-0,7%**	**60 056 477**	**1,7%**	**0,9%**	**0,8%**

Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

III - SUIVI DES DÉPENSES (SPÉCIALISTES)

Commission des médecins spécialistes du département - COTE-D'OR

Source

Période de remboursement du 01/01/2023 au 30/09/2023

Montants présentés en base de remboursement

Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Actes techniques médicaux	35 875 100	2,3%	2 431 594	2,1%			1 203 541	-5,7%	39 510 235	2,1%	3,6%	5,6%
Actes chirurgicaux	20 593 614	4,7%	1 246 135	-1,4%			726 215	8,1%	22 565 965	4,5%	6,0%	6,2%
Consultations	18 454 967	1,4%	925 256	-0,4%			547 524	0,9%	19 927 747	1,3%	2,1%	4,2%
Actes de radiologie	14 295 450	-0,9%	760 949	-1,5%			463 930	-2,8%	15 520 329	-1,0%	6,1%	5,6%
Actes d'échographie	13 186 802	5,2%	745 785	6,7%			433 080	1,1%	14 365 667	5,1%	4,8%	5,2%
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	2 155 777	9,5%	10 845	-4,3%			3 920	14,1%	2 170 542	9,4%	7,9%	12,1%
Permanence des soins (1)	635 677	1,5%							635 677	1,5%	-6,4%	-1,3%
Autres honoraires privés	46 221	14,7%	1 476	-41,5%			1 186	-3,1%	48 883	11,0%	1,9%	-0,8%
Visites (frais dépl. inclus)	30 636	-7,4%	1 667	16,6%			625	-28,0%	32 929	-6,9%	23,9%	53,3%
TOTAL	105 274 244	2,7%	6 123 708	1,0%			3 380 022	-0,6%	114 777 974	2,5%	4,4%	5,4%

Période de remboursement du 01/01/2022 au 30/09/2022

Montants présentés en base de remboursement

Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL COTE-D'OR		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Actes techniques médicaux	35 055 454	5,7%	2 381 503	1,6%			1 276 677	0,5%	38 713 635	5,3%	-1,1%	2,1%
Actes chirurgicaux	19 660 649	1,8%	1 264 461	-2,8%			671 576	-0,2%	21 596 687	1,5%	2,6%	3,0%
Consultations	18 196 293	1,3%	928 992	2,1%			542 690	0,0%	19 667 975	1,3%	0,8%	2,5%
Actes de radiologie	14 426 886	-2,9%	772 812	-1,3%			477 185	-5,7%	15 676 883	-2,9%	-0,5%	0,0%
Actes d'échographie	12 536 323	7,7%	698 949	14,4%			428 188	9,8%	13 663 460	8,1%	3,0%	2,3%
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	1 968 492	15,3%	11 335	2,1%			3 435	3,6%	1 983 262	15,2%	13,2%	9,3%
Permanence des soins (1)	626 160	-2,3%							626 160	-2,3%	-29,8%	3,1%
Autres honoraires privés	40 287	-42,9%	2 525	-22,4%			1 224	-43,6%	44 036	-42,1%	-8,4%	1,1%
Visites (frais dépl. inclus)	33 078	17,1%	1 430	49,3%			869	-13,5%	35 377	17,1%	10,9%	1,4%
TOTAL	102 543 624	3,2%	6 062 007	1,7%			3 401 844	0,4%	112 007 475	3,0%	0,6%	2,2%

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Campagne d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant:

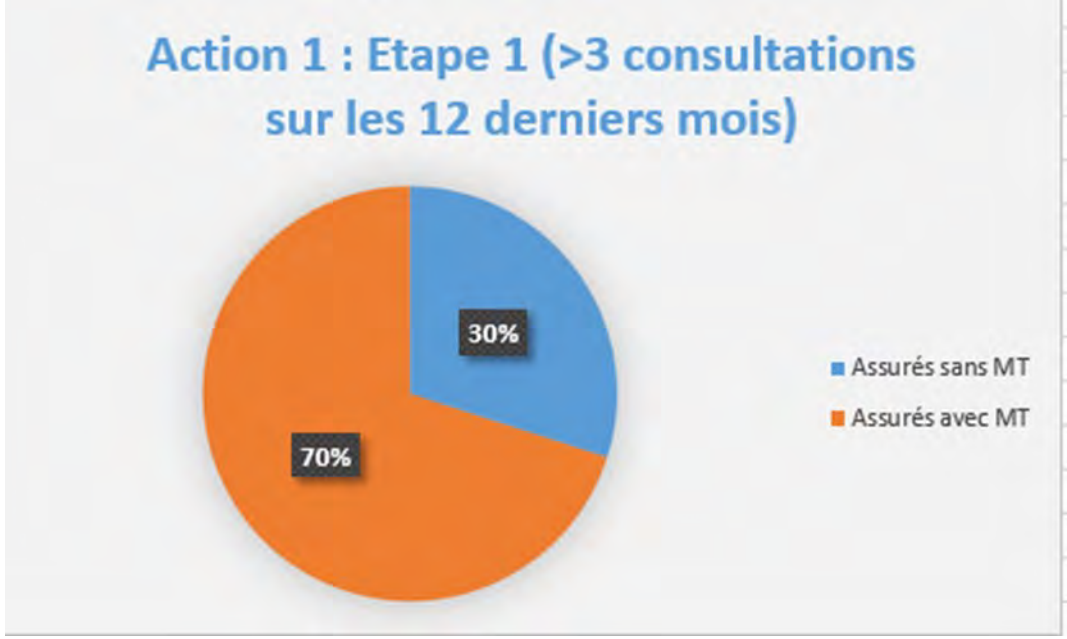
- Faire connaître le rôle des CPTS et aider les patients à trouver la CPTS de leur commune

Réalisation d'un flyer spécifique à la Côte-d'Or :

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Campagne d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant:

Zoom sur l'action 1 (584 assurés concernés):



l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Campagne d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant:

Mail de votre délégué de l'Assurance Maladie dès la semaine prochaine

Bonjour Docteur,

Lors de ma dernière visite, vous avez accepté d'intégrer un ou plusieurs patients en ALD dans votre patientèle médecin traitant.
Je tiens à vous remercier sincèrement pour votre engagement.

A cet effet, je vous propose de procéder pour votre compte, à l'enregistrement comme médecin traitant des patients pour lesquels vous avez émis votre accord.

Sauf opposition de votre part (sur l'adresse mail : ALDSMT.cpam211@assurance-maladie.fr) sous 8 jours, nous procéderons à la déclaration dans nos bases.
Rassurez-vous, cela n'engendrera aucune incidence sur votre forfait structure car nous procéderons à une neutralisation pour ces patients-là.

Vous avez également la possibilité de facturer une IMT aux assurés concernés lors de leur prochaine consultation.
Dans l'attente de notre prochaine rencontre, je vous souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année.

Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Campagne d'accompagnement des patients en ALD sans médecin traitant:

- Poursuite des actions attentionnées auprès des patients
- Accompagnement des EHPAD
- Accompagnement des jeunes patients sur la déclaration d'un médecin traitant

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Campagne Santé mentale et Indemnités journalières

https://www.ameli.fr/cote-d-or/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires

Pages Ameli / santé mentale est complété par les dispositifs locaux

Egalement, de nombreuses ressources pour aider les médecins dans la prise en charge et l'accompagnement des patients atteints de pathologies mentales : outils de diagnostic et d'évaluation de la sévérité des troubles, recommandations de bonnes pratiques, ...

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Campagne Santé mentale et Indemnités journalières

Place des arrêts de travail pour 2 affections fréquentes en santé mentale : le trouble anxio dépressif mineur et le syndrome dépressif.

Remis:

- Mémo Logigramme arrêt de travail en maladie ;
- Mémo (espace santé mentale en soins primaires) du Collège de la Médecine Générale ;
- Aide à distance avec les numéros utiles (INFO SERVICE) ;
- Dispositif « monsoutienpsy.sante.gouv.fr »,
- Recensement des structures adaptées en Côte d'Or selon le trouble et l'âge du patient via le site ameli.fr (catégorie médecins) rubrique santé mentale.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

SYNTHÈSE DE L'APPROCHE THÉRAPEUTIQUE POUR LES PATHOLOGIES LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ L'ADULTE

	TROUBLE ANXIO DÉPRESSIF LÉGER A MODÉRÉ	DÉPRESSION D'INTENSITÉ LÉGÈRE	DÉPRESSION D'INTENSITÉ MOYENNE	DÉPRESSION D'INTENSITÉ SÉVÈRE
HYGIÈNE DE VIE	Lutte contre isolement : sorties libres recommandées Exercice physique régulier - **Bonne hygiène de sommeil** - Relaxation, gestion du stress			
ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE par le médecin généraliste et si besoin avec le recours à un psychologue	Traitement de référence en 1re intention **Annuaire des psychologues conventionnés**		Traitement de référence **Annuaire des psychologues conventionnés** En association avec un antidépresseur	Orientation directe vers un **psychiatre** : risque vital majeur risque ++ de séquelles cognitives à long-terme
TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX	**Pas en 1re intention** Antidépresseur 6 mois minimum à partir de l'amélioration et à dose efficace	**Pas en 1re intention** Antidépresseur 6 mois minimum à partir de l'amélioration et à dose efficace	Antidépresseur **6 mois minimum** à partir de l'amélioration et à dose efficace	Antidépresseur **6 mois minimum** à partir de l'amélioration et à dose efficace
	Hypnotiques, anxiolytiques : **aide temporaire mais pas systématique.** Durée la plus courte possible du fait du risque de dépendance			
RECOURS PSYCHIATRE	En cas d'évolution péjorative ou d'absence d'amélioration			En 1re intention
ARRÊTS DE TRAVAIL INITIAUX ET PROLONGATION	Pas systématique, selon contexte Arrêt court Rdv de réévaluation < 7 jours	Si besoin, arrêts courts : 1 à 2 semaines	2 OPTIONS : **Arrêts courts : 1 à 2 semaines** Rassurer le patient sur la possibilité de prolongation **Arrêt d'un mois** Réévaluations en cours d'arrêt	2 OPTIONS : **Arrêts courts : 1 à 2 semaines** Rassurer le patient sur la possibilité de prolongation **Arrêt d'un mois** Réévaluations en cours d'arrêt
		Consultations dédiées et programmées entre **3 à 7 jours** pour réévaluer l'impact de l'arrêt sur la santé (amélioration, aggravation ?) Point d'ancrage temporel rassurant pour le patient		
PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE	Sans objet si les arrêts ne se répètent pas	Orientation vers médecine du travail : visite de pré reprise Service social de l'Assurance Maladie Contact médecin conseil via messagerie sécurisée sur AmeliPro		

Cnam Studio Graphique - Mars 2023

Ce document a été élaboré par l'Assurance Maladie en synthèse des travaux du Collège de la Médecine Générale (CMG)

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

La 3e session de la **formation en ligne « Arrêts de travail : prévenir, prescrire,accompagner la reprise »** est disponible jusqu'au 30 septembre 2024.

→ 5 modules d'une heure, à visionner à tout moment dès lors que le médecin s'est inscrit.

https://www.fun-mooc.fr/fr/cours/arrets-de-travail-prevenir-prescrire-accompagner-la-reprise/

Sur Ameli directement : cas pratiques - https://www.ameli.fr/cote-d-or/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/en-video-cas-pratiques-sur-les-arrets-de-travail

1. Web-série : cas pratique sur le trouble anxiodépressif
   Décryptage : l'arrêt de travail dans la prise en charge du trouble anxiodépressif
2. Web-série : cas pratique sur la prise en charge d'un épisode dépressif
   Décryptage : la stratégie de prise en charge globale de la dépression
3. Web-série : cas pratique sur la prise en charge de l'anxiété en accident du travail
   Décryptage : la reconnaissance des troubles psychiques en accident du travail et maladie professionnelle

VOICI 5 BONNES RAISONS DE SUIVRE CETTE FORMATION

RAISON N°1
13 cas pratiques présentés de façon dynamique sous forme de web-série et de vidéos d'expert
De la prévention à la prescription de l'arrêt de travail, jusqu'à l'accompagnement de la reprise de l'emploi.

RAISON N°2
Un module sur la place des arrêts de travail en santé mentale
À travers trois cas de pathologies courantes pour lesquels la prise en charge peut s'avérer complexe, vous trouverez des clés et un rappel de bonnes pratiques, ainsi qu'une rubrique sur les risques psycho-sociaux.

RAISON N°3
Un focus sur la prévention de la désinsertion socio-professionnelle
Une palette d'outils vous sera proposée dans le cas où la reprise du travail est possible, mais aussi lorsqu'elle est difficile voire impossible lors de pathologies lourdes ou évolutives.

RAISON N°4
Des référentiels d'arrêts de travail pour les pathologies courantes
Vous aborderez des pathologies que vous rencontrez au quotidien pour lesquelles des aides à la décision vous seront présentées.

INFARCTUS DU MYOCARDE		DURÉE DE RÉFÉRENCE
Travail sédentaire		28 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	35 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle > 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	42 jours
Travail physique lourd	Charge < 25 kg	60 jours

RAISON N°5
Une revue des fondamentaux
Avec des témoignages de professionnels, médecins et acteurs de l'Assurance Maladie en matière d'arrêt de travail courts, répétés ou longs, en maladie et en accident du travail/maladie professionnelle.

Cnam Studio Graphique – Juillet 2023

L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Transports

Votre transport, mode d'emploi

Votre médecin vous a remis une prescription médicale de transport, parce que votre état de santé le nécessite.

1 La prescription médicale de transport remise par votre médecin précise le mode de transport que vous pouvez utiliser et les conditions particulières s'il y en a. *Par exemple, le besoin d'un accompagnement par un proche.*

2 Vous devez respecter le mode de transport prescrit par votre médecin sauf si vous avez recours à un mode de transport moins onéreux. *Par exemple, si votre médecin vous a prescrit un transport assis professionnalisé mais que vous vous faites accompagner par un proche avec un véhicule personnel.*

3 Vous faites les démarches pour vous faire rembourser.

Zoom sur l'ALD

La prescription médicale de transport est réservée aux personnes avec une affection de longue durée (ALD) qui présentent des déficiences ou incapacités. Dans cette situation le transport doit être en lien avec l'ALD.

Prescription de transport, pour tout comprendre en moins de 2 minutes, regardez la vidéo de l'Assurance Maladie.

Je découvre la vidéo, en flashant le code ci-dessous

Pour plus d'informations, rendez-vous sur ameli.fr

ameli.fr

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Une prescription de transport, si nécessaire. Mais pas n'importe quel transport.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Prescription médicale de transport
Les 4 règles d'or

1. En cas d'**AFFECTION LONGUE DURÉE** (ALD), la prescription d'un transport n'est pas automatique et est réservée aux patients présentant des déficiences ou incapacités.
2. Le choix du mode de transport doit être **ADAPTÉ À L'ÉTAT DE SANTÉ ET AU NIVEAU D'AUTONOMIE** du patient.
3. **UN MODE DE TRANSPORT INDIVIDUEL** (véhicule personnel ou transports en commun) doit être proposé aux patients pouvant se déplacer sans assistance (les frais de péage, parking, carburant et titres de transport seront remboursés si les conditions de prise en charge sont réunies).
4. Lors de la prescription d'un **TRANSPORT ASSIS PROFESSIONNALISÉ** (véhicule sanitaire léger, taxi conventionné), le transport partagé (> 2 patients ensemble) est instauré par principe sauf contre-indication médicale.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Prescription médicale de transport
Rappel des bonnes pratiques

La prescription d'un transport est une **PRESCRIPTION MÉDICALE** à part entière.

En cas d'**AFFECTION LONGUE DURÉE** (ALD), la prescription d'un transport n'est pas automatique et est réservée aux patients présentant des déficiences ou incapacités.

Le choix du mode de transport doit être **ADAPTÉ À L'ÉTAT DE SANTÉ** et au **NIVEAU D'AUTONOMIE** du patient.

Transport individuel (véhicule personnel, transport en commun)
➡ Patients pouvant se déplacer sans assistance particulière

Transport assis professionnalisé (véhicule sanitaire léger, taxi conventionné)
➡ Patients dont l'état de santé nécessite d'être assis et des conditions particulières (béquilles, respect de règles d'hygiène...)
➡ Le transport partagé (> 2 patients ensemble) est instauré par principe sauf contre-indication médicale

Ambulance
➡ Doit être réservée aux patients dont l'état de santé nécessite des conditions particulières (position allongée, besoin d'oxygène...)

ameli.fr

V – ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT

Assistants médicaux

UNE AIDE PÉRENNE ET INDIVIDUELLE

L'assistant médical peut être employé à mi-temps ou à temps plein selon votre choix pour tenir compte des différents modes d'organisation de votre cabinet.

Options	1ère année	2e année	3e année et suivantes
	Cas général		
1/2 temps	18 000 €	13 500 €	10 500 €
temps complet	36 000 €	27 000 €	21 000 €

→ Un **acompte de 50 %** de l'aide est **versé dans le mois suivant** la signature du contrat avec la caisse, le **solde restant** de 50 % est versé à la **date anniversaire** du contrat.

→ L'aide est **annuelle et pérenne au-delà de la 3e année** et modulée selon l'atteinte des objectifs.

Pour un médecin à très forte patientèle, l'aide financière peut atteindre 36 000 € par an et demeurer identique chaque année.

UNE FORMATION SPÉCIFIQUE

POUR QUI ?
- Secrétaire médical
- Professionnel de santé
- Autre

- Une **formation obligatoire**, quel que soit le profil de l'assistant médical
- L'assistant médical a **3 ans pour obtenir son diplôme** (386 heures ou 112 heures de formation selon les profils).*

La formation suivie **ne prépare pas à la réalisation d'actes techniques médicaux.**

Les frais de formation (frais pédagogiques, transport et hébergement) sont **totalement pris en charge** dans le cadre de la convention collective des salariés des cabinets médicaux.

* les 112h de formation concernent les profils infirmier, puériculteur et aide-soignant.

LE RECRUTEMENT

COMMENT LE RECRUTER ?
- L'assistant médical peut être recruté soit directement par **vous-même**, soit indirectement en faisant appel à un **groupement d'employeurs** en capacité d'employer des assistants médicaux.

QUELLE DÉMARCHE ?
- Le **contrat de travail** peut être établi par vous-même ou par l'intermédiaire d'un groupement d'employeurs.

COMMENT BÉNÉFICIER DE L'AIDE FINANCIÈRE ET PÉRENNE ?
- **La signature d'un contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical est nécessaire** avec votre caisse de l'Assurance Maladie.
- Le contrat est signé avec la caisse du **département où vous êtes installé(e)** et où vous exercez à titre principal.

PRENEZ CONTACT AVEC VOTRE DÉLÉGUÉ(E) DE L'ASSURANCE MALADIE SI VOUS ÊTES INTÉRESSÉ(E)

POUR VOUS ACCOMPAGNER **ameli.fr**

Des contenus pour en savoir plus sur le métier d'assistant médical

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – ACTIONS D’ACCOMPAGNEMENT

Campagne sur le bon usage du système des soins

Un dispositif ambitieux alliant pédagogie et proximité

Déployée du 8 au 28 octobre 2023 en radio, télévision et digital, la campagne s’appuiera sur des actions et supports complémentaires pour renforcer la diffusion des messages sur le terrain :

- insertion de pages dans la presse quotidienne régionale ;
- affichage vidéo dans les pharmacies et établissements de santé ;
- affiches à destination des professionnels de santé et acteurs de terrain ;
- relai via les canaux de diffusion de l’Assurance Maladie : articles sur le site ameli, e-mailing dédié, posts sur les réseaux sociaux, comptes X (anciennement Twitter) et compte LinkedIn.

L’ensemble des supports de la campagne renvoient pour plus d’informations vers un mini-site pédagogique dédié, rattaché à ameli.fr : bonsreflexes.ameli.fr.*

Vous pouvez commander des affiches auprès de votre Délégué Assurance Maladie.

l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LES AFFICHES

LES SPOTS TV

Spot « Annuler un rendez-vous de santé »

Spot « Appeler le 15 en cas d'urgence »

Spot « Présenter sa carte Vitale »

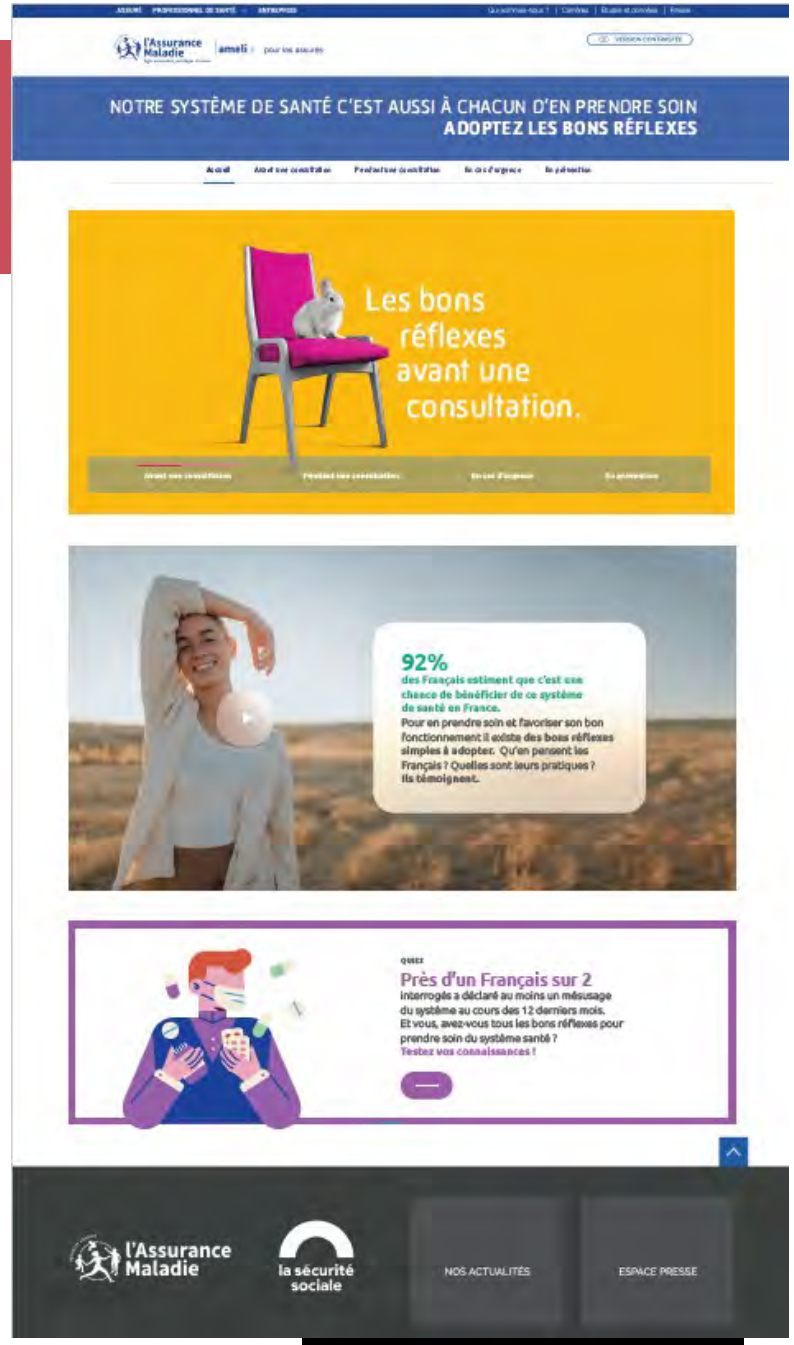
BONSREFLEXES.AMELI.FR

Un site d’informations pratiques pour les patients

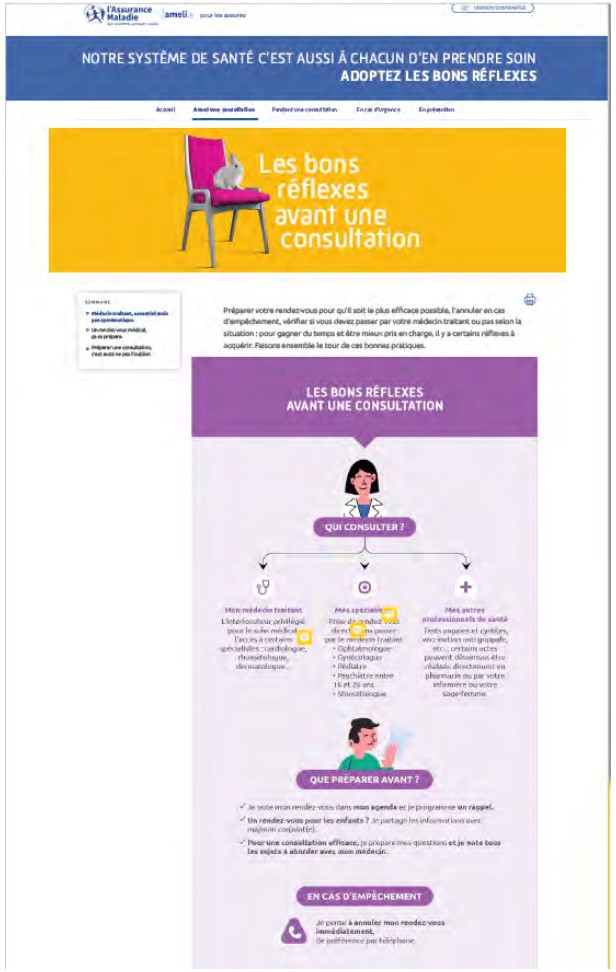
Une mise en situation

- Avant la consultation
- Pendant la consultation
- En cas d’urgence
- En prévention

Des contenus variés : Micro trottoir, quizz, mémo de synthèse



BONSREFLEXES.AMELI.FR



LES BONS RÉFLEXES AVANT UNE CONSULTATION.

- Médecin traitant, essentiel mais pas toujours obligatoire
- Un rendez-vous médical, ça se prépare
- Préparer une consultation, c'est aussi ne pas l'oublier

LES BONS RÉFLEXES PENDANT LA CONSULTATION

- Carte Vitale, votre alliée santé
- Pour un meilleur suivi, renseignez Mon espace santé
- Avec votre médecin, 0 tabou

LES BONS RÉFLEXES EN CAS D'URGENCE.

- Apprendre à reconnaître une urgence, c'est vital.
- En cas d'urgence, il n'y a pas que les urgences.
- Appeler le 15, mode d'emploi.

LES BONS RÉFLEXES EN PRÉVENTION.

- Tout va bien Dr ? Un suivi régulier aux âges clés de la vie.
- Cancers : le dépistage c’est à quel âge ?
- Vaccination et rappel, pensez-y ça peut sauver des vies
- Addictions : faites le point !

V – NUMÉRIQUE – ROSP ET FORFAIT STRUCTURE

Message de la CNAM aux syndicats nationaux :

Mesdames les Présidentes, Messieurs les Présidents,

Nous vous informons que la campagne de saisie des indicateurs ROSP et Forfait structure pour l'année 2023 s'ouvrira le 11 décembre 2023 jusqu'au 4 février 2024. Un OSMOSE sera envoyé à l'ensemble des médecins prochainement.

Pour le forfait structure, compte tenu notamment des délais de déploiement et de l'usage des logiciels Ségur, des ajustements sont exceptionnellement réalisés pour cette année :

- L'indicateur « valoriser la prise en charge en exercice coordonné » reste optionnel dans le volet 2 ;
- un délai est accordé aux médecins pour s'équiper d'un logiciel Ségur et transmettre leurs justificatifs auprès de leur caisse primaire pour valider cet indicateur : possibilité jusqu'au 31 janvier 2024 (au lieu du 31/12/2023);
- l'exigence d'être équipé de la version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 est reporté au 31/12/2024 (aussi les médecins non équipés au 31/12/2023 ne seront pas pénalisés et pourront valider leur volet 1) ;
- l'objectif pour l'indicateur « usage et remplissage du DMP » est réajusté à 10% (au lieu de 20%) pour bénéficier de la rémunération de l'indicateur ;
- l'usage de la messagerie sécurisée pour les échanges avec les patients sera valorisé pour les médecins ayant atteint l'objectif ; par ailleurs compte tenu de son déploiement encore limité un report des points de cet indicateur pour les médecins n'ayant pas atteint l'objectif sur les autres usages de téléservices sera réalisé ;
- l'objectif de l'indicateur « usage de l'AAT en ligne » est ajusté à 70% (au lieu de 90%).
- Par ailleurs, pour ne pas pénaliser les médecins investis dans la prise en charge de nouveaux patients en ALD dans leur patientèle médecin traitant à la suite de l'action « d'aller vers » initiée par les caisses primaires, l'indicateur « usage téléservice déclaration médecin traitant » sera exceptionnellement neutralisé pour les médecins généralistes.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – NUMÉRIQUE - ROSP

Pour le forfait d'alimentation du VSM dans les DMP pour les patients en ALD :

- un premier paiement sera réalisé pour les médecins atteignant déjà les exigences au 31/12/2023, au premier semestre 2024.
- Toutefois, un délai est également accordé pour permettre aux médecins de finaliser l'élaboration et l'alimentation des VSM jusqu'au 30/06/2024.

Pour la ROSP 2023,

- afin de s'adapter aux évolutions d'indication des « glifozines » au-delà du diabète, il est proposé d'adapter la définition retenue pour le calcul des indicateurs portant sur les patients atteints de diabète comme suit : « Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 hors benfluorex, exclusion des patients suivis exclusivement par glifozines sans autre antidiabétique ».

L'ensemble de ces éléments favorables dans le calcul d'atteinte des objectifs des médecins sera repris dans les notes méthodologiques 2023 mises en ligne sur ameli.fr et un message OSMOSE sera adressé à l'ensemble des médecin pour les informer de l'ouverture du service de déclaration sur Amelipro.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Mise à jour des logiciels SEGUR (à fin octobre 2023)

	OK SEGUR correspond au médecin qui a soit commandé via la procédure ANS soit s'est connecté au DMP sur 10/2023 (avec un logiciel)	**KO SEGUR** pas de trace de commande et pas de connexion au DMP sur 10/2023 (vec un logiciel)	**Ratio compatibles segur**
Médecins généralistes	368	117	76%
Médecins spécialistes	242	205	54%

Statistiques réalisées sur les médecins qui ont facturé en FSE en 10/2023, avec les données fournies par ANS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V - NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Evolution de l'alimentation des DMP

Nombre de DMP alimentés par mois

Département	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23	juin-23	juil-23	août-23	sept-23	oct-23	nov-23	déc-23
Côte-d'Or	29 565	36 806	37 554	36 390	41 065	46 213	48 851	42 242	49 833	60 477		

Cumul 2023	*Rappel année 2022*
215 216	*130 480*

Nombre d'alimentations DMP mensuelles des médecins généralistes

Département	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23	juin-23	juil-23	août-23	sept-23	oct-23	nov-23	déc-23
Côte-d'Or	3 801	5 260	7 235	6 406	8 620	10 140	8 868	10 223	16 770	23 552		

Cumul 2023	*Rappel année 2022*
64 737	*4 519*

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V - NUMÉRIQUE EN SANTÉ

Alimentations DMP des médecins spécialistes

Nombre de médecins spécialistes qui alimentent par mois

Département	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23	juin-23	juil-23	août-23	sept-23	oct-23	nov-23	déc-23
Côte-d'Or	45	51	56	87	102	114	110	124	145	158		

Cumul 2023	*Rappel année 2022*
201	*57*

Alimentations DMP des établissements

Nombre de DMP alimentés par mois - Etablissements MCO

Dpt	Nom de l'établissement	nov-22	déc-22	janv-23	févr-23	mars-23	avr-23	mai-23	juin-23	juil-23	août-23	sept-23	oct-23
21	CGFL	1	1	1	1	2		2	1	1 286	632	2 492	2 395
21	CH Haute Côte-d'Or							64	446	565	480	521	575
21	CH Semur						1 023	1 967	2 321	3 067	2 855	3 284	3 252
21	CHU Dijon	6 687	5 809	5 946	7 805	12 295	10 692	11 431	14 947	10 971	10 856	11 958	12 724
21	Clinique Benigne Joly		263	315	494	975	1 098	724	643	573	437	630	510
21	Hospices civils Beaune		1				204	881	908	814	823	977	1 435
21	HPDB	3	1 867	405	3 320	301	2 264	1 556	2 366	2 138	1 249	2 355	2 502

V – NUMÉRIQUE

amelipro : 2 composants à installer pour continuer à lire la carte Vitale

L'ensemble des professionnels de santé qui utilisent la lecture de carte Vitale depuis amelipro doivent réaliser 2 mises à jour sur leur poste de travail avant la fin de l'année 2023.

Le navigateur Chromium (Chrome et Edge) a posé à cette date une échéance sur une nouvelle version des navigateurs qui rendra impossible la lecture de carte Vitale sur amelipro. À la suite de cette annonce, les autres navigateurs sont également susceptibles de mettre à jour leur cadre technique dans les prochains mois.

Comment réaliser la mise à jour ?

Les professionnels de santé ont à leur disposition sur amelipro, à partir du lien figurant dans la fenêtre d'identification patient, la procédure pour réaliser la mise à jour.

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

V – NUMÉRIQUE

Il est nécessaire de procéder à l'installation des 2 composants mentionnés dans la procédure :

- l'ATSAM , à partir du site du GIE Sesam-Vitale ;
- la webextension, à partir du store du navigateur.

Attention : la seule installation de la webextension ne suffit pas et doit s'accompagner de la mise à jour de l'ATSAM.

La procédure est disponible sur amelipro depuis juin 2023. Les professionnels de santé doivent réaliser ces mises à jour dès que possible afin d'éviter une rupture de service début 2024 sur la lecture de la carte Vitale depuis amelipro.

En cas de difficulté dans la mise à jour, le professionnel de santé peut contacter son délégué numérique en santé (DNS) : eservices.cpam-dijon@assurance-maladie.fr

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VI – QUESTIONS DIVERSES

Lots télétransmission : suite échanges avec représentants de la profession

Suite à une la rencontre entre la direction de la CPAM et deux de vos représentants le 22 novembre 2023, il a été acté que les pièces justificatives attendues pour les lots dégradés transmis entre le 01 juin 2023 et le 30 septembre 2023 devront nous être adressées au plus tard le 31 décembre 2023 de préférence par SCOR si vous le pouvez.

Les pièces justificatives des lots doivent nous être transmises dans les 30 jours suivants la télétransmission comme prévu par les instructions nationales.

Un point de situation sera fait début 2024 et des notifications d'indus pourront être adressées selon les situations.

Voici la nouvelle adresse à utiliser pour l'envoi de vos pièces justificatives de télétransmission (et uniquement pour ces documents) :
Caisse d'Assurance Maladie de la Côte-d'Or HD
Lots télétransmission
1D bd de Champagne
TSA 99 998
21045 Dijon Cedex

Vous utilisez SCOR pour l'envoi de vos pièces justificatives ? Alors ne changez rien, vous avez fait le bon choix. Avec SCOR, plus besoin d'envoyer vos pièces en papier !
Vous n'utilisez pas encore SCOR ? Renseignez-vous auprès de votre éditeur.

VI – QUESTIONS DIVERSES

ROSP Adulte extrait du guide méthodologique ROSP 2023. :

- mode de comptabilisation de la prescription d'Antibiotiques pour nos patients

- **Indicateur :** ***Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD***

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD
Numérateur : nombre de prescriptions [4] d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

VI – QUESTIONS DIVERSES

ROSP Adulte extrait du guide méthodologique 2023:

- mode de comptabilisation de la prescription d'Antibiotiques pour nos patients

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones)***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par le MT
Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3è et 4è génération OU fluoroquinolones par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT avec prescription d'antibiotiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition :

Pour le dénominateur sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)
Pour le numérateur :
- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)
- céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefpodoxime), J01DE01 (cefepime)
- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VI – QUESTIONS DIVERSES

ROSP Enfant extrait guide méthodologique 2023:

- mode de comptabilisation de la prescription d'Antibiotiques pour nos patients

- **Indicateur :** ***Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrites par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 4 ans avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VI – QUESTIONS DIVERSES

ROSP Enfant Extrait guide méthodologique 2023:

- mode de comptabilisation de la prescription d'Antibiotiques pour nos patients

- **Indicateur :** ***Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT
Numérateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrites par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT de 4 ans ou plus avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VI – QUESTIONS DIVERSES

ROSP :

demande réitérée de neutralisation de l'indicateur ATB aux vues des pénuries régulières d'amoxicilline .

Nous allons remonter votre demande à la Caisse Nationale

VI – QUESTIONS DIVERSES

- comptabilisation de la file patients médecin traitant, variations significatives inexpliquées ?

Pouvez vous nous faire remonter les anomalies que vous constatez afin que nous puissions étudier les situations?

VI – QUESTIONS DIVERSES

Accessibilité des lieux de soins : l’annuaire est en phase de test

Dans l’optique d’améliorer l’accès aux soins pour les patients à besoins spécifiques, APF France handicap et le ministère de la Santé et de la prévention ont mis en ligne sur Santé.fr un annuaire ayant pour ambition de valoriser l’accessibilité des lieux d’exercice et de soins. Plus de 3 500 professionnels de santé y sont déjà inscrits. Cet annuaire rend compte de l'accessibilité de l’environnement extérieur et du bâti du lieu de consultation ou de soins, et renseigne également sur la prise en charge des patients à besoins spécifiques (visuel, auditif, moteur, etc.). Pour enrichir cet annuaire toujours en phase de test mais consultable, les praticiens sont vivement encouragés à remplir le formulaire permettant de collecter les données.

Le professionnel de santé qui souhaite le remplir se connecte sur www.sante.fr/annuaire-accessibilite-pro avec sa carte CPS ou e-CPS.

X - CALENDRIER 2024

jeudis 4 avril, 27 juin et 7 novembre 2024

11h30 / 12h