

MEDEO LE MAG

Août 2022

A la une, ce mois-ci :

- Grippe et Covid-19
- Tests antigéniques Covid-19
- Dépenses de santé
- Lancement de Data pathologie
- amelipro
- e-CPS
- L'appli carte Vitale
- Triennal 2023-2025
- L'Assurance Maladie vous informe

Medeo FORMATION

Site Naturopole

3 boulevard de Clairfont bâtiment G

66350 TOULOUGES

<https://www.medeo-formation.fr>

Directeur de publication : N. BARDETIS

Responsable de rédaction : L. SOL

Prix de vente : gratuit

Date de dépôt légal : août 2022

Date de parution : août 2022

N°ISSN : en cours



MEDEO
Formation

Grippe et Covid-19 : de nouvelles recommandations de la HAS sur la vaccination

Dans une recommandation publiée le 16 juin dernier, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise de démarrer, comme les années précédentes, la vaccination contre la grippe à la mi-octobre en métropole et dans les départements/régions d'outre-mer des Amériques et un mois plus tôt à Mayotte. Par ailleurs, les populations cibles étant les mêmes, elle recommande de coupler la campagne de vaccination anti-Covid 19 à celle de la grippe, au sein de ces populations.

Covid-19 : privilégié à l'automne un nouveau rappel vaccinal pour les plus vulnérables

Le 25 mai, dans un autre avis, la HAS avait en effet recommandé une campagne de rappel à l'automne pour les populations les plus à risques. Cette préconisation s'appuie sur le scénario probable d'une permanence du risque épidémique dans le temps et d'une baisse de l'immunité, après quelques mois, chez les plus âgés et les patients immunodéprimés. Il est dès lors indispensable de protéger ces personnes qui restent particulièrement vulnérables au Covid, en dépit d'une moindre virulence observée à ce stade.

Dès à présent, poursuivre la vaccination des personnes les plus à risque, notamment âgées

En parallèle de sa recommandation pour l'automne prochain, la HAS préconise de poursuivre et renforcer dès aujourd'hui les efforts de vaccination des personnes à risque. Ces efforts doivent prioritairement porter sur la campagne de 2e rappel, qui est loin d'avoir atteint sa cible, avec moins de 50% des personnes vaccinées en Ehpad, et environ 30% des plus de 80 ans en ville. L'attention doit par ailleurs être maintenue sur les 10% de personnes de plus de 80 ans qui n'ont pas encore été vaccinées ainsi que sur les publics les plus éloignés du système de soins, qui restent à ce jour nettement moins couverts par la vaccination que la population générale.

Source : l'Assurance Maladie



Commandes de tests antigéniques Covid-19 : gare aux démarchages frauduleux

De nombreux professionnels de santé ont signalé avoir fait l'objet de démarchages intensifs de la part de sociétés cherchant à leur faire passer commande de grandes quantités de tests antigéniques (TAG) de dépistage du Covid-19. Il arrive même que ces sociétés se présentent, à tort, comme étant mandatées par l'Assurance Maladie ou l'Agences Régionale de Santé (ARS). L'Assurance Maladie met en garde contre ces dérives.

Seuls les pharmaciens peuvent délivrer des tests antigéniques

L'activité de délivrance de tests antigéniques aux professionnels de santé est exclusivement réservée aux pharmaciens d'officine, notamment au regard des enjeux de santé publique qui s'y attachent. En effet, l'arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire précise que les "dispositifs médicaux de diagnostic in vitro de détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sont délivrés gratuitement par les pharmaciens d'officine (...) sur présentation d'un justificatif de la qualité du professionnel (...)" (article 14, paragraphe VII).

La sous-traitance de l'activité de délivrance de tests antigéniques n'est pas autorisée. Les démarchages par des

sociétés intermédiaires auprès des professionnels de santé constituent donc des fraudes.

En outre, certains professionnels de santé ont regretté avoir reçu des cartons de tests antigéniques malgré leur refus de passer commande. D'autres ont reçu des quantités de tests largement supérieures à celles commandées. En dépit de l'absence de commande, le livreur demande la carte CPS/numéro Assurance Maladie aux professionnels pour régulariser la facturation. Il s'agit de vente forcée.

La délivrance des tests antigéniques ne peut intervenir qu'à la demande des professionnels de santé, en cas d'expression des besoins de leur part. En aucun cas ces délivrances ne peuvent se faire suite à des démarchages actifs effectués auprès des professionnels de santé, démarchages éventuellement suivis d'envois non justifiés. De telles pratiques sont abusives, voire frauduleuses si les tests ne pas délivrés.

Alerter sa caisse d'assurance maladie en cas de pratique suspecte de démarchage

Les professionnels de santé sont vivement invités à communiquer à leur caisse d'assurance maladie toute pratique suspecte de démarchage et de délivrance abusive.

Source : l'Assurance Maladie

Dépenses de santé : concentration sur les maladies chroniques et poids important de la santé mentale

La cartographie médicalisée des dépenses que réalise chaque année l'Assurance Maladie, désormais plus accessible et plus lisibles grâce à la nouvelle plateforme en open data Data pathologies, montre une nouvelle fois la concentration des dépenses sur les maladies chroniques, ainsi que le poids important de la santé mentale. Elle met aussi en lumière, grâce aux données de 2020, à quel point la prise en charge des patients a été affectée par l'épidémie de Covid-19 en 2020.

Ces résultats portent sur l'année 2020 et sont fondés sur les données de 66,3 millions de personnes qui ont été agrégées, représentant un montant global de dépenses de 168 milliards d'euros. Au total, plus de 1,5 milliard de feuilles de soins sont passées au crible par les experts de la Cnam pour rendre ainsi exploitables ces données.

La place prépondérante des maladies chroniques à nouveau confirmée

L'un des enseignements clés est la confirmation des tendances de moyen terme déjà observées, si l'on fait abstraction du fort impact de l'épidémie de Covid-19.

Ainsi, les pathologies et traitements chroniques représentent les deux tiers (62%) des dépenses (soit 104 milliards d'euros) pour un tiers des assurés (36%), soit 24 millions de personnes. Celles-ci représentent un coût moyen par patient de 4 300 euros en 2020. La santé mentale, les cancers et les maladies cardiovasculaires concentrent à elles seules 36% des dépenses.

S'agissant de la santé mentale, elle représente à elle seule 23,3 milliards d'euros, soit près de 14% des dépenses totales si l'on regroupe les "maladies psychiatriques" et l'ensemble des "traitements chroniques par psychotropes". Le coût moyen est de 2 800 euros par personne.

A l'opposé, 56% de la population, soit plus d'un assuré sur deux, a reçu uniquement des soins qualifiés de "courants".

Depuis 2015, la dépense totale de la consommation des soins remboursés de l'ensemble des régimes a augmenté de 15,7 milliards d'euros (soit +10,3% en cinq ans, +2% par an en moyenne).

La prise en charge des patients fortement affectée par l'épidémie de Covid-19 en 2020

Cette dernière édition livre une visions d'ensemble de l'impact de la crise sanitaire en 2020 sur le système de santé dont les dépenses progressent moins vite en 2020

que les années précédentes (+0,7%).

Cette décélération résulte de l'impact de la crise sanitaire sur le fonctionnement du système de santé, notamment en raison des 2 premiers confinements. Elle s'observe en particulier dans le recul des hospitalisations ponctuelles (-1,2 million de patients, en baisse de 12% entre 2019 et 2020), du fait principalement des reports des chirurgies programmées. L'épidémie de Covid-19 a également conduit à des reports ou des retards de dépistages et d'actes techniques comme le traitement de la cataracte, déjà mis au jour dans les études Epi-Phare notamment.

Pour certaines pathologies comme les maladies cardionéurovasculaires ou les cancers, on observe également un recul du nombre de patients pris en charge. Celui-ci résulte de retards de dépistage, de diagnostic, voire d'instauration de traitement, impliquant vraisemblablement des prises en charge plus tardives, et donc potentiellement plus lourdes. Les résultats de la cartographie confirment ainsi les différents constats déjà déposés par les autorités de santé (Institut national du cancer, la HAS, Santé publique France) et par les professionnels de santé (notamment par les médecins spécialistes en ville comme à l'hôpital) en termes de non-recours et de retards de soins. Inversement le nombre de nouveaux patients (+ 127 330 personnes et +9%) qui ont commencé à prendre des psychotropes en 2020 augmente, objectivant ainsi l'impact de la crise sanitaire sur la santé mentale en France.

Source : l'Assurance Maladie

Lancement de Data pathologies, une cartographie interactive des pathologies et des dépenses de santé

L'Assurance Maladie lance le 21 juin une nouvelle plateforme en open data, Data pathologies, poursuivant ainsi sa démarche d'ouverture en matière de données de santé. Ce site met à la disposition de tous les acteurs de la santé et du grand public les données sur la prise en charge des pathologies en France. Au coeur de cette innovation : les résultats de la cartographie médicalisée des dépenses, travail d'analyse exigeant, réalisé chaque année par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) pour trier, croiser et "faire parler" un volume gigantesque de données de facturation sur les pathologies et la prise en charge des patients en France. Ces données constituent d'ailleurs le socle du rapport "Charges et produits" que publie chaque année l'Assurance Maladie pour proposer des pistes d'amélioration du système de santé et d'une meilleure maîtrise des dépenses. Leur analyse permet de répondre à des questions comme : quels sont les effectifs de patients pris en charge pour ces différentes pathologies ? Comment évolue la prévalence ? Comment l'effectif est-il réparti sur le territoire français ? Quelles sont les dépenses remboursées affectées à chacune des pathologies identifiées ?

Toutes ces informations sont désormais accessibles sur Data pathologies, de manière simple et intuitive, et au bénéfice de tous : acteurs du système de santé, chercheurs,

journalistes, professionnels, associations de patients et même le grand public.

Ces résultats portent sur l'année 2020 et sont fondés sur les données de 66,3 millions de personnes, représentant un montant global de dépenses de 168 milliards d'euros. Au total, plus de 1,5 milliard de feuilles de soins ont été passées au crible par les experts de la Cnam pour rendre ces données exploitables.

Des données enrichies et plus lisibles

Plus accessibles, les données de la cartographie sont désormais plus lisibles et plus compréhensibles grâce au recours à la datavisualisation. Les informations sont présentées sous la forme d'infographies interactives, à la fois pour 2020 et sur cinq ans (entre 2015 et 2020), pour en montrer l'évolution.

Source : l'Assurance Maladie

amelipro : une sécurisation renforcée des connexions

Pour renforcer la sécurité des accès aux services réservés aux professionnels de santé dans leur compte amelipro, l'Assurance Maladie met en place, à partir du 1er juillet, les mesures suivantes :

- **suppression de l'adresse email comme identifiant pour accéder à amelipro** : pour s'identifier sans carte CPS, le professionnel de santé devra rentrer son numéro Assurance Maladie ou son numéro Finess : l'adresse mail ne pourra plus être utilisée comme identifiant. En cas de délégation, seule une identification par carte professionnelle sera possible (sauf comptable)
- **renforcement de la sécurité des mots de passe** : le mot de passe aura une durée de validité de 6 mois. Le professionnel de santé devra le changer tous les 6 mois et il devra être différent de ceux utilisés précédemment
- **limitation de la durée de session** : la session d'un compte amelipro sera automatiquement fermée au bout de 1 heure sans activité ou après 4 heures d'utilisation. Pour utiliser à nouveau le compte amelipro, il faudra s'identifier
- **renforcement de la traçabilité des connexions** : lors de chaque connexion au compte amelipro, un courriel de notification est envoyé à l'adresse mail professionnelle associée au compte. Si le professionnel de santé n'est pas à l'origine de la connexion, il est invité à en informer l'Assurance Maladie

Du nouveau pour la e-CPS !

Depuis le 21 juin, la e-CPS s'est enrichie d'un niveau de garantie supplémentaire : un code dynamique à valider à chaque nouvelle authentification.

La demande d'authentification sur votre téléphone portable se valide en deux étapes :

- Authentification en saisissant votre mot de passe e-CPS
- Sélectionnez le code dynamique sur votre e-CPS (présenté sur la mire de connexion de Pro Santé Connect) parmi les 3 valeurs proposées sur votre téléphone portable.

Ensuite, vous serez automatiquement connecté au service demandé.

Vous pouvez joindre le service support de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) au 0 809 40 00 82 ou par e-mail.

Pour les professionnels libéraux, vous pouvez également en parler avec vos Conseillers Informatique Services.

A propos de Pro Santé Connect

Pro Santé Connect est une solution de l'Agence du Numérique en Santé, pour simplifier et sécuriser la connexion des professionnels aux services numériques en santé. Elle a déjà été adoptée comme mode de connexion par une centaine de services numériques en santé.

Source : Ministère de la santé et de la prévention et ANS

L'appli carte Vitale arrive sur le smartphone des assurés

Créée en 1998, la carte Vitale est parfaitement intégrée dans les parcours et les pratiques de soins des assurés et des professionnels de santé depuis plus de 20 ans.

Avec l'utilisation croissante d'outils numériques dans le quotidien des Français, il était nécessaire que la carte Vitale existe aussi en application pour smartphone. Il s'agit d'une nouvelle étape du virage numérique en santé, présentée par le gouvernement et l'Assurance Maladie en 2019.

Le principe ? La carte Vital sera accessible depuis le smartphone des assurés grâce à l'appli carte Vitale. Il s'agira d'une alternative dématérialisée de la carte Vitale physique, qui continue d'exister.

L'appli carte Vitale : des avantages concrets pour les professionnels de santé

L'appli carte Vitale a pour objectifs de fluidifier les relations entre les professionnels de santé et assurés. En effet, tout en assurant les mêmes fonctions que la carte Vitale, l'appli carte Vitale offre de nouveaux avantages :

- il y a plus de chances que les patients aient leur carte Vitale avec leur smartphone et c'est donc la garantie de toujours pouvoir faire une télétransmission

- **les feuilles de soins sont sécurisées et fiabilisées** grâce à l'accès automatique au service de droit ARDi, réduisant ainsi le risque d'erreurs et de rejets de factures
- il y a une **réduction du risque de contaminations manuportées**

L'appli carte Vitale est un véritable outil numérique, qui permet d'accéder aux services et fonctionnalités de l'Assurance Maladie, tels que la facturation Sesam Vitale, l'accès aux téléservices intégrés de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et, pour les pharmaciens, au dossiers pharmaceutique (DP).

En plus des données d'identification de l'assuré et de ses bénéficiaires déjà présentes dans la carte Vitale, l'appli carte Vitale permet d'intégrer de nouvelles données : l'identité national de santé (INS) et, à terme, les données des organismes complémentaires (mutuelles).

Les données sont-elles suffisamment sécurisées ?

L'appli carte Vitale dispose du même niveau de sécurité que la carte physique, un niveau garanti par les pouvoirs :

- les seules données stockées dans l'application sont les noms, prénom(s), le genre ou sexe, la qualité et l'organisme obligatoire de rattachement
- chaque utilisation de l'application nécessite une double authentification : par le smartphone de l'assuré et par un code secret personnel

En route vers le triennal 2023-2025 !

Quels ajustements en matière de financement ?

L'année 2022 a permis de mener avec les sections professionnelles des réflexions sur le financement des actions de DPC pour le 3ème triennal dans un triple objectif : aboutir à un modèle plus simple et lisible toutes professions confondues, poursuivre l'incitation au développement d'action d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et de Gestion Des Risques (GDR) et faciliter la validation de leur obligation de DPC aux professionnels de santé.

Qu'est-ce qui change ?

- Un plafond triennal de financement d'actions de formation continue

Sur la base du constat qu'une majorité de professionnels de santé s'inscrit exclusivement à des actions de formation continue et ainsi n'est pas en situation de valider l'obligation de DPC, sera fixé un plafond triennal de formation continue. Dès lors que, sur le triennal, le professionnel aura utilisé ce quota d'heures, seules ses inscriptions à des actions d'EPP, de GDR ou à des programmes intégrés pourront encore donner lieu à une prise en charge par l'ANDPC (dans la limite du droit de tirage total de chaque profession).

Il appartiendra à chaque section professionnelle de fixer ce plafond triennal au cours du second semestre 2022.

- Des modalités de fixation des tarifs, simplifiées, harmonisées et poursuivant l'objectif incitatif de développement d'une offre d'EPP et de GDR

S'il appartiendra à chaque section professionnelle de déterminer le niveau des tarifs de prise en charge pour l'année 2023 au second semestre 2022, les modalités de fixation de ces tarifs de prise en charge seront identiques pour toutes les professions s'articulant autour d'une matrice commune de tarification. Celle-ci permettra de valoriser les actions sur la base du prix fixé pour la formation continue présentielle auquel sera appliqué un coefficient multiplicateur en fonction de la typologie et du format.

Pour la formation continue en présentiel ou en classe virtuelle : base 100

Pour les actions d'EPP et de GDR : multiplication du tarif d'une heure de formation continue présentielle par 1, 3, quel que soit le format de l'action (présentiel, non présentiel, classe virtuelle).

Pour les actions de formation continue en distanciel asynchrone : moitié du tarif d'une heure de formation continue présentielle.

Attention, pour les programmes intégrés, sera fait application à chaque composante, du tarif correspondant à son format et sa typologie.

		Format	Présentiel / Classe virtuelle	Non présentiel	
<i>Typologie</i>		<i>coefficient</i>	1	0,5	1
FC		1	100	50	
EPP, GDR		1,3	130		130
PI	FC	1	100	50	
	EPP/GDR	1,3	130		130

Les modalités d'indemnisation des professionnels de santé seront inchangées par rapport à 2022 : les heures non présentielle de formation continue sont prise en charge à 50% et pour les autres typologies et formats, elles sont prises en charge à 100%.

Le travail se poursuit avec les sections professionnelles autour d'une harmonisation des droits de tirage et des tarifs des différentes professions.

Comment le professionnel de santé répond à son obligation DPC ?

Trois modalités sont possibles

Code santé publique Art. L.4021-4

Modalité n° ① : Engagement dans un parcours de DPC « au choix »

- Ce parcours se réalise sur une période de **3 ans**.
- La démarche doit comporter au minimum :
 - ✓ **2 actions** de DPC
 - ✓ de **typologies différentes** :

Formation continue

FC

Evaluation des pratiques professionnelles

EPP

Gestion des risques

GDR

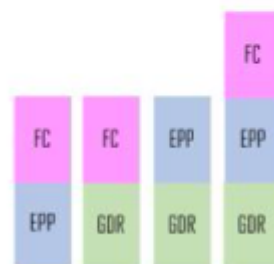
- Les actions sont réalisées **soit distinctement, soit couplées** au sein de programmes dits « intégrés ».
- Un programme de DPC intégré est l'association dans un même programme d'au moins 2 types différents d'action de DPC (formation continue, EPP, GDR), et permet en ce sens de valider le plancher minimum de l'obligation triennale.

L'ensemble de ces actions et programmes de DPC doit :

- ✓ **s'inscrire dans le cadre des orientations prioritaires de DPC définies par arrêté (art. L4021-2 du CSP),**
- ✓ **se conformer à l'une des méthodes validées par la Haute Autorité de Santé (HAS).**

- Un programme intégré est une combinaison de typologies d'action (Formation continue, Evaluation des Pratiques Professionnelles et Gestion des Risques). Un programme intégré est composé d'au moins 2 types d'action. Différentes combinaisons sont possibles :

- action de formation continue + action EPP
- action de formation continue + action GDR
- action d'EPP + action de GDR
- action de formation continue + EPP + GDR



FC+EPP, FC+GDR, EPP+GDR, ou encore FC+EPP+GDR

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3019317/fr/demarche-et-methodes-de-dpc

Source : l'ANDPC

L'Assurance Maladie vous informe

Madame, Monsieur,

A la suite du rapport du Dr Braun « Urgences et soins non programmés : des réponses rapides et fortes pour l'été », des mesures sont mises en place afin de renforcer l'offre de soins de ville sur sollicitation des services de régulation des urgences durant l'été.

A ce titre, et jusqu'au 30 septembre 2022, sur certains territoires expérimentateurs, **les infirmiers libéraux et salariés des centres de santé qui le souhaitent, pourront être sollicités, à la demande du SAMU / services d'accès aux soins (SAS), pour se rendre au domicile du patient appelant, notamment en EHPAD, afin d'évaluer la situation et de réaliser, si nécessaire, une téléconsultation assistée et/ou un acte infirmier.**

L'adhésion à ce dispositif d'appui aux services de régulation consiste pour l'infirmier à se déclarer participant auprès du centre de régulation et à se rendre disponible sur des créneaux de 6h (jour et/ou nuit) en cas de sollicitation du centre 15 ou du SAS, en réduisant son planning habituel. Les modalités permettant de se porter volontaires auprès du centre 15 et du service d'accès aux soins (SAS) seront définies localement par les Agences Régionales de Santé (ARS).

En fonction de l'analyse de la situation du patient, l'infirmier pourra :

- déclencher une téléconsultation avec le médecin régulateur pour le patient qu'il accompagnera et qui sera suivie ou non d'un acte ;
- réaliser un acte infirmier si nécessaire ;
- ou dispenser des simples conseils au patient (sans réalisation d'un acte associé).

L'infirmier qui participera à ce dispositif d'appui aux services de régulation pourra prétendre aux valorisations suivantes :

• **Valorisation des astreintes réalisées par les infirmiers :**

- 78 euros par période de 6h pour les astreintes aux horaires de permanence* des soins ambulatoires ;

- 60 euros par période de 6h pour les astreintes en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires.

• **Valorisation du déplacement et le cas échéant des actes réalisés dans le cadre des visites à domicile sollicitées par la régulation pendant une période d'astreinte :**

- *pour les déplacements ne donnant lieu à aucun acte ou accompagnement à la téléconsultation (dispensation de conseils), facturation d'un AMI 5,6 cumulable avec des frais de déplacement (IFD et éventuellement des indemnités kilométriques) et, le cas échéant, des majorations associées (majorations de nuit, de dimanche et jours fériés (facturation à compter du samedi 8h) ou MIE pour les soins aux enfants de moins de 7 ans. L'application des autres majorations n'est pas autorisée) ;*

- *pour les déplacements donnant lieu à une téléconsultation et/ou un acte : la facturation d'un acte d'accompagnement à la téléconsultation et des actes infirmiers se font dans le cadre des règles habituelles de la NGAP et de la convention.*

• **Modalités de facturation :**

- Afin d'obtenir le paiement des astreintes, l'infirmier devra adresser à sa caisse de rattachement [un bordereau](#) qui devra comporter le visa (cachet ou signature) du centre de régulation (15 ou SAS – voir encadré à droite) attestant de sa participation au dispositif et du nombre d'heures d'astreinte effectuées.

- L'AMI 5,6 (en l'absence d'actes réalisés dans le cadre de la visite à domicile) ou les actes réalisés (actes d'accompagnement à la téléconsultation, autres actes infirmiers) dans le cadre de la visite devront être facturés directement à l'Assurance Maladie.

A noter cependant que les actes sont réalisés sans prescription médicale préalable. Il est donc nécessaire que lors de la facturation des actes, l'infirmier :

- indique le numéro de prescripteur suivant : 291991081
- et joigne à titre de pièce justificative, en lieu et place de la prescription, [une attestation sur l'honneur](#) indiquant qu'il est intervenu à la demande du service de régulation et qui devra être transmise via SCOR.

Cordialement,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie

**Horaire de la permanence des soins ambulatoires : du lundi au vendredi (20h à 8h) ; le samedi (12h à minuit) et le dimanche/jours fériés (toute la journée)*

N'hésitez pas à nous faire remonter les appels concurrentiels, voir une inscription à une formation qui n'était pas la notre, pour laquelle vous avez été démarché sous le nom de "Medeo Formation"

Une plainte a été déposée, une enquête est en cours.

Ils utilisent des numéros dits "flottants", nous empêchant de les rappeler et donc de les tracer. Si vous avez été inscrit à une formation qui n'était pas réalisé par **Medeo Formation** vous avez subit une arnaque, merci de nous en al... [Voir plus](#)

MEDEO VOUS RESPECTE ET NE PROCÈDE PAS AU DÉMARCHE ABUSIF

ATTENTION

Pratiques concurrentielles déloyales, soyez vigilant !

Des concurrents se font passer pour nous




MEDECO
Formation
04 68 36 97 53

**L'ENSEMBLE DE L'ÉQUIPE DE MEDECO FORMATION
VOUS SOUHAITE DE PASSER
UN BEL ÉTÉ ET VOUS ACCOMPAGNE DANS VOS
PROJETS DE FORMATION**


MEDECO
Formation