l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Paris

ACCUEIL DES INTERNES

Octobre 2026 - Direction Médicale

PUBLIC

SOMMAIRE

01 RÈGLES DE PRESCRIPTION

- Enjeu économique des Prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) 5
- Prescription de médicaments 6
- Prescription de dispositifs médicaux et prestations associées (LPPR) 9
- Prescription de soins Infirmiers 11
- Prescription des arrêts de travail 19
- Prescription d'un transport 20

02 LIEN VILLE/HÔPITAL

- Prado, le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation 23
- Qualité de la lettre de liaison en sortie d'hospitalisation 26

03 MON ESPACE SANTÉ, LE DMP, LA MSS, MODE D'EMPLOI

- Outils numériques : indispensables pour le parcours patient 27
- Mon espace santé : le nouveau carnet numérique des patients 28
- Des services interconnectés pour une meilleure circualtion de l'information 29
- Le DMP, un outil au service de la coordination des soins 30
- Grâce à la messagerie de mon Espace santé, facilitez les échanges avec vos patients 31

01
RÈGLES DE PRESCRIPTION

1 ENJEU ÉCONOMIQUE DES PHEV

➔ PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV)

Il s'agit de prescriptions établies aux urgences, en sortie d'hospitalisation et en consultation, qui sont exécutées par des professionnels de ville (pharmacies, sociétés de transport, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse, etc.).

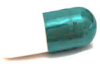
PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV)

Urgences

Sortie d'hospitalisation

Consultation

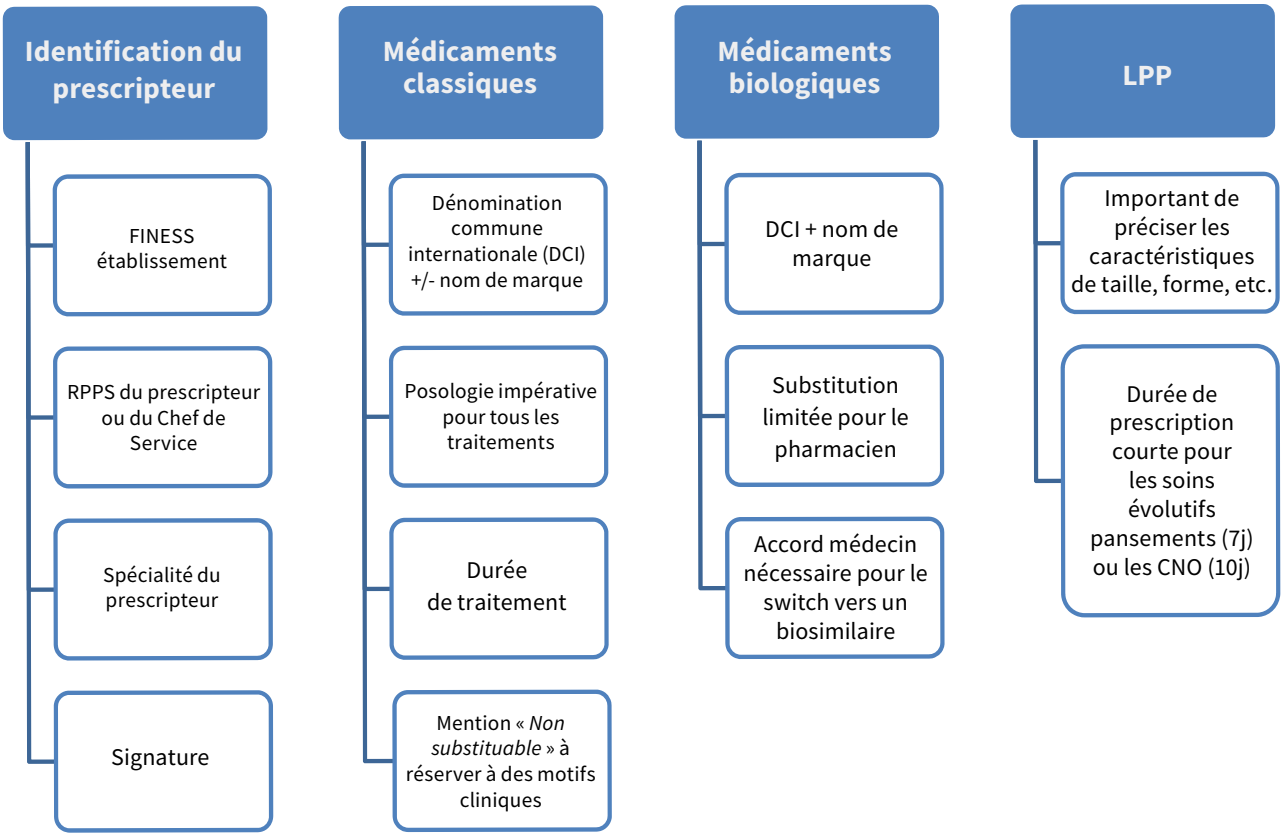
Focus Médicament : À Paris en 2025, **61 % des dépenses de médicaments** délivrés en pharmacie de ville émanent de **prescriptions hospitalières** **(917 millions d'€ remboursés en 2025)**



Aidez-nous à maîtriser ces dépenses à qualité de soins égale

2 PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

➔ PRESCRIPTIONS DE QUALITÉ : DÉLIVRANCE FLUIDE + SÉCURITÉ POUR LE PATIENT



➔ L'ORDONNANCE NUMÉRIQUE

L'ordonnance numérique permet de dématérialiser le circuit de la prescription entre les médecins et les professionnels de santé prescrits.

L'ordonnance numérique présente de nombreux avantages :

- **échanges facilités entre professionnels de santé :** le médecin (via son logiciel métier) peut savoir si l'ordonnance a été exécutée et ce qui a été effectivement délivré au patient ;
- **authenticité de la prescription garantie :** elle évite d'être confronté à de fausses ordonnances ;
- **accès simplifié aux ordonnances,** qui sont mises à disposition du patient via Mon espace santé ;
- **prescriptions fiabilisées** par l'utilisation systématique de logiciels d'aide à la prescription, permettant de renforcer la lutte contre la iatrogénie.

En pratique, le médecin rédige l'ordonnance numérique dans son logiciel métier qui génère un identifiant unique.
Le médecin remet au patient l'ordonnance papier, sur laquelle apparaît un QR Code contenant l'identifiant de la prescription et enregistre la prescription dans le DMP du patient.

➔ LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Le développement des médicaments biosimilaires représente un levier stratégique majeur pour :

- élargir l'accès aux traitements biologiques à **qualité, sécurité et efficacité équivalentes ;**
- contribuer à la **maîtrise des dépenses de santé : coût moindre de 20 à 50 % par rapport au bioréférent** ou médicament de référence ;
- participer au **financement de l'innovation thérapeutique.**

En 2025, **seulement 1 boîte sur 2 de médicaments biosimilarisés** prescrits par l'hôpital et délivrés en ville est un médicament biosimilaire ➔ La marge de progression est donc importante.

➔ **Points clés** pour améliorer leur taux de pénétration :

- en **initiation, prescrire d'emblée un biosimilaire** (prescription en dénomination commune et nom commercial) ;
- en **renouvellement,** informer votre patient et accompagner le switch du bioréférent au biosimilaire ;
- **liste des biosimilaires actualisée :**
  https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/medicaments-biosimilaires

VisuBiosim
L'outil de suivi des données de vos prescriptions des biosimilaires

→ Retrouvez toutes vos données sur Data ameli > **VisuBiosim**
https://data.ameli.fr/pages/visubiosim/

→ Retrouvez la liste des groupes biologiques similaires
https://ansm.sante.fr/documents/reference/medicaments-biosimilaires

➔ DEPUIS LE 1er SEPTEMBRE 2026 :

- Le **nom de marque ou de fantaisie d'un médicament biologique n'est plus nécessaire** sur votre prescription. La seule dénomination commune internationale suffit ;
- Le **dispositif de tiers payant conditionné à la substitution,** déjà mis en place pour les génériques, s'étend aux **médicaments biosimilaires**.

  Un patient qui refuse la substitution en pharmacie perd le bénéfice du tiers payant, et son remboursement peut être minoré. Cette mesure concerne les **groupes biologiques similaires substituables (liste ci-dessous)**.

  Si pour des raisons médicalement justifiées, la substitution est inappropriée pour votre patient, vous pouvez recourir à la mention « non substituable ».

➔ LISTE DES GROUPES BIOLOGIQUES DISPONIBLES EN VILLE AU 1er SEPTEMBRE 2026 (liste évolutive) :

Substitution autorisée à l'officine	Substitution non autorisée à l'officine	Conditions générales de substitution
13 groupes biologiques substituables	**6 groupes biologiques non substituables**	**Prescripteur**
• **Filgrastim** • **Pegfilgrastim** • **Ranibizumab** • **Aflilbercept** • **Adalimumab** • **Etanercept** • **Enoxaparine** • **Epoétine** • **Follitropine alfa** • **Teriparatide** • **Ustekinumab** • **Denosumab 60 mg** (AF ANSM, en attente JO) • **Denosumab 120 mg** (AF ANSM, en attente JO)	• **Golimumab** • **Tocilizumab** • **Insuline asparate** • **Insuline glargine** • **Somatropine** • **Omalizumab** (AF ANSM, en attente JO)	**Il informe le patient de la possibilité de substitution.** **Pour certains groupes biologiques, il indique sur la prescription, le type de dispositif d'administration à privilégier pour un malade donné.** **Pharmacien** **Il informe le patient de la dispensation effective du biosimilaire et rappelle les règles de conservation.** **Il mentionne sur l'ordonnance le nom du médicament dispensé.** **Il assure la continuité de la dispensation du même médicament lors des délivrances suivantes.**

* *Selon les molécules, conditions spécifiques à la substitution.*

3 PRESCRIPTION DE DISPOSITIFS MÉDICAUX ET PRESTATIONS ASSOCIÉES (LPPR)

➔ QU'EST-CE QUE LA LPPR ?

La LPPR est la **Liste des Produits et Prestations Remboursables par l'Assurance Maladie** permettant la facturation des dispositifs et prestations associées. Elle comprend des :

- dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.
- orthèses et prothèses externes.
- dispositifs médicaux implantables, implants issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant et greffons tissulaires d'origine humaine.
- véhicules pour handicapés physiques.
- dispositifs médicaux invasifs.

➔ RÈGLES DE PRESCRIPTION ET DE DISPENSATION

⚠ **SEULS LES PRODUITS INSCRITS À LA LPPR SONT PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE.**

PRESCRIPTION

Par tous médecins dans le respect des conditions m édico-administratives figurant à la LPPR.

- **Ce droit de prescription a été élargi à certains professionnels de santé et auxiliaires médicaux** selon leur champ de compétence.
- La liste des produits et prestations selon la spécialité du prescripteur est consultable sur ameli.fr.
  - ➔ Pour les infirmiers, sages-femmes, pédicures-podologues, masseurs kinésithérapeutes et ergothérapeutes : https://www.ameli.fr/pharmacien/exercice-professionnel/delivrance-produits-sante/droits-prescription
  - ➔ Pour les orthoptistes : https://www.ameli.fr/orthoptiste/exercice-liberal/prise-charge-patients/regles-prescription-dispositifs-medicaux

DISPENSATION

- **1ère délivrance** dans les 6 mois
- **Pour 1 mois maximum** s**auf conditionnement supérieur compatible avec la prescription et le respect de la plus grande économie**
- **Renouvellement limité** en nombre ou en durée dans un intervalle de 12 mois
- **Durée de validité de l'ordonnance :** 12 mois

➔ INFORMATIONS À PORTER SUR LA PRESCRIPTION

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR [1]
En précisant également :
N° AM ou N° FINESS géographique
N° RPPS

IDENTIFICATION DU PATIENT [1]
En précisant l'âge et le poids [2]

DATE [1]

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

DÉSIGNATION du produit ou de la prestation permettant son rattachement précis à la LPPR, en précisant les conditions particulières d'utilisation [2]

QUANTITÉ de produits ou nombre de conditionnements nécessaires compte tenu de la durée de prescription prévue [2]

DURÉE TOTALE de prescription ou le nombre de renouvellements par périodes maximales d'un mois, dans la limite de douze mois [3]
Attention : certains dispositifs ont des durées de prescriptions limitées.

UNE JUSTE PRESCRIPTION = UN PARCOURS DE SOIN OPTIMISÉ

CAS PARTICULIERS : DOIVENT ÊTRE RAJOUTÉES

- **La mention « à exécuter avant le … » en cas de** première délivrance devant être faite avant l'échéance de 6 mois [4]
- **La mention « non remboursable (NR) »** en cas de prescription en dehors des indications ou des conditions de prise en charge prévues par la LPPR [5]

Pour vous aider :

L'Assurance Maladie a élaboré un kit de « prescriptions de soins infirmiers » disponible sur ameli.fr

https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/soins-infirmiers

UNE PRESCRIPTION PRÉCISE ÉVITE LA DÉLIVRANCE DE MATÉRIEL INADAPTÉ. EN CAS DE DOUTE, LE PHARMACIEN POURRA APPELER LE PRESCRIPTEUR. [6]

1 Art R.161-45 du CSS.
2 Art R.165-38 du CSS.
3 Art R.165-36 et R1.65-37 du CSS.
4 Art R.165-40 du CSS.
5 Art L.162-4, L.162-8 et R.165-1 du CSS.
6 Art R.165-42 du CSS.

4 PRESCRIPTION DE SOINS INFIRMIERS

Les actes et soins infirmiers sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale.

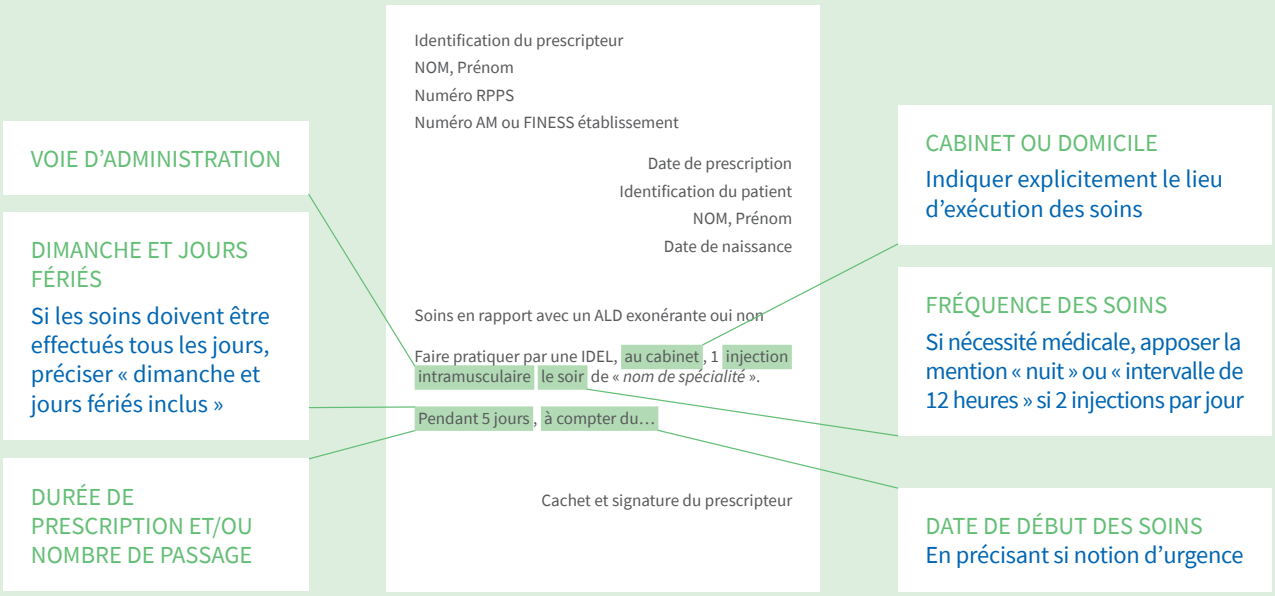
Celle-ci doit être détaillée et respecter les critères de prise en charge de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

La qualité de la rédaction de l'ordonnance permet une exécution et une facturation précises des soins prescrits.

➔ ORDONNANCE TYPE DE SOINS INFIRMIERS

EXÉCUTION ET UNE FACTURATION PRÉCISES DES ACTES PRESCRITS

BIEN PRÉCISER



RAPPEL

Les majorations de nuit, dimanche et jours fériés et la réalisation des soins à domicile ne peuvent être prises en charge par l'Assurance maladie que si elles sont justifiées par l'état de santé du malade et le bon respect de l'administration du traitement selon les recommandations pharmacologiques.

➔ ORDONNANCES PRÉ-REMPLIES

Six modèles d'ordonnances pré-remplies ont été rédigés par l'Assurance Maladie afin de faciliter l'exercice des médecins et des infirmiers .

1- modèle d'ordonnance injection
2- modèle d'ordonnance pansement
3- modèle d'ordonnance administration et surveillance
4- modèle d'ordonnance surveillance et observation
5- modèle d'ordonnance diabète
6- modèle d'ordonnance perfusion

➔ CF. MODÈLES CI-APRÈS

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le……...20….

Identification du patient :
NOM, Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer par une IDE à compter du …….. :

□ A domicile □ Au cabinet

- Une injection de ……..…...
- Voie d'abord : …….
- Fréquence et/ou horaire de passage : (*si nécessité médicale, apposer la mention « nuit» ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour)*
- Les jours d'intervention (*préciser si dimanche et jours fériés inclus*)
- Pendant……. jours

Cachet et signature du prescripteur

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le……...20….

Identification du patient :
NOM, Prénom
Date de naissance

A compléter pour chaque localisation de pansement :

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer par IDE à compter du ……

□ A domicile □ Au cabinet

- Localisation de la plaie :
- Classe de pansement ou marque :
- Si besoin, préciser :

□ Irrigation
□ Détersion
□ Méchage
□ Autre : ……

- Fréquence de renouvellement du pansement :
- Pendant …… jours
- Nécessité d'une anesthésie topique ?

□ Oui
□ Non

Cachet et signature du prescripteur

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le……...20….

Identification du patient
NOM, Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer par IDE à domicile à compter du …….

- Administration et surveillance d'une thérapeutique orale
- …… fois par jour, tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
- Pendant ….. jours

Cachet et signature du prescripteur

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS,
Numéro AM ou FINESS établissement

Le……...20….

Identification du patient
NOM, Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer par IDE à domicile à compter du …….

- Surveillance et observation du traitement
- 1 fois par jour, tous les jours (dimanche et jours fériés inclus)
- Pendant ….. jours (*maximum 15 passages*)

Cachet et signature du prescripteur

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le……...20….

Identification du patient
NOM, Prénom
Date de naissance

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer à domicile par une IDE tous les jours (dimanche et jours fériés inclus) à compter du …….. :

- Surveillance et observation de la glycémie capillaire…...fois par jour
- Injection d'insuline(s) : (*Nombre d*'injection d'insuline par jour, nature d'insuline, et horaires ou matin, midi, soir des injections *)*
- Pendant……. mois

Cachet et signature du prescripteur

Identification du prescripteur
NOM, Prénom
Numéro RPPS
Numéro AM ou FINESS établissement

Le……...20….

Identification du patient
NOM, Prénom,
Date de naissance

A compléter pour chaque produit :

Soins en rapport avec une ALD exonérante : Oui□ Non□

Faire pratiquer à domicile par une IDE à compter du …….. :

Mode d'administration : Gravité □ Diffuseur □ Système actif □

- Une perfusion de ……..…...
- Voie d'abord : …….

➢ Fréquence et/ou horaire de passage : (*si nécessité médicale, apposer la mention « nuit» ou « intervalle de 12 heures » si 2 injections/jour)*

- Les jours d'intervention (*préciser si dimanche et jours fériés inclus*)
- Pour une séance d'une durée de …… (*préciser si nécessité de la présence physique de l'IDE pendant toute la durée de la perfusion).*

➢ Pendant……. jours

Cachet et signature du prescripteur

5 PRESCRIPTION DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Les prescriptions d'arrêts de travail représentent un enjeu médico-économique important.

Les indemnités journalières (IJ) sont un des premiers postes des dépenses annuelles d'Assurance Maladie : **21 milliards d'euros en 2024, France entière**.

La prescription d'un arrêt de travail est un acte médical. L'arrêt de travail doit être prescrit s'il est nécessaire à l'amélioration de l'état de santé de votre patient.

Afin de prévenir la désinsertion socio-professionnelle et limiter le risque de passage à un usage chronique, sa durée et son renouvellement doivent être évalués régulièrement.

La durée de l'arrêt de travail doit être fixée en fonction de l'incapacité physique ou psychique du patient. Une durée adéquate est un facteur primordial pour éviter la désinsertion socio-professionnelle. L'arrêt de travail doit commencer au jour de la prescription.

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, la Cnam a publié des **« fiches repères »** après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) où **des durées de référence** d'arrêt de travail vous sont proposées **par pathologie ou intervention.**

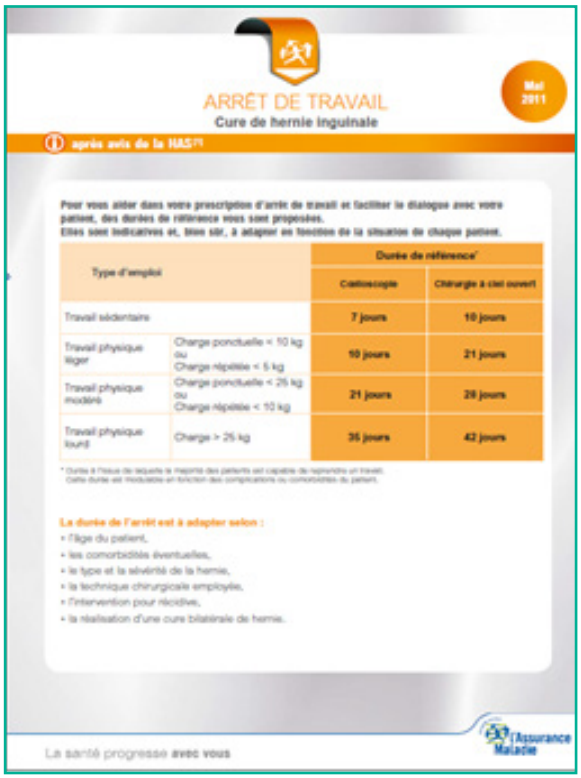
Elles sont indicatives et à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Elles sont disponibles en ligne sur :

➔ www.ameli.fr

Fiches repères :

https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arret-de-travail/outils-d-aide-la-prescription-d-un-arret-de-travail


ARRÊT DE TRAVAIL
Cure de hernie inguinale
Mai 2011
après avis de la HAS

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées de référence vous sont proposées.
Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

Type d'emploi		Durée de référence*	
		Cœlioscopie	Chirurgie à ciel ouvert
Travail sédentaire		7 jours	10 jours
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10 kg ou Charge répétée < 5 kg	10 jours	21 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg ou Charge répétée < 10 kg	21 jours	28 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours	42 jours

* Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients est capable de reprendre un travail. Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.

La durée de l'arrêt est à adapter selon :
- l'âge du patient,
- les comorbidités éventuelles,
- le type et la sévérité de la hernie,
- la technique chirurgicale employée,
- l'intervention pour récidive,
- la réalisation d'une cure bilatérale de hernie.

La santé progresse avec vous
Assurance Maladie

Il est inutile d'inclure dans la prescription les jours fériés et les jours de repos hebdomadaire (la plupart du temps, le week-end, mais votre patient peut, selon son emploi, bénéficier du repos hebdomadaire sur d'autres jours de la semaine) si le patient peut reprendre juste après ceux-ci.

6 PRESCRIPTION D'UN TRANSPORT

La prescription de transport est une décision médicale. Les autres critères d'ordre social, familial ou environnemental ne doivent pas être pris en compte par le médecin à l'origine de la prescription de transport.

➔ QUELLES SONT LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DU TRANSPORT PAR L'ASSURANCE MALADIE ?

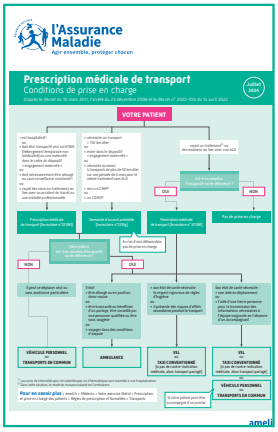
D'abord, il faut que le patient soit en situation **d'incapacité ou de déficience pour se déplacer par ses propres moyens.**

Ensuite, le transport doit être lié à :

- une hospitalisation (entrée et/ou sortie de l'hôpital), quelle que soit la durée de l'hospitalisation (complète, partielle, ou ambulatoire) ;
- des soins liés à un accident de travail ou une maladie professionnelle ;
- des soins liés à une affection de longue durée et présentant une déficience ou une incapacité.

Il ne suffit pas que le patient soit en Affection Longue Durée (ALD) pour justifier la prise en charge de son transport.

Depuis 2011, le patient atteint d'une ALD doit remplir les 3 conditions cumulatives suivantes[1] :



1. il doit être reconnu atteint d'une ALD ;
2. le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD ;
3. il doit présenter une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006. Cette dernière condition ne s'applique pas dans le cas de transports pour séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie).

(1) - Décret n° 2001-258 du 10 mars 2011 (PDF)

➔ QUELLES SONT LES RÈGLES DE PRESCRIPTION ?

■ **Utiliser le support dédié (formulaire Cerfa S3138)**

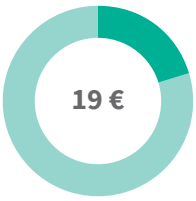
La prescription doit être établie :

- par un médecin ;
- **AVANT** la réalisation du trajet ;
- ne doit jamais être modifiée après délivrance, sur demande du patient ou du transporteur.

■ **Cas particulier des transports soumis à entente préalable (formulaire Cerfa S3139) :**

- les transports de longue distance (plus de 150 km aller) ;
- les transports en série (au moins 4 transports de plus de 50 km aller, sur une période de deux mois, au titre d'un même traitement) sauf si ces transports sont en lien avec une affection de longue durée ;
- les transports en avion ou bateau de ligne régulière ;
- les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ou pour accompagner une personne nécessitant l'assistance d'un tiers.

➔ QUEL EST LE MODE DE TRANSPORT RECOMMANDÉ SELON LA SITUATION DU PATIENT ?

Si…	Il est recommandé de prescrire	Coût moyen par trajet
• Le patient peut se déplacer seul ou sans assistance particulière • Le patient peut être accompagné d'un proche	**Véhicule personnel** ou **transports en commun**	
Le patient a besoin: • D'une aide au déplacement • De l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'accompagnant • Du respect rigoureux de règles d'hygiène • Le patient présente des risques d'effets secondaires pendant le transport	**VSL** ou **taxi** *(VSL et taxis ont les mêmes obligations)*	
Le patient a besoin: • D'être allongé ou en position semi-assise • D'être brancardé ou bénéficier d'un portage • D'être surveillé par une personne qualifiée • D'être sous oxygène • De voyager dans des conditions d'asepsie	**Ambulance**	

- **En cas de transport aller/retour vers une structure de soins (intervention chirurgicale, séance de dialyse, radiothérapie, etc.), différencier la prescription selon l'état du patient avant et après les soins. En réalisant deux prescriptions distinctes,** il devient possible de réévaluer l'aptitude au transport assis pour l'un des deux trajets. Une position assise peut par exemple être compatible avec l'aller, avant la réalisation des soins, sans nécessiter une ambulance.
- **Pour une prise en charge dans la durée, nécessitant des trajets nombreux, veiller à réévaluer régulièrement le mode de transport à prescrire, voire même l'opportunité de la prescription :** pour une série de séances, l'évolution attendue de l'état de santé peut justifier une révision du mode de transport. Limiter le nombre de trajets prescrits d'emblée permet d'intégrer plusieurs points de réévaluation. Dans les parcours de soins médicaux et de réadaptation (SMR), il est notamment fréquent qu'un patient puisse progressivement passer d'un transport en ambulance à un transport assis professionnalisé lorsque la mobilité s'améliore, voire même à un transport autonome.

➔ PRESCRIRE EN TRANSPORT PARTAGE LE RECOURS À UN TAXI CONVENTIONNE OU À UN VSL ?

Le transport médical partagé par plusieurs patients est instauré par principe, lorsque la prescription médicale de transport porte sur un transport assis professionnalisé (véhicule sanitaire léger ou taxi conventionné). Tout patient doit se voir proposer un transport partagé dès lors que la prescription médicale de transport ne précise pas que c'est incompatible avec son état de santé.

- Il revient au prescripteur d'informer le patient qu'en l'absence de contre-indication médicale, c'est le transport partagé en transport assis professionnalisé (TAP) qui s'impose.
- L'organisateur du transport (l'établissement et/ou le transporteur) proposera ainsi un transport partagé au patient.
- En cas de contre-indication médicale du patient au regard du transport partagé, le prescripteur devra l'indiquer sur la prescription médicale de transport (formulaire Cerfa S3138).

02
LIEN VILLE/HÔPITAL

1 PRADO : LE SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT DU RETOUR À DOMICILE APRÈS UNE HOSPITALISATION

Ce programme national a pour objectif de faciliter le retour à domicile des patients après une hospitalisation et de fluidifier le parcours hôpital-ville.

Les principaux enjeux de Prado sont :

- de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients ;
- d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital ;
- de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant ;
- d'améliorer l'efficience du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

En 2022, près de 195 000 patients ont bénéficié de ce service.

Réorientation progressive du service Prado qui vise, **à terme**, le relais de l'organisation des sorties hospitalières et du suivi post hospitalisation par les acteurs de l'hôpital et de la ville.

Dans l'intervalle, le dispositif est maintenu et réorienté en priorité, d'une part, **vers les patients atteints d'IC, d'AVC, ou de BPCO** et, d'autre part, **vers les patients sans médecin traitant et « fragiles »** sur le plan socio-économique :

- personne vivant seule, ou avec un aidant en difficulté ;
- logement nécessitant des adaptations/ besoin d'aide significatif pour la planification des soins et d'organisation de la sortie ;
- bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S), de l'allocation adulte handicapé (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), et de l'allocation solidarité aux personnes âgées (ASPA) ;
- absence de complémentaire santé ;
- personnes sous tutelle, en invalidité.

L'Assurance Maladie soutient également l'**usage du module ViaTrajectoire PRADO** par les établissements de santé.

➔ COMMENT SE DÉROULE LE SERVICE ?

Au cours de l'hospitalisation :

- l'équipe hospitalière décide de l'éligibilité médicale du patient au service Prado ;
- un conseiller de l'Assurance Maladie rencontre le patient afin de lui proposer Prado et de recueillir son adhésion au service.

Le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM) présent au sein de l'établissement hospitalier facilite le retour à domicile du patient en planifiant les premiers rendez-vous préconisés par l'équipe médicale hospitalière avec l'ensemble des professionnels de santé qui le suivront en ville – sur le principe du libre-choix du patient – en fonction du motif de son hospitalisation.

Il contacte le médecin traitant afin de l'informer de l'adhésion de son patient au service.

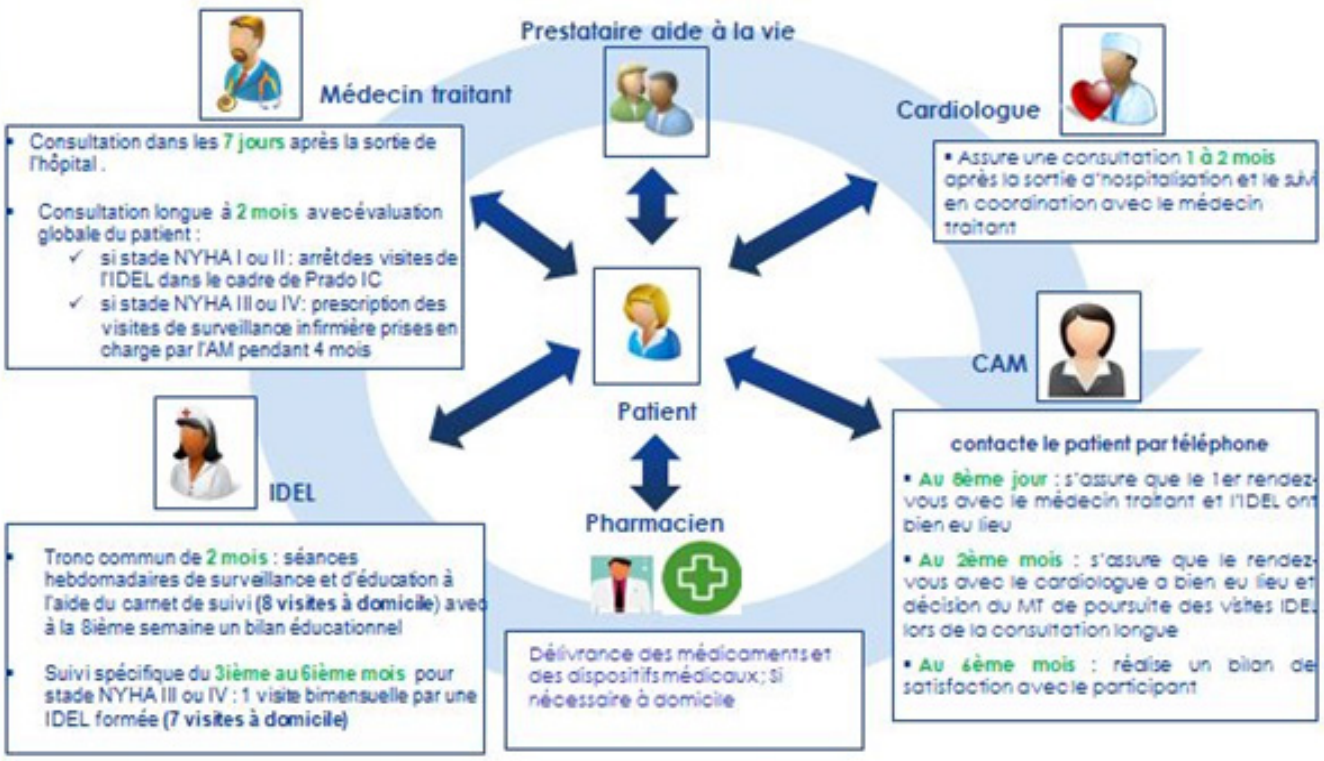
Il informe également le pharmacien d'officine chargé de la délivrance des médicaments de la sortie du patient.

Une aide à la vie (aide-ménagère et/ou un portage de repas) peut également être organisée en lien avec les services sociaux si l'équipe médicale l'estime nécessaire.

Chaque Prado s'appuie sur la réalisation, avec l'appui de sociétés savantes et de professionnels de santé, de **supports de bonnes pratiques** validés par la Haute Autorité de santé (HAS).

➔ FOCUS SUR LE PRADO INSUFFISANCE CARDIAQUE

Réalisé en partenariat avec la Société Française de Cardiologie (SFC), ce volet concerne les patients hospitalisés pour décompensation cardiaque. Il vise à réduire les ré-hospitalisations. Il consiste en un accompagnement de 2 à 6 mois.



Pour consulter les modalités pratiques des autres volets Prado :

https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado

Pour contacter l'équipe Prado de Paris :

prado75.cpam-paris@assurance-maladie.fr

Les conseillers de l'Assurance Maladie sont présents du **lundi au vendredi au sein des établissements.** Ils sont disponibles pour toutes informations nécessaires au bon déroulement du dispositif par téléphone ou par mail et sont identifiables par le port d'un badge.

Il faudra préciser dans l'objet du mail le nom de l'hôpital où le patient est hospitalisé.

2 QUALITÉ DE LA LETTRE DE LIAISON EN SORTIE D'HOSPITALISATION

Obligatoire depuis le 1er janvier 2017, la lettre de liaison de sortie (LLS) a pour objectif d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation.

Elle remplace :

- le compte-rendu d'hospitalisation ;
- et le courrier de sortie.

La lettre de liaison de sortie doit être :

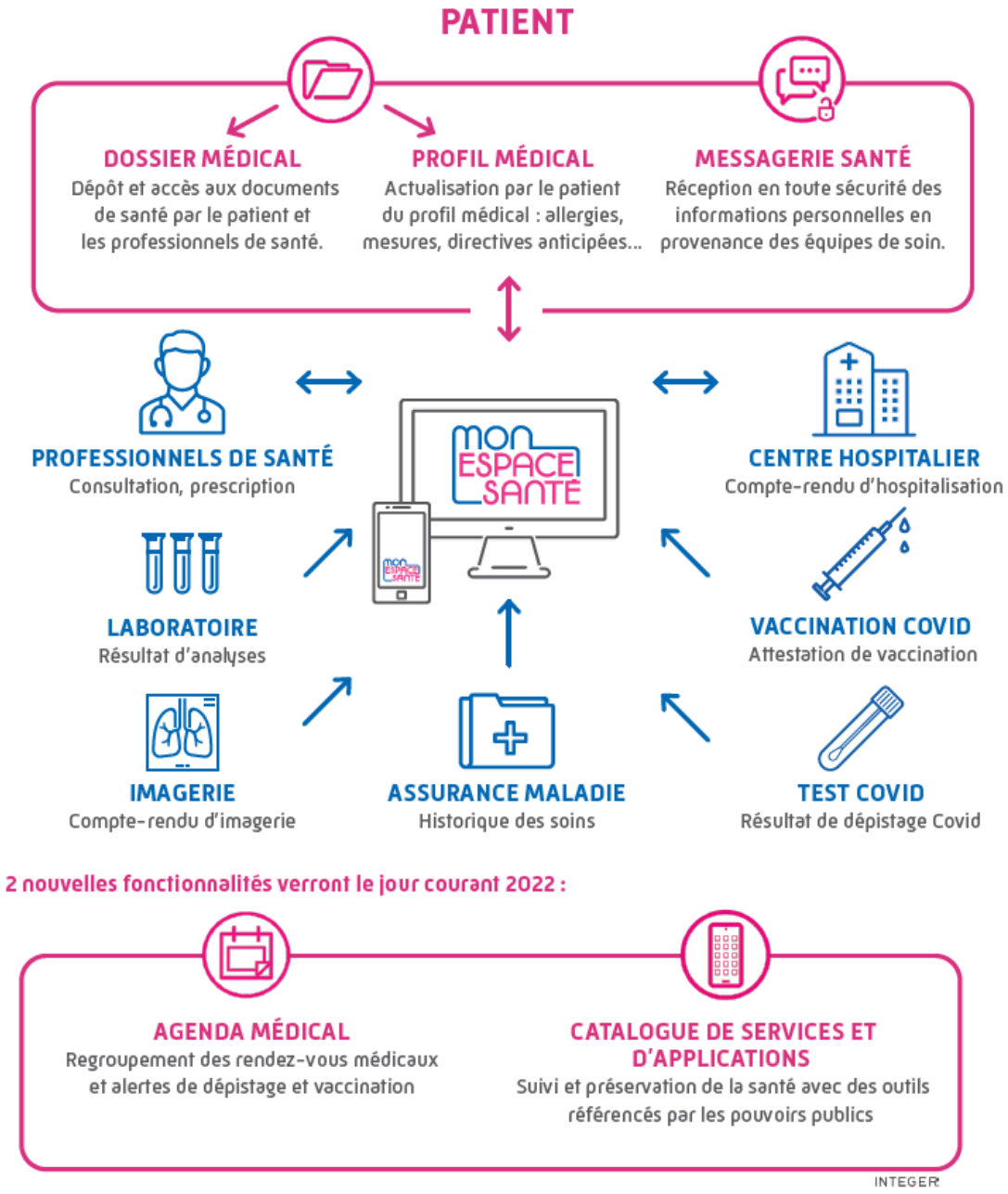
- remise au patient, le jour de sa sortie, par le médecin (ou par un autre membre de l'équipe de soins mentionnée) qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont bien été comprises ;
- et envoyée via une messagerie sécurisée ou par courrier postal :
  - → au médecin traitant,
  - → au médecin adresseur, si ce dernier n'est pas le médecin traitant,
  - → et au patient.
- alimentée dans le dossier médical du profil Mon espace santé (DMP) du patient s'il existe.

Elle comporte les éléments suivants :

- **Identification** du patient, de son médecin traitant, du praticien adresseur le cas échéant ainsi que l'identification du médecin de l'établissement ayant pris en charge le patient avec les dates et modalités d'entrée / sortie d'hospitalisation ;
- **Motif d'hospitalisation** ;
- **Synthèse médicale** du séjour, précisant le cas échéant les évènements indésirables survenus durant l'hospitalisation, l'identification de micro-organismes multirésistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang, la pose d'un dispositif médical implantable ;
- **Traitements prescrits à la sortie de l'établissement** et ceux arrêtés durant le séjour (motif d'arrêt ou de remplacement) en précisant pour les traitements médicamenteux la posologie et la durée du traitement ;
- Annonce le cas échéant **de l'attente de résultats** d'examens ou autres informations qui complèteront la LLS ;
- **Suites à donner le cas échéant y compris d'ordre médico-social tels que les actes prévus et à programmer.**

0 3
MON ESPACE SANTÉ, LE DMP, LA MSS, MODE D'EMPLOI

1 OUTILS NUMÉRIQUES : INDISPENSABLES POUR LE PARCOURS PATIENT



https://www.ameli.fr/paris/medecin/sante-prevention/dmp-et-mon-espace-sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-espace-numerique-patients

Depuis l'été 2022 **tous les assurés sociaux, sauf ceux qui s'y sont opposés, disposent d'un profil Mon espace santé.** Ainsi quasiment tous vos patients en ont un, et vous pouvez désormais utiliser ce service pour échanger simplement avec eux des documents et des informations de façon sécurisée. **Mon espace santé a pour objectif d'aider les patients à mieux gérer leur suivi médical et à être davantage acteurs de leur santé.**

2 MON ESPACE SANTÉ, C'EST LE NOUVEAU CARNET DE SANTÉ NUMÉRIQUE DES PATIENTS

Avec Mon espace santé, chaque patient dispose de 4 fonctionnalités :

- un **dossier médical** contenant son profil médical qu'il peut renseigner lui-même (traitements, allergies, antécédents, etc.) et ses documents de santé, dont son Volet de Synthèse Médicale (VSM) alimenté par son médecin traitant ;
- une **messagerie de santé** permettant d'échanger des informations et des documents de manière sécurisée et confidentielle avec ses professionnels de santé ;
- un catalogue de services et d'applications de santé, sélectionnés pour leur fiabilité et leur pertinence. A terme ces services pourront enrichir les données de Mon espace santé si le patient les synchronise avec son profil ;
- et bientôt un agenda médical pour centraliser ses rendez-vous, ainsi que ses rappels de dépistage et de vaccination.

Les données de Mon espace santé sont alimentées par :

- les **professionnels de santé, les établissements de santé ainsi que les structures sociales et médico-sociales,** qui peuvent y déposer les documents en lien avec les soins et examens réalisés. Le **médecin traitant** peut y déposer le volet de Synthèse Médicale (VSM) de ses patients ;
- le **patient** qui peut renseigner son profil médical et ajouter tous les documents ou informations qu'il juge utiles pour son suivi ;
- l'**Assurance Maladie** qui verse automatiquement l'historique des soins remboursés et les attestations de vaccination COVID.

POUR UTILISER MON ESPACE SANTÉ, C'EST SIMPLE

Le patient se rend sur : **www.monespacesante.fr** depuis un ordinateur, une tablette ou un smartphone. Il peut également télécharger l'application **Mon espace santé** sur les stores.

Pour utiliser le service, les patients doivent se rendre une première fois sur Mon espace santé et activer leur profil. Pour cela ils ont besoin uniquement de leur carte Vitale. En cas de questions ou de difficultés, les patients peuvent joindre un conseiller par téléphone : du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30.

Télécharger dans l'App Store

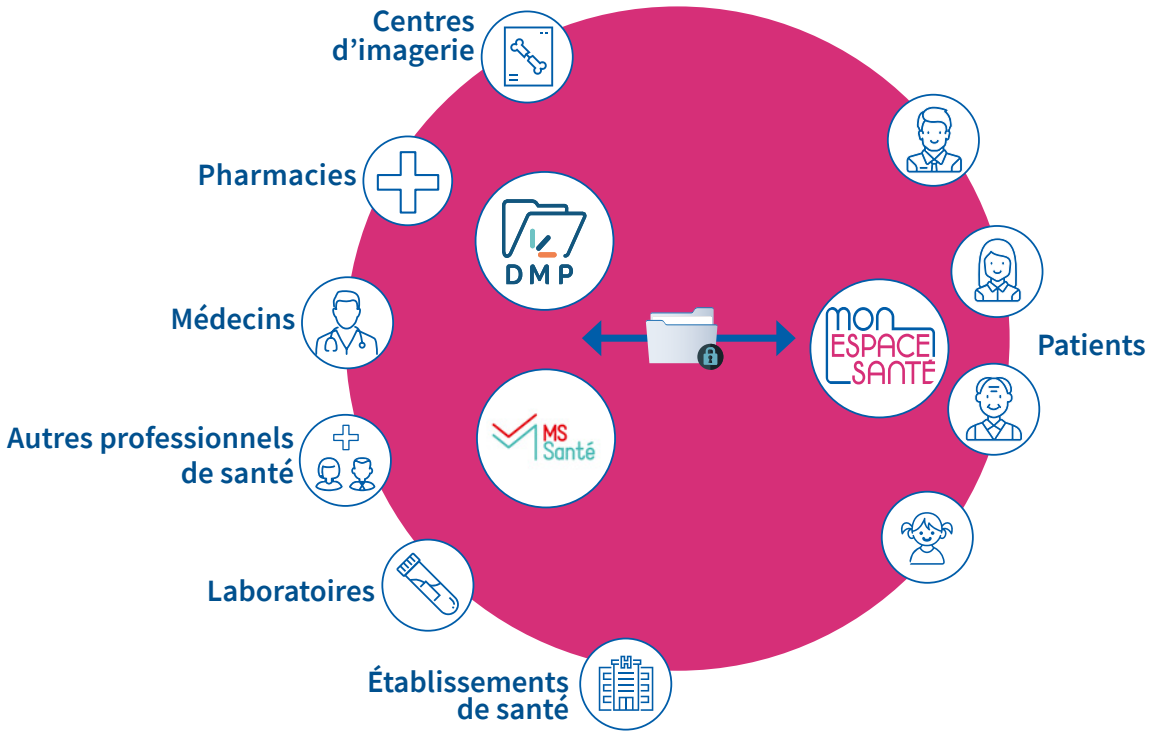
DISPONIBLE SUR Google Play

3422 Service gratuit + prix appel

3 DES SERVICES INTERCONNECTÉS POUR UNE MEILLEURE CIRCULATION DE L'INFORMATION

Tous les professionnels du médical, du social ou du médico-social sont parties prenantes de Mon espace santé. Ils alimentent directement les dossiers médicaux des patients à partir de leurs logiciels métier DMP compatibles, ou à défaut via le webservice dmp.fr. Ils peuvent échanger avec leurs patients via leurs messageries sécurisées habituelles MSSanté.

Mon espace santé est directement relié aux services professionnels DMP et MSSanté, afin de faciliter le partage des informations et documents de santé.



EN PRATIQUE

- Les documents ajoutés dans le DMP par les professionnels de santé sont automatiquement visibles par les patients dans Mon espace santé afin qu'ils puissent les consulter ou les partager avec leur équipe de soins.
- Les professionnels de santé peuvent consulter dans le DMP les documents ajoutés par les autres professionnels de l'équipe de soins ou les patients eux-mêmes.
- Ils peuvent également accéder aux vaccinations, à l'historique des soins remboursés et, si le patient les a renseignées dans Mon espace santé, à ses directives anticipées.
- Les professionnels de santé utilisent leurs messageries MSSanté habituelles pour échanger avec leurs patients qui reçoivent les messages directement sur leur messagerie intégrée à Mon espace santé.

4 LE DMP, UN OUTIL AU SERVICE DE LA COORDINATION DES SOINS

En centralisant les informations de santé d'un patient, le DMP renforce la collaboration entre tous les professionnels de santé, en ville comme à l'hôpital, et facilite le suivi des patients. Son usage est particulièrement pertinent dans les cas suivants :

Un patient vous consulte pour la première fois

✔ Les documents stockés dans son DMP, dont son profil médical s'il l'a ajouté comme document, vous permettent de connaître immédiatement les informations essentielles le concernant.

Un de vos patients a une maladie chronique, comme le diabète, et doit réaliser plusieurs examens par an

✔ Le DMP facilite la coordination entre vous et les autres membres de son équipe de soins (cardiologue, diététicien…). Il permet de suivre la réalisation des examens et l'observance des traitements.

L'un de vos patients est hospitalisé

✔ Accéder à ses traitements et résultats d'analyses *via* le DMP limite les risques d'iatrogénie médicamenteuse et permet d'éviter la réalisation d'examens déjà pratiqués en ville avant l'hospitalisation.
Le DMP vous permet de retrouver la lettre de liaison pour assurer la continuité des soins à la sortie de l'hôpital.

L'une de vos patientes est enceinte et doit réaliser les examens recommandés

✔ Un DMP alimenté permet d'assurer un suivi efficace de sa grossesse en accédant aux résultats des examens pratiqués par son équipe de soins. Il est également possible d'échanger régulièrement avec elle *via* la messagerie de santé intégrée à Mon espace santé.

Vous partez à la retraite

✔ Alimenter le DMP de vos patients permet de transmettre les informations médicales nécessaires à vos confrères, pour faciliter le relai de prise en charge et le suivi des patients.

Comment alimenter et consulter le DMP de vos patients ?

✔ Pour alimenter ou consulter le DMP d'un patient vous devez vous munir de **votre carte de professionnel de santé (CPS) ou de votre e-CPS** si vous utilisez le webservice dmp.fr.
✔ Vous ne pouvez consulter **que les données strictement nécessaires à la prise en charge de votre patient**, dans la limite des règles fixées par la matrice d'habilitation consultable en ligne (www.dmp.fr/matrice-habilitation).
✔ Votre premier accès en consultation et vos ajouts de documents, seront visibles par vos patients dans leur profil Mon espace santé.
✔ **Avec le Ségur du numérique,** la majorité des logiciels de gestion de cabinet sont mis à jour pour rendre l'alimentation du DMP simple et fluide.
✔ Dès 2022 vous pourrez bénéficier de **financements supplémentaires dans le cadre de votre forfait structure**, sur la base de 20 % des consultations donnant lieu à alimentation d'un DMP et 5 % des consultations donnant lieu à un échange par MSSanté avec les patients. À partir de 2023, une rémunération spécifique sera mise en place pour valoriser l'élaboration des Volets de Synthèse Médicale (VSM) et leur versement dans les DMP, notamment pour vos patients en ALD.

Qu'est-ce que le volet de synthèse médicale ?

Véritable condensé de l'état de santé du patient rédigé par le médecin traitant, le volet de synthèse médicale (VSM) est un document clé à verser dans le DMP du patient. Il doit contenir les antécédents personnels et familiaux, les traitements, les allergies, les principales constantes, l'historique médical et le projet thérapeutique. Il est essentiel lors d'une prise en charge pluriprofessionnelle, de second recours, hospitalière, sociale ou médico-sociale.

5 GRÂCE À LA MESSAGERIE DE MON ESPACE SANTÉ, FACILITEZ LES ÉCHANGES AVEC VOS PATIENTS.

Utiliser votre messagerie MSSanté pour communiquer avec vos patients, c'est **la garantie d'échanges sécurisés, rapides et tracés.**

Étape 1 : Invitez votre patient à activer Mon espace santé

À l'occasion d'une consultation, proposez à votre patient d'activer son profil s'il ne l'a pas déjà fait.

C'est aussi l'occasion de souligner les avantages de la messagerie sécurisée intégrée à Mon espace santé, aussi bien en termes de fluidité des échanges que de sécurité des données.

Étape 2 : Dès que votre patient a activé Mon espace santé, ouvrez la conversation en lui adressant un premier message

Votre patient recevra un e-mail à son adresse personnelle (connue de l'Assurance maladie) lui indiquant qu'il a reçu un message sécurisé sur sa messagerie Mon espace santé.

La messagerie sécurisée de santé vous permet par exemple d'adresser :

- un retour d'interprétation d'analyses de biologie ou d'imagerie médicale ;
- un courrier de recommandation vers un spécialiste ;
- des recommandations suite à une consultation.

Étape 3 : Choisissez le moment approprié pour clôturer l'échange

Pour mettre fin à un échange, il suffit d'indiquer **[FIN]** dans l'objet du message de réponse, en reproduisant à l'identique les crochets et les majuscules et sans rien ajouter d'autre dans l'objet.

BON À SAVOIR

- ☑ **Pour échanger avec un patient,** vous devez impérativement disposer d'une messagerie sécurisée MSSanté.
- ☑ **Si le patient s'est opposé à la création de Mon espace santé,** vous recevrez un e-mail automatique vous indiquant que votre message n'a pas pu être distribué. Si votre patient n'a pas activé son profil, il recevra une notification sur son adresse mail personnelle l'invitant à le faire. Il pourra consulter votre message dans Mon espace santé une fois son profil activé.
- ☑ Les conversations avec les patients via la messagerie de Mon espace santé sont exclusivement à votre initiative. **Un patient peut uniquement vous répondre.**
- ☑ **Les adresses des patients sont toutes composées de la même façon,** sur la base de leur matricule INS (Identité Nationale de Santé) : **matricule INS du patient@patient.mssante.fr**
- ☑ **Le patient peut trouver son adresse de messagerie sur Mon espace santé,** dans la synthèse de son profil médical ou en tête de la rubrique messagerie.

VOUS SOUHAITEZ PLUS D'INFORMATIONS ?

Rendez-vous sur ameli.fr pour consulter les articles et les fiches pratiques sur Mon espace santé, le DMP ou la MSSanté. Consulter l'aide en ligne sur le site monespacesante.fr.

Contactez-nous par téléphone du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30

3608 Service gratuit + prix appel

NOTES

Assurance Maladie de Paris
21 rue Georges Auric – 75019 Paris

CPAM de Paris - Octobre 2026

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
Paris