

*En rouge : les modifications parues au JO et donc effectives*  
*En vert : les modifications signées à paraître au JO*

## LA PERFORMANCE

### Sommaire

#### Préambule

#### Le champ d'application de la convention

#### **Titre 1er. – Conforter l'accès aux soins**

*Sous-Titre 1er. – Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire*

Article 1er. – Mesures en faveur de l'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire

Article 1.1. – Objet et champ de l'option démographie

Article 1.2. – Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Article 2. – Mesures relatives à l'apport complémentaire de temps médical dans les zones sous dotées en offre de soins

Article 2.1. – Objet et champ de l'option santé solidarité territoriale

Article 2.2. – Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Article 3. – Suivi et évaluation de la mise en place de l'option démographie et de l'option santé solidarité territoriale

*Sous-Titre 2. – Garantir la permanence des soins*

Article 4. – La transition vers le nouveau dispositif de permanence des soins

Article 4.1. – Les majorations d'actes spécifiques

*Sous-Titre 3. – Développer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux*

Article 5. – Le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS

Article 6. – Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés

Article 7. – Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

Article 8. – La dispense d'avance des frais pour les patients ayant choisi le médecin référent comme médecin traitant

Article 9. – Accords locaux spécifiques sur la dispense d'avance des frais

Article 10. – Expérimentations

Article 11. – La dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins pharmaciens

*Sous-Titre 4. – Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins*

*Sous-Titre 5. – Eviter les refus de soins*

#### **Titre 2. – Développer la coordination des soins**

*Sous-Titre 1er. – Le parcours de soins*

Article 12. – Le médecin traitant

Article 12.1. – Les missions du médecin traitant

Article 12.2. – Les modalités de choix du médecin traitant

Article 12.3. — Les modalités particulières  
Article 12.4. — La valorisation du rôle de médecin traitant  
Article 13. — Le médecin traitant  
Article 13.1. — Les missions du médecin correspondant  
Article 13.2. — La valorisation du rôle de médecin correspondant  
Article 14. — L'accès spécifique  
Article 14.1. — Champ de l'accès spécifique  
Article 14.2. — Les conditions de l'accès spécifique du médecin spécialiste  
Article 15. — Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés  
Article 15.1. — Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés  
Article 15.2. — Les cas d'urgence et d'éloignement  
*Sous-Titre 2. — Un parcours de soins mieux coordonné dans le cadre d'un exercice coopératif*  
Article 16. — Accompagnement du développement des modes d'exercice pluriprofessionnel  
Article 17. — Elaboration de contrats type sur l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins  
*Sous-Titre 3. — Développement de nouveaux modes de prise en charge des patients*  
*Sous-Titre 4. — Médecins pratiquant une expertise particulière*

**Titre 3. — Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficacité du système de soins**

*Sous-Titre 1er. — De la formation professionnelle conventionnelle au développement professionnel continu*  
*Sous-Titre 2. — L'implication des médecins dans les campagnes de prévention*  
*Sous-Titre 3. — Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients*  
Article 18. — Programme d'accompagnement des patients diabétiques  
Article 19. — Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardio-vasculaire, BPCO)  
*Sous-Titre 4. — La maîtrise médicalisée des dépenses de santé*  
Article 20. — Les objectifs des actions de maîtrise médicalisée  
Article 21. — Les modalités de fixation des objectifs  
Article 22. — Le suivi des objectifs  
Article 23. — L'information et la promotion des objectifs auprès des médecins libéraux  
Article 24. — Thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour l'année 2011

***Sous-Titre 5. — Compléter la rémunération pour la qualité des pratiques médicales et l'efficacité***

**Article 25. — Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique**

**Article 26. — Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins**

**Article 26.1. — La valorisation de la qualité des pratiques**

**Article 26.2. — Le fonctionnement du dispositif**

**Article 26.3. — Le contenu de la rémunération**

**Article 26.4. — Les modalités de calcul de la rémunération**

## **Article 26.5. – Le suivi du dispositif**

Article 27. – Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique

Article 27.1. – Soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage

Article 27.2. – Améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques

Article 27.3. – Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière

Article 28. – Adapter la rémunération des activités techniques

Article 28.1. – CCAM technique

Article 28.2. – Tarification des forfaits techniques et appareils de remnographie

Article 28.3. – Valorisation des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds

## **Titre 4. – L'exercice conventionnel**

*Sous-Titre 1er. – Les conditions d'exercice*

Article 29. – Enregistrement du médecin auprès de la caisse

Article 30. – Situation des médecins exerçant au sein d'une structure regroupant plusieurs praticiens

Article 31. – Situation des collaborateurs salariés de praticiens libéraux conventionnés

Article 32. – Situation du remplaçant

Article 33. – Situation des adjoints et des assistants des praticiens libéraux conventionnés

*Sous-Titre 2. – Les secteurs conventionnels*

Article 34. – Secteur à honoraires opposables

Article 34.1. – Cas particulier de l'accès non coordonné

Article 35. – Autres secteurs conventionnels

Article 35.1. – Secteur à honoraires différents

Article 35.2. – Secteur droit à dépassement permanent (DP)

*Sous-Titre 3. – Mise en œuvre de l'option de coordination*

Article 36. – Engagements du praticien adhérent à l'option de coordination

Article 37. – Engagements de l'assurance maladie vis-à-vis du praticien adhérent à l'option de coordination

Article 38. – Modalités d'adhésion à l'option

Article 39. – Modalités de suivi des engagements

Article 40. – Modalités de résiliation par le médecin

Article 41. – Résiliation par la caisse en cas de non-respect des engagements par le médecin

Article 42. – Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels

Article 42.1. – Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE)

Article 42.2. – Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention

Article 42.3. – Application de dépassements maîtrisés (DM) sur les tarifs opposables des seuls actes techniques

Article 42.4. – Application de dépassements maîtrisés (DM) dans le cadre de l'application du secteur optionnel

*Sous-Titre 4. – Projet de secteur optionnel*

## **Titre 5. – Moderniser et simplifier les conditions d'exercice**

*Sous-Titre 1er. – Moderniser les relations entre les médecins et les caisses*

Article 43. — Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés  
Article 44. — Un accompagnement des médecins dans leur pratique  
Article 44.1. — Les échanges confraternels entre les médecins et les praticiens conseils et les échanges avec les délégués de l'assurance maladie  
Article 44.2. — Les conseillers informatique service  
Article 45. — Une simplification des échanges  
Article 45.1. — Le développement des téléservices  
Article 45.2. — La simplification des formulaires  
*Sous-Titre 2. — Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie*  
Article 46. — Favoriser la mise en œuvre de la facturation en ligne  
Article 47. — Généraliser la facturation électronique  
Article 47.1. — Maintenance et évolution du système SESAM-VITAL  
Article 47.2. — Les règles de télétransmission de la facturation  
Article 48. — Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques  
Article 49. — Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais  
Article 50. — Traitement des incidents  
Article 50.1. — Informations réciproques  
Article 50.2. — Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique  
Article 51. — Retours d'information  
Article 52. — La procédure exceptionnelle : la facturation via la feuille de soins sur support papier  
Article 53. — Documents relatifs à la facturation des prestations  
Article 54. — Facturation des honoraires  
Article 55. — Facturation des actes effectués par le personnel salarié du médecin  
*Sous-Titre 3. — Documents ouvrant droit au remboursement de prestations*  
Article 56. — Rédaction des ordonnances  
Article 57. — Ordonnance dupliquée  
*Sous-Titre 4. — Les modalités de paiement des honoraires*  
Article 58. — Le principe du paiement direct et les cas de dispense d'avance des frais  
Article 59. — Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé  
*Sous-Titre 5. — Dispositions sociales*  
Article 60. — Principe et champ d'application  
Article 61. — Assurance maladie, maternité, décès  
Article 62. — Allocations familiales  
Article 63. — Pérennisation du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)  
Article 64. — Modalités de versement

## **Titre 6. — Vie conventionnelle**

*Sous-Titre 1er. — Durée et résiliation de la convention*  
Article 65. — Durée de la convention  
Article 66. — Résiliation de la convention  
*Sous-Titre 2. — Modalités de notification et d'adhésion des praticiens*  
Article 67. — Notification  
Article 68. — Modalités d'adhésion  
Article 69. — Modalités de rupture d'adhésion  
*Sous-Titre 3. — Les instances conventionnelles*

Article 70. — La commission paritaire nationale (CPN)  
Article 70.1. — Composition de la commission paritaire nationale  
Article 70.2. — Mise en place de la commission paritaire nationale  
Article 70.3. — Rôle de la commission paritaire nationale  
Article 71. — Le comité du fonds des actions conventionnelles (FAC) placé près de la CPN  
Article 71.1. — Composition du comité FAC  
Article 71.2. — Mise en place du comité FAC  
Article 71.3. — Missions du comité FAC  
Article 72. — Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN  
Article 72.1. — Composition du CTPPN  
Article 72.2. — Mise en place du CTPPN  
Article 72.3. — Missions du CTPPN  
Article 73. — La commission paritaire régionale (CPR)  
Article 73.1. — Composition de la commission paritaire régionale  
Article 73.2. — Mise en place de la commission paritaire régionale  
Article 73.3. — Missions de la commission paritaire régionale  
Article 74. — La commission paritaire locale (CTL)  
Article 74.1. — Composition de la commission paritaire locale  
Article 74.2. — Mise en place de la commission paritaire locale  
Article 74.3. — Rôle de la commission paritaire locale  
*Sous-Titre 4. — Le non-respect des engagements conventionnels*  
Article 75. — De l'examen des cas de manquements  
Article 76. — Des sanctions susceptibles d'être prononcées  
Article 77. — Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement  
Article 78. — Du recours du médecin contre une sanction  
Article 79. — Des conséquences de sanctions ordinaires et des décisions juridictionnelles  
Article 80. — De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

## **A N N E X E S**

### **Sommaire**

Annexe I. — Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes et spécialistes  
Annexe II. — Tarifs des actes de la CCAM et instances  
Annexe III. — Dispositions transitoires relatives à la démographie médicale  
Annexe IV. — Option démographie fonctionnement  
Annexe V. — Formulaire d'adhésion à l'option démographie  
Annexe VI. — Option démographie - fiche de suivi des adhérents  
Annexe VII. — Option santé solidarité territoriale  
Annexe VIII. — Formulaire d'adhésion à l'option santé solidarité territoriale  
Annexe IX. — Option santé solidarité territoriale - fiche de suivi adhérents  
Annexe X. — Permanence des soins ambulatoires  
Annexe XI. — Permanence des soins en établissements de santé privés  
Annexe XII. — Majorations d'actes spécifiques à la permanence des soins ambulatoires  
Annexe XIII. — Rémunération du médecin traitant pour le suivi des patients en ALD  
Annexe XIV. — Majorations de coordination et autres majorations

Annexe XV. — Dispositif de prévention bucco-dentaire

Annexe XVI. — Formation professionnelle conventionnelle

## **Annexe XVII. — Rémunération sur objectifs de santé publique**

Annexe XVIII. — Option de coordination - formulaire d'adhésion

Annexe XIX. — Participation aux cotisations sociales des médecins adhérant à l'option de coordination et au secteurs optionnel (dans l'hypothèse où ce dernier est mis en place)

Annexe XX. — Secteur optionnel - formulaire d'adhésion prévisionnel

Annexe XXI. — Règlement intérieur type des commissions paritaires

Annexe XXII. — Procédure conventionnelle en cas de manquement imputable à un médecin

Annexe XXIII. — Tarifs des actes de la CCAM technique

### **TITRE 3 VALORISER LA QUALITÉ DES PRATIQUES MÉDICALES ET FAVORISER L'EFFICIENCE DU SYSTÈME DE SOINS**

#### ***Sous-titre 5 Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience***

#### **Article 25 Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique**

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques et d'optimiser les dépenses de santé. La diversification des modes de rémunération des médecins constitue un objectif majeur de la présente convention médicale. Les parties signataires souhaitent évoluer vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

Dans ce cadre, elles conviennent d'organiser désormais la rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ; dans l'attente de la mise en place de la CCAM clinique d'ici le 31 décembre 2012, des consultations à haute valeur ajoutée de santé publique sont instituées ;
- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives ;
- la rémunération à la performance, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

La présente convention renforce les incitations à la modernisation des cabinets médicaux, à l'utilisation des télé-services et à l'optimisation de l'accueil des patients.

Elle valorise dans ce cadre l'engagement des médecins dans la télétransmission des données de facturation qui constitue un service rendu aux patients et une simplification administrative pour les assurés.

Elle permet de reconnaître la mission de synthèse de la situation médicale des patients réalisée par le médecin traitant à partir des dossiers

informatisés, en diversifiant la rémunération de ces médecins traitants de façon proportionnelle au nombre des patients qui les ont choisi.

La rémunération à la performance valorise de plus l'engagement des médecins traitants dans la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficacité des prescriptions.

Ces volets sont susceptibles de s'étendre aux autres spécialités concernées.

#### **Article 26 Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins**

La rémunération à la performance a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles conclus sur la base de l'[article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale](#).

Au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel.

Les médecins qui adhèrent à la présente convention s'engagent, en contrepartie, à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier ce choix par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au Journal officiel de la présente convention, ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés. **Dans le cadre de la mise en place des indicateurs relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité pour les médecins spécialistes en cardiologie et médecine maladies vasculaires<sup>1</sup>.et pour les [médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie<sup>2</sup>](#), ces derniers disposent d'un délai d'un mois suivant la publication au journal officiel de l'avenant, ou d'un mois suivant leur installation pour les nouveaux installés, pour indiquer qu'ils ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire définie par ledit avenant. En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la rémunération sur objectifs de santé publique y compris du volet organisation du cabinet et la qualité de service.<sup>3</sup>**

Ensuite, à tout moment, le médecin ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de ~~cette rémunération complémentaire~~ **ces rémunérations complémentaires<sup>4</sup>** peut revenir sur ce choix en s'adressant à sa caisse.

<sup>1</sup> Modifié par l'Avenant 9 signé le 14 février 2013

<sup>2</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>3</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>4</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

L'ensemble des médecins libéraux est concerné par les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (cf. article 26.2).

~~Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité concernent dans un premier temps les médecins traitants.~~ Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité concernent dans un premier temps les ~~médecins traitants et les médecins spécialistes en cardiologie et médecine vasculaire.~~<sup>5</sup> Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficacité concernent dans un premier temps les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie<sup>6</sup>. Afin de les mesurer, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis, ou d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Certains indicateurs correspondent à des données déclaratives de résultats de mesures ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la valorisation de l'activité est conditionnée à la capacité du médecin de tenir à jour ces données dans le dossier patient.

Pour les médecins traitants, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie à la date de mise en œuvre du dispositif. ~~Pour les spécialistes en cardiologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 5 de l'annexe XVII à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les 2 années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle de référence est actualisée au début de chaque année civile.~~<sup>7</sup> Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 6 de l'annexe XVII à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les 2 années civiles précédentes la date de mise en œuvre du dispositif.<sup>8</sup> Elle est réévaluée chaque année à date anniversaire du début du dispositif. ~~Dans l'attente de la mise à disposition du calcul des indicateurs sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire, les indicateurs sont calculés sur la patientèle du régime général.~~ Les indicateurs sont calculés sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.<sup>9</sup>

Ce nouveau mode de rémunération des médecins valorisant l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient a vocation à s'appliquer ~~dans un premier temps aux médecins traitants~~ aux médecins traitants et aux médecins

<sup>5</sup> Modifié par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>6</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>7</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>8</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>9</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

spécialistes en cardiologie et médecine maladies vasculaires<sup>1011</sup>, puis à s'étendre à toutes les spécialités par avenants à la présente convention afin de prendre en compte la spécificité de pratique des différentes spécialités cliniques et techniques et d'adapter les indicateurs susceptibles d'être retenus ainsi que les modalités de calcul.

Il est donc indispensable d'engager préalablement une expertise sur la pertinence des indicateurs et leurs modalités de calcul. Les partenaires s'engagent à conclure des avenants dans ce cadre.

#### *Article 26.1 La valorisation de la qualité des pratiques*

Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques. Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :

- l'organisation du cabinet et la qualité de service ;
- la qualité de la pratique médicale.

##### L'organisation du cabinet et la qualité de service :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientèle réelle.

Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.

La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens paracliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre-indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les indicateurs mesurent l'utilisation de l'équipement informatique afin de valoriser le déploiement des technologies de l'information et de communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie via la télétransmission et les téléservices et à des fins médicales.

Les partenaires souhaitent favoriser la communication à destination des patients sur l'organisation du cabinet afin de faciliter l'accès aux soins. Dans ce cadre, ils s'engagent à transmettre à la CPAM les données nécessaires afin de mettre en ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie, les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un

<sup>10</sup> Modifié par l'Avenant 9 signé le 14 février 2013

<sup>11</sup> Modifié par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

handicap. L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.

La qualité de la pratique médicale :

Les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle, l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuse.

Les indicateurs sont fixés en cohérence avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de santé ainsi que les recommandations internationales afin d'être adaptés aux données acquises de la science.

La révision des indicateurs peut faire l'objet d'avenants à la présente convention afin de tenir compte de l'évolution des données acquises de la science. A ce titre, d'autres indicateurs pourront être adoptés par avenants à la présente convention.

*Article 26.2 Le fonctionnement du dispositif*

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

<b>Champs</b>	<b>Indicateurs</b>
Organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié (*)
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli (**) des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients

(\*) Ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.

(\*\*) Dès lors que le service sur ameli sera opérationnel.

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale [pour les médecins traitants](#)<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Ajouté Avenant 7 (à paraître)

THÈMES	SOUS-THÈMES	INDICATEURS	OBJECTIFS-cibles	SEUIL MINIMAL REQUIS pour la prise en compte de l'indicateur	
Le suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 65 %	10 patients	
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 90 %	10 patients	
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 80 %	10 patients	
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	≥ 90 %	10 patients	

		anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines		
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	≥ 60 %	20 patients
La prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	≥ 75 %	20 patients
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	≥ 75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	≥ 80 %	20 patients
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	≤ 5 %	20 patients
	Benzodiazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	≤ 5 %	20 patients
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir du 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	≤ 12 %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	≥ 80 %	20 patientes
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	≤ 37 %	20 patients
L'efficacité	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 90 %	40 boîtes
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques/l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 85 %	35 boîtes
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	≥ 70 %	30 boîtes
	Anti-hypertensifs	Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des	≥ 65 %	30 boîtes

eurs	génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)		
Anti-dépresseurs	Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 80 %	30 boîtes
IEC	Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC/l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	≥ 65 %	50 boîtes
Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 85 %	10 patients

13

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	54%	≥ 65%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80%	≥ 90%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	60%	≥ 80%	10 patients

<sup>13</sup> Tableau remplacé par l'Avenant 3 au JO du 22 mars 2012

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80%	≥ 90%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	65%	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	68%	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	65%	≥ 75%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	52%	≥ 65 %	10 patients
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	50%	≥ 60 %	20 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
La prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	62%	≥ 75 %	20 patients
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	62%	≥ 75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	70%	≥ 80 %	20 patients
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	7%	≤ 5 %	20 patients
	Benzodiazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	11%	≤ 5 %	20 patients
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD.	13%	≤ 12 %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	65%	≥ 80 %	20 patientes
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD. L'indicateur s'exprime en nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients et par an.	40	≤ 37	20 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
L'efficience	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	85%	≥ 90%	40 boites
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	68%	≥ 85%	35 boites
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	46%	≥ 70%	30 boites
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	64%	≥65%	130 boites
	Anti-dépresseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	75%	≥80%	30 boites
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	45%	≥65%	50 boites
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	84%	≥ 85%	10 patients

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et médecine maladies vasculaires<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Modifié par l'Avenant 9 signé le 14 février 2013

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post infarctus du myocarde (IDM)	Nombre de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, et IEC ou sartans / Nombre de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents	75%	80%	5 patients
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque <sup>15</sup> traités par bêtabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans / Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par diurétiques et IEC ou sartans	75%	80%	5 patients
La prévention	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie, lorsqu'elle est indiquée	Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive dont un diurétique / Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive	82%	90%	10 patients

<sup>15</sup> les patients sont ceux en ALD n°5 avec code CIM 10 = I 50 ou avec antécédent d'hospitalisation avec le diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (code CIM10 = I50) sur les deux années civiles précédentes.

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie antihypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatinine et de la kaliémie est réalisé	Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatinine <sup>17</sup> et du potassium dans l'année / Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive	86%	90%	10 patients
	Augmenter l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'HTA	Nombre de patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la pression artérielle / Nombre de patients hypertendus dans la patientèle	55%	70%	20 patients
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor au-delà de 12 mois	Nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2 / Nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	65%	40%	5 patients
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g / l chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde	Nombre de patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l / Nombre de patients de moins de 85 ans en post IDM	45%	60%	5 patients

<sup>16</sup> Modifié par l'Avenant 9 du 14 février 2013

<sup>17</sup> Modifié par l'Avenant 9 du 14 février 2013

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
L'efficience	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques / Nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites	74%	80%	20 boites
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques / Nombre total de boîtes de statines prescrites	65%	70%	20 boites

18

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.<sup>19</sup>

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie les 2 premières années post chirurgicale pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	50%	80%	5 patients

<sup>18</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>19</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE les 2 premières années post chirurgicale pour cancer colorectal / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour cancer colorectal	25%	50%	5 patients
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins 1 dosage par an de la protéinurie / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours	10%	40%	10 patients
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathioprine	Nombre de patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par Azathioprine au long cours	75%	90%	5 patients
La prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale.	Nombre de patients ayant eu une coloscopies totales avec polypectomie ou mucosectomie réalisées en année N / N-1 / N-2 / nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.	2,1%	1,3%	20 patients

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP)	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU / Nombre de patients traités pour éradication d'HP	25%	50%	5 patients
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Nombre de patients avec détection d'un adénome au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles / Nombre de patients ayant une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	15%	20%	10 patients
L'efficacité	Transmission par le GE au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie / Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie	80%	90%	20 patients

Les parties signataires s'accordent pour faire entrer le dispositif en vigueur au 1er janvier 2012.

Les objectifs intermédiaires figurant dans ~~le tableau~~ les tableaux<sup>20</sup> ci-dessus sont fixés pour l'année 2012. Les partenaires conviennent d'effectuer un bilan à la fin de l'année 2012 sur la distribution constatée des médecins au regard des différents indicateurs de qualité de la pratique médicale afin de réviser, si

<sup>20</sup> Modifié par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

nécessaire, par avenant, les objectifs intermédiaires fixés pour l'année 2012<sup>21</sup>.

Les rémunérations afférentes sont calculées par année glissante.

#### Article 26.3 Le contenu de la rémunération

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1 300 points, valorisés de la manière suivante : ~~L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1300 points pour les médecins traitants et 590 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et médecine vasculaire.~~<sup>22</sup>

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1300 points pour les médecins traitants, 590 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 550 points pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.<sup>23</sup>

Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

THÈME	INDICATEURS	NOMBRE DE POINTS
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	<b>TOTAL</b>	<b>400</b>
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Nombre de dosages de l'HbA1c	30
	Résultats du dosage de l'HbA1c $\leq$ 8,5 %	15
	Résultats du dosage de l'HbA1c $\leq$ 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL $\leq$ 1,5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL $\leq$ 1,3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardio-vasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	40
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	
Indicateurs de prévention et de santé publique et prévention	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	35
	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demi-vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage cancer du col de l'utérus	35

<sup>21</sup> Ajouté par l'Avenant 3 au JO du 22 mars 2012

<sup>22</sup> Modifié par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>23</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	<b>250</b>
Indicateurs d'efficience	Prescriptions dans le répertoire d'antibiotiques	60
	Prescriptions dans le répertoire d'inhibiteurs de la pompe à protons	60
	Prescriptions dans le répertoire de statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	<b>400</b>

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et médecine maladies vasculaires<sup>24</sup>.

Thème	Objectifs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post infarctus du myocarde (IDM)	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	35
	TOTAL	65
Indicateurs de prévention et de santé publique	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie, lorsqu'elle est indiquée	30
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie antihypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatinine créatininémie <sup>25</sup> et de la kaliémie est réalisé	30
	Augmenter l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'HTA	30
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel, ou ticagrelor, au-delà de 12 mois	35

<sup>24</sup> Modifié par l'Avenant 9 signé le 14 février 2013

<sup>25</sup> Modifié par l'Avenant 9 du 14 février 2013

	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g / l chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde	30
	TOTAL	155
Indicateurs d'efficience	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	60
	TOTAL	120

26

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie<sup>27</sup>

Thème	Objectifs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathioprine	30
Indicateurs de prévention et de santé publique	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale.	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP)	35

<sup>26</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>27</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	35
Indicateurs d'efficacité	Transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	30

La valeur du point est fixée à 7 €.

Afin de prendre en compte le volume de la patientèle pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Ainsi, pour un médecin généraliste ayant une patientèle de 800 patients pour un médecin traitant et un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et une patientèle moyenne de 1100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie<sup>28</sup>. et qui obtient, pour chaque indicateur, un taux de réalisation de 100 % de l'objectif, la rémunération à la performance correspond à 1 300 points, soit une rémunération par patient de 11,4 €.

Les parties conventionnelles conviennent de soutenir la première installation en libéral en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, selon des modalités définies en annexe XVII.

Par ailleurs, elles conviennent d'examiner la possibilité d'adapter les modalités de ces rémunérations pour tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles.

Les médecins adhérant à la présente convention mettent, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition des praticiens-conseils de l'assurance maladie.

Des objectifs de santé publique concernant la patientèle de moins de 16 ans (par exemple la tenue du calendrier vaccinal) pourraient être définis dans une prochaine étape.

Les parties signataires s'engagent à mettre en place par voie d'avenant une rémunération à la performance pour d'autres spécialités médicales dont l'exercice et les indicateurs le justifient, notamment pour les cardiologues, les endocrinologues, les gastro-entérologues<sup>29</sup> et les pédiatres. Le premier avenant devrait intervenir avant le 31 décembre 2011.

#### *Article 26.4 Les modalités de calcul de la rémunération*

<sup>28</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>29</sup> Supprimé par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque module d'indicateurs est indépendant des autres.

Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients, à l'exception de l'indicateur relatif au volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé.

Pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale, à savoir le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité, le nombre de points attribués est dépendant du nombre de patients. Pour les médecins généralistes, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire. ~~Pour les spécialistes en cardiologie, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire.~~<sup>30</sup>

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle tous régimes<sup>31</sup>.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont dénombrés quel que soit leur régime d'affiliation.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

— le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0) ;

— l'objectif intermédiaire du médecin est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur ;

~~Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques et portant sur des données de suivi clinique définis à l'article 26.2 à savoir :~~ Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficacité et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 26.2 à savoir<sup>32</sup> :

- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage de l'HbA1c chez les diabétiques de type 2,
- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage du LDL cholestérol chez les diabétiques de type 2,

<sup>30</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>31</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>32</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

- et l'indicateur de résultat de pression artérielle chez les patients traités par antihypertenseurs,

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires :

- l'indicateur d'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ;
- l'indicateur portant sur le taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde ;

Pour les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie :

- l'indicateur portant sur la qualité de la coloscopie réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé) ;
- l'indicateur portant sur la transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie<sup>33</sup>.

La situation médicale initiale du médecin n'étant pas connue au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation, le niveau initial du médecin est défini par défaut à 0 %.<sup>34</sup>

— l'objectif cible du médecin est déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins. Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées en annexe XVII.

*Article 26.5 Le suivi du dispositif*

Suivi du dispositif :

Les commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération à la performance.

Elles analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

Suivi individuel du médecin :

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse communique à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

---

<sup>33</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>34</sup> Rajouté par l'Avenant 3 au JO du 22 mars 2012

## ANNEXE XVII

### RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

#### Article 1<sup>er</sup>

#### Modalités de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle, à l'exception de l'indicateur « synthèse annuelle ».

La rémunération est calculée pour chaque indicateur.

La mesure de l'indicateur est effectuée sur la base d'un justificatif pour les 4 premiers indicateurs et de la mise à disposition d'une synthèse annuelle par patient pour le dernier.

L'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est pondéré en fonction de la patientèle réelle du médecin traitant.

En cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives sont mis à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

L'ensemble des indicateurs du socle organisation et qualité de service est déclenché selon les conditions préalables suivantes :

– disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement ;

– atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3. Pour le calcul de ce taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

#### Article 2

#### Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et d'efficience, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

– le **niveau initial** du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de

l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0) ;

— l'**objectif intermédiaire** est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins ;

~~Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques et portant sur des données de suivi clinique définis à l'article 26.2 à savoir :~~ Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficacité et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 26.2 à savoir :<sup>35</sup>

les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage de l'HbA1c chez les diabétiques de type 2,

- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage du LDL cholestérol chez les diabétiques de type 2,
- et l'indicateur de résultat de pression artérielle chez les patients traités par antihypertenseurs,

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires :

- l'indicateur d'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ;
- l'indicateur portant sur le taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde ;

Pour les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie :

- l'indicateur portant sur la qualité de la coloscopie réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé) ;
- l'indicateur portant sur la transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie.<sup>36</sup>

la situation médicale initiale du médecin n'étant pas connue au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation, le niveau initial du médecin est défini par défaut à 0 %.<sup>37</sup>

— l'**objectif cible** fixé par la convention, est déterminé selon les cas en tenant compte de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. Il est commun à l'ensemble des médecins.

<sup>35</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>36</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>37</sup> Ajouté par l'Avenant 3 au JO du 22 mars 2012

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du médecin est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.

Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, un **taux de réalisation** de l'objectif est calculé pour chaque indicateur.

### 2.1. Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateurs est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0 % (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.

Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% + 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, aux benzodiazépines et aux antibiotiques dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

### 2.2. Mode de calcul du nombre de points par indicateur

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le médecin est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de

points maximum de l'indicateur concerné.

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le médecin de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :

$$20 \times 25 \% = 5 \text{ points}$$

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

### 2.3. Pondération de la patientèle

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin généraliste traitant **et pour un médecin spécialiste en cardiologie et médecine maladies vasculaires<sup>38, 39</sup>** et de 1100 patients pour un **spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie<sup>40</sup>**. Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs (organisation du cabinet pour les médecins traitants et indicateurs portant sur la qualité des pratiques), le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :

Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle/800 ou 1100<sup>41</sup>) x valeur du point.

### 2.4. Accompagnement des premières installations

Afin de soutenir le médecin s'installant pour la première fois, celui-ci bénéficie de la rémunération à la performance selon les conditions particulières décrites ci-après.

Pendant les trois premières années suivant son installation, et pour les indicateurs relevant de la qualité de la pratique médicale, la valeur du point sera majorée de 15 % la première année, 10 % la deuxième année et de 5 % la troisième année.

## **Article 3 Pour les médecins adhérant au contrat défini à l'[article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale](#)**

La rémunération relative au contrat défini à l'[article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale](#) et la rémunération à la performance sont déterminées indépendamment l'une de l'autre.

Pour un médecin ayant adhéré au contrat défini à l'[article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale](#), les modalités de ce contrat et de sa rémunération restent applicables dans les termes définis dans celui-ci jusqu'à son échéance.

Ce médecin obtient, comme précédemment, sa rémunération issue du contrat défini à l'[article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale](#) à la date anniversaire

<sup>38</sup> Modifié par l'Avenant 9 signé le 14 février 2013

<sup>39</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>40</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>41</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

sur la base des résultats obtenus dans le cadre dudit contrat.

Par ailleurs, le médecin bénéficie également de la rémunération à la performance dans le cadre de la présente convention.

~~**Article 4 Pour les médecins spécialistes en cardiologie également désignés comme médecin traitant**~~

~~Le dispositif de rémunération à la performance relative au médecin traitant et celui relatif à la spécialité en cardiologie ne sont pas cumulables.~~

**Article 4 Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie désignés comme médecin traitant**

Le dispositif de rémunération à la performance relative au médecin traitant et ceux relatifs aux spécialités en cardiologie et maladies vasculaires et spécialités de gastro-entérologie et hépatologie ne sont pas cumulables.<sup>42</sup>

**Article 5 Précisions sur les modalités de calcul de la patientèle des médecins spécialistes en cardiologie**

Les actes exclus de la patientèle au sens du 9<sup>ème</sup> alinéa de l'article 26 sont les actes de chirurgie ou technique interventionnel par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines et actes de surveillance sur 24 heures ou forfaits de cardiologie ou de réanimation et actes de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire et actes de réadaptation.<sup>43</sup>

**Article 6 Précisions sur les modalités de calcul de la patientèle des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie**

Les actes exclus de la patientèle au sens du neuvième alinéa de l'article 26 sont les actes peu fréquents (moins de 50 actes/ an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Modifié par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013

<sup>43</sup> Ajouté par l'Avenant 7 au JO du 31 mai 2012

<sup>44</sup> Ajouté par l'Avenant 10 signé le 14 février 2013