LES TEXTES DE LA CONVENTION 2016 CONCERNANT LA ROSP

Article 27.1 Modalités d'adhésion à la rémunération sur objectifs de santé publique

La rémunération sur objectifs de santé publique concerne l'ensemble des médecins adhérant à la convention.
Toutefois, les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cette rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention, ou de l'avenant à la convention introduisant la rémunération sur objectifs de santé publique pour les enfants de moins de 16 ans,[1] ou dans les trois mois suivant leur installation pour les médecins nouvellement installés.
En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la durée de la convention.

Article 27.2 Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale

27.2.1 Les principes de détermination des indicateurs

Les indicateurs de qualité des pratiques, fixés en cohérence avec les priorités nationales de santé publique, sont élaborés conjointement par les parties signataires en tenant compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales existantes.
Ils sont regroupés en trois grands volets (suivi des pathologies chroniques ; prévention ; efficience) et concernent les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie[2] des patients de seize ans et plus.
Pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant consommante de l'année en cours.
Elle correspond aux bénéficiaires qui ont eu recours à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc…) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul.
Elle comprend les patients âgés de moins de seize ans, affiliés à un des régimes d'assurance maladie obligatoire et éventuellement aux autres régimes qui renseignent l'information du médecin traitant et ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.
Cette patientèle est évaluée chaque année au 31 décembre.[3]
Les indicateurs de qualité des pratiques cliniques ont été élaborés par les partenaires conventionnels de manière à répondre à un certain nombre d'enjeux, à savoir être :

- utiles : importance du problème sanitaire couvert ;
- pertinents : basés sur des recommandations, des référentiels et/ou un consensus ;

---

[1] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[2] Difficulté de rédaction de l'Avenant 1
[3] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

- mesurables et valides : accessibilité en routine de l'information nécessaire, mesurant bien ce qu'ils sont censés mesurer ;
- robustes statistiquement : seuil d'activité ou nombre de boites ou nombre de patients suffisant ;
- visant des objectifs cibles issus d'un compromis entre « l'idéal » fixé par les recommandations et les pratiques observées ;
- sans exclusion de patients : les objectifs fixés doivent prendre en compte les situations particulières.

27.2.2 Les règles de calcul des indicateurs

Les résultats correspondant à chaque indicateur de pratique clinique sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance Maladie ou, lorsqu'un tel calcul n'est pas possible, font l'objet d'une déclaration par les médecins.

Pour chaque indicateur sont définis :
- un seuil minimal, permettant de garantir une robustesse statistique suffisante : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées. L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour le calcul de la rémunération de l'année concernée ;
- un taux de départ, à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur. Ce taux est défini au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année durant laquelle le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint. Une fois celui-ci atteint, le taux de départ est figé pour la durée de la convention ; ce taux de départ est fixé à 0% pour les indicateurs déclaratifs ;
- un taux de suivi, correspondant au taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence de la rémunération. Il permet, pour chaque indicateur, de mesurer la progression du médecin et de calculer la rémunération qui en découle ;
- des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
    - des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
    - à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 7ème décile (pour un indicateur croissant) ou au 3ème décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 9ème décile (pour un indicateur croissant) ou au 1er décile (pour un indicateur décroissant).

Pour les indicateurs dont les résultats dépendent de données déclaratives (résultats d'examens cliniques ou paracliniques), la valorisation est conditionnée à la capacité du médecin à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier des patients. Les médecins s'engagent à pouvoir fournir toutes les informations de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique.

La patientèle retenue pour le calcul des indicateurs (hors indicateurs déclaratifs) :

Pour les médecins traitants, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommante fidèle ». Elle correspond aux bénéficiaires qui :

- ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc…) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul,
- ont déclaré le médecin comme médecin traitant et n'en ont pas changé au cours de l'année. Elle correspond aux patients âgés d'au moins 16 ans, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au Régime Social des Indépendants (RSI), à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et aux régimes et mutuelles hébergés par le Régime Général et ayant déclaré le médecin comme médecin traitant. L'objectif est à terme d'intégrer l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire et les sections locales mutualistes. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.2 de l'annexe 15 à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.3 de l'annexe 15 à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédents la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes ayant eu au moins deux contacts avec le médecin sur les deux dernières années (inclus : actes et honoraires médicaux, hors rémunérations forfaitaires). Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.[4]

27.2.3 Dispositions spécifiques pour les médecins nouvellement installés

Les médecins éligibles à la méthode spécifique nouveaux installés sont :
- les médecins installés pour la première fois en libéral depuis moins de trois ans,
- les médecins installés en libéral depuis moins de trois ans après une interruption totale d'activité libérale d'au moins deux ans,
- les médecins collaborateurs qui n'ont pu se constituer une patientèle médecin traitant pendant leur exercice libéral en collaboration et installés dans leur propre cabinet depuis moins de trois ans,
- les médecins ayant modifié leur lieu d'exercice vers un autre département (non limitrophe du précédent).

La méthode adaptée pour les médecins nouveaux installés :

[4] Modifié par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

Afin de tenir compte des spécificités des médecins qui s'installent pour la première fois en libéral ou qui s'installent de nouveau en libéral, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans.
Les médecins nouveaux installés bénéficient également d'une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

~~Par ailleurs, pour prendre en compte les délais de constitution d'une patientèle fidèle des médecins traitants, une méthode spécifique permet de retenir la patientèle « consommante de l'année en cours » pour le calcul des indicateurs de pratique clinique des médecins traitants.~~
~~Chaque année, les médecins traitants nouveaux installés bénéficient du calcul de leurs indicateurs selon les deux méthodes (classique et spécifique). La méthode la plus avantageuse est retenue pour le calcul de la rémunération.~~
~~Toutes les précisions concernant le calcul des indicateurs pour les médecins nouveaux installés sont indiquées en annexe 15 de la convention~~.
Pour le calcul de la rémunération des médecins traitants nouveaux installés (au titre de tous leurs patients, quel que soit leur âge), une méthode spécifique est appliquée, avec des taux de départ correspondant à la moyenne nationale de chaque indicateur, l'année précédente.
Par ailleurs, pour prendre en compte les délais de constitution d'une patientèle fidèle, la méthode spécifique permet de retenir la patientèle consommante de l'année en cours pour les patients de seize ans et plus, pour le calcul des indicateurs. La méthode la plus avantageuse (classique ou spécifique) est ensuite retenue pour le calcul de la rémunération.
Toutes les précisions concernant le calcul des indicateurs pour les médecins nouveaux installés figurent en annexe 15 de la convention[5].

27.2.4 Tableaux des indicateurs de pratique clinique

Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus[6]

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30

[5] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[6] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20

		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	≥ 61%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20

	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	≥ 70%	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ~~ayant plus de 2 psychotropes prescrits~~ ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)[7]	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	≤ 24%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	≤ 7%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones).	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20

[7] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

		Part des patients MT ~~alcooliques~~ consommateurs excessifs d'alcool[8] ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	~~A déterminer selon les règles définies à l'article 27.5.~~ 51%	≥ 94%	200 boîtes[9]	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total						330

Par ailleurs, des indicateurs concernant l'efficience des prescriptions notamment en matière de transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité pourront être élaborés par les partenaires conventionnels pour une valorisation complémentaire maximale de 60 points.

[8] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[9] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

– Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans

THÈME	SOUS-THÈME	INDICATEUR	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF cible	SEUIL minimal	NOMBRE de points
Suivi des patholo- gies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leuco- triènes	63 %	≥ 80 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	50 %	≥ 71 %	5 patients	35
Prévention	Obésité	*Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**).* **Déclaratif**	80 %	≥ 95 %	5 patients	20

THÈME	SOUS-THÈME	INDICATEUR	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF cible	SEUIL minimal	NOMBRE de points
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75 %	≥ 87 %	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	77 %	≥ 90 %	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	18 %	≤ 3 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11 %	≤ 2 %	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	*Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs* **Déclaratif**	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	*Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre).* **Déclaratif**	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco- dentaire.	80 %	≥ 86 %	5 patients	35
Total						**305**

(*) Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA).
(**) Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle).[10]

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Thème	**Sous-thème**	**Indicateur**	**Objectif intermédiaire**	**Objectif cible**	**Seuil**	**Nombre de points**
Suivi des pathologies chroniques	*Améliorer le traitement post IDM*	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70%	≥ 81%	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans	72%	≥ 81%	5 patients	35
Prévention	*Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée*	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	74%	≥ 81%	10 patients	30
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	92%	≥ 96%	10 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60%	≥ 75%	20 patients	30
	Limiter les traitements par clopidrogel,	Part des patients traités par clopidogrel,	65%	≥ 56%	5 patients	35

[10] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

	Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2				
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65%	≥ 80%	5 patients	30
Efficience	*Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques*	Part des boîtes d'antihypertenseurs Prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 93%	20 boîtes	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	75%	≥ 85%	20 boîtes	60
Total						**340**

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	82%	≥ 92%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	33%	≥ 50%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	53%	≥ 71%	10 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de LICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	82%	≥ 92%	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	1,6%	≤ 0,7 %	20 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicabacter Pylori (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67%	≥ 77%	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant	20%	≥ 25%	10 patients	35

	positif de recherche de	eu une coloscopie totale				

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	pour un test de recherche de sang positif				
Efficience	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85%	≥ 95%	20 patients	30
Total						300

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition:[11]

[11] Modifié par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies Chroniques	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus»	87%	≥ 92%	5 patients	30
		Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou l'intensification des traitements, avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications. **Déclaratif**	80%	≥ 95%	**10** patients	20
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année	79%	≥ 89%	5 patients	50
		Part des patients ayant eu une Cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	60%	≥ 77%	5 patients	50
		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH. **Déclaratif**.	80%	≥ 95%	10	20
Prévention	Diabète	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	54%	≥ 61 %	5 patients	30
Efficience des prescriptions	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection	80%	≥ 91 %	5 patients	70
		Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation du traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)	13%	5 %	5 patients	70
Total						340

Article 27.3 Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est fondé sur un système de points attribués de manière différenciée à chaque indicateur.
L'ensemble du dispositif représente un total de 1 000 points (dont 60 pour des indicateurs complémentaires d'efficience à définir) pour les médecins traitants des patients âgés de

seize et plus, 305 points pour les médecins traitants des patients âgés de moins de 16 ans[12]., 340 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 300 points pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.
Chaque indicateur est indépendant des autres.
Pour chaque indicateur le nombre de points défini dans le tableau ci-dessus correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif cible.
~~Le nombre de points attribués au médecin est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant des patients de seize ans et plus , 600 patients pour un médecin traitant des patients âgés de moins de 16 ans[13] ou 800 patients pour un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et pour une patientèle moyenne de 1100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie. Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.[14]~~
Le nombre de points attribués au médecin est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant des patients de seize ans et plus , 600 patients pour un médecin traitant des patients âgés de moins de 16 ans ou 800 patients pour un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires ; pour une patientèle moyenne de 1 100 patients pour un médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie et pour une patientèle moyenne de 1 000 patients pour un médecin spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition.
Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, en gastro-entérologie et hépatologie et en endocrinologie, diabétologie et nutrition, la pondération s'effectue au regard de la patientèle correspondante calculée [15]
Pour les médecins traitants, la patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant dans l'année de référence quel que soit leur régime d'affiliation (patientèle médecin traitant inter régime déclarante –PMTIR).
Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en gastro-entérologie et hépatologie, la pondération s'effectue au regard de la patientèle correspondante calculée.
Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé au 31/12 de chaque année.

La valeur du point est fixée à 7 €.
Le détail du mode de calcul des taux de réalisation des indicateurs est présenté en annexe 15 de la présente convention.

Article 27.4 Le suivi du dispositif

Les Commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique.

---

[12] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[13] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[14] Modifié par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017
[15] Modifié par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

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.
A partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse met à disposition de chaque médecin une analyse de ses indicateurs.
Elle lui fournit, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs, lui indique les indicateurs qui ont été neutralisés et les évolutions prévues par les articles 27.5.
A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour toute information sur ces données.

Une clause de sauvegarde est mise en œuvre la première année de la convention : au vu du bilan du dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017, présenté en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé au titre de l'année 2016, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 donne lieu à un versement complémentaire aux médecins sous forme de majoration de sa rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017.

Article 27.5 Les modalités de révision du dispositif

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir des règles de gestion permettant une meilleure réactivité globale du dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) avec la possibilité d'une adaptation rapide des indicateurs aux données de la science permettant de renforcer leur impact sur la qualité des pratiques et l'efficience des soins.

27.5.1 Neutralisation d'un indicateur

Certains objectifs poursuivis par le dispositif de la ROSP et définis à la date de signature de la présente convention peuvent perdre leur légitimité au cours de cette dernière, notamment lorsque l'objet même de l'indicateur devient sans objet, par exemple pour les indicateurs du volet efficience lorsque l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de la classe thérapeutique concernées par un indicateur sont inscrites dans le répertoire des génériques. Dans ces cas, les indicateurs correspondants peuvent être neutralisés. Procédure de neutralisation
Chaque fois qu'il constate qu'un indicateur doit être neutralisé au titre de l'un des motifs exposés dans le présent article, le Directeur Général de l'UNCAM consulte la Commission Paritaire Nationale (CPN) définie à l'article 80 en précisant les raisons pour lesquelles l'indicateur doit être neutralisé.
Afin de respecter l'équilibre général du dispositif, les points attribués à l'indicateur neutralisé sont répartis sur les autres indicateurs existants dans le même volet de la ROSP (suivi des pathologies chroniques ou prévention ou efficience). Cette répartition s'effectue au prorata du poids respectif de chacun des indicateurs du volet concerné. Elle ne s'applique, pour le calcul des rémunérations, qu'à partir du 1er janvier de l'année suivant le constat de la neutralisation du ou des indicateurs acté en CPN.

Les médecins sont informés de la neutralisation d'un indicateur selon les modalités définies à l'article 27.4.

27.5.2 Evolutions du dispositif de la ROSP

Conformément aux dispositions de l'article 74 de la loi no 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et[16] afin de permettre une meilleure réactivité globale du dispositif, les partenaires conventionnels souhaitent pouvoir réviser les indicateurs de la ROSP au cours de la durée de la convention sans avoir nécessairement besoin de recourir à un avenant à la convention.
~~La mise en place de règles permettant une révision du dispositif par accord des partenaires conventionnels sans recours à un avenant suppose une modification préalable des articles du code de la sécurité sociale relatifs à la compétence des partenaires conventionnels et du Directeur Général de l'UNCAM.~~
~~Les parties signataires s'accordent sur la procédure décrite au présent article qui s'appliquera sous réserve de l'entrée en vigueur des modifications législatives nécessaires à sa mise en œuvre.~~[17]
Les parties signataires s'accordent sur la procédure décrite au présent article.[18]
La présente procédure s'applique dans trois situations :

- l'évolution d'un indicateur existant
- le retrait d'un indicateur
- l'introduction d'un nouvel indicateur

Evolution d'un indicateur
Il s'agit des cas où les partenaires conventionnels souhaitent faire évoluer les paramètres d'un indicateur (définition, seuil, objectif intermédiaire, objectif cible ou nombre de points) pour différents motifs et notamment en raison d'une évolution de ces paramètres rendue nécessaire par une modification de la recommandation ou de l'avis fondant l'indicateur (HAS, ANSM…)

Retrait d'un indicateur
Les partenaires conventionnels peuvent estimer qu'un indicateur initialement retenu est devenu moins pertinent et qu'il convient de le retirer.

Introduction d'un nouvel indicateur
Enfin, les parties signataires peuvent souhaiter inscrire un nouvel indicateur au regard par exemple de la publication d'une nouvelle recommandation de la HAS. Ils ont par ailleurs prévu d'introduire des nouveaux indicateurs sur l'efficience des prescriptions des médecins traitants dans les conditions définies à l'article 27.2.4.

Procédure
Le Directeur Général de l'UNCAM peut proposer aux membres de la CPN de faire évoluer les paramètres d'un indicateur, de retirer un indicateur ou d'introduire un nouvel indicateur.

---

[16] Rajouté par l'Avenant 2 publié le 02/05/2017
[17] Supprimé par l'Avenant 2 publié le 02/05/2017
[18] Rajouté par l'Avenant 2 publié le 02/05/2017

Dans le cas où l'évolution des paramètres d'un indicateur est rendue nécessaire du fait de la modification de la recommandation ou de l'avis de la HAS ou de l'ANSM qui fonde l'indicateur, la CPN est obligatoirement saisie.
Toute décision d'évolution des paramètres d'un indicateur, de retrait d'un indicateur ou d'ajout d'un nouvel indicateur est prise par la CPN à la majorité des deux-tiers par dérogation aux dispositions de l'article 2.2 du règlement intérieur des commissions défini à l'annexe 23 de la convention.
Les modifications ainsi adoptées par la CPN font l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, sur mandat du collège des directeurs, publiée au Journal Officiel.
Les partenaires conventionnels conviennent que la mise en œuvre de cette procédure d'évolution du dispositif ne peut conduire à augmenter de plus de 20 % le nombre de points total défini à l'article 27.3.

Article 27.6 L'extension de la ROSP à d'autres spécialités

27.6.1 L'adaptation du dispositif pour les autres spécialités médicales

Les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de valoriser la qualité des pratiques médicales pour l'ensemble des spécialités. Dans ce contexte, ils s'accordent sur la nécessité de poursuivre leurs travaux concernant la ROSP des médecins spécialistes correspondants en tenant compte de critères qui leur sont spécifiques.
Les indicateurs de pratique clinique ainsi définis devront respecter les critères précisés au 27.2.1 et :

- être représentatifs d'une activité de second recours, telle que définie par l'article L.4130-2 du code de la santé publique, notamment pour « compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline » ;
- concerner suffisamment de professionnels de la spécialité concernée.

~~Dans un premier temps, ils s'accordent pour définir une ROSP des endocrinologues qui fera l'objet d'un avenant intervenant au plus tard le 31 décembre 2016.~~[19]

~~27.6.2 Le médecin traitant de l'enfant~~

~~Dans le contexte des modifications de l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale introduites par la loi de modernisation de notre système de santé instaurant le médecin traitant des patients de moins de 16 ans, les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'introduire dans la convention des indicateurs de qualité des pratiques cliniques concernant la prise en charge des enfants.~~
~~Ces indicateurs, spécifiques, pourront porter notamment sur les thèmes suivants :~~

- ~~repérage du risque d'obésité ;~~
- ~~vaccinations ;~~
- ~~lutte contre l'antibiorésistance ;~~
- ~~prise en charge de l'asthme.~~

[19] Supprimé par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

~~Ils seront précisés à l'issue de travaux mis en place par les partenaires conventionnels dès l'automne 2016 et feront l'objet d'un avenant intervenant au plus tard le 31 décembre 2016.~~[20]

ANNEXE 15. REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

Article 1 Modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte 29 indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de seize et plus, 10 indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans[21]., 9 indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 8 indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie et 8 indicateurs pour les médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition.[22]
Les indicateurs s'appuient d'une part sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et, d'autre part sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.
Les données sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données de ses différents cabinets sont additionnées.

➢ Le calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.
Pour calculer ce taux de réalisation, sont définis pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins, qui correspond à un taux de réalisation de 50% ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année, si le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint.

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le médecin :

Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire(1) : Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule : Taux de réalisation =50% *(multiplié par)* niveau constaté *(moins)* niveau initial *(divisé par)* objectif intermédiaire *(moins)* niveau initial

[20] Supprimé par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[21] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[22] Rajouté par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

Ainsi, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0% (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 50% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

(1) Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant. Si l'objectif est décroissant le rapport est inversé.

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire(2) : Le taux de réalisation est au moins égal à 50% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté selon la formule : Taux de réalisation =50% +50% *(multiplié par)* niveau constaté *(moins)* objectif intermédiaire *(divisé par)* objectif cible *(moins)* objectif intermédiaire

Ainsi, le taux de réalisation 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).
Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté.

➢ Le calcul du nombre de points

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation de 100 %.
Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.
Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante[23] de l'année. Pour les médecins traitants,[24] elle correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.
Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération sur objectifs de santé publique est calculée.
La pondération par la patientèle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.
Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants des patients de seize ans et plus, 600 patients pour les médecins traitants des patients âgés de moins de 16 ans[25] ou 800 patients pour les médecins spécialistes en cardiologie et pathologies vasculaires et 1 100 patients pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et

[23] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[24] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[25] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

hépatologie et1 000 patients pour les médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition[26].
Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

~~Pour les médecins traitants~~ :

~~Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle déclarante) /800] x 7€~~[27]

Pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€. ».

Pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus :
Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€.

~~Pour les médecins spécialistes en cardiologie et gastro-entérologie :~~

~~Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle correspondante)/800 ou 1 100] x 7€~~

Pour les médecins spécialistes en cardiologie, gastro-entérologie et endocrinologie:[28]

Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle correspondante)/800 ou 1 100 ou 1000] x 7€

➢ Pour les médecins nouveaux installés :

Afin de tenir compte des spécificités des médecins qui s'installent pour la première fois en libéral ou qui s'installent de nouveau en libéral, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans et à appliquer une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

Pour les médecins traitants, une méthode spécifique peut leur être appliquée :

- prise en compte de la patientèle « consommante de l'année en cours » pour le calcul des indicateurs de pratique clinique,
- les taux de départ correspondent à la moyenne nationale calculée sur l'ensemble des médecins traitants de l'année précédant l'année de calcul de la rémunération
- application de la majoration précitée.

[26] Rajouté par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

[27] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[28] Modifié par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017

Chaque année, les médecins traitants nouveaux installés bénéficient du calcul de leurs indicateurs selon les deux méthodes. La plus avantageuse est retenue pour le calcul de la rémunération.

~~La rémunération est calculée selon la formule suivante :~~

~~Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle-déclarante) /800] x 7€ x majoration du point selon l'année d'installation~~

La rémunération est calculée selon la formule suivante :
Pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans :
Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7 € × majoration du point selon l'année d'installation.
Pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus :
Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7 €× majoration du point selon l'année d'installation.[29]

Article 2 Méthodologie de construction des indicateurs Article

2.1 Les indicateurs pour les médecins traitants

2.1.1 Les indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus[30]

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution de la Convention. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

➢ Suivi du diabète :

Les patients diabétiques sont les patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 (médicaments du diabète).

- Indicateur : Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année

[29] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[30] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée > ou = 2)
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle
Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »)

- Indicateur : Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen de la rétine (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 24 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.
Définitions : Les actes d'ophtalmologie pris en compte pour l'examen de la rétine sont :
les actes cliniques faits par un ophtalmologiste : C, CS, CA, C2, HS, EXS, SES, V, VS, VA, VU/MU avec spécialité 15
les actes CCAM suivants : BGQP002 (Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact), BGQP007 (Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection), BZQK001 (Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique) et BGQP140 (Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient)

- Indicateur : Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un remboursement pour recherche micro albuminurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle Définition : sont pris en compte les codes NABM suivants :
pour la recherche de micro albuminurie sur échantillon d'urines, le code 1133 (« UR. : micro albuminurie : dosage »)
pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes suivants: 0592 (« SANG : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

- Indicateur : Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le MT ou une consultation de podologie dans l'année
Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définition : indicateur déclaratif

➢ HTA

• Indicateur : Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs
Numérateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antihypertenseurs Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle Définition :
sont pris en compte les codes ATC des médicaments des classes C02, C03, C07, C08 et C09 ayant l'indication HTA, ainsi que le code ATC C10BX03 (atorvastatine +amlopidine)[31] sont pris en compte les codes NABM suivants :
pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

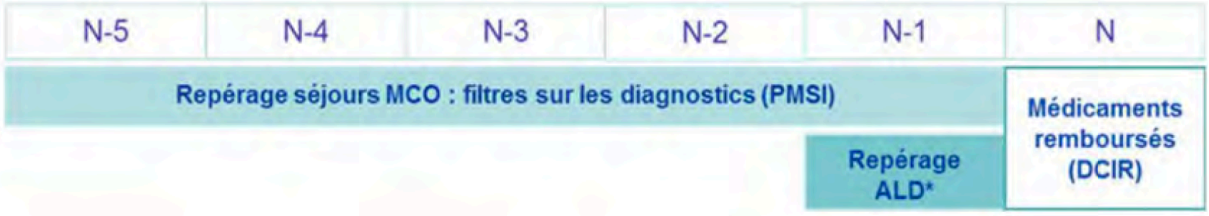
➢ Risque cardio-vasculaire

• Indicateur : Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)
Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT
Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT, et ayant fait l'objet d'une évaluation du risque cardio-vasculaire en amont (par SCORE ou une autre grille de scorage)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par statine

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définitions : indicateur déclaratif
• Indicateur : Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2
Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD pour ces motifs l'année précédente Numérateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD l'année précédente pour ces causes et ayant été traités par ~~bétabloquants~~ [32]statines et AAP + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 6 ans glissants

[31] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[32] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle (sauf 1er trimestre : données du PMSI MCO non disponibles)
Définitions :
Statines : médicaments de la classe EPHMRA C10A1 (Statines, y compris Caduet® et Pravadual®) et de la classe ATC ~~C10AA05~~ [33]C10BA02 (association de simvastatine et d'ézétimibe : Inegy®) et de la classe ATC C10BA05 (association d'atorvastatine et ezetimibe)[34]. L'ézétimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte (hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines).
AAP : médicaments des classes ATC suivantes: B01AC04 (clopidogrel), B01AC06 (acetylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acetylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)
IEC ou ARA2 : tous les médicaments de la classe ATC C09, à l'exception de C09XA02 (aliskiren) et C09XA5 (aliskiren et hydrochlorothiazide)
Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la CNAMTS, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5 (codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.



Détail du ciblage des patients avec maladie coronaire chronique dans la cartographie des patients :
Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),
et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),
[Remarque : contrairement à la cartographie, on n'exclut pas les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu l'année n]
Codes CIM10 utilisés
PMSI et ALD : I20 (Angine de poitrine) ; I21 (Infarctus aigu du myocarde) ; I22 (Infarctus du myocarde à répétition) ; I23 (Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde) ; I24 (Autres cardiopathies ischémiques aiguës) ; I25 (Cardiopathie ischémique chronique).

Détail du ciblage des patients avec artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) dans la cartographie des patients :

[33] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[34] Rajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques,
et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),
et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).
Codes CIM10 utilisés
PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs) ; I74.4 (Embolie et thrombose des artères distales, sans précision) ; I74.5 (Embolie et thrombose de l'artère iliaque).
ALD : I70 (Athérosclérose) ; I73 (Autres maladies vasculaires périphériques) ; I74 (Embolie et thrombose artérielle).

- Indicateur : Part des patients MT traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK
Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'au moins 10 mesures annuelles de l'INR (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT traités par AVK Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Le code NABM retenu pour le dosage de l'INR est le code 0127 (« INR : temps de quick en cas de traitement par AVK »)
AVK : médicaments de la classe ATC B01AA (coumadine, pindione, apegmone, previscan, sintrom, minisintrom)

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant, y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur les psychotropes et l'antibiothérapie.

➢ Grippe

Le calcul se fait sur la période de la campagne de vaccination, séparément pour l'Hémisphère Sud et l'Hémisphère Nord.

- Indicateur : Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe pendant la campagne de vaccination (quel que soit le prescripteur) Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères
Seuil minimum : 10 patients MT de 65 ans et plus
Fréquence de mise à jour des données : ~~mensuelle~~ trimestrielle[35] durant la période de campagne vaccinale Définitions : Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS

- Indicateur : Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)
Numérateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ayant eu 1 remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur) durant la campagne de vaccination
Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères
Seuil minimum : 10 patients MT de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique
Fréquence de mise à jour des données : ~~mensuelle~~ trimestrielle[36] durant la période de campagne vaccinale Définitions : Patients présentant une maladie respiratoire chronique : au moins 4 délivrances à des dates distinctes de médicaments ciblés dans la classe ATC R03 « Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires »
Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS.

➢ Dépistage des cancers

- Indicateur : Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans (femmes uniquement)
Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre
Période de calcul : 27 mois glissants
Seuil minimum : 20 patientes MT âgées de 50 à 74 ans Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

[35] Modifié par l'Avenant 2 publié le 02/05/2017
[36] Modifié par l'Avenant 2 publié le 02/05/2017

Définitions : Les actes CCAM pris en compte pour la mammographie de dépistage sont QEQK001 (Mammographie bilatérale) et QEQK004 (Mammographie de dépistage).

- Indicateur : Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans (femmes uniquement)
Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans, ayant eu un frottis (quel que soit le prescripteur) sur 3 ans
Période de calcul : 36 mois glissants
Seuil minimum : 20 patientes MT âgées de 25 à 65 ans Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle Définitions : Les actes pris en compte pour le frottis sont :
actes CCAM : JKQP001 et JKQP008 + (depuis juin 2014) JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015
actes en NGAP : Actes d'anatomo-cyto-pathologie/médecins
acte de biologie : 0013 (« cytopathologie gynécologique un ou plusieurs prélèvements (frottis)

- Indicateur : Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe)
Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre
Période de calcul : 27 mois glissants
Seuil minimum : 20 patients MT âgés de 50 à 74 ans Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal »).

➢ Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse

- Indicateur : ~~Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits~~

Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)[37]
Dénominateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23
Numérateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23 ayant eu au moins 2 psychotropes remboursés sur une même ordonnance (même date de prescription), prescrits par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT > 75 ans hors ALD 23 Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes : Dans la Classe N05 (psycholeptiques) :
N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thioproperazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02

[37] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017x

(thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (trifluperidol), N05AD05 (pipamperone), N05AD08 (droperidol), N05AF01 (flupentixol), N05AF05 (zuclopenthixol),
N05AG02 (pimozide), N05AG03 (penfluridol), N05AH01 (loxapine), N05AH02 (clozapine), N05AH03 (olanzapine), N05AH04 (quetiapine), N05AL01 (sulpiride), N05AL03 (tiapride), N05AL05 (amisulpride), N05AN01 (lithium), N05AX08 (risperidone), N05AX12 (aripiprazole), N05AX13 (paliperidone), ~~N05BA01 (diazepam), N05BA04 (oxazepam), N05BA05 (clorazepate potassique), N05BA06 (lorazepam), N05BA08 (bromazepam), N05BA09 (clobazam), N05BA11 (prazepam), N05BA12 (alprazolam), N05BA16 (nordazepam), N05BA18 (ethyle loflazepate), N05BA21 (clotiazepam), N05BA23 (tofisopam), N05BB01 (hydroxyzine), N05BB02 (captodiame), N05BC01 (meprobamate), N05BC51 (meprobamate en association), N05BE01 (buspirone), N05BX03 (etifoxine)~~[38], N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD05 (triazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine),
Dans la classe N06 (psychoanaleptiques) :
N06AA01 (desipramine), N06AA02 (imipramine), N06AA04 (clomipramine), N06AA05 (opipramol), N06AA06 (trimipramine), N06AA09 (amitriptyline), N06AA12 (doxepine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxetine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxetine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (mianserine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxetine), N06AX22 (agomelatine)
Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimemazine).

- Indicateur : Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques, quel que soit le prescripteur
Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques et qui a duré plus de 4 semaines
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions :
Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1ère délivrance
Patients dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines = Patients avec > 28 unités délivrées en 6 mois à partir de la 1ère délivrance
BZD hypnotiques : médicaments des classes ATC N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine)

[38] Supprimé par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017 (codes des anxiolytiques)

- Indicateur : Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques et qui a duré plus de 12 semaines
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytique Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD anxiolytique dans les 6 mois précédents la 1ère délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec > ou = 4 délivrances en 6 mois à partir de la 1ère délivrance
BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

➢ Antibiothérapie

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

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD
Numérateur : nombre de ~~boîtes~~[39] prescriptions d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 20 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

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

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par le MT
Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3è et 4è génération OU fluoroquinolones par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT avec prescription d'antibiotiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition :

Pour le dénominateur sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibacteriens à usage systémique)
Pour le numérateur :

- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)

[39] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

- céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefpodoxime), J01DE01 (cefepime)
- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14[40]

➢ Conduites addictives

• Indicateur : Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)
Dénominateur : nombre de patients MT tabagiques
Numérateur : nombre de patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT tabagiques
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définition : indicateur déclaratif

• Indicateur : Part des patients MT ~~alcooliques~~ [41]consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)
Dénominateur : nombre de patients MT ~~alcooliques~~ [42]consommateurs excessifs d'alcool
Numérateur : nombre de patients MT ~~alcooliques~~ [43]consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT ~~tabagiques~~ [44]consommateurs excessifs d'alcool
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le MT à ses patients MT, à l'exception des indicateurs concernant la prescription de metformine et le dosage de TSH (qui prennent en compte toutes les prescriptions, quel que soit le prescripteur)
Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boites de médicaments prescrites et remboursées.
Il est tenu compte des grands conditionnements: une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

➢ Prescription dans le répertoire des génériques

---

[40] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[41] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[42] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[43] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[44] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

Quelle que soit la classe considérée, l'indicateur correspond au taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les médicaments de la classe.
Dénominateur : nombre de boîtes de la classe XX prescrites aux patients MT
Numérateur : nombre de boîtes de la classe XX inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

- Indicateur : Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques

Seuil minimum : 30 boîtes de statines prescrites par le MT à ses patients MT Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10[45] hors autres agents modifiant les lipides (fibrates, acide nicotinique, résines, oméga 3

- Indicateur : ~~Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques~~ [46]médicaments des classes ATC C02 (sauf C02CA02), C03 (sauf C03DA04, C03XA01), C07 (sauf bétabloquant n'ayant pas l'indication HTA), C08 (sauf inhibiteurs calciques n'ayant pas l'indication HTA), C09 (sauf Enalapril® 2,5 mg n'ayant pas l'indication HTA). L'Esidrex® (hydrochlorothiazide) est inclus au numérateur de l'indicateur

Seuil minimum : 130 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments des classes ATC C02 « antihypertenseurs », C03 « diurétiques
», C07 « betabloquants », C08 « inhibiteurs calciques » et C09 « médicaments agissant sur le systeme renine-angiotensine ».

- Indicateur : Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques

Seuil minimum : 20 boîtes de médicaments de l'incontinence urinaire prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments de la classe EPH G04D4 « médicaments de l'incontinence urinaire ».

- Indicateur : ~~Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques~~[47] médicaments de la classe EPH R03A3 sauf ATC R03AC18 et R03AC19 (ayant juste l'indication BPCO).

Seuil minimum : 20 boîtes d'antiasthmatiques prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments de la classe EPH R03A3 « BETA 2 stimulants d'action prolongée, a inhaler ».

- Indicateur : Indice global de prescription dans le reste du répertoire

Cet indicateur concerne les classes thérapeutiques les plus prescrites en médecine générale, en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP : les classes retenues et les objectifs cible et intermédiaire correspondants seront précisés ultérieurement.

---

[45] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[46] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[47] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

➢ Prescription de biosimilaires

- Indicateur : Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine

Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT
Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 20 boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : parmi les médicaments de la classe ~~ATC A10AE~~ [48]ATC A10AE04 (insulines et analogues pour injection d'action lente), ceux avec PHA_ATC_L07 = « insuline glargine »

➢ Efficience des prescriptions

- Indicateur : Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires

Dénominateur : nombre de patients MT patients traités par antiagrégants plaquettaires (au moins un remboursement pour une prescription du MT)

Numérateur : nombre de patients MT patients traités par aspirine à faible dosage (au moins un remboursement pour une prescription du MT)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum 10 patients MT traités par antiagrégants plaquettaires Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : Sont définis comme antiagrégants plaquettaires tous les médicaments inclus dans la classe ATC B01AC + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des posologies allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptées).

- Indicateur : Part des patients MT diabétiques traités par metformine

Dénominateur : nombre de patients MT diabétiques
Numérateur : nombre de patients MT diabétiques traités par metformine (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum 10 patients MT diabétiques de type 2[49]
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : ~~Les classes incluses au dénominateurs sont : metformine, agoniste GLP-1, glinide, glitazone, inhibiteur DPP-4, inhibiteur alpha-glucosidases, insuline, sulfamide + les associations metformine et sulfamide, metformine et glitazone, metformine et inhibiteur~~[50]
les classes incluses au dénominateur appartiennent aux classes Ephmra A10C9, A10H, A10J1, A10J2, A10K1, A10K3, A10L, A10M1, A10N1, A10N3, A10S.

[48] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[49] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017
[50] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

• Indicateur : Part des patients MT ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH
Dénominateur : nombre de patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L (~~quel que soit le prescripteur~~ [51] prescripteur MT)
Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (quel que soit le prescripteur) Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Codes NABM 1206 (triiodothyronine libre (T3 L OU FT3)), 1207 (THYROXINE LIBRE (T4 L OU FT4)) , 1208 (T.S.H.) , 1209 (T3 LIBRE + T4 LIBRE), 1210 (T.S.H. + T3 LIBRE) , 1211 (T.S.H. + T4 LIBRE), 1212 (T.S.H. + T3 LIBRE + T4 LIBRE)

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivides pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou	51%	≥ 61%	5 patients	30

[51] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

		d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2				
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total					220	
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	≥ 70%	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	≤ 24%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	≤ 7%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones).	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total					390	

Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire-	51%[52]	~~A déterminer selon les règles définies à l'article 27.5~~ ≥ 55% 200 boites 10		
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total					330	

Article 2.1.2 les indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution de la convention. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques.

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

[52] Modifié par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

Suivi de l'asthme :

– Indicateur : Part des patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes :

Dénominateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant (défini par la délivrance d'au moins 5 boites de la classe ATC R03)

Numérateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins 5 boîtes délivrées de corticoïdes inhalés (seuls ou associés) et/ou d'antileucotriènes

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant
Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03 (≥ 5 boites)
- Corticoïdes inhalés : médicaments des classes Ephmra R03D1 et R03F1
- Anti leucotriènes : médicaments de la classe Ephmra R03J2

– Indicateur : Part des patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle :

Dénominateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Numérateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins une EFR

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 6 à 15 ans inclus ans présentant un asthme persistant
Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03
- Codes CCAM EFR :
- GLQP002 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP003 : mesure de l'expiration forcée (courbe débit-volume) avec enregistrement
- GLQP008 (mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec gazométrie sanguine artérielle (Spirométrie standard avec gaz du sang)
- GLQP011 : mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP012 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec enregistrement (Spirométrie standard)
- GLQP014 : mesure du débit expiratoire maximal par technique de compression
- GLQP016 : mesure des résistances des voies aériennes ou de l'appareil

respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées

Indicateurs de prévention.

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur l'antibiothérapie.

Obésité :

– Indicateur : Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an :

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 16 ans Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définition : indicateur déclaratif

Vaccination :

– Indicateur : Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR

Dénominateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins deux délivrances de ROR et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Vaccin ROR : médicaments de la classe ATC J07BD52
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville (et non en PMI).

– Indicateur : Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C

Dénominateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de vaccin anti méningocoque C et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle Définitions : Indicateur calculé hors données des PMI

- Vaccin anti méningocoque C : médicaments de la classe ATC J07AH07
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville (et non en PMI).

Antibiothérapie :

– Indicateur : Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques

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

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3e ou 4e génération prescrites par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 4 ans avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

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

– Indicateur : Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques

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

Numérateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3e ou 4e génération prescrites par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 4 ans ou plus avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

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

Dépistage des troubles sensoriels :

– Indicateur : Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs

Dénominateur : nombre de patients MT de moins d'un an

Numérateur : nombre de patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins d'un an Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

Dépistage des troubles des apprentissages :

– Indicateur : Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

Dénominateur : nombre de patients MT de 3 à 5 ans

Numérateur : nombre de patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 3 à 5 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

Suivi bucco-dentaire :

– Indicateur : Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire

Dénominateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Numérateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans

½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N, ayant eu au moins un acte dentaire

Période de calcul : 18 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Toutes prestations réalisées par les chirurgiens-dentistes suivants : Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

Spécialité 54 : chirurgien dentaire MBD (médecine bucco-dentaire) Spécialité 69 : chirurgie orale

THÈME	SOUS-THÈME	INDICATEUR	OBJECTIF intermédiaire	OBJECTIF cible	SEUIL minimal	NOMBRE de points
Suivi des patholo- gies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leuco- triènes	63 %	≥ 80 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	50 %	≥ 71 %	5 patients	35
Prévention	Obésité	*Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**).* **Déclaratif**	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75 %	≥ 87 %	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	77 %	≥ 90 %	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	18 %	≤ 3 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11 %	≤ 2 %	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	*Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs* **Déclaratif**	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	*Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre).* **Déclaratif**	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	80 %	≥ 86 %	5 patients	35
Total						**305**

(*) Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA).
(**) Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle). ».

[53]

Article 2.2 Indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ».
Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes2 ont été réalisés et facturés par le spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires au cours des deux années civiles précédentes.

2 Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

Ne sont pas pris en compte : les actes de chirurgie ou les actes techniques d'intervention par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines ; les actes de surveillance sur 24 heures ; les forfaits de cardiologie ou de réanimation ; la réalisation de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire ; les actes de réadaptation.
La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.
Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur. Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

- Indicateur : Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans

Numérateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, AAP et IEC ou sartans.
Dénominateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle. Définitions :
Bêtabloquants : tous les médicaments inclus dans le code ATC2 C07.
Statines : tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravadual®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02).

[53] Ajouté par l'Avenant 1 publié le 02/05/2017

L’ézétimibe seul (Ezetrol®) n’est pas pris en compte car il s’agit d’un hypolipémiant n’appartenant pas à la classe des statines.
IEC : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09A et C09B.
Sartans : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09C et C09D, y compris les médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'HTA.
Antiagrégants plaquettaires : tous les médicaments inclus dans le code ATC4 B01AC + le code ATC C10BX02 (Pravadual®).
Codes CIM 10 pris en compte: I21, I22, I23, I252, Z034.

- Indicateur : Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans

Numérateur : nombre de patients atteints d’insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants et IEC ou sartans.
Dénominateur : nombre de patients atteints d’insuffisance cardiaque traités par IEC ou sartans.
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Pour cet indicateur portant sur l’amélioration de la prise en charge de l’insuffisance cardiaque (prescription d’un bêtabloquant), sont définis comme bêtabloquants uniquement les médicaments inclus dans les codes ATC C07AB02, C07AB07, C07AB12, C07AG02 (respectivement metoprolol, bisoprolol, nebivolol et carvedilol).
Les patients pris en compte sont ceux bénéficiant d’une ALD n°5 avec code CIM 10 I50 au 31/12 de l’année N-1, et/ou avec antécédent d’hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur. Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

- Indicateur : Part des patients traités partrithérapie anti hypertensive dont un diurétique

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive comprenant un diurétique Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 10 patients.
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions : Pour cet indicateur, sont exclus de la patientèle correspondante les patients en ALD n°5 au 31/12 de l’année N-1, avec le code CIM 10 = I50 et/ou avec antécédents d’hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).
Sont définis comme diurétiques les molécules avec codes ATC commençant par C03 ainsi que les codes C02LA01, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à BA15, C09DA01 à DA08, C09DX01 et C09XA52.

- Indicateur : Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et de la kaliémie dans l'année

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année.
Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive. Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 10 patients.
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définition : Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

- Indicateur : Part des patients hypertendus ayant bénéficié d'au moins une MAPA ou auto mesure de la PA dans l'année (déclaratif)

Numérateur : nombre de patients avec au moins une MAPA ou une auto mesure de la pression artérielle.
Dénominateur : nombre de patients hypertendus suivis par le cardiologue. Période de calcul : année civile.
Seuil minimum : au moins 20 patients.
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle. Définition : indicateur déclaratif.

- Indicateur : Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2

Numérateur : nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2.
Dénominateur : nombre de patient traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2
Période de calcul : 30 mois
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
L'indicateur est calculé en analysant séparément 2 semestres et en leur appariant respectivement le semestre S-3

- Indicateur : Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l (déclaratif)

Numérateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM dont le résultat de LDL cholestérol est < 1g/l.

Dénominateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM Période de calcul : année civile.
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Seuil minimum : au moins 5 patients
Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le professionnel concerné et non celles d'autres médecins.
Il est tenu compte des grands conditionnements : une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

- Indicateur : Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques

Numérateur : nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques
Dénominateur : nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 20 boîtes de la classe des antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définition : Médicaments des classes ATC C02 « antihypertenseurs », C03« diurétiques », C07 « bêtabloquants », C08 « inhibiteurs calciques » et C09 « médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine.

- Indicateur : Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques

Numérateur : nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques
Dénominateur : nombre total de boîtes de statines prescrites
Période de calcul : 12 mois
Seuil minimum : au moins 20 boîtes de la classe des statines Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définition : Sont définis comme statines tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravadual®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

- Liste des actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

DAQM003 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de la viabilité et/ou de l'ischémie du myocarde
DBQM001 Échographie-doppler transthoracique continue du cœur avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de valvulopathie [valvulopathie]
DEQP001 Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission

DEQP002 Électrocardiographie à haute amplification DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations
DEQP005 Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures
DEQP006 Vectocardiographie
DGQM001 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs
DGQM002 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques
DKRP004 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue
DZQJ001 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Échocardiographie-doppler transoesophagienne]
DZQJ006 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au lit du malade
DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon
DZQJ010 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQJ011 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
EBQM001 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média
EBQM002 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs
EBQM003 Échographie-doppler des vaisseaux cervicocéphaliques extracrâniens avec échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens
ECQM001 Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manœuvres positionnelles
ECQM002 Échographie-doppler des artères des membres supérieurs
EDQM001 Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs EQQP008 Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]
EQRP002 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO2]

EQRP008 Épreuve d'inclinaison [Tilt test] avec étude des variations de la pression intraartérielle et de la fréquence cardiaque
EBQM900 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média.

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	*Améliorer le traitement post IDM*	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70%	⬆ 81%	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans	72%	⬆ 81%	5 patients	35
Prévention	*Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée*	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	74%	⬆ 81%	10 patients	30
Efficience	*Améliorer la surveillance biologique Des patients sous Trithérapie anti Hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé*	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	92%	⬆ 96%	10 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60%	⬆ 75%	20 patients	30
	Limiter les traitements Par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	Part des patients traités Par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	65%	≤ 56%	5 patients	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65%	⬆ 80%	5 patients	30
	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	⬆ 93%	20 boîtes	60

	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	75%	⬆ 85%	20 boîtes	60
Total					**340**	

Article 2.3 Indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro- entérologie et hépatologie

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes3 ont été réalisés et facturés par le gastro-entérologue ou hépatologue au cours des deux années civiles précédentes.

3 Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

Ne sont pas pris en compte les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).
La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins. La patientèle dite « correspondante
» n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs de prévention suivants :
- pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie après exérèse de polypes, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une coloscopie totale ou partielle avec ou sans geste thérapeutique l'année de calcul de l'indicateur
- pour l'indicateur relatif au contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) après traitement, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer HP et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- Indicateur : Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour cancer colorectal (CCR)

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les six mois un acte d'imagerie la première année post-chirurgie pour CCR
Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).
Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20.
Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005
Les actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR sont les suivants : ZCQK004 ; ZCQH001 (scanners abdomino-pelviens) ; ZBQK001 ; ZBQH001 (scanners thoraciques) ZZQK024 ZZQK024 (scanners thoraco- abdomino-pelviens) ; ZCQM006 ; ZCQM008 ; ZCQM004 ; ZCQM005 ; ZCQM010 ; ZCQM001 ; ZCQM002 ; ZCQM011 (échographies abdominales et/ou pelviennes) ; ZZQL016 (TEP).

- Indicateur : Part des patients ayant bénéficié, au moins une fois tous les 3 mois, d'un dosage de l'antigène carcino embryonnaire (ACE) la première année suivant une chirurgie pour CCR

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les 3 mois un dosage de l'ACE, la 1ère année post-chirurgie pour CCR
Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).
Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20. Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005
Le code biologie (NABM) pris en compte pour le dosage ACE est le 7327.

- Indicateur : Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie
Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours. Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 10 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par acide 5-aminosalicylique (5-ASA) au long cours. Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances de 5-ASA à des dates différentes sur la période de calcul (un an).
Sont définis comme 5-ASA tous les médicaments inclus dans les codes ATC A07EC01 (sulfasalazine), A07EC02 (mesalazine), A07EC03 (olsalazine).
Le code biologie pris en compte pour la protéinurie est le 2004.

- Indicateur : Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes

Numérateur : 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.
Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours.
Période de calcul : 12 mois
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par azathioprine au long cours.
Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances d'azathioprine à des dates différentes sur la période de calcul (un an).
Sont définis comme azathioprine tous les médicaments inclus dans le code ATC L04AX01 (azathioprine).
Le code biologie pris en compte pour l'hémogramme, y compris les plaquettes, est le 1104.

Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- Indicateur : Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N

Numérateur : nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie en année N/N-1/N-2
Dénominateur : nombre des patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N
Période de calcul : 24 mois

Seuil minimum : au moins 20 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions : La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul de cet indicateur. Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le professionnel a réalisé une coloscopie totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique, l'année de calcul de l'indicateur (année N). Le calcul s'effectue en recherchant, pour ces patients, les coloscopies totales avec polypectomie ou mucosectomie dont ils ont bénéficié antérieurement, sur une période de 21 mois (cf. schéma ci-dessous), quel que soit le gastro-entérologue les ayant réalisées.

Les actes CCAM retenus pour la détermination du numérateur sont les suivants : HHFE002 ; HHFE004; HHFE006
Les actes CCAM retenus pour la détermination du dénominateur sont les suivants : HHFE001 ; HHFE002 ; HHFE004 ; HHFE005 ; HHFE006 ; HHQE002 ; HHQE004 ; HHQE005 ; HJQE001.

- Indicateur : Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'Hélicobacter Pylori (HP)

Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'un contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) par Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU)
Dénominateur : nombre de patients traités pour éradication d'une infection à HP Période de calcul : 12 mois pour le traitement d'éradication d'HP
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer Helicobacter Pylori et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.
Les patients traités pour éradication d'HP sont identifiés par :
- soit la trithérapie séquentielle, à savoir un traitement associant 1 IPP et 2 antibiotiques parmi les 4 classes d'antibiotiques suivantes : amoxicilline, metronidazole, clarithromycine, tinidazole.
- soit la quadrithérapie bismuthée associant Pylera® et Omeprazole

Sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : J01CA04 (amoxicilline) hors voie injectable ; P01AB01 (metronidazole) et code cip7=2180420 (Pylera®) ; J01FA09 (clarithromycine) ; P01AB02 (tinidazole)*Le code CCAM de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale diagnostique est HEQE002.
Sont définis comme IPP tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : A02BC01 (omeprazole) ; A02BC02 (pantoprazole) ; A02BC03 (lansoprazole) ; A02BC04 (rabeprazole) ; A02BC05 (esomeprazole).
Le calcul se fait en recherchant pour ces patients la réalisation d'un Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU) dans les 4 mois suivant la fin du traitement (quel que soit le prescripteur du traitement et du test). Le code biologique retenu est le 5234 (analyse des 2 échantillons d'air expiré).

- Indicateur : Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif (déclaratif)

Numérateur : nombre de patients pour lesquels un adénome a été détecté au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles
Dénominateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une coloscopie totale pour un test de recherche de sang occulte positif.
Période de calcul : année civile
Seuil minimum : au moins 10 patients
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

- Indicateur : Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique (déclaratif)

Numérateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie.
Dénominateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie. Période de calcul : année civile
Seuil minimum : au moins 20 patients
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle Définition : indicateur déclaratif

Liste des actesde la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Endoscopies OGD diagnostiques :
HEQE002 Endoscopie œso-gastro-duodénale
HGQE002 Duodénoscopie par appareil à vision latérale
HEQE005 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans
HEQE003 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans
HEQE004 Endoscopie œso-gastro-duodénale peropératoire
Actes thérapeutiques réalisés sous endoscopie OGD :
HEFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE002 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMLE002 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HEAE003 Dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie HMQH007 Cholangiographie rétrograde, par œso-gastro-duodénoscopie
HEFE001 Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HESE002 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HEGE002 Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMPE001 Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
HELE002 Pose d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie

HEFE003 Séance de mucosectomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE001 Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro- duodénoscopie
HGLE001 Pose d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HENE004 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH003 Cholangiographie rétrograde avec infundibulotomie [ponction diathermique de l'infundibulum biliaire] ou précoupe de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HMKE001 Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HNLE001 Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro- duodénoscopie
HEGE003 Ablation d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HZHE002 Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique
HMLE003 Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HMAE002 Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HNQH003 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HFKE001 Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par œso- gastro-duodénoscopie
HMNE001 Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HESE001 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HFAE001 Dilatation du pylore, par œso-gastro-duodénoscopie
HENE002 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
EHNE002 Sclérose et/ou ligature de varices œsogastriques en période hémorragique, par endoscopie
HFLE001 Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH005 Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso- gastro-duodénoscopie
HGNE001 Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie HEKE001 Changement d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HNGE001 Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HNKE001 Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro- duodénoscopie
HNCE001 Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
HNPE002 Section du versant pancréatique du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie pancréatique endoscopique]

HGGE001 Ablation d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HGFE005 Exérèse de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HMKE002 Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro- duodénoscopie
HMAE001 Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie
HNAE001 Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HGKE001 Changement d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie HNPE003 Sphinctérotomie de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso- gastro-duodénoscopie
HMQH002 Cholangiopancréatographie rétrograde avec manométrie oddienne, par œso-gastro-duodénoscopie
HNQH001 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodénoscopie
HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HMLH001 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HENE001 Séance de destruction photodynamique de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
Coloscopies diagostiques :
HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique
HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique HJQE001 Rectosigmoïdoscopie
HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde
HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie
HHQE001 Coloscopie peropératoire
Actes thérapeutiques réalisés sous coloscopie :
HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
HHFE006 Séance de mucosectomie recto colique, par endoscopie
HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHSE002 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale
HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHNE001 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale
HHAE001 Dilatation d'une sténose du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
HHNE002 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale
HHSE004 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHJE001 Exsufflation du côlon, par endoscopie

HHLE005 Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie
HHNE003 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHNE004 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHSE003 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale
HHSE001 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHEE001 Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie
HHGE002 Ablation de corps étranger du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
HHGE010 Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie
Echographie de l'appareil digestif :
ZCQM006 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen ZCQM008 Échographie transcutanée de l'abdomen
ZCQM004 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie- doppler des vaisseaux digestifs
ZCQM005 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
ZCQM010 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]
ZCQM001 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
HLQM001 Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires
ZCQM002 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs
HZQM001 Échographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine
HJQJ003 Échographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
ZCQM011 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
YYYY172 Échographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intra pelviens, ou de vaisseaux périphériques
ELQM001 Échographie-doppler des vaisseaux digestifs
Echoendoscopie :
HMQJ001 Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie
HJQJ002 Échoendoscopie anorectale sans biopsie
HMQJ002 Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée
HEQJ001 Échoendoscopie œsogastrique sans biopsie
HHQJ002 Échoendoscopie colique sans biopsie
HEQJ002 Échoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée
HJQJ001 Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée HGQJ002 Échoendoscopie duodénale sans biopsie
HGQJ001 Échoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée
Actes de traitement des hémorroides :
EGNP001 Séance de traitement instrumental des hémorroïdes par procédé physique
EGFA007 Excision d'une thrombose hémorroïdaire

EGJA001 Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe EGSP001 Séance de ligature élastique des hémorroïdes
EGFA002 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne
EGFA005 Résection d'un paquet hémorroïdaire isolé EGLF002 Séance d'injection sclérosante des hémorroïdes
EHNE001 Séance de sclérose et/ou de ligature de varices œsogastriques en dehors de la période hémorragique, par endoscopie
EGED001 Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale
EGFA001 Hémorroïdectomie pédiculaire semifermée ou fermée EGFA003 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse
HKFA006 Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
HJFD005 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculeuse par voie anale, avec hémorroïdectomie pédiculaire
HKPA002 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
HKPA001 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse
Actes de traitement de lésions anales et périnéales :
HKFA008 Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus
HKND001 Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus
HKFA001 Destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal
HKFA005 Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse
HJAD001 Dilatation ou incision de sténose anorectale
HKPA004 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie
HKPA007 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple
QBFA007 Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier HKFA004 Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]
HKPA005 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus HKPA006 Incision d'abcès de la région anale
HKLB002 Injection sousfissuraire et/ou intrasphinctérienne de l'anus
HJGD001 Ablation de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale
HKPA003 Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus HKFA002 Résection d'une fissure anale infectée
HTRD001 Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, sans électrostimulation
HKPA008 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec lambeau d'avancement
HKFA007 Exérèse de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anus HKHA001 Biopsie de lésion de la région périanale et/ou du canal anal
QBFA004 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur moins de 30 cm²

QBFA002 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm²
JZNP003 Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm²
HKFA009 Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal JZNP001 Destruction de 10 à 50 lésions périnéales JZNP002 Destruction de moins de 10 lésions périnéales HKMA001 Plastie cutanée de la marge de l'anus HKQE001 Anuscopie
HKCA004 Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus HJCD002 Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus
Autres actes dont la fréquence annuelle est 2 50 actes/an :
FEJF003 Saignée thérapeutique
HGQD002 Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée
HTQD002 Manométrie anorectale
HPJB001 Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée
HEQD003 Manométrie œsophagienne
HGQE003 Entéroscopie jéjunale [Jéjunoscopie]
HEQD002 pH-métrie œsophagienne et/ou gastrique sur 24 heures HFCB001 Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique
HEQH002 Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]
HHQH001 Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste HPHB003 Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée HGQE005 Entéroscopie iléale [Iléoscopie]
HGQH002 Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]
HQQP001 Analyse informatisée de la déglutition
HLHJ003 Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique
HLQM002 Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore
HTQH002 Défécographie [Rectographie dynamique]
HJQD001 Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale
HFKD001 Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage
HLHJ006 Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique
HJFD001 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculeuse par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure
HLHB001 Biopsie du foie, par voie transcutanée sans guidage
HJFD004 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculeuse, par voie anale
HEQH001 Radiographie de l'œsophage avec opacification par produit de contraste [Transit œsophagien]
HJFD002 Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale
HLHJ004 Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique
HGFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie

HEAH001 Dilatation de l'œsophage, avec guidage radiologique HGAE001 Dilatation d'une sténose iléale, par iléoscopie HKSD001 Hémostase secondaire à un acte sur l'anus HJHD002 Biopsie de la musculeuse du rectum, par voie anale
HGFE001 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie
HJSD001 Hémostase secondaire à un acte sur le rectum
HJFA008 Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculeuse, par abord périnéal
HGSE001 Hémostase de lésion intestinale sans laser, par jéjunoscopie QBPA001 Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté
HGQE001 Entéroscopie jéjunale avec entéroscopie iléale

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	82%	↗ 92%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	33%	↗ 50%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	53%	↗ 71%	10 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de LICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	82%	↗ 92%	5 patients	30

Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	1,6%	:S 0,7 %	20 patients	80

	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicabacter Pylori (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67%	⬆77%	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20%	⬆ 25%	10 patients	35
Efficience	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85%	⬆ 95%	20 patients	30
Total						300

Article 2.4 Indicateurs pour les médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes ont été réalisés et facturés par le spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition au cours des deux années civiles précédentes.

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques :

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- Indicateur: Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »

  Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, traités

par insuline seule
Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, ayant :

- s oit au moins 1 délivrance d'insuline lente/intermédiaire et d'insuline rapide pendant au moins 2 trimestres et avec au moins une ordonnance (même prescripteur, même patient, même date de prescription) dans l'année avec prescription d'insuline lente/intermédiaire et d'insuline rapide,
- soit une délivrance d'une pompe à insuline

Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante < 70 ans traités par insuline seule
Fréquence de mise à jour des données: semestrielle
Définitions :
Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 Al 0
insuline lente/intermédiaire : médicaments des classes EPHMRA A10C2 ou A10C5
insuline rapide : médicaments de la classe EPHMRA A1OC1
pompe à insuline: codes LPP 1121332, 1120663, 1130058 avant le 01/08/15, 1131170, 1120663 entre le 01/08/15 et 02/16 et 1117201, 1131170, 1120663 à partir de 02/16

- Indicateur : Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou intensification des traitements avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaiFe, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu un compte-rendu annuel réalisé pour le médecin traitant précisant la gradatïon des risques, les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications.
Période de calcul: 12 mois glissants
Seuil minimum : l 0 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définitions : indicateur déclaratif

- Indicateur : Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9
Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline l'année N
Période de calcul: 12 mois glissants (et 9 ans de séjours PMSI)
Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un

cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions :
Patients opérés d'un cancer de la thyroïde: patients ayant eu un séjour en MCO avec DP/DR/DA : D093, D440 ou C73
et actes CCAM : KCFA00l, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005,
KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA0lO, KCGA00l ou KCMA00l
dosage de la thyroglobuline: code NABM 0821
dosage des anticorps anti-thyroglobuline: code NABM 1483 ou 1484

- Indicateur : Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien

  Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante opérés d'un nodule thyroïdien (bénin ou malin) l'année N-1
  Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu une cytoponction dans les 6 mois avant chirurgie thyroïdienne [6 mois entre cytoponction et début du 1er séjour MCO en N-1] Période de calcul: 1 an de séjour MCO avec thyroïdectomie [N-1] et 1 an 1/2 de liquidation des cytoponctions réalisées en ville, en consultation externe ou lors de séjours hospitaliers [N-1 à N-2] Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un nodule thyroïdien Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
  Définitions :
  Patients opérés d'un nodule thyroïdien : patients ayant eu un séjour en MCO avec DP/DR/DA: E041, D34, D357, D358, D359, D093, D440 ou C73
  et actes CCAM: KCFA00I, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA0I0, KCGA00I ou KCMA00I
  Cytoponction: actes CCAM KCHB00I, KCHJ00l, KCHJ002, KCHJ003 ou KCHJ004

- Indicateur : Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH)

  Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante diagnostiqués maladie de Basedow
  Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu une scintigraphie thyroïdienne pour poser le diagnostic
  Période de calcul: 12 mois glissants
  Seuil minimum : 10 patients de la patientèle correspondante présentant une maladie de Basedow
  Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
  Définitions : indicateur déclaratif

Indicateurs de prévention :

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur

- Indicateur : Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois

  Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année
  Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins trois POD dans les 12 mois précédents le dernier POD (quatre au total)
  Période de calcul : 24 mois glissants
  Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année
  Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
  Définitions :
  Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
  Antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 Alü POD : prestation de soins de podologie

  Indicateurs d'efficience:

  Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le professionnel concerné par la ROSP et non celles d'autres médecins.

- Indicateur: Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection

  Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline (sans insuline sur 6 mois avant 1ère délivrance)
  Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, autonomes dès l'initiation de traitement (0 jour avec [(AMil +IFD) ou (AIS3+1FD)])
  Période de calcul : 19 mois glissants
  Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline
  Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
  Définitions :
  Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
  antidiabétiques: tous les médicaments de la classe ATC2 AI0
  insuline: médicaments des classes EPHMRA AI0CI, AI0C2 ou AI0C5 actes infirmiers pour cibler l'autonomie: prestations AMil, AIS3, IFD

- Indicateur : Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-

1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)

Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1 (sans insuline sur 6 mois avant 1ère délivrance) Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans pour lesquels le délai entre la fin du séjour MCO (avec DP/DR/DA de diabète) et le Ier remboursement d'insuline est entre +1 mois et -1 mois
Période de calcul : 18 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions :
Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
antidiabétiques: tous les médicaments de la classe ATC2 AI0
insuline: médicaments des classes EPHMRA AlOCl, AIOC2 ou AlOC5 séjours MCO pour diabète: DP/DR/DA EIO, El 1, E12, E13 ou E14

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies Chroniques	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus»	87%	≥ 92%	5 patients	30
		Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou l'intensification des traitements, avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications. **Déclaratif**	80%	≥ 95%	**10** patients	20
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année	79%	≥ 89%	5 patients	50
		Part des patients ayant eu une Cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	60%	≥ 77%	5 patients	50

		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH. **Déclaratif**.	80%	≥ 95%	10	20
Prévention	Diabète	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	54%	≥ 61 %	5 patients	30
Efficience des prescriptions	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection	80%	≥ 91 %	5 patients	70
		Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation du traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)	13%	5 %	5 patients	70
Total						340

[54]

[54] Rajouté par l'Avenant 4 signé le 20/12/2017