

GUIDE METHODOLOGIQUE

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

2020

MEDECIN TRAITANT DE L'ADULTE

Références :

article 27 et annexe 15 de la convention médicale du 25 août 2016

avenant 6 à la convention médicale publié au JO le 10 août 2018

Mai 2020

I. PRESENTATION DE LA ROSP MEDECIN TRAITANT DE L'ADULTE ISSUE DE LA CONVENTION MEDICALE

Ce guide concerne exclusivement la **ROSP des médecins traitants de l'adulte**.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), prévue aux articles 27-1 et 27-6 et à l'annexe 16 de la Convention médicale du 25 août 2016, concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés. Elle est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.

Elle est applicable de facto à l'ensemble de ces médecins, sauf renoncement explicite de leur part à cette rémunération.

Tout renoncement au bénéfice de la ROSP (refus notifié) est définitif pour toute la durée de convention.

Les médecins peuvent ainsi renoncer à la totalité de cette rémunération, en notifiant leur décision à leur caisse de rattachement (caisse du cabinet principal) :

- par écrit avec accusé de réception (courrier, courriel etc...)
- dans les 3 mois suivant la date d'installation ou du 1^{er} conventionnement, pour les nouveaux installés (ou « NI »¹).

Les éléments de la rémunération sur objectifs de santé publique médecin traitant sont basés sur :

- l'atteinte d'indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale
- des objectifs cibles et intermédiaires
- un taux de réalisation
- un nombre de points calculés (chaque point est valorisé à 7 euros)
- une période de référence.

Tous les indicateurs sont ensuite pondérés en fonction de la taille de la patientèle médecin traitant, pour tenir compte de l'activité du médecin traitant.

La méthode de calcul utilisée permet de valoriser l'atteinte d'objectifs ainsi que la progression réalisée.

Les données d'activité servant au calcul du suivi et de l'atteinte des objectifs, sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données d'activité de ses différents cabinets sont additionnées.

La fréquence d'actualisation des données diffère selon les indicateurs.

L'avenant 6 à la convention médicale publié le 10 août 2018 introduit des modifications aux indicateurs et règles de gestion de la ROSP du médecin traitant de l'adulte :

- abaissement des seuils minimaux des indicateurs à 5 patients ou 10 boîtes de médicaments
- révision de la règle de calcul du taux de réalisation des indicateurs
- modification des objectifs intermédiaires et cibles qui passent à D3/D8 (au lieu de D7/D9) pour les indicateurs croissants, et à D7/D2 (au lieu de D3/D1)

¹ A noter que la convention prévoyait la possibilité de renoncer à la ROSP dans les 3 mois à compter de la publication de la Convention nationale au Journal Officiel, (soit à compter du 23 octobre 2016), c'est-à-dire au plus tard le 23 janvier 2017. Au-delà de cette date, il n'est plus possible, hors nouveaux installés d'y renoncer. (cf voir page 8 pour la définition de la notion de nouvel installé).

- modification des modalités de calcul de 3 indicateurs (Indicateur global de prescription dans le répertoire, suivi des patients sous AVK, patients ayant eu un dosage de TSH)
- neutralisation de 2 indicateurs d'efficacité (prescription dans le répertoire de médicaments de l'incontinence urinaire et des médicaments de l'asthme).

Ces modifications ont été mises en œuvre en 2018.

Pour 2019, une décision du Directeur Général de l'UNCAM à la suite de l'avis donné par la Commission paritaire Nationale des médecins le 19/09/2018, et publiée au JO le 20/12/2018 :

- ⇒ précise les règles de gestion à appliquer pour les indicateurs modifiés en cours d'année :
 - mise à jour des taux de départ en N-1 pour les indicateurs dont les modalités de calcul sont modifiées en cours d'année
 - prise en compte des nouveaux seuils à compter du 31/12/N-1
- ⇒ modifie 4 indicateurs : dépistage de la rétinopathie diabétique, dépistage de la maladie rénale chez le patient diabétique, dépistage de la maladie rénale chez le patient hypertendu, suivi des patients sous AVK). Ces modifications ont été mises en œuvre au 01/01/2019.
- ⇒ crée 2 nouveaux indicateurs d'efficacité décroissants:
 - part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS;
 - part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe et de statine prescrites par le MT à ses patients MT.

Pour 2020 :

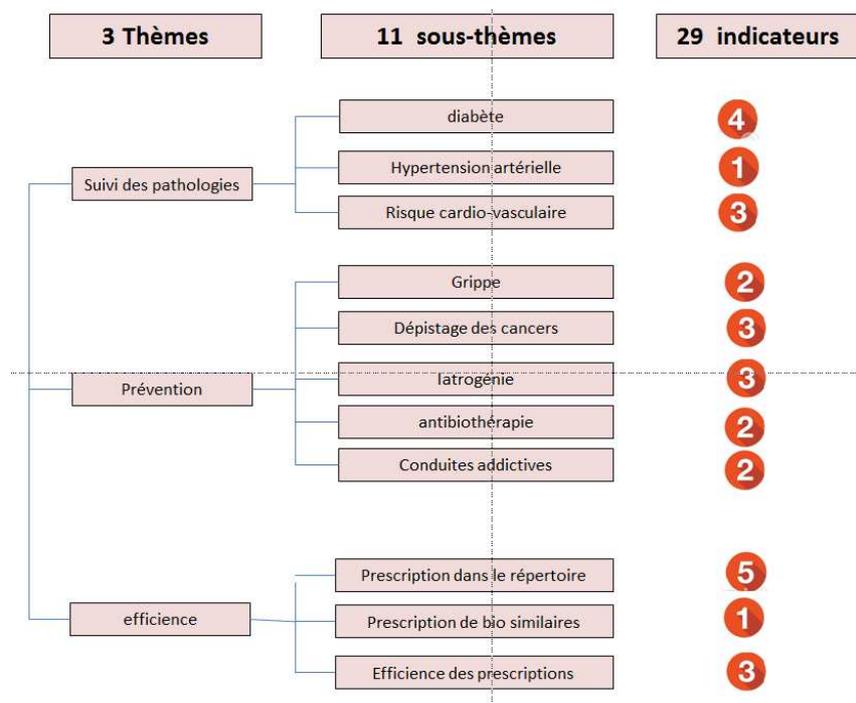
- une décision du Directeur Général de l'UNCAM à la suite de l'avis donné par la Commission Paritaire Nationale des médecins le 02/10/2019, et publiée au JO le 08/11/2019, modifie 2 indicateurs :
 - suivi de l'équilibre glycémique du patient diabétique ;
 - dépistage du cancer colorectal.
- une décision du Directeur Général de l'UNCAM à la suite de l'avis donné par la Commission Paritaire Nationale des médecins le 11/03/2020, et publiée au JO le 02/05/2020 modifie l'indicateur « Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine». La modification a été mise en œuvre dès la publication de la décision.

II. PRESENTATION DES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE DE LA ROSP MEDECIN TRAITANT DE L'ADULTE

La ROSP ne comporte plus d'indicateurs sur l'organisation du cabinet. Ces indicateurs relatifs aux outils et organisations nouvelles facilitant la pratique et la gestion du cabinet ont été intégrés dans un forfait spécifique le forfait structure (article 20 de la convention et qui fait l'objet d'une note méthodologiques spécifique).

Les indicateurs de qualité des pratiques cliniques des médecins traitants, élaborés conjointement par les partenaires conventionnels, ont été fixés en cohérence avec les priorités nationales de santé publique, en tenant compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de santé ainsi que par les recommandations internationales existantes.

Ils sont regroupés en 3 grandes thématiques, déclinés en sous-thèmes



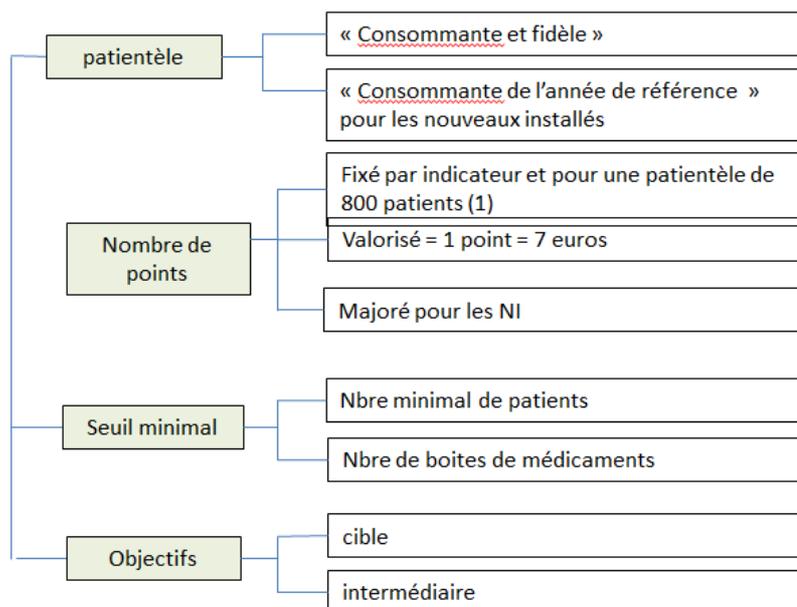
Le nombre d'indicateurs varie selon les thèmes et sous-thèmes.

A ces indicateurs, sont affectés des points dont le nombre varie en fonction des enjeux représentés par les indicateurs.

Dans le cadre de la Convention médicale d'août 2016, il est prévu que 1000 points au total (valeur du point 7 euros) soient affectés à la ROSP médecin traitant de l'adulte: Pour 2020, l'ensemble de ces indicateurs représente un maximum de 940 points.

- 60 points complémentaires restent en réserve pour des indicateur(s) portant sur le champ « efficience des prescriptions » et doivent être définis ultérieurement par les partenaires conventionnels autour des thèmes suivants : Transports, Biologie, Imagerie, Reprise d'activité professionnelle.

Pour chaque indicateur sont définis : la **patientèle** à partir de laquelle les résultats du médecin sont calculés (distincte selon la situation du médecin) ; un **seuil minimal de patients** ou de **volume de boîtes de médicaments** permettant d'assurer une robustesse statistique suffisante, des objectifs à atteindre (cibles et intermédiaires) ; un **nombre de points** (variable selon les thèmes, les indicateurs, et les situations).



(1) : pondérée en fonction du volume de la patientèle déclarante réelle

Exemple d'indicateur :

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	74%	≥ 92%	5 patients	30

- ✓ **Un objectif cible** est défini de la manière suivante au regard de la pratique observée des médecins pour chaque indicateur en se basant sur l'observation des résultats de la population des médecins, répartie par déciles² :
 - appartenant au 8^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins (si indicateur croissant)
 - appartenant au 2^{ème} décile de répartition des médecins (si indicateur décroissant)
- ✓ **Un objectif intermédiaire** est défini au niveau observé pour les médecins
 - appartenant au 3^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins (si indicateur croissant)
 - appartenant au 7^{ème} décile de répartition (si indicateur décroissant)

²Voir la définition d'un décile en annexe 1.

Les objectifs intermédiaires et cibles ont été fixés par les partenaires conventionnels dans le but de promouvoir l'amélioration des pratiques. Ils tiennent compte des situations particulières (contre-indications, caractéristiques individuelles,...).

A noter qu'en 2018, ils ont été modifiés pour l'ensemble des indicateurs

- ✓ **Un nombre de points** est fixé par indicateur :
 - pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients
 - pour une atteinte de l'objectif cible à 100 %

Chaque point est valorisé à **7 euros**

- ✓ **Un seuil minimal** correspondant au nombre minimal de patients ou à la quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées pour assurer une robustesse statistique. Ces seuils statistiques ont été déterminés afin de ne pas calculer des indicateurs sur des effectifs trop faibles et peu significatifs. Ils sont appliqués aux taux de départ et aux taux de suivi.
- L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année au moment du calcul de l'indicateur au 31/12 de l'année concernée. En cas de non atteinte de ce seuil, l'indicateur est neutralisé pour l'année concernée pour le médecin.

Les indicateurs sont calculés :

- à partir des données de remboursement de l'assurance maladie en prenant en compte la patientèle «consommante et fidèle» (voir définition en annexe) pour la plupart des médecins libéraux, et à partir de la patientèle consommante de l'année de référence pour les médecins nouveaux installés (voir paragraphe IV).
- à partir des données déclarées par le médecin, pour les indicateurs qui ne peuvent être alimentés à partir des données disponibles dans les bases de données de l'assurance maladie : Le médecin s'engage à pouvoir fournir toutes les informations qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul de l'indicateur concerné.
- Il existe 4 indicateurs déclaratifs dans la ROSP MT de l'adulte :

Risque Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le médecin traitant ou d'une consultation de podologie dans l'année
Risque cardio-vasculaire	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

Conduites addictives – tabac -	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier
Conduites addictives – alcool-	Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier

La liste complète des indicateurs de la ROSP médecin traitant de l'adulte figure en annexe 2 de la présente note.

III. LE CALCUL DES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE (HORS MEDECINS NOUVEAUX INSTALLES)

Pour permettre le suivi des indicateurs et le calcul de la rémunération correspondante en fonction des résultats atteints, les éléments suivants sont définis **pour chaque médecin**.

1. **Un taux de départ** = niveau à partir duquel est calculée la progression du médecin pour chaque indicateur, calculé au 31/12/2016, à l'entrée en vigueur du dispositif.

- Si le seuil minimal de l'indicateur était atteint au 31/12/2016 → le taux de départ a été calculé et reste fixé pour la durée de la convention (soit pour 5 ans)

A noter que pour les indicateurs modifiés en cours d'année N, les taux de départ seront recalculés pour tous les médecins en N-1

- Si le seuil minimal de l'indicateur n'était pas atteint au 31/12/2016 :
 - le taux de départ n'a pas été calculé au 31/12/2016 l'indicateur a donc été neutralisé pour 2017
 - au 31/12 des années suivantes, l'atteinte du seuil minimal de l'indicateur sera de nouveau vérifiée. Le taux de départ sera calculé l'année de l'atteinte du seuil minimal de l'indicateur.
- Pour les indicateurs déclaratifs, le taux de départ est fixé à 0%

2. **Un taux de suivi (ou taux constaté)** = correspond au taux atteint par le médecin pour un indicateur au 31/12 de l'année considérée. Il permet de mesurer la progression du médecin dans l'atteinte de l'indicateur en le comparant à son taux de départ et aux objectifs.

➤ **l'atteinte du seuil minimal est vérifiée chaque année sur le taux de suivi.** Le taux de suivi est calculé dès lors que le seuil minimal est atteint.

Au 31/12/2018, on vérifie l'atteinte sur la base des nouveaux seuils issus de l'avenant 6 à la convention médicale.

3. **Une patientèle**

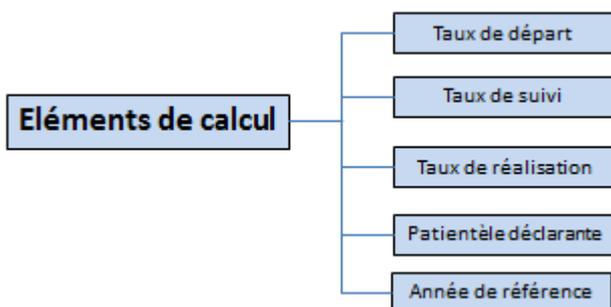
La patientèle sur la base de laquelle le calcul des indicateurs est réalisé est dite « **patientèle consommatrice fidèle** » du médecin traitant.

Elle correspond aux bénéficiaires d'au moins 16 ans qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant au 31 décembre de chaque année :

- ayant « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc...),
- soins ayant été remboursés lors des 12 mois précédant la période de calcul,
- ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et qui n'en ont pas changé au cours de l'année
- étant affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au RSI, à la MSA et à 3 autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC).

L'atteinte des résultats de santé publique est ainsi calculée sur une patientèle stable dans l'année et qui a « eu recours » à des soins.

MODALITES DE CALCUL DE LA REMUNERATION (HORS NOUVEAUX INSTALLES)



1. Le calcul d'un 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 au regard des objectifs intermédiaires et cibles. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur pour chaque médecin.

Le taux de réalisation de chaque indicateur est calculé en prenant en compte le taux de départ, le taux de suivi (ou taux constaté à la fin de l'année considérée), et l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire ou de l'objectif cible.

Les formules présentées ci-dessous s'appliquent pour un indicateur ayant un objectif cible croissant (exemple : part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière : objectif cible $\geq 61\%$)

Pour un indicateur ayant un objectif cible décroissant (exemple : part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est $>$ à 4 semaines : objectif cible $\leq 30\%$), le rapport est inversé.

1^{er} cas : le taux de suivi (ou taux constaté) est inférieur à l'objectif intermédiaire : le taux de réalisation sera apprécié par rapport au taux de départ

Il convient d'appliquer la formule suivante :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% \times \frac{\text{taux de suivi} - \text{taux de départ}}{\text{Objectif intermédiaire} - \text{taux de départ}}$$

Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 30%.

Cas pratique :

Taux de départ à 25 % - Taux de suivi à 50 %

Objectif intermédiaire à 75 %

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% \times \frac{50\% - 25\%}{75\% - 25\%} = 15\%$$

2^{ème} cas : le taux de suivi est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire : le taux de réalisation sera alors fonction du niveau atteint par rapport à l'objectif intermédiaire

$$\text{Taux de réalisation} = 30 \% + 70 \% \times \frac{\text{taux de suivi} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{Objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Cas pratique :

Taux de suivi à 77 %

Objectif intermédiaire à 75 %

Objectif cible à 85%

$$\text{Taux de réalisation} = 30 \% + 70 \% \times \frac{77\% - 75\%}{85\% - 75\%} = 44 \%$$

2. Le calcul du nombre de points

Pour chaque indicateur, a été défini un nombre de points maximum, qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible et donc à 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.

La valeur du point est de 7 €.

3. Le calcul de la rémunération

Pour calculer la rémunération attribuable au médecin sur chaque indicateur, il est procédé à une pondération en fonction de la patientèle déclarante du médecin traitant.

La patientèle déclarante 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 (31/12/2020 pour la ROSP au titre de l'année 2020 versée en 2021).

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.

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 déclarante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

$$\text{La rémunération calculée} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times \frac{\text{patients déclarés}}{800} \times 7\text{€}$$

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur pour un médecin ayant 900 patients l'ayant déclaré médecin traitant est le suivant :

- **Exemple 1** : un niveau initial de 25% ; un niveau constaté de 50% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un nombre de points = 35.

$$\text{Taux de réalisation (TR)} = 30\% \times (50\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 15\%$$

$$\text{Nombre de points} = 15\% \times 35 = 5,25$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 5,25 \times (900/800) \times 7\text{€} = 41,34\text{€}$$

- **Exemple 2** : un niveau constaté de 77% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un objectif cible de 85% ; un nombre de points = 35.

$$\text{Taux de réalisation (TR)} = 30\% + 70\% \times (77\% - 75\%) / (85\% - 75\%) = 44\%$$

$$\text{Nombre de points} = 44\% \times 35 = 15,4$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 15,4 \times (900/800) \times 7\text{€} = 121,27$$

IV. LE CALCUL DE LA REMUNERATION POUR LES MEDECINS NOUVELLEMENT INSTALLES

La convention médicale prévoit des modalités spécifiques de calcul de la rémunération des médecins nouvellement installés pour tenir compte de leur situation particulière et notamment du délai nécessaire de constitution de leur patientèle.

1. Définition des « médecins nouveaux installés »

➤ **Nouveauté de la convention médicale** de 2016 : La nouvelle convention a élargi les situations des médecins pouvant bénéficier de ces modalités spécifiques.

Ainsi les médecins considérés comme « nouveaux installés » au sens de la ROSP sont :

- les médecins installés en libéral pour la 1^{ère} fois depuis moins de 3 ans ;
- les médecins installés en libéral depuis moins de 3 ans après une interruption totale d'activité libérale d'au moins 2 ans ;
- les médecins installés en libéral ayant modifié leur lieu d'exercice vers un autre département (non limitrophe du précédent) ;
- les médecins collaborateurs libéraux qui n'ont pu se constituer une patientèle médecin traitant pendant leur exercice en collaboration et installés dans leur propre cabinet depuis moins de 3 ans par rapport à l'année considérée (année de calcul de la ROSP).

Rappel : les périodes de remplacement de médecins libéraux, sans installation en leur nom propre, ne sont pas considérées comme une nouvelle installation.

2. Adaptation de la méthode générale de calcul de la ROSP à ces situations spécifiques

La méthode générale de calcul de rémunération pour les indicateurs cliniques a été adaptée pour les médecins et les centres de santé nouvellement installés :

- leurs taux de départ (ou niveaux initiaux) sont actualisés tous les ans pendant les 3 premières années d'installation ;
- la vérification de l'atteinte des seuils est effectuée sur les taux de départ et de suivi ;

NB : cette règle s'applique désormais à l'ensemble des médecins

- application d'une majoration de la valeur du point

La patientèle retenue pour le calcul des indicateurs reste la patientèle « consommante et fidèle ».

La majoration de la valeur des points a été réévaluée par rapport à la convention médicale de 2011 et s'établit selon le barème dégressif suivant :

- 20 % pour la 1^{ère} année de l'installation
- 15 % pour la 2^{ème} année de l'installation
- 5% pour la 3^{ème} année de l'installation

3. Définition de la méthode spécifique de calcul pour cette catégorie de médecins

Afin de mieux prendre en compte les spécificités des médecins nouvellement installés, liées notamment au délai nécessaire pour la constitution de la patientèle, une méthode spécifique a été définie.

Lorsque cette méthode spécifique génère un montant de rémunération supérieur à celui initialement calculé (avec la méthode générale de calcul adaptée, cf supra), cette méthode spécifique est retenue.

⇒ Les médecins et les centres de santé nouveaux installés bénéficient donc d'une rémunération calculée selon les deux méthodes (classique et spécifique) et c'est la méthode la plus avantageuse qui est retenue.

- **La patientèle** : le calcul des indicateurs se fait à partir des données de remboursement de l'assurance maladie en prenant en compte la patientèle « consommante de l'année en cours » Elle correspond aux bénéficiaires qui ont eu recours à des soins et qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant sur la période de calcul.
- **Le taux de départ** retenu correspond à la moyenne nationale constatée pour l'indicateur, calculée sur l'ensemble de médecins traitants de l'année précédant l'année concernée.
- Une majoration de la valeur du point, dégressive sur 3 ans :
 - o 20 % pour la 1^{ère} année de l'installation
 - o 15 % pour la 2^{ème} année de l'installation
 - o 5% pour la 3^{ème} année de l'installation

NB : Pour la 4^{ème} année suivant l'installation, l'atteinte du seuil se vérifie à partir du taux de suivi réalisé la 3^{ème} année d'installation du médecin, calculé selon la méthode générale (cf. supra) et non selon la méthode spécifique « nouvel installé ».

4. Calcul de la rémunération des nouveaux installés

Le calcul du taux de réalisation s'effectue selon les mêmes modalités que la méthode générale, en y ajoutant la majoration du point correspondant à la situation du médecin.

$$\text{Rémunération pour un indicateur } y = \frac{\text{Nbre de points} \times \text{taux de réalisation} \times \text{Patientèle déclarante}}{800} \times 7 \text{ €} \times \text{majoration du point}$$

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur au titre de l'année 2017 pour un médecin installé en 2015 (3^{ème} année d'installation) ayant 700 patients l'ayant déclaré médecin traitant est le suivant :

- **Exemple 1** : un niveau initial de 25% ; un niveau constaté de 50% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un nombre de points = 35.

$$\text{Taux de réalisation (TR)} = 30\% \times (50\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 15\%$$

$$\text{Nombre de points} = 15\% \times 35 = 5,25$$

$$\text{Majoration de la valeur du point} = 5\% \text{ (3^{ème} année d'installation)}$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 5,25 \times (700/800) \times 7\text{€} \times 1,05 = 33,76\text{€}$$

- **Exemple 2** : un niveau constaté de 77% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un objectif cible de 85% ; un nombre de points = 35.

$$\text{Taux de réalisation (TR)} = 30\% + 70\% \times (77\% - 75\%) / (85\% - 75\%) = 44\%$$

$$\text{Nombre de point} = 44\% \times 35 = 15,4$$

$$\text{Majoration de la valeur du point} = 5\% \text{ (3^{ème} année d'installation)}$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 15,4 \times (700/800) \times 7\text{€} \times 1,05 = 127,34$$

V. MODALITES DE SUIVI ET PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- Chaque médecin peut suivre l'atteinte de ses indicateurs via Amelipro. Ses données individuelles de suivi et de résultats sont affichées sur Amelipro chaque trimestre.
A tout moment, le médecin peut faire appel à un praticien conseil ou un représentant de sa caisse de rattachement pour obtenir des explications concernant les données le concernant.
- A la fin de chaque année, une période de saisie des indicateurs déclaratifs est ouverte sur Amelipro, afin que chaque médecin puisse procéder à la saisie des données nécessaires à l'appréciation par l'Assurance Maladie, de l'atteinte des indicateurs déclaratifs.
- La rémunération effective est effectuée au plus tard à la fin du 1^{er} semestre de l'année N+1.

ANNEXE 1

DEFINITIONS

La patientèle « consommatrice fidèle » correspond aux patients qui :

- *Ont au moins 16 ans et qui ont déclaré le médecin comme « médecin traitant » au 31/12 de l'année de référence et affiliés au régime général (hors sections locales mutualistes), au RSI, à la MSA et à 3 autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC)*
- *Ont déclaré le médecin comme « médecin traitant » au 31/12 de l'année de référence et n'en ont pas changé au cours de l'année.*
- *Ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens, etc...) remboursés lors des 12 mois de l'année de référence*

Cette patientèle est réévaluée tous les ans.

La patientèle « consommatrice » correspond aux patients qui :

- *Ont au moins 16 ans et qui ont déclaré le médecin comme « médecin traitant » au 31/12 de l'année de référence et affiliés au régime général (hors sections locales mutualistes), au RSI, à la MSA et à 3 autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC)*
- *Ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens, etc...) remboursés lors des 12 mois de l'année de référence*

Cette patientèle est réévaluée tous les ans.

La patientèle déclarante :

Cette patientèle correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme « médecin traitant » pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Année de référence :

Année au titre de laquelle le médecin traitant est rémunéré.

Exemple : La rémunération qui sera perçue au cours du 1^{er} semestre 2020 concernera l'année de référence 2019.

Annexe 2

Tableau des indicateurs ROSP MT DE L'ADULTE

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	74%	≥ 92%	5 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 et un trimestre	60,5%	≥ 75,6%	5 patients	30
		Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	20,8%	≥ 58,6%	5 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 – <i>indicateur déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	9,9%	≥ 27,6%	5 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- <i>indicateur déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 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	38%	≥ 56%	5 patients	30

		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de l'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 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	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 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	26%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	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)	10%	≤ 3%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 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 – <i>indicateur déclaratif</i>	60%	≥ 75%	5 patients	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier <i>indicateur déclaratif</i>	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques				0 (*)
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques				0 (*)
		Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS parmi les patients sous AINS	38%	≤ 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe+statine prescrites par le MT à ses patients MT	13,2%	≤ 3.8%	10 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	≥ 40%	10 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	83%	≥ 92%	5 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	45

		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	45
Total						330

(*) : Indicateurs neutralisés dès 2018 et remplacés par les indicateurs ézétimibe et IPP/AINS en 2019

En gras : les modifications apportées par les décisions de l'UNCAM

L'ensemble des codes correspondant 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**

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée ≥ 2)

Dénominateur : Nombre de patients MT traités par antidiabétiques, exclusion faite des patients avec au moins 2 dosages de fructosamine .

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle

Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »), le code pris en compte pour le dosage de la fructosamine est le code NABM 1576.

- **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 et un trimestre**

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 : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 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 de moins de 81 ans 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 de moins de 81 ans traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 81 ans 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 : 5 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 : 5 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 ou de microalbuminurie, 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, microalbuminurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 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 +amlodipine)
- 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 »)
 - pour le dosage de la microalbuminurie, le code 1133

➤ **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 : 5 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 statines et AAP+ IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 6 ans glissants

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 Pravastatin®) et de la classe ATC C10BA02 (association de simvastatine et d'ézétimibe : Inegy®) et de la classe ATC C10BA05 (association d'atorvastatine et ezetimibe). 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 (acétylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acétylsalicylique), 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.

N-5	N-4	N-3	N-2	N-1	N
Repérage séjours MCO : filtres sur les diagnostics (PMSI)					Médicaments remboursés (DCIR)
				Repérage ALD*	

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 :

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 au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK».***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK

Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'autant d'INR que de délivrances d'AVK (exception : si ≥ 10 délivrances d'INR c'est OK même si le nombre de délivrances d'AVK > nombre d'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 : les codes NABM retenus pour le dosage de l'INR sont les codes 0126 (Temps de Quick ou taux de prothrombine, en l'absence de traitement par un antivitamine K) et 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 : 5 patients MT de 65 ans et plus

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle 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 : 5 patients MT de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle 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 : 5 patientes MT âgées de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

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 : 5 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 : JKQX001, JKQX347, JKQX261, JKQX027, JKQX008, JKQX147, JKQX426, 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 âgés de 50-74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années.

Le calcul du dénominateur de l'indicateur prend en compte les actes de coloscopies facturés en ville ou en consultation externe (facturation individuelle – FIDES - dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de MCO), ou entre N-4 et N-1 dans un établissement de santé public

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 : 5 patients MT âgés de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle (sauf 1er trimestre : données du PMSI MCO non disponibles)

Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal ») ; les codes pris en compte pour les actes de coloscopie sont les suivants : HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006, HHQE002, HHQE004, HHQE005, HJQE001, HHQK484, HHQH365

Le calcul du dénominateur de l'indicateur prend en compte les actes de coloscopies facturés en ville ou en consultation externe (facturation individuelle – FIDES – dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de MCO), ou entre N-4 et N-1 dans un établissement de santé public.

➤ 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 au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ³**

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 : 5 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 (thiopropazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (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), , 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 (doxépine), N06AA16 (dosulépine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxétine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxétine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobémide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (miansérine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxétine), N06AX22 (agomélatine)

- Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimémazine).

- **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 1^{ère} délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines = Patients avec > 28 unités délivrées en 6 mois à partir de la 1^{ère} 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)

- **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 ≥ 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 prescriptions⁴ d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

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

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT avec prescription d'antibiotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

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

Pour le numérateur :

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

- céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefepime), J01DE01 (cefepime)

- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14

➤ **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 : 5 patients MT tabagiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

- **Indicateur : *Part des patients MT 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 consommateurs excessifs d'alcool

Numérateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT 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 boîtes 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**

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 : 10 boîtes de statines prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10 hors autres agents modifiant les lipides (fibrates, acide nicotinique, résines, oméga 3...)

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

Seuil minimum : 10 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments des classes ATC C02 (sauf C02CA02), C03 (sauf C03DA04, C03XA01), C07 (sauf bêtabloquant 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.

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques – indicateur neutralisé***
- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques – indicateur neutralisé***
- **Indicateur : *Indice global de prescription dans le reste du répertoire***

Cet indicateur concerne toutes les classes thérapeutiques (hors paracétamol : N02BE01, NB02BE51, N02BE71) et en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP. (y compris asthme et incontinence urinaire suite à l'avenant 6)

Seuil minimum : 10 boîtes

➤ **Prescription de biosimilaires**

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

Dénominateur : nombre de boîtes de médicaments appartenant au groupe biologique similaire d'insuline glargine de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'ANSM, 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 : 10 boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : les médicaments de la classe ATC A10AE04 (insulines et analogues pour injection d'action lente)

➤ **Efficiences des prescriptions**

- **Indicateur : Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS » (indicateur décroissant).**

Cet indicateur est composé de la manière suivante :

Dénominateur : Nombre de patients avec au moins 1 prescription d'AINS par son MT dans l'année, sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS

Numérateur : Nombre de patients avec au moins 1 délivrance d'IPP en même temps que la délivrance d'AINS (prescription du MT à ses patients MT)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil : 5 patients MT de moins de 65 ans sans facteur de risque ayant eu au moins 1 prescription d'AINS par le MT

Définition :

- IPP : classe Ephemra A02B2

- AINS : ATC M01A et N02BA (Antiinflammatoires non stéroïdiens)

- patients sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS :

1. patients sans délivrance d'antiagrégant plaquettaire ou d'anticoagulant ou de corticoïde dans l'année (ATC H02A, B01AA, B01AB, B01AC, B01AE, B01AF, B01AX, C10BX02)
2. patients sans fibroscopie dans les 3 dernières années (CCAM HEQE002, HEQE003, HEQE005, HGQE002, HEQJ001, HEQJ002, HGQJ002, HGQJ001)

- patients en ALD Rhumatologie active dans l'année, polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD 22) ou spondylarthrite grave (ALD 27), exclus du champ de l'indicateur.

Le seuil minimal de cet indicateur est de 5 patients.

- **Indicateur : « Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT à ses patients MT (indicateur décroissant) ».**

Cet indicateur est composé de la manière suivante :

Dénominateur : nombre de boîtes d'ézétimibe ou de statine prescrites par le MT à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes d'ézétimibe (seule ou en association) prescrites par le MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil : 10 boîtes d'ézétimibe ou de statine prescrites par le MT à ses patients MT

Définition :

- statine : classe Ephemra C10A1

- ézétimibe seule ou associée : code ATC C10BA02 et C10BA05 (statine en association avec l'ézétimibe) et code ATC C10AX09 (ézétimibe seule)

Le seuil minimal de cet indicateur est de 10 boîtes.

- **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 5 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 de type 2
Numérateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum 5 patients MT diabétiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : les classes incluses au dénominateur appartiennent aux classes Ephemra A10C9,A10H,A10J1,A10J2,A10K1,A10K3,A10L,A10M1,A10N1,A10N3,A10S.

- **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 (prescripteur MT) sur un an
Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (prescripteur MT) sur 15 mois
Période de calcul : 15 mois glissants
Seuil minimum : 5 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)