

ACTUALISATION

Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des médecins traitants. Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

CNAMTS/DIRECTION DELEGUEE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS) – ACTUALISATION NOVEMBRE 2016

REFERENCE : ANNEXE 16 DE LA CONVENTION MEDICALE DU 25 AOUT 2016

Sommaire

1. Présentation	3
2. Rappel des modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération	4
2.1. Pour le calcul des indicateurs	4
2.1.1. Patientèle utilisée	4
2.1.1.1. Pour les indicateurs calculés : patientèle médecin traitant dite « consommante et fidèle »	4
2.1.1.2. Pour les indicateurs déclaratifs de pratique clinique : la liste nominative affichée sur Espace pro	4
2.1.2. Seuils appliqués	5
2.1.3. Taux de départ (ou « niveau initial »)	5
2.1.4. Taux de suivi (ou « niveau constaté »)	5
2.1.5. Calcul du taux de réalisation	5
2.1.6. Calcul du nombre de points	7
2.2. Pour le calcul de la rémunération	7
2.2.1. Patientèle utilisée	7
2.2.2. Pondération par la patientèle	7
3. Procédure de rémunération des nouveaux installés.....	8
3.1. Notion de « nouvel installé ».....	8
3.2. Adaptation de la méthode générale aux nouveaux installés	8
3.3. Méthode spécifique appliquée aux nouveaux installés	8
3.3.1. Patientèle utilisée	9
3.3.2. Seuils	9

3.3.3.	Taux de départ (ou « niveau initial »)	9
3.3.4.	Valeur du point majorée.....	9
3.3.5.	Calcul de la rémunération.....	10
4.	Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.	11
4.1.	Le suivi des pathologies chroniques	15
4.1.1.	Diabète.....	15
4.1.1.1.	Nombre de dosages d'HbA1c	15
4.1.1.2.	Le résultat du dosage d'HbA1c < 8,5 %	15
4.1.1.3.	Le résultat du dosage d'HbA1c < 7,5 %	16
4.1.1.4.	Le résultat du dosage de LDL cholestérol < 1,5 g/l.....	16
4.1.1.5.	Le résultat du dosage de LDL cholestérol < 1,3 g/l.....	17
4.1.1.6.	Le dépistage de la rétinopathie diabétique.....	18
4.1.1.7.	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	18
4.1.1.8.	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par aspirine faible dose	18
4.1.2.	Hypertension artérielle.....	19
4.2.	La prévention	20
4.2.1.	Vaccination antigrippale	20
4.2.1.1.	Chez les patients de 65 ans et plus	20
4.2.1.2.	Chez les patients de 16 à 64 ans en ALD	20
4.2.2.	Dépistage du cancer du sein	20
4.2.3.	Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse.....	21
4.2.3.1.	Vasodilatateurs - Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités ...	21
4.2.3.2.	Benzodiazépines à demi-vie longue - Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités	21
4.2.3.3.	Benzodiazépines – Durée de prescription	22
4.2.4.	Dépistage du cancer du col de l'utérus	22
4.2.5.	Antibiothérapie	22
4.3.	L'efficience / prescription dans le répertoire des génériques.....	23
4.3.1.	Antibiotiques	23
4.3.2.	Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	23
4.3.3.	Statines	24
4.3.4.	Anti-hypertenseurs.....	24
4.3.5.	Antidépresseurs	24
4.3.6.	IEC / IEC + Sartans.....	25
4.3.7.	Antiagrégants plaquettaires.....	25
4.4.	Champ des indicateurs médicaments	25

1. Présentation

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique intègre un volet dédié à la qualité de la pratique médicale qui comporte 24 indicateurs dont :

- 19 s'appuient sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et,

- 5 sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.

Ces indicateurs concernent :

- le suivi de certaines pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle)

- des actions de prévention (antibiothérapie, dépistage, iatrogénie, vaccination)

- l'optimisation de certaines prescriptions de médicaments.

L'atteinte de chaque objectif donne lieu à l'attribution de points et chaque point est valorisé à 7€.

Tous les indicateurs propres aux médecins traitants sont ensuite pondérés en fonction de la taille de la patientèle, 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 sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données de ses différents cabinets sont additionnées.

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

2. Rappel des modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération

Les indicateurs sont calculés pour les médecins libéraux en exercice ou ayant cessé leur activité au cours de l'année de référence étudiée.

2.1. Pour le calcul des indicateurs

2.1.1. Patientèle utilisée

2.1.1.1. Pour les indicateurs calculés : patientèle médecin traitant dite « consommante et fidèle »

La patientèle médecin traitant 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...),
- qui ont été remboursés lors des 12 mois précédent la période de calcul,
- qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant et qui n'en ont pas changé au cours de l'année.

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.

Elle correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au RSI, à la MSA et à 3 autres régimes (CNMSS, CRPCEN, CAVIMAC). Les patients concernés sont âgés d'au moins 16 ans.

2.1.1.2. Pour les indicateurs déclaratifs de pratique clinique : la liste nominative affichée sur Espace pro

Pour les indicateurs déclaratifs de pratique clinique, la patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul est la liste nominative des patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant, affichée dans Espace pro sur la page d'accueil, au 31 décembre de l'année étudiée. Cette liste est issue des données du Régime Général (hors SLM) et des régimes hébergés (CAVIMAC, CRPCEN CNMSS, ENIM, CAMIEG, MGP, MNH, INTERIALE)¹.

¹ Des listes indicatives de patients concernés par les indicateurs de vaccination contre la grippe, de dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus et des deux indicateurs sur la iatrogénie sont mises à jour tous les jours et ne concernent que les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et affiliés au Régime Général (hors SLM) et aux régimes hébergés (cf. liste supra).

2.1.2. Seuils appliqués

Un seuil minimal est appliqué pour le calcul de chaque indicateur. Il s'agit, soit d'un nombre minimal de patients, soit d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées, variables selon l'indicateur.

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 dénominateurs des taux de départ. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Les seuils minimaux sont indiqués pour chaque indicateur au sein de la partie « 4. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. »

2.1.3. Taux de départ (ou « niveau initial »)

Le taux de départ correspond au niveau à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur.

Le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif (31/12/2011) ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation.

Selon les dispositions actuelles de la convention médicale, il n'est pas mis à jour d'une année sur l'autre et reste le même pour toute la durée de la convention médicale.

2.1.4. Taux de suivi (ou « niveau constaté »)

Le taux de suivi correspond au niveau de l'indicateur de pratique clinique calculé à la fin de l'année étudiée.

Il permet de mesurer la progression du médecin sur chaque indicateur et ainsi de calculer la rémunération.

2.1.5. 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 de l'année précédent la mise en œuvre du dispositif, soit le 31/12/2011 pour l'ensemble des médecins traitants (hors nouveaux installés, cf. point 3).

- Le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année.

Les objectifs cibles et intermédiaires ont été déterminés en fonction de la distribution de l'ensemble des médecins au regard de l'indicateur étudié, en tenant compte des recommandations des autorités sanitaires françaises et internationales lorsqu'elles étaient disponibles.

Ces objectifs ont été fixés par les partenaires conventionnels dans le but de promouvoir l'amélioration des pratiques.

Ils tiennent compte, dans leur élaboration, des situations particulières (contre-indication, caractéristiques individuelles...).

Le calcul 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 intermédiaire² :

Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

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

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).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire² :

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 :

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

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.

² Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant. L'objectif est décroissant pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, aux benzodiazépines et à l'antibiothérapie, le rapport est donc inversé.

2.1.6. 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 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€.

2.2. Pour le calcul de la rémunération

2.2.1. Patientèle utilisée

La patientèle médecin traitant déclarante utilisée 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.

2.2.2. Pondération par la patientèle

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

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

Cette pondération s'applique :

- aux indicateurs de qualité de la pratique des médecins traitants.
- à l'indicateur d'organisation du cabinet relatif à la synthèse médicale, indicateur spécifique aux médecins traitants que le médecin soit nouvellement installé ou non (note méthodologique sur l'organisation du cabinet et la qualité de service).

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.

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

$$\text{Nombre de points} = 25\% \times 35 = 8,75$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 8,75 \times (900/800) \times 7\text{€} = 68,91\text{€}$$

- **Exemple 2** : un niveau constaté de 77% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un objectif cible de 85% ; un nombre de points = 35.
Taux de réalisation (TR) = $50\% + 50\% \times (77\%-75\%)/(85\%-75\%) = 60\%$
Nombre de points = $60\% \times 35 = 21$
Rémunération de l'indicateur = $21 \times (900/800) \times 7\text{€} = 165,38\text{€}$

3. Procédure de rémunération des nouveaux installés

3.1. Notion de « nouvel installé »

La convention médicale du 25 août 2016 prévoit, à l'annexe 16, un accompagnement de la première installation en libéral en majorant la valeur du point durant les trois premières années d'installation pour les indicateurs relatifs à la qualité de la pratique médicale :

- De 15% la première année ;
- De 10% la deuxième année ;
- De 5% la troisième année.

Les médecins nouvellement installés sont ceux s'installant pour la première fois en cabinet libéral (y compris sous la forme d'une collaboration libérale) comme indiqué dans la convention médicale. Les médecins modifiant leur lieu d'exercice (déménagements) ne peuvent donc pas être considérés, à ce titre, comme des médecins nouvellement installés.

Les périodes de remplacement, sans installation en nom propre, ne sont pas considérées comme une première installation.

3.2. Adaptation de la méthode générale aux nouveaux installés

Pour les médecins nouvellement installés, la méthode générale de calcul de rémunération des indicateurs cliniques a été légèrement adaptée :

- les taux de départ (ou niveaux initiaux) sont actualisés les 3 premières années d'installation ;
- les seuils sont appliqués aux dénominateurs des taux de départ et de suivi (et pas uniquement aux taux de départ) ;
- application d'une majoration de la valeur du point pour les indicateurs relatifs à la qualité de la pratique.

3.3. Méthode spécifique appliquée aux nouveaux installés

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, déterminée pour les nouveaux installés, génère un montant de rémunération supérieur à celui initialement calculé (avec la méthode générale de calcul, cf. 3.2), cette méthode spécifique est retenue.

3.3.1. Patientèle utilisée

Dans la méthode générale, le calcul des 19 indicateurs de qualité de la pratique s'effectue sur la base d'une patientèle médecin traitant dite « consommante et fidèle » (définie au point 2.1.1.1). Or, par définition pour la rémunération de l'année 2016 par exemple, cette patientèle est nulle pour les médecins nouvellement installés en 2016, et très faible selon la date d'installation pour les médecins installés en 2015 et 2014.

Dans la méthode spécifique, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs cliniques est la patientèle dite « consommante de l'année en cours » (soit 2016 par exemple). Elle correspond aux bénéficiaires qui ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc...), et qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant sur la période de calcul (affiliés aux régimes mentionnés au 2.1.1.1).

3.3.2. Seuils

Pour vérifier que les seuils du médecin nouvellement installé ont bien été atteints pour chaque indicateur, ils sont comparés aux dénominateurs des taux de suivi à fin décembre de l'année étudiée.

En conséquence, pour les trois premières années d'installation d'un médecin, l'atteinte ou non des seuils se vérifie sur des données actualisées tous les ans.

Après trois années d'installation, l'atteinte ou non des seuils se vérifiera à partir des taux de suivi de la dernière année du médecin en tant que nouvel installé, calculés selon la méthode classique³. Ces données deviendront donc les taux de départ de ces médecins.

Les seuils minimaux sont indiqués pour chaque indicateur au sein de la partie 4 « Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. »

3.3.3. Taux de départ (ou « niveau initial »)

Dans le cadre de la méthode spécifique appliquée aux nouveaux installés, 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.

3.3.4. Valeur du point majorée

La convention médicale prévoit, à l'annexe 16 de la convention du 25 août 2016, un accompagnement de la première installation en libéral, en majorant la valeur du point durant les trois premières années d'installation pour les indicateurs relatifs à la qualité de la pratique médicale :

- de 15% la première année
- de 10% la deuxième année
- et de 5% la troisième année

³ Méthode classique pour laquelle la patientèle médecin traitant retenue pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommante fidèle » cf 2.1.1.1

3.3.5. Calcul de la rémunération

La rémunération est calculée selon la logique présentée au point 2.2 puis en y ajoutant la majoration du point selon l'année d'installation :

Rémunération calculée = taux de réalisation x nombre de points maximum x (patientèle déclarante/800 patients) x 7€ **x majoration du point selon l'année d'installation.**

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur au titre de l'année 2016 pour un médecin installé en 2014 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.

Taux de réalisation (TR)= $50\% \times (50\%-25\%)/(75\%-25\%) = 25\%$

Nombre de points = $25\% \times 35 = 8,75$

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

Rémunération de l'indicateur = $8,75 \times (700/800) \times 7\text{€} \times 1,05 = 56,27\text{€}$

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

Taux de réalisation (TR) = $50\% + 50\% \times (77\%-75\%)/(85\%-75\%) = 60\%$

Nombre de point = $60\% \times 35 = 21$

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

Rémunération de l'indicateur = $21 \times (700/800) \times 7\text{€} \times 1,05 = 135,06\text{€}$

4. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interm.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périodicité
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	54 %	≥ 65 %	10 patients	30	210 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	≥ 90 %	10 patients	15	105 €	Déclaratif	Annuelle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	60 %	≥ 80 %	10 patients	25	175 €	Déclaratif	Annuelle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	≥ 90 %	10 patients	10	70 €	Déclaratif	Annuelle
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	65 %	≥ 80 %	10 patients	25	175 €	Déclaratif	Annuelle

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interm.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	PéIODICITÉ
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	68 %	≥ 80 %	10 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	65 %	≥ 75 %	10 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	52 %	≥ 65 %	10 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	50 %	≥ 60 %	20 patients	40	280 €	Déclaratif	Annuelle
TOTAL						250	1 750 €		
Prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	62 %	≥ 75 %	20 patients	20	140 €	Calculé	Mensuelle**

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interm.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périoricité
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	62 %	≥ 75 %	10 patients	20	140 €	Calculé	Mensuelle**
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	70 %	≥ 80 %	20 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	7 %	≤ 5 %	20 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Benzodiazépines à demi vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	11 %	≤ 5 %	20 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir de 01/01/2012 et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	13 %	≤ 12 %	5 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	65 %	≥ 80 %	20 patientes	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	40 %	≤ 37	20 patients	35	245 €	Calculé	Trimestrielle
TOTAL							250	1 750 €	

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs Interm.	Objectifs Cibles	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nbr de points	Equivalent en €*	Type d'indicat.	Périoricité
Efficience	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	85 %	≥ 90 %	40 boîtes	60	420 €	Calculé	Trimestrielle
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	68 %	≥ 85 %	35 boîtes	60	420 €	Calculé	Trimestrielle
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	46 %	≥ 70 %	30 boîtes	60	420 €	Calculé	Trimestrielle
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	64 %	≥ 65 %	130 boîtes	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
	Anti-dépresseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	75 %	≥ 80 %	30 boîtes	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	45 %	≥ 65 %	50 boîtes	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	84 %	≥ 85 %	10 patients	55	385 €	Calculé	Trimestrielle
TOTAL						400	2 800 €		

* Pour un taux de réalisation de 100% et une patientèle de 800 patients.

**Fréquence de mise à jour des données mensuelle durant la période de campagne vaccinale.

4.1. Le 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.

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond au nombre minimal de patients pour la prise en compte de l'indicateur. Les nombres de patients sont issus des bases de remboursement de l'Assurance Maladie.

4.1.1. 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.

4.1.1.1. Nombre de dosages d'HbA1c

Indicateur : Part des patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant 3 ou 4 dosages d'HbA1c par an.

Numérateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant ayant eu entre 3 et 6 dosages HbA1c (quel que soit le prescripteur)

Dénominateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.1.1.2. Le résultat du dosage d'HbA1c < 8,5 %

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs déclaratifs de données suivi clinique est la liste des patients médecin traitant affichée dans Espace pro au 31 décembre. Cette liste est issue des données du Régime Général (hors SLM) et des régimes hébergés (CAVIMAC, CRPCEN CNMSS, ENIM, CAMIEG, MGP, MNH, INTERIALE).

Indicateur : Part des patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et dont le résultat de dosage d'HbA1c < 8.5 %. Cet indicateur est déclaratif.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et par défaut à 0% lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N, qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non ;

Dont le dernier résultat de dosage d'HbA1c dans l'année civile N est < 8.5 % (en l'absence de résultat dans l'année civile N, ce patient n'est pas comptabilisé dans le numérateur)

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (la patientèle médecin traitant est celle diffusée sur Espace pro au 31 décembre), et

diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de transmission des données : annuelle.

4.1.1.3. Le résultat du dosage d'HbA1c < 7,5 %

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs déclaratifs de données suivi clinique est la liste des patients médecin traitant affichée dans Espace pro au 31 décembre. Cette liste est issue des données du Régime Général (hors SLM) et des régimes hébergés (CAVIMAC, CRPCEN CNMSS, ENIM, CAMIEG, MGP, MNH, INTERIALE).

Indicateur : Part des patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et dont le résultat de dosage d'HbA1c < 7,5 %. Cet indicateur est déclaratif.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et par défaut à 0% lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N, qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non ;

Dont le dernier résultat de dosage d'HbA1c dans l'année civile N est < 7,5 % (en l'absence de résultat dans l'année civile N, ce patient n'est pas comptabilisé dans le numérateur)

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (la patientèle médecin traitant est celle diffusée sur Espace pro au 31 décembre), et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de transmission des données : annuelle.

4.1.1.4. Le résultat du dosage de LDL cholestérol < 1,5 g/l

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs déclaratifs de données suivi clinique est la liste des patients médecin traitant affichée dans Espace pro au 31 décembre. Cette liste est issue des données du Régime Général (hors SLM) et des régimes hébergés (CAVIMAC, CRPCEN CNMSS, ENIM, CAMIEG, MGP, MNH, INTERIALE).

Indicateur : Part des patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et dont le résultat de dosage de LDL cholestérol est < 1.5g/l. Cet indicateur est déclaratif.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et par défaut à 0% lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N, qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non ;

Dont le dernier résultat de dosage de LDL cholestérol est < 1.5g/l (en l'absence de résultat dans l'année civile N, ce patient n'est pas comptabilisé dans le numérateur)

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (la patientèle médecin traitant est celle diffusée sur Espace pro au 31 décembre), et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de transmission des données : annuelle.

4.1.1.5. Le résultat du dosage de LDL cholestérol < 1,3 g/l

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs déclaratifs de données suivi clinique est la liste des patients médecin traitant affichée dans Espace pro au 31 décembre. Cette liste est issue des données du Régime Général (hors SLM) et des régimes hébergés (CAVIMAC, CRPCEN CNMSS, ENIM, CAMIEG, MGP, MNH, INTERIALE).

Indicateur : Part des patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et dont le résultat de dosage de LDL cholestérol est < 1.3g/l. Cet indicateur est déclaratif.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et par défaut à 0% lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N, qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non ;

Dont le dernier résultat de dosage de LDL cholestérol est < 1.3g/l (en l'absence de résultat dans l'année civile N, ce patient n'est pas comptabilisé dans le numérateur)

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (la patientèle médecin traitant est celle diffusée sur Espace pro au 31 décembre), et diabétiques de type II (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'antidiabétique oral pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N qu'il ait bénéficié d'un dosage ou non.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de transmission des données : annuelle.

4.1.1.6. Le dépistage de la rétinopathie diabétique

Indicateur: Part des patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant ayant une consultation, ou un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans.

Numérateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant eu un examen de la rétine* (quel que soit le prescripteur)

Dénominateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

*Les actes d'ophtalmologie pris en compte pour l'examen de la rétine sont :

- les actes cliniques faits par un ophtalmologue : C, CS, CA, C2, HS, EXS, SES, V, VS, VA, VU/MU avec spécialité 15,
- les codes CCAM BGQP002, BGQP007, BZQK001 et BGQP140

4.1.1.7. Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine

Indicateur: Part des patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (plus de 50 ans pour les hommes et plus de 60 ans pour les femmes) traités par anti-hypertenseurs et par statines.

Numérateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, de plus de 50 ans pour les hommes et de plus de 60 ans pour les femmes, traités par anti-hypertenseurs et traités par statines (quel que soit le prescripteur)

Dénominateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, de plus de 50 ans pour les hommes et de plus de 60 ans pour les femmes, traités par anti-hypertenseurs (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant de plus de 50 ans pour les hommes et de plus de 60 ans pour les femmes, traités par anti-hypertenseurs.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.1.1.8. Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par aspirine faible dose

Indicateur : Part des patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (plus de 50 ans pour les hommes et plus de 60 ans pour les femmes) traités par anti-hypertenseurs et statines et par aspirine faible dosage ou anticoagulant

Numérateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, de plus de 50 ans pour les hommes et de plus de 60 ans pour les femmes, traités par anti-hypertenseurs, par statines et par aspirine faibles doses ou anticoagulant (quel que soit le prescripteur)

Dénominateur : nombre de patients diabétiques ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, de plus de 50 ans pour les hommes et de plus de 60 ans pour les femmes, traités par anti-hypertenseurs et statines (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 10 patients diabétiques de type I ou II ayant déclaré le médecin comme médecin traitant de plus de 50 ans pour les hommes et de plus de 60 ans pour les femmes, traités par anti-hypertenseurs et statines.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.1.2. Hypertension artérielle

La patientèle médecin traitant utilisée pour le calcul des indicateurs déclaratifs de données suivi clinique est la liste des patients médecin traitant affichée dans Espace pro au 31 décembre. Cette liste est issue des données du Régime Général (hors SLM) et des régimes hébergés (CAVIMAC, CRPCEN CNMSS, ENIM, CAMIEG, MGP, MNH, INTERIALE).

Indicateur : Part des patients traités par anti-hypertenseurs ayant déclaré le médecin comme médecin traitant ayant des chiffres de pression artérielle $\leq 140/90$ mm de mercure. Cet indicateur est déclaratif. Les chiffres de pression artérielle sont ceux pris en compte par le médecin (prise tensionnelle réalisée au cabinet, Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle (MAPA) ou dispositif d'automesure).

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et par défaut à 0% lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (la patientèle médecin traitant est celle diffusée sur Espace pro au 31 décembre), et hypertendus (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'anti-hypertenseurs pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N, qu'il ait bénéficié d'une prise tensionnelle ou non ;

Dont les derniers chiffres de pression artérielle sont $\leq 140/90$ mm d'Hg (en l'absence de résultat dans l'année civile N, ce patient n'est pas comptabilisé dans le numérateur)

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (la patientèle médecin traitant est celle diffusée sur Espace pro au 31 décembre), et hypertendus (information recueillie dans le logiciel métier par les données du dossier médical ou par une prescription d'anti-hypertenseurs pour trois mois ou trois prescriptions pour un mois de traitement, au cours des 12 derniers mois), et l'ayant consulté au moins une fois dans l'année civile N, qu'il ait bénéficié d'une prise tensionnelle ou non.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 20 patients traités par anti-hypertenseurs ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : annuelle.

4.2. La prévention

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

4.2.1. Vaccination antigrippale

4.2.1.1. Chez les patients de 65 ans et plus

Indicateur : part des patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de 65 ans et plus, vaccinés contre la grippe saisonnière

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur).

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de 65 ans et plus.

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères.

Seuil minimum : au moins 20 patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant de 65 ans et plus.

Fréquence de mise à jour des données : mensuelle durant la période de campagne vaccinale.

4.2.1.2. Chez les patients de 16 à 64 ans en ALD

Indicateur : part des patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de 16 à 64 ans et en ALD, vaccinés contre la grippe saisonnière

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré comme médecin traitant, âgés de 16 à 64 ans et en ALD, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur).

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de 16 à 64 ans et en ALD.

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères.

Seuil minimum : au moins 10 patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de 16 à 64 ans en ALD.

Fréquence de mise à jour des données : mensuelle durant la période de campagne vaccinale.

4.2.2. Dépistage du cancer du sein

Indicateur : part des patientes ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein

Numérateur : nombre de patientes ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur).

Dénominateur : nombre de patientes ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans.

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : au moins 20 patientes ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgées de 50 à 74 ans.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

*Les actes pris en compte pour la mammographie de dépistage sont les codes CCAM QEJK001 et QEJK004

4.2.3. Prévention des risques de iatrogénie médicamenteuse

4.2.3.1. Vasodilatateurs - Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités

Indicateur : part des patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans ayant eu un remboursement de vasodilatateurs (quel que soit le prescripteur).

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans.

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 20 patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.2.3.2. Benzodiazépines à demi-vie longue - Pourcentage de patients de plus de 65 ans traités

Indicateur : part des patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans ayant eu un remboursement de benzodiazépines à demi-vie longue (quel que soit le prescripteur)

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans.

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 20 patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgés de plus de 65 ans.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.2.3.3. Benzodiazépines – Durée de prescription

Indicateur : part des patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant débuté un traitement par benzodiazépines et d'une durée supérieure à 12 semaines.

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant débuté un traitement et d'une durée supérieure à 12 semaines

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant débuté un traitement

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 5 patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant débuté un traitement de benzodiazépines

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.2.4. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Indicateur : part des patientes âgées de 25 à 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années.

Numérateur : nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, ayant eu au moins un frottis* dans les 3 ans (quel que soit le prescripteur).

Dénominateur : nombre de patientes de 25 à 65 ans ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Période de calcul : 36 mois glissants

Seuil minimum : au moins 20 patientes ayant déclaré le médecin comme médecin traitant, âgées de plus de 25 à 65 ans.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

*Les actes pris en compte pour le frottis sont :

- les codes NABM (actes réalisés en laboratoire de biologie) : 0013
- Les codes NGAP (actes réalisés en cabinet ou en établissement) : P 55
- Les codes CCAM : JKQP001, JKQP008, JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015.

4.2.5. Antibiothérapie

Les prescriptions prises en compte pour cet indicateur intègrent uniquement vos prescriptions faites aux patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et non celles d'autres médecins.

Indicateur : nombre de traitements antibiotiques pour les patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD ayant déclaré le médecin comme médecin traitant rapporté au nombre de

patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD l'ayant déclaré comme médecin traitant. L'indicateur s'exprime en nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients et par an.

Numérateur : nombre de prescriptions d'antibiotiques, faites à des patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 20 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3. L'efficience / prescription dans le répertoire des génériques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement vos prescriptions faites aux patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant et non celles d'autres médecins.

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées pour la prise en compte de l'indicateur. Les nombres de boîtes de médicaments sont issus des bases de remboursement de l'Assurance Maladie.

4.3.1. Antibiotiques

Indicateur : Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les antibiotiques.

Numérateur : nombre de boîtes d'antibiotiques inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de boîtes d'antibiotiques prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 40 boîtes de la classe des antibiotiques prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3.2. Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Indicateur : Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les IPP.

Numérateur : nombre de boîtes d'IPP inscrits au répertoire des génériques prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de boîtes d'IPP prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 35 boîtes de la classe des IPP prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3.3. Statines

Indicateur : Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les statines.

Numérateur : nombre de boîtes de statines inscrites au répertoire des génériques prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de boîtes de statines prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 30 boîtes de la classe des statines prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3.4. Anti-hypertenseurs

Indicateur : Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les anti-hypertenseurs.

Numérateur : nombre de boîtes d'anti-hypertenseurs inscrits au répertoire des génériques prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de boîtes d'anti-hypertenseurs prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 130 boîtes de la classe des anti-hypertenseurs prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3.5. Antidépresseurs

Indicateur : Taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les antidépresseurs.

Numérateur : nombre de boîtes d'antidépresseurs inscrits au répertoire des génériques prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de boîtes d'antidépresseurs prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 30 boîtes de la classe des antidépresseurs prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3.6. IEC / IEC + Sartans

Indicateur : Part des IEC dans le total IEC + Sartans

Numérateur : nombre de boîtes d'IEC prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de boîtes d'IEC + nombre de boîtes de Sartans prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 50 boîtes de la classe des IEC et des Sartans prescrites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant.

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.3.7. Antiagrégants plaquettaires

Indicateur : Part des patients traités par antiagrégants plaquettaires sous aspirine faible dosage

Numérateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant traités par aspirine faible dosage (vos prescriptions uniquement).

Dénominateur : nombre de patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant traités par des spécialités appartenant à la classe des antiagrégants plaquettaires (vos prescriptions uniquement).

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : au moins 10 patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant traités par des spécialités appartenant à la classe des antiagrégants plaquettaires

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

4.4. Champ des indicateurs médicaments

4.4.1. Grippe

Sont définis comme 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.

4.4.2. Vasodilatateurs

Sont définis comme vasodilatateurs tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA C04A1 ou dans la classe ATC N06BX.

4.4.3. Benzodiazépines à demi-vie longue

Code ATC	Classe ATC
N05BA01	DIAZEPAM
N05BA05	CLORAZEPATE POTASSIQUE
N05BA08	BROMAZEPAM

N05BA09	CLOBAZAM
N05BA11	PRAZEPAM
N05BA16	NORDAZEPAM
N05BA18	ETHYLE LOFLAZEPATE
N05CD02	NITRAZEPAM
N05CD03	FLUNITRAZEPAM
N05CX	CLORAZEPATE DIPOTASSIQUE + ACEPROMAZINE

4.4.4. Antidiabétiques

Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10.

4.4.5. Anti-hypertenseurs

Sont définis comme anti-hypertenseurs tous les médicaments inclus dans les classes ATC2 : C02, C03, C07, C08, C09 + Caduet®.

4.4.6. Antibiotiques

Sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC : J01.

4.4.7. IPP

Sont définis comme IPP tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : A02B2.

4.4.8. Statines

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®). L'ézétimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

4.4.9. Antidépresseurs

Sont définis comme antidépresseurs tous les médicaments inclus dans la classe ATC3 : N06A, à l'exception de l'oxitriptan (Lévotonine®).

4.4.10. IEC et sartans

Sont définis comme IEC tous les médicaments inclus dans les classes EPHMRA3 C09A et C09B. Sont définis comme sartans tous les médicaments inclus dans les classes EPHMRA3 C09C et C09D. Y compris les médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'HTA.

4.4.11. Aspirine faible dosage et antiagrégants plaquettaires

Sont définis comme antiagrégants plaquettaires tous les médicaments inclus dans la classe ATC B01AC + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des

dosages allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptés).

4.4.12. Anticoagulant

Sont définis comme anticoagulants les médicaments dont les codes ATC commencent par B01AA, B01AB, B01AE, B01AF et B01AX.

4.4.13. Prescriptions dans le répertoire des génériques

Le répertoire entendu dans le contrat est défini à partir du répertoire de l'Afssaps. Celui-ci définit l'ensemble des spécialités médicales vendues en officines ou délivrées à l'hôpital pour lesquelles sont inscrits des génériques substituables ou qui sont elles-mêmes des génériques de spécialités incluses dans le répertoire de l'Afssaps.

Le répertoire entendu dans la rémunération sur objectifs de santé publique est restreint aux groupes génériques pour lesquels il existe une offre générique commercialisée. En effet, le répertoire de l'Afssaps inclut très souvent des spécialités génériques mais qui ne seront commercialisées qu'ultérieurement.

4.4.14. Grands conditionnements

Il a été tenu compte des grands conditionnements : une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.