

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016**

NOR : SSAS1822647A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;  
Vu l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'annexe de l'arrêté du 1<sup>er</sup> août 2018 susvisé est ainsi complétée :

« ANNEXES À L'AVENANT N° 6 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

#### *Annexe 1 – Avenant 6 convention médicale*

#### ANNEXE 12

#### LE FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien.

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients ;
- le deuxième volet, constitué de sept indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points en 2017, 460 points en 2018 et 735 points en 2019.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

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

##### *Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils*

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 175 points en 2017, 230 points en 2018 et 280 points en 2019.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.

En outre, ces prérequis conditionnent également la rémunération du deuxième volet.

## Article 1.1

*Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale*

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels.

## Article 1.2

*Utilisation d'une messagerie sécurisée*

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise.

## Article 1.3

*La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE*

La version du cahier des charges SESAM -Vitale requise doit intégrer les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.

L'objectif est que les médecins disposent d'un l'outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie (fonctionnalités de suivi des factures...).

## Article 1.4

*Le taux de télétransmission*

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.

Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Pour le calcul du taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat ;
- les nourrissons de moins de trois mois ;
- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient ; et
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée en fonction du démarrage du professionnel de santé à la télétransmission.

La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est  $\geq 2/3$  ;

Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1<sup>re</sup> FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1<sup>er</sup> juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

Calcul du ratio : 
$$\frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

## Article 1.5

*Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients*

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- renseigner à partir d'Espace Pro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé ;
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur Espace pro au plus tard le 31/01 de l'année N+1 ;
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

#### Article 1.6

##### *Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure*

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
<b>Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils</b>	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel métier avec LAP, compatible DMP			Déclaratif	Annuelle
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.			Déclaratif	Annuelle
	Version du cahier des charges SESAM Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE-SV au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle
	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Annuelle
TOTAL		175 (2017) 230 (2018) 280 (2019)	1 225 € en 2017 1 610 € en 2018 1 960 € en 2019		

#### Article 2

##### *Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients*

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Ce volet est affecté de 75 points en 2017, 230 points en 2018 répartis entre cinq indicateurs et 455 points en 2019 répartis entre sept indicateurs.

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.

Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1<sup>er</sup> de la présente annexe).

#### Article 2.1

##### *Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices*

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

- la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT) ;
- le protocole de soins électronique (PSE) ;
- la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT) ;
- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisée (CMATMP).

Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le taux de dématérialisation d'un téléservice est calculé comme suit :

– Taux de DCMT dématérialisées :

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

– Taux de PSE :

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

– Taux d’AAT dématérialisés :

Taux = Nombre d’AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

– Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

Le calcul du taux de dématérialisation d’un téléservice s’effectue sur la base des données du régime général uniquement.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, pendant les premières années suivant l’entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30 %	40 %	50 %	60 %
CM ATMP	10 %	14 %	17 %	20 %
PSE	40 %	50 %	60 %	70 %
DMT	77 %	80 %	85 %	90 %

Cet indicateur est affecté de 20 points, en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019.

Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

## Article 2.2

### *Capacité à coder des données médicales*

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Le médecin transmet à l’assurance maladie le résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres.

Cet indicateur est affecté de 10 points, en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

## Article 2.3

### *Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients*

Le forfait structure valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné qui se traduit par la participation du médecin à une équipe de soins primaires telle que définie à l’article L. 1411-11-1 du code de la santé publique ou à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l’article L. 1434-12 du code de la santé publique ou participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an.

Le médecin transmet à l’assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019.

## Article 2.4

### *Amélioration du service offert aux patients*

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l’accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l’accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d’un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l’extérieur du cabinet (recours à des structures d’appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin transmet à l’assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d’appui...).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019.

## Article 2.5

*Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine*

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin transmet à l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

## Article 2.6

*Valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée*

Cet indicateur est mis en place pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine, etc.

Cet indicateur est affecté 50 points à compter de 2019.

## Article 2.7

*Valoriser le recours à la télémédecine – aide aux équipements médicaux connectés*

Cet indicateur est mis en place pour l'aide aux équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie, avant la fin 2018, sur avis de la Commission Paritaire Nationale et actualisée chaque année.

Cet indicateur est affecté de 25 points à compter de 2019.

## Article 2.8

*Justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure*

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
<b>Volet 2:</b> valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	Dématérialisation des téléservices	20 en 2017 60 en 2018 90 en 2019	140 € en 2017 420 € en 2018 630 € en 2019	Automatisé	Annuelle
	Capacité à coder les données médicales	10 en 2017 20 en 2018 50 en 2019	70 € en 2017 140 € en 2018 350 € en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	15 en 2017 40 en 2018 60 en 2019	105 € en 2017 280 € en 2018 420 € en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Amélioration du service offert aux patients	20 en 2017 80 en 2018 130 en 2019	140 € en 2017 560 € en 2018 910 € en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valorisation de la fonction de maître de stage	10 en 2017 30 en 2018 50 en 2019	70 € en 2017 210 € en 2018 350 € en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser le recours à la télémédecine Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée	50 en 2019	350 € en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser le recours à la télémédecine Aide aux équipements médicaux connectés	25 en 2019	175 € en 2019	Déclaratif	Annuelle
<b>TOTAL</b>		<b>75 en 2017 230 en 2018 455 en 2019</b>	<b>525 € en 2017 1 610 € en 2018 3 185 € en 2019</b>		

*Annexe 2 – Avenant 6 convention médicale*

## ANNEXE 26

## TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE

*(A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018)*

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
ELQM002	1	0	37,05	37,05
HBQK002	1	0	20,00	20,00
LAQK027	1	0	69,00	69,00
MAQK001	1	0	30,65	30,65
MAQK002	1	0	30,65	30,65
MAQK003	1	0	30,65	30,65
NFQK001	1	0	25,86	25,86
NFQK003	1	0	25,86	25,86
NFQK004	1	0	25,86	25,86
YYYY034	1	0	200,14	200,14
YYYY105	1	0	15,28	15,28
YYYY110	1	0	26,33	26,33
YYYY120	1	0	31,60	31,60
YYYY130	1	0	105,34	105,34
YYYY140	1	0	52,67	52,67
YYYY150	1	0	63,20	63,20
YYYY160	1	0	73,74	73,74
YYYY170	1	0	84,27	84,27
YYYY180	1	0	94,81	94,81
YYYY190	1	0	126,41	126,41
YYYY200	1	0	158,00	158,00
YYYY210	1	0	168,53	168,53
YYYY220	1	0	189,60	189,60
YYYY230	1	0	210,67	210,67
YYYY240	1	0	242,27	242,27
YYYY245	1	0	252,81	252,81
YYYY250	1	0	263,34	263,34
YYYY260	1	0	294,94	294,94
YYYY270	1	0	316,01	316,01
YYYY280	1	0	421,34	421,34
YYYY290	1	0	474,01	474,01
YYYY600	1	0	0,75	0,75
ZCQM001	1	0	54,02	54,02
ZCQM004	1	0	54,02	54,02

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
ZCQM006	1	0	54,02	54,02
ZCQM008	1	0	54,02	54,02

(A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2018)

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
ZZQX173	1	0	31,32	31,32

(A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019)

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
BZQK001	1	0	56,54 €	47,88 €
BGQP007	1	0	20,83 €	19,34 €
BLQP004	1	0	39,43 €	33,36 €
BDQP003	1	0	21,58 €	19,77 €
BLQP008	1	0	18,60 €	18,05 €
BLQP002	1	0	35,71 €	31,20 €
BLQP007	1	0	60,26 €	42,21 €
BGQP009	1	0	26,78 €	22,80 €
BDQP004	1	0	43,15 €	35,51 €
BDQP002	1	0	23,81 €	21,87 €
EBQF002	1	0	80,35 €	72,41 €
BGNP004	1	0	119,78 €	113,36 €
BHRP001	1	0	45,38 €	41,65 €
BZQM001	1	0	56,54 €	47,88 €
BCQP001	1	0	16,37 €	14,33 €
BAFA013	1	0	32,74 €	32,16 €
EBQF001	1	0	72,17 €	67,66 €
BZQP003	1	0	54,31 €	46,58 €
BBJD001	1	0	19,34 €	19,29 €
BGQP004	1	0	48,36 €	36,92 €
BHQP001	1	0	41,66 €	34,65 €
BDGP003	1	0	26,78 €	24,31 €
EBQF006	1	0	78,86 €	75,58 €
BBLD003	1	0	23,81 €	21,87 €
BZQM002	1	0	37,20 €	36,66 €
BGQP140	1	0	12,00 €	12,00 €
EBQF005	1	0	73,66 €	72,55 €
BLQP016	1	0	48,36 €	38,53 €
BAEA001	1	0	132,43 €	111,92 €

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
BCFA003	1	0	106,39 €	105,59 €
BGQP012	1	0	55,80 €	54,94 €
BAEA002	1	0	215,76 €	204,15 €
BLQP005	1	0	39,43 €	33,36 €
BCLB001	1	0	16,37 €	15,94 €
BEJB002	1	0	62,50 €	49,42 €
BABA001	1	0	180,79 €	175,09 €
BAGA001	1	0	31,99 €	31,72 €
BEMA002	1	0	89,28 €	86,89 €
BLQP014	1	0	57,29 €	55,80 €
BDNP002	1	0	28,27 €	25,17 €
BAFA014	1	0	63,24 €	54,24 €
BANP001	1	0	55,54 €	49,76 €
BEHB001	1	0	39,43 €	36,04 €
BAQP001	1	0	29,76 €	24,52 €
BGMA002	1	0	514,85 €	474,17 €
BBPA002	1	0	35,71 €	33,88 €
BCPA001	1	0	34,22 €	28,63 €
BGQP011	1	0	112,34 €	102,26 €
BCFA009	1	0	76,63 €	66,40 €
BAFA002	1	0	142,85 €	135,52 €
BGPP002	1	0	105,65 €	105,17 €
BGFA001	1	0	220,97 €	215,94 €
BGNP002	1	0	109,37 €	107,33 €
BAMA009	1	0	137,64 €	97,39 €
ADQP003	1	0	58,03 €	56,24 €
BGFA005	1	0	278,26 €	275,50 €
BFLA001	1	0	140,62 €	125,40 €
BAFA009	1	0	191,43 €	190,03 €
BKLB001	1	0	20,09 €	18,10 €
BBLD004	1	0	40,18 €	35,39 €
BEPA003	1	0	174,10 €	153,64 €
BAMA013	1	0	276,77 €	239,53 €
BEJB001	1	0	99,70 €	70,99 €
BFGA001	1	0	251,47 €	233,64 €
BCFA005	1	0	133,18 €	121,13 €
BFKA001	1	0	180,79 €	156,75 €
BGFA004	1	0	382,42 €	353,47 €



Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
BACA003	1	0	71,42 €	58,99 €
BGFA010	1	0	302,06 €	289,31 €
BADA003	1	0	88,54 €	68,90 €
BDNP001	1	0	29,02 €	24,89 €
BEQP001	1	0	68,45 €	62,28 €
BEGA004	1	0	120,53 €	104,50 €
BGMA001	1	0	563,06 €	502,13 €
BFGA005	1	0	141,36 €	125,40 €
BDCA004	1	0	116,81 €	111,64 €
BCNP001	1	0	33,48 €	27,48 €
BGNP005	1	0	126,48 €	126,03 €
BANP004	1	0	21,36 €	18,84 €
BGFA011	1	0	330,34 €	305,71 €
BGLP001	1	0	127,22 €	117,68 €
BFGA007	1	0	231,38 €	221,99 €
BGPA001	1	0	348,19 €	333,62 €
BAMA016	1	0	106,39 €	96,82 €
BCPA005	1	0	35,71 €	33,88 €
BFLA003	1	0	200,88 €	145,88 €
BDCA001	1	0	150,29 €	131,06 €
BFLA004	1	0	136,15 €	125,40 €
BCFA006	1	0	122,02 €	92,71 €
BEJB004	1	0	241,06 €	227,59 €
BGGA002	1	0	263,38 €	240,53 €
BEPB001	1	0	174,84 €	154,08 €
BGFA002	1	0	348,19 €	333,62 €
BGHB003	1	0	122,76 €	106,31 €
BADA002	1	0	268,58 €	261,12 €
BEFA001	1	0	134,66 €	113,22 €
BHMA002	1	0	240,31 €	218,38 €
BENA001	1	0	90,77 €	87,76 €
BEEA002	1	0	107,14 €	97,25 €
BACA001	1	0	134,66 €	117,60 €
BACA006	1	0	148,06 €	125,37 €
BACA008	1	0	29,07 €	25,64 €
BDCA002	1	0	171,12 €	165,08 €
BEGA003	1	0	302,06 €	300,28 €
BKFA004	1	0	302,06 €	245,43 €

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
BALA001	1	0	190,01 €	180,43 €
BCPA003	1	0	59,52 €	52,08 €
BEFA004	1	0	249,98 €	232,77 €
BEFA009	1	0	336,29 €	282,83 €
BGBA001	1	0	295,37 €	259,09 €
BGDA003	1	0	237,34 €	225,43 €
BGDA008	1	0	200,88 €	169,18 €
BGHB001	1	0	52,82 €	43,81 €
BKGA001	1	0	98,21 €	92,07 €
BKLA003	1	0	367,54 €	283,39 €
BKGA007	1	0	242,54 €	219,68 €
BKGA006	1	0	328,85 €	269,74 €
BKGA004	1	0	415,15 €	368,07 €

### Annexe 3 – Avenant 6 convention médicale

#### TARIFS DES HONORAIRES, RÉMUNÉRATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

##### SOUS-TITRE 1

##### TARIFS DES HONORAIRES, RÉMUNÉRATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

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

##### Tarifs en vigueur en euros

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 et à l'article 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Majoration pour les Médecins Généralistes : MMG (prévue à l'article 28.1 de la convention médicale) <i>Par mesure de simplification de la facturation la consultation de référence du médecin généraliste est facturée « G » pour C+MMG/ « GS » pour CS+MMG/ « VG » pour V+MMG et « VGS » pour VS+MMG</i>	2,00	2,00	2,00	2,00
<b>Avis ponctuel de consultant pour les médecins spécialistes en médecine générale (prévu à l'article 18 B de la NGAP et aux articles 16.2 et 28.3.5 de la convention)</b>				
Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet : APC	50,00	60,00	60,00	(1)
Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade : APV	50,00	60,00	60,00	(1)
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier : APU	69,00	82,80	82,80	(1)

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration Enfant du médecin généraliste pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans : MEG (prévue à l'article 14.7 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de coordination généraliste : MCG (prévue à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	(1)
Majoration d'urgence du médecin traitant pour adressage vers le médecin correspondant dans les 48 heures : MUT (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	(1)
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant dans les 48 heures : MCU (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	(1)
Majoration du médecin traitant pour la consultation réalisée en urgence sur demande du centre de régulation médicale des urgences : MRT (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	(1)
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 3 exerçant dans un service d'urgence privé : U03 (prévue à l'article 14.1.1 de la NGAP)	30,00	36,00	36,00	36,00
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 4 et 5 exerçant dans un service d'urgence privé : U45 (prévue à l'article 14.1.2 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur le territoire sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et/ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital : TTE (prévue à l'article 14.9.2 de la NGAP)	25,00 (secteur 1 et options tarifaires maîtrisées) 23,00 (secteur 2)	29,60 (secteur 1 et options tarifaires maîtrisées) 27,60 (secteur 2)	29,60 (secteur 1 et options tarifaires maîtrisées) 27,60 (secteur 2)	(1)
Télé-expertise entre l'actuel et le précédent médecin traitant pour un patient admis en EHPAD : TDT (prévue à l'article 14.9.1 de la NGAP)	15,00	18,00	18,00	(1)
<b>Consultations et majorations complexes</b>				
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE (prévue à l'article 14.9 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans : CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité par le médecin traitant : CSO (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	46,00	55,20	55,20	55,20
Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire : PTG (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	(1)
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	(1)
<b>Consultations et majorations très complexes</b>				
Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant : VL (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	60,00	72,00	72,00	(1)
Majoration pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative : MIS (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)	30,00	30,00	30,00	30,00

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX				
Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH : PIV (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (dont le médecin n'est pas le médecin traitant) (prévue à l'article 28.5 de la présente convention)	5,00	5,00	5,00	5,00
Forfait de surveillance thermal : STH (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
K Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	1,92	1,92	1,92	1,92
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
<b>Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation</b> (4) (prévues à l'article 10 et à l'annexe 9 de la convention médicale)				(4)
CRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet	42,50	42,50	42,50	(4)
VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	46,00	46,00	46,00	(4)
CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet	51,50	51,50	51,50	(4)
VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	59,50	59,50	59,50	(4)
CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet	26,50	26,50	26,50	(4)
VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite	30,00	30,00	30,00	(4)
<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD</b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit</b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MDN	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : MDI	43,50	43,85	44,20	44,20
<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD</b> (3) (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
<b>Majoration pour actes la nuit et le dimanche</b> (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : F (2) (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
<b>Majoration d'urgence : MU</b> (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
<b>Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement</b> pour des actes effectués à domicile autre que la visite : IFD (prévue à l'article 13 de la NGAP)	3,50	3,85	4,20	4,20
<b>Valeur de l'indemnité kilométrique : IK</b> (prévue à l'article 13 de la NGAP):				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49
<b>Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile</b>				
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90	90

- (1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte  
(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet.  
(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.  
(4) Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

## Article 2

*A compter du 15 septembre 2018  
(sous réserve de l'inscription de l'acte sur la liste des actes et prestations)*

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Acte de téléconsultation du médecin généraliste secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM: TCG	25,00	29,60	29,60
Acte de téléconsultation du médecin généraliste de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM: TC	23,00	27,60	27,60

## SOUS-TITRE 2

TARIFS DES HONORAIRES, RÉMUNÉRATIONS  
ET FRAIS ACCESSOIRES DES MÉDECINS SPÉCIALISTES HORS MÉDECINE GÉNÉRALE

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

*Tarifs en vigueur en euros*

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : CS (prévue aux articles 2.1 et 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	39,00	46,80	46,80	46,80
Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables (prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP)	1,5 CNPSY 58,50	1,5 CNPSY 70,20	1,5 CNPSY 70,20	1,5 CNPSY 70,20
CSC (cardiologie) (prévue à l'article 15.1 de la NGAP)	47,73	54,73	54,73	54,73
<b>Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (prévue aux articles 16.2 et 28.2.1)</b>				(1)
Majoration de coordination spécialiste: MCS	5,00	5,00	5,00	(1)
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie: MCS	5,00	5,00	5,00	(1)
Majoration de coordination cardiologues: MCC	3,27	3,27	3,27	3,27
<b>Majoration forfaitaire transitoire</b>				

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
<b>(prévue à l'article 2 bis de la NGAP)</b>				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,00	2,00	2,00	2,00
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,70	2,70	2,70	2,70
Majoration (MTS) transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte				2,00
Majoration (MTJ) transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte pour les patients de moins de 16 ans				3,00
<b>Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)</b>				
Avis ponctuel de consultant APC	50,00	60,00	60,00	(1)
Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV	50,00	60,00	60,00	(1)
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue APY	62,50	75,00	75,00	(1)
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue au domicile du patient AVY	62,50	75,00	75,00	(1)
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier APU	69,00	82,80	82,80	(1)
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	39,00	46,80	46,80	46,80
<b>Majorations enfants des pédiatres</b>				
Nouveau Forfait Pédiatrique (jusqu'à 2 ans) du pédiatre: NFP (prévue à l'article 14.6.1 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Nouveau Forfait Enfant (de 2 à 6 ans) du pédiatre et de 6 à 16 ans du pédiatre traitant : NFE (prévue à l'article 14.6.3de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration Enfant (de 0 à 6 ans) du pédiatre : MEP (prévue à l'article 14.6.2 de la NGAP)	4,00	4,00	4,00	4,00
<b>Consultations et majorations complexes</b>				
Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie: MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation: MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP).	23,00	23,00	23,00	23,00
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation: MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	(1)
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité: MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	(1)
Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an par le psychiatre et pédopsychiatre: MPF (prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse avec la famille pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée pour le psychiatre et pédopsychiatre : MAF (prévue à l'article 14.4.4 II de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE Prévue à l'article 14.9 de la NGAP	46,00	55,20	55,20	55,20
Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans : CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ième jour de vie : CSM (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	46,00	55,20	55,20	55,20
Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : CSO (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	46,00	55,20	55,20	55,20
Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire : PTG (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand-prématuré) : POG (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...) : PEG (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires : MCT (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé : MCA (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) : Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication : PPR (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) : Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication : PPN (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) : Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité : MPS (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) : Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide): TCA (prévue à l'article 15.8 de la NGAP): Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose: MPT (prévue à l'article 15.8 de la NGAP): Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent: SGE (prévue à l'article 15.8 de la NGAP): Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire MMF (prévue à l'article 15.8 de la NGAP): Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC: SLA (prévue à l'article 15.8 de la NGAP): Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours: MSP (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	16,00	16,00
<b>Consultations et majorations très complexes</b>				
Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant: VL (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	60,00	72,00	72,00	(1)
Majoration pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, réalisée: MIS (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH: PIV (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Majoration pour consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique: MAV (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha): MPB (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code regroupé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal: MMM (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code regroupé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00



Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale: CPM (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code regroupé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Majoration pour consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale: IGR (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code regroupé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier: EPH (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code regroupé CCE	60,00	72,00	72,00	72,00
consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave: CGP (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'assurance maladie sous le code regroupé CCE	60,00	72,00	72,00	72,00
Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (dont le médecin n'est pas le médecin traitant) (prévue à l'article 15.4.1 et à l'article 28.5 de la convention)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration d'urgence du médecin traitant pour adressage vers le médecin correspondant dans les 48 heures: MUT (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant dans les 48 heures: MCU (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	
Majoration de la consultation du médecin traitant réalisée en urgence sur demande du centre de régulation médicale des urgences: MRT (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	
Consultation correspondant de niveau CCMU 3 du médecin urgentiste: U03 (prévue à l'article 14.1.1 de la NGAP)	30,00	36,00	36,00	36,00
Consultation correspondant de niveau CCMU 4 et 5 du médecin urgentiste: U45 (prévue à l'article 14.1.2 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur le territoire sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et/ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital: TTE (prévue à l'article 14.9.2 de la NGAP)	25,00 (secteur 1 et options tarifaires maîtrisées 23,00)	29,60 (secteur 1 et options tarifaires maîtrisées 27,60)	29,60 (secteur 1 et options tarifaires maîtrisées 27,60)	(1)
Télé-expertise entre le précédent et le nouveau médecin traitant pour un patient admis en EHPAD TDT (prévue à l'article 14.9.1 de la NGAP)	15,00	18,00	18,00	(1)
Forfait thermal (STH) (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A (2) (NGAP titre XI, chapitre II)	150,00	150,00	150,00	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G (3) (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
<b>Actes en coopération</b>				

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Bilan visuel réalisé à distance en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste: RNO - Avis du Collège des Financeurs - A compter de l'inscription de l'acte à la nomenclature	23,00 28,00	23,00 28,00	23,00 28,00	23,00 28,00
<b>Lettres clés :</b>				
K (actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin)	1,92	1,92	1,92	1,92
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévus à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
KMB: utilisée exclusivement par le médecin biologiste lorsqu'il réalise un prélèvement par ponction veineuse directe	2,52	2,52	2,52	2,52
<b>Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévus à l'article 14 de la NGAP)</b>				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 pour les pédiatres MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 20H00 à 08H00 pour les spécialistes (hors pédiatres) MN	25,15	25,15	25,15	25,15
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 pour les pédiatres MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Valeur de la majoration pour acte effectué un dimanche et de jour férié F (4)	19,06	19,06	19,06	19,06
<b>Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes</b>				
Agglomération PLM (5)	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
<b>Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)</b>				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

(2) Et mentionnée au 3<sup>e</sup> alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(3) Et mentionnée au 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifié.

(5) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

## Article 2

*Nouveau tarif applicable à compter du 15 septembre 2018  
(sous réserve de l'inscription de l'acte sur la liste des actes et prestations)*

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste (TC) – hors psychiatrie	23,00	27,60	27,60
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie TC	39,00	46,80	46,80
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables 1.5TC	58,50	70,20	70,20

**Annexe 4 – Avenant 6 convention médicale**

## ANNEXE 15

## RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE

Article 1<sup>er</sup>*Modalités de calcul de la rémunération*

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte 29 indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de seize et plus, 10 indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans, 9 indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 8 indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les indicateurs s'appuient d'une part sur des données issues des bases de remboursement de l'assurance maladie et, d'autre part sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.

Les données sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données de ses différents cabinets sont additionnées.

## Le calcul du taux de réalisation

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

Pour calculer ce taux de réalisation, sont définis pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100 % ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins, qui correspond à un taux de réalisation de 30 % ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année, si le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint.

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

**Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire :**

Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 30 %. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

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 30 % (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 intermédiaire :**

Le taux de réalisation est au moins égal à 30 % 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 :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% + 70\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 30 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

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

## Le calcul du nombre de points

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation de 100 %.

Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.

Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante de l'année. Pour les médecins traitants elle correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération sur objectifs de santé publique est calculée.

La pondération par la patientèle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants des patients de seize ans et plus, 600 patients pour les médecins spécialistes en cardiologie et pathologies vasculaires et 1 100 patients pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

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

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

Pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€.».

Pour les médecins spécialistes en cardiologie et gastro-entérologie :

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

Pour les médecins nouveaux installés :

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

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

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

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

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

La rémunération est calculée selon la formule suivante :

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

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€ × majoration du point selon l'année d'installation

Pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus :

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

## Article 2

### *Méthodologie de construction des indicateurs*

#### Article 2.1

##### *Les indicateurs pour les médecins traitants*

##### Article 2.1.1

###### *Les indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus*

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution de la Convention. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de

l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

### **Indicateurs de suivi des pathologies chroniques**

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

#### **Suivi du diabète :**

Les patients diabétiques sont les patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.

Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 (médicaments du diabète).

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

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

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

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) »)

#### **Indicateur : Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans**

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen de la rétine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : 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 traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire**

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un remboursement pour recherche micro albuminurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 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 et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire**

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs

Numérateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 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 +amlopidine) ;

sont pris en compte les codes NABM suivants :

- pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »).

**Risque cardio-vasculaire**

**Indicateur : Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT, et ayant fait l'objet d'une évaluation du risque cardio-vasculaire en amont (par SCORE ou une autre grille de scorage)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 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 Pravadaul®) 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 (acetylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acetylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)

IEC ou ARA2 : tous les médicaments de la classe ATC C09, à l'exception de C09XA02 (aliskiren) et C09XA5 (aliskiren et hydrochlorothiazide)

Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la CNAMTS, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5 (codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.

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

**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 ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année**

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK

Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'au moins 10 mesures annuelles de l'INR (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par AVK

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : 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 : JKQP001 et JKQP008 + (depuis juin 2014) JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015 ;
- actes en NGAP : Actes d'anatomo-cyto-pathologie/médecins ;
- acte de biologie : 0013 (« cytopathologie gynécologique un ou plusieurs prélèvements (frottis).

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

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe)

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT âgés de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal »).

### Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse

**Indicateur : Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)**

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 (trifluoperidol), 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 (doxepine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxetine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxetine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (miansérine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxetine), N06AX22 (agomelatine).

– Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimemazine).

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

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

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques et qui a duré plus de 4 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions :

Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> 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 1<sup>re</sup> délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec  $\geq 4$  délivrances en 6 mois à partir de la 1<sup>re</sup> 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 prescriptions d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 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<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefpodoxime), 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 de la 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***

Seuil minimum : 10 boîtes de médicaments de l'incontinence urinaire prescrites par le MT à ses patients MT

Définition : médicaments de la classe EPH G04D4 « médicaments de l'incontinence urinaire ».

**Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques***

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

Définition : médicaments de la classe EPH R03A3 sauf ATC R03AC18 et R03AC19 (ayant juste l'indication BPCO).

**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. 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 d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : parmi les médicaments de la classe ATC A10AE04 (insulines et analogues pour injection d'action lente), ceux avec PHA\_ATC\_L07 = « insuline glargine »

**Efficience des prescriptions**

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

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

Numérateur : nombre de patients MT patients traités par aspirine à faible dosage (au moins un remboursement pour une prescription du MT)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 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 + Pravastatin®. 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 Ephmra 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)

Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (prescripteur MT)

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)

Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants  
des patients âgés de seize ans et plus » pour l'année 2017

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86 %	≥ 93 %	10 patients	30	
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69 %	≥ 77 %	10 patients	30	
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39 %	≥ 61 %	10 patients	30	
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80 %	≥ 95 %	10 patients	20	
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6 %	≥ 14 %	10 patients	30	
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardiovasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80 %	≥ 95 %	10 patients	20	
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51 %	≥ 61 %	5 patients	30	
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88 %	≥ 95 %	5 patients	30	
	Total						220
	Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58 %	≥ 75 %	10 patients	20
Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés			38 %	≥ 75 %	10 patients	20	
Dépistage des cancers		Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71 %	≥ 80 %	20 patientes	40	
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62 %	≥ 80 %	20 patientes	40	
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal	40 %	≥ 70 %	20 patients	55	

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		(CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années				
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 ( $\geq$ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	4 %	0 %	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33 %	$\leq$ 24 %	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11 %	$\leq$ 7 %	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> génération; fluoroquinolones).	36 %	$\leq$ 27 %	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60 %	$\geq$ 75 %	10 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	60 %	$\geq$ 75 %	10 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92 %	$\geq$ 97 %	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89 %	$\geq$ 92 %	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71 %	$\geq$ 94 %	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62 %	$\geq$ 86 %	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	51 %	$\geq$ 55 %	200 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15 %	$\geq$ 20 %	20	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90 %	$\geq$ 94 %	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87 %	$\geq$ 93 %	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97 %	$\geq$ 99 %	10 patients	45
	Total					

**Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants  
des patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2018**

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points à partir 2018	
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71 %	≥ 89 %	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	58 %	≥ 72 %	5 patients	30	
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14 %	≥ 49 %	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	80 %	≥ 95 %	5 patients	20	
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3 %	≥ 8 %	5 patients	30	
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardiovasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	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 10 dosages de l'INR dans l'année	73 %	≥ 91 %	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	24 %	≥ 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	

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points à partir 2018
	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 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> 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	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	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	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83 %	≥ 90 %	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35 %	≥ 81 %	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26 %	≥ 72 %	10 boîtes	0
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59 %	≥ 69 %	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5 %	≥ 10 %	10 boîtes	39
	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	54
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76 %	≥ 90 %	5 patients	54
		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	54
	Total					

### Article 2.1.2

#### *Les indicateurs pour les médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans*

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

#### **Indicateurs de suivi des pathologies chroniques**

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

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

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03 ( $\geq 5$  boîtes) ;
- Corticoïdes inhalés : médicaments des classes Ephemra R03D1 et R03F1 ;
- Anti leucotriènes : médicaments de la classe Ephemra R03J2.

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

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

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

**Indicateurs de prévention**

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

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

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans

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

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 16 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

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

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

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

Période de calcul : 2 ans et demi glissants



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

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

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

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

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

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

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

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Indicateur calculé hors données des PMI :

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

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

**Antibiothérapie**

**Indicateur : Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques**

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 4 ans avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01 ;
- Céphalosporine de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01.

**Indicateur : Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques**

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 4 ans ou plus avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01 ;
- Céphalosporine de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01.

Dépistage des troubles sensoriels

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

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

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

#### Dépistage des troubles des apprentissages

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

Dénominateur: nombre de patients MT de 3 à 5 ans  
 Numérateur: nombre de patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)  
 Période de calcul: 12 mois glissants  
 Seuil minimum: 5 patients MT de 3 ans à 5 ans  
 Fréquence de mise à jour des données: déclaration annuelle  
 Définition: indicateur déclaratif

#### Suivi bucco-dentaire

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

Dénominateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N  
 Numérateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N, ayant eu au moins un acte dentaire  
 Période de calcul : 18 mois glissants  
 Seuil minimum : 5 patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N  
 Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Toutes prestations réalisées par les chirurgiens-dentistes suivants :

Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF

Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue

Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

Spécialité 54 : chirurgien dentaire MBD (médecine bucco-dentaire)

Spécialité 69 : chirurgie orale

#### Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants de patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2017

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	63 %	≥ 80 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	50 %	≥ 71 %	5 patients	35
Prévention	Obésité	Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**) <b>Déclaratif</b>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75 %	≥ 87 %	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	77 %	≥ 90 %	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	18 %	≤ 3 %	5 patients	35
Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération parmi		11 %	≤ 2 %	5 patients	35	

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques				
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs <b>Déclaratif</b></i>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT de 3 à 5 ans qui ont eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre). <b>Déclaratif</b></i>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	<i>Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.</i>	80 %	≥ 86 %	5 patients	35
<b>Total</b>						<b>305</b>

(\*) Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et de l'Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA).

(\*\*) Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle). ».

#### Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire A partir de 2018	Objectif cible A partir de 2018	Seuil minimal A partir de 2018	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43 %	≥ 70 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25 %	≥ 60 %	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). <b>Déclaratif</b></i>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR .	50 %	≥ 80 %	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43 %	≥ 83 %	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52 %	≤ 11 %	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31 %	≤ 7 %	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs <b>Déclaratif</b>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) <b>Déclaratif</b>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire A partir de 2018	Objectif cible A partir de 2018	Seuil minimal A partir de 2018	Nombre de points
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	69 %	≥ 83 %	5 patients	35
<b>Total</b>						<b>305</b>

## Article 2.2

### *Indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires*

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ».

Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes (1) ont été réalisés et facturés par le spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte : les actes de chirurgie ou les actes techniques d'intervention par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines ; les actes de surveillance sur 24 heures ; les forfaits de cardiologie ou de réanimation ; la réalisation de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire ; les actes de réadaptation.

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

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

#### **Indicateurs de suivi des pathologies chroniques**

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

Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

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

Numérateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, AAP et IEC ou sartans.

Dénominateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions :

Bêtabloquants : tous les médicaments inclus dans le code ATC2 C07.

Statines : tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravadal®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

IEC : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09A et C09B.

Sartans : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09C et C09D, y compris les médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'HTA.

Antiagrégants plaquettaires : tous les médicaments inclus dans le code ATC4 B01AC + le code ATC C10BX02 (Pravadal®).

Codes CIM 10 pris en compte: I21, I22, I23, I252, Z034.

#### **Indicateur : Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans**

Numérateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants et IEC ou sartans.

Dénominateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par IEC ou sartans.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Pour cet indicateur portant sur l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (prescription d'un bêtabloquant), sont définis comme bêtabloquants uniquement les médicaments inclus dans les codes ATC C07AB02, C07AB07, C07AB12, C07AG02 (respectivement metoprolol, bisoprolol, nebivolol et carvedilol).

Les patients pris en compte sont ceux bénéficiant d'une ALD n°5 avec code CIM 10 I50 au 31/12 de l'année N-1, et/ou avec antécédent d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

### **Indicateurs de prévention**

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

Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

#### **Indicateur : Part des patients traités par trithérapie anti hypertensive dont un diurétique**

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive comprenant un diurétique

Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour cet indicateur, sont exclus de la patientèle correspondante les patients en ALD n°5 au 31/12 de l'année N-1, avec le code CIM 10 = I50 et/ou avec antécédents d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

Sont définis comme diurétiques les molécules avec codes ATC commençant par C03 ainsi que les codes C02LA01, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à BA15, C09DA01 à DA08, C09DX01 et C09XA52.

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

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année.

Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définition : Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

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

Numérateur : nombre de patients avec au moins une MAPA ou une auto mesure de la pression artérielle.

Dénominateur : nombre de patients hypertendus suivis par le cardiologue.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle.

Définition : indicateur déclaratif.

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

Numérateur : nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2.

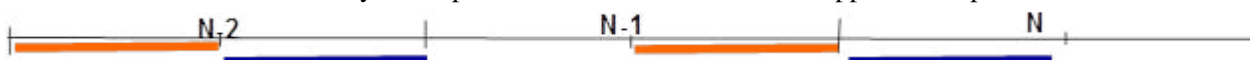
Dénominateur : nombre de patient traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2

Période de calcul : 30 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

L'indicateur est calculé en analysant séparément 2 semestres et en leur appariant respectivement le semestre S-3



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

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

Dénominateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM

Période de calcul : année civile.

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Seuil minimum : 5 5 patients

Définition : indicateur déclaratif

### **Indicateurs d'efficience**

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

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

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

Numérateur : nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 10 boîtes de la classe des antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

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

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

Numérateur : nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre total de boîtes de statines prescrites

Période de calcul : 12 mois

Seuil minimum : 10 boîtes de la classe des statines

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définition : Sont définis comme statines tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravastatin®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

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

DAQM003 Echocardiographie transthoracique continue avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de la viabilité et/ou de l'ischémie du myocarde

DBQM001 Echographie-doppler transthoracique continue du cœur avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de valvulopathie [valvulopathie]

DEQP001 Electrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission

DEQP002 Electrocardiographie à haute amplification

DEQP003 Electrocardiographie sur au moins 12 dérivations

DEQP005 Electrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures

DEQP006 Vectocardiographie

DGQM001 Echographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs

DGQM002 Echographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques

DKRP004 Epreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue

DZQJ001 Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Echocardiographie-doppler transoesophagienne]

DZQJ006 Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au lit du malade

DZQJ008 Echographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques

DZQJ009 Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQJ010 Echographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQJ011 Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQM002 Echocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique

DZQM005 Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade

DZQM006 Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques

EBQM001 Echographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média

EBQM002 Echographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs

EBQM003 Echographie-doppler des vaisseaux cervicocéphaliques extracrâniens avec échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens

ECQM001 Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manœuvres positionnelles

ECQM002 Echographie-doppler des artères des membres supérieurs

EDQM001 Echographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs

EQQP008 Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]

EQR002 Epreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO<sub>2</sub>]

EQR008 Epreuve d'inclinaison [Tilt test] avec étude des variations de la pression intraartérielle et de la fréquence cardiaque

EBQM900 Echographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média.

« Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires pour l'année 2017. »

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	<i>Améliorer le traitement post IDM</i>	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70 %	≥ 81 %	5 patients	30
	<i>Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit</i>	Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans	72 %	≥ 81 %	5 patients	35
Prévention	<i>Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée</i>	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	74 %	≥ 81 %	10 patients	30
	<i>Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé</i>	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	92 %	≥ 96 %	10 patients	30
	<i>Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA</i>	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60 %	≥ 75 %	20 patients	30
	<i>Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2</i>	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	65 %	≤ 56 %	5 patients	35
	<i>Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM</i>	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65 %	≥ 80 %	5 patients	30
Efficience	<i>Augmenter la proportion d'anti-hypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques</i>	Part des boîtes d'anti-hypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89 %	≥ 93 %	20 boîtes	60
	<i>Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques</i>	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	75 %	≥ 85 %	20 boîtes	60
<b>Total</b>						<b>340</b>

« Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires à partir de l'année 2018. »

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire A partir de 2018	Objectif cible A partir de 2018	Seuil A partir de 2018	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post IDM	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	26 %	≥ 46 %	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans	57 %	≥ 74 %	5 patients	35
Prévention	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	64 %	≥ 77 %	5 patients	30
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	88 %	≥ 94 %	5 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60 %	≥ 75 %	5 patients	30
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	73 %	≤ 57 %	5 patients	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65 %	≥ 80 %	5 patients	30
Efficience	Augmenter la proportion d'anti-hypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Part des boîtes d'anti-hypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	84 %	≥ 93 %	10 boîtes	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	89 %	≥ 98 %	10 boîtes	60
<b>Total</b>						<b>340</b>

### Article 2.3

#### Indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes (2) ont été réalisés et facturés par le gastro-entérologue ou hépatologue au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins. La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs de prévention suivants :

- pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie après exérèse de polypes, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une coloscopie totale ou partielle avec ou sans geste thérapeutique l'année de calcul de l'indicateur
- pour l'indicateur relatif au contrôle d'éradication d'*Helicobacter Pylori* (HP) après traitement, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer HP et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.



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

### **Indicateurs de suivi des pathologies chroniques**

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

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

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les six mois un acte d'imagerie la première année post-chirurgie pour CCR

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).

Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20.

Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001 ; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005

Les actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR sont les suivants : ZCQK004 ; ZCQH001 (scanners abdomino-pelviens) ; ZBQK001 ; ZBQH001 (scanners thoraciques) ; ZZQK024 ZZQK024 (scanners thoraco-abdomino-pelviens) ; ZCQM006 ; ZCQM008 ; ZCQM004 ; ZCQM005 ; ZCQM010 ; ZCQM001 ; ZCQM002 ; ZCQM011 (échographies abdominales et/ou pelviennes) ; ZZQL016 (TEP).

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

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les 3 mois un dosage de l'ACE, la 1<sup>re</sup> année post-chirurgie pour CCR

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).

Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20. Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001 ; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005

Le code biologie (NABM) pris en compte pour le dosage ACE est le 7327.

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

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

Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par acide 5-aminosalicylique (5-ASA) au long cours. Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances de 5-ASA à des dates différentes sur la période de calcul (un an).

Sont définis comme 5-ASA tous les médicaments inclus dans les codes ATC A07EC01 (sulfasalazine), A07EC02 (mesalazine), A07EC03 (olsalazine).

Le code biologie pris en compte pour la protéinurie est le 2004.

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

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes.

Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours.

Période de calcul : 12 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par azathioprine au long cours.

Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances d'azathioprine à des dates différentes sur la période de calcul (un an).

Sont définis comme azathioprine tous les médicaments inclus dans le code ATC L04AX01 (azathioprine).

Le code biologie pris en compte pour l'hémogramme, y compris les plaquettes, est le 1104.

### **Indicateurs de prévention**

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

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

Numérateur : nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie en année N/N-1/N-2

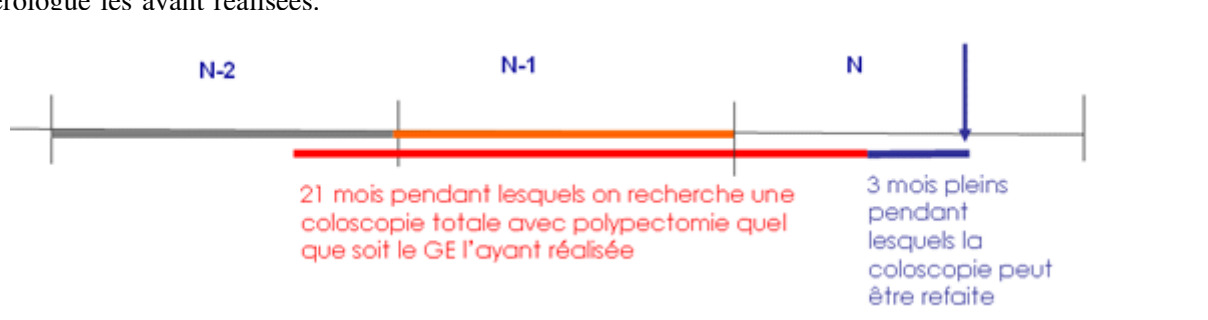
Dénominateur : nombre des patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N

Période de calcul : 24 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

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



Les actes CCAM retenus pour la détermination du numérateur sont les suivants : HHFE002 ; HHFE004 ; HHFE006.

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

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

Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'un contrôle d'éradication d'*Helicobacter Pylori* (HP) par Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU)

Dénominateur : nombre de patients traités pour éradication d'une infection à HP

Période de calcul : 12 mois pour le traitement d'éradication d'HP

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer *Helicobacter Pylori* et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Les patients traités pour éradication d'HP sont identifiés par :

- soit la trithérapie séquentielle, à savoir un traitement associant 1 IPP et 2 antibiotiques parmi les 4 classes d'antibiotiques suivantes : amoxicilline, metronidazole, clarithromycine, tinidazole ;
- soit la quadrithérapie bismuthée associant Pylera® et Omeprazole.

Sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants :

J01CA04 (amoxicilline) hors voie injectable; P01AB01 (metronidazole) et code cip7=2180420 (Pylera®); J01FA09 (clarithromycine); P01AB02 (tinidazole)\*Le code CCAM de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale diagnostique est HEQE002.

Sont définis comme IPP tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : A02BC01 (omeprazole); A02BC02 (pantoprazole); A02BC03 (lansoprazole); A02BC04 (rabeprazole); A02BC05 (esomeprazole).

Le calcul se fait en recherchant pour ces patients la réalisation d'un Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU) dans les 4 mois suivant la fin du traitement (quel que soit le prescripteur du traitement et du test). Le code biologique retenu est le 5234 (analyse des 2 échantillons d'air expiré).

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

Numérateur : nombre de patients pour lesquels un adénome a été détecté au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles

Dénominateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une coloscopie totale pour un test de recherche de sang occulte positif.

Période de calcul : année civile

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

**Indicateurs d'efficience**

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

Numérateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie.

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie.

Période de calcul : année civile

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

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

**Endoscopies OGD diagnostiques :**

HEQE002 Endoscopie oeso-gastro-duodénale

HGQE002 Duodénoscopie par appareil à vision latérale

HEQE005 Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans

HEQE003 Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans

HEQE004 Endoscopie oeso-gastro-duodénale peropératoire

**Actes thérapeutiques réalisés sous endoscopie OGD :**

HEFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie

HMGE002 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par oeso-gastro-duodénoscopie

HMLE002 Pose d'une endoprothèse biliaire, par oeso-gastro-duodénoscopie

HEAE003 Dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie

HMQH007 Cholangiographie rétrograde, par oeso-gastro-duodénoscopie

HEFE001 Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie

HESE002 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par oeso-gastro-duodénoscopie

HEGE002 Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie

HMPE001 Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par oeso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]

HELE002 Pose d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie

HEFE003 Séance de mucosectomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie

HMGE001 Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par oeso-gastro-duodénoscopie

HGLE001 Pose d'une endoprothèse du duodénum, par oeso-gastro-duodénoscopie

- HENE004 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMQH003 Cholangiographie rétrograde avec infundibulotomie [ponction diathermique de l'infundibulum biliaire] ou précoupe de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMKE001 Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
- HNLE001 Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
- HEGE003 Ablation d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
- HZHE002 Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique
- HMLE003 Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMAE002 Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
- HNQH003 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
- HFKE001 Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMNE001 Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
- HESE001 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
- HFAE001 Dilatation du pylore, par œso-gastro-duodénoscopie
- HENE002 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
- EHNE002 Sclérose et/ou ligature de varices œsogastriques en période hémorragique, par endoscopie
- HFLE001 Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMQH005 Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso-gastro-duodénoscopie
- HGNE001 Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HEKE001 Changement d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
- HNGE001 Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
- HNKE001 Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
- HNCE001 Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
- HNPE002 Section du versant pancréatique du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie pancréatique endoscopique]
- HGGE001 Ablation d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HGFE005 Exérèse de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMKE002 Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
- HMAE001 Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie
- HNAE001 Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
- HGKE001 Changement d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
- HNPE003 Sphinctérotomie de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodénoscopie
- HMQH002 Cholangiopancréatographie rétrograde avec manométrie oddienne, par œso-gastro-duodénoscopie
- HNQH001 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodénoscopie
- HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
- HMLH001 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
- HENE001 Séance de destruction photodynamique de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie

**Coloscopies diagnostiques :**

- HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cœcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique
- HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique
- HJQE001 Rectosigmoïdoscopie
- HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde
- HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie
- HHQE001 Coloscopie peropératoire

**Actes thérapeutiques réalisés sous coloscopie :**

- HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
- HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
- HHFE006 Séance de mucosectomie recto colique, par endoscopie

HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHSE002 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale

HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHNE001 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale

HHAE001 Dilatation d'une sténose du côlon et/ou du rectum, par endoscopie

HHNE002 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale

HHSE004 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHJE001 Exsufflation du côlon, par endoscopie

HHLE005 Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie

HHNE003 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHNE004 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHSE003 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale

HHSE001 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle

HHEE001 Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie

HHGE002 Ablation de corps étranger du côlon et/ou du rectum, par endoscopie

HHGE010 Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie

### **Echographie de l'appareil digestif :**

ZCQM006 Echographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen

ZCQM008 Echographie transcutanée de l'abdomen

ZCQM004 Echographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs

ZCQM005 Echographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]

ZCQM010 Echographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]

ZCQM001 Echographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs

HLQM001 Echographie transcutanée du foie et des conduits biliaires

ZCQM002 Echographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs

HZQM001 Echographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine

HJQJ003 Echographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]

ZCQM011 Echographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs

YYYY172 Echographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intra pelviens, ou de vaisseaux périphériques

ELQM001 Echographie-doppler des vaisseaux digestifs

### **Echoendoscopie :**

HMQJ001 Echoendoscopie biliopancréatique sans biopsie

HJQJ002 Echoendoscopie anorectale sans biopsie

HMQJ002 Echoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée

HEQJ001 Echoendoscopie œsogastrique sans biopsie

HHQJ002 Echoendoscopie colique sans biopsie

HEQJ002 Echoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée

HJQJ001 Echoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée

HGQJ002 Echoendoscopie duodénale sans biopsie

HGQJ001 Echoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée

### **Actes de traitement des hémorroïdes :**

EGNP001 Séance de traitement instrumental des hémorroïdes par procédé physique

EGFA007 Excision d'une thrombose hémorroïdaire

EGJA001 Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe

EGSP001 Séance de ligature élastique des hémorroïdes

EGFA002 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne

EGFA005 Résection d'un paquet hémorroïdaire isolé

EGLF002 Séance d'injection sclérosante des hémorroïdes

EHNE001 Séance de sclérose et/ou de ligature de varices œsogastriques en dehors de la période hémorragique, par endoscopie

EGED001 Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale

EGFA001 Hémostylectomie pédiculaire semiferme ou fermée

EGFA003 Hémostylectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse

HKFA006 Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé

HJFD005 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec hémostylectomie pédiculaire

HKPA002 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé

HKPA001 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec hémostylectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse

#### **Actes de traitement de lésions anales et périnéales :**

HKFA008 Destruction et/ou excision de lésion superficielle non tumorale de l'anus

HKND001 Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus

HKFA001 Destruction et/ou excision de tumeur bénigne du canal anal

HKFA005 Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse

HJAD001 Dilatation ou incision de sténose anorectale

HKPA004 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie

HKPA007 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple

QBFA007 Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier

HKFA004 Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]

HKPA005 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus

HKPA006 Incision d'abcès de la région anale

HKLB002 Injection sousfissuraire et/ou intrasphinctérienne de l'anus

HJGD001 Ablation de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale

HKPA003 Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus

HKFA002 Résection d'une fissure anale infectée

HTRD001 Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, sans électrostimulation

HKPA008 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec lambeau d'avancement

HKFA007 Excision de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anus

HKHA001 Biopsie de lésion de la région périanale et/ou du canal anal

QBFA004 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur moins de 30 cm<sup>2</sup>

QBFA002 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm<sup>2</sup>

JZNP003 Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm<sup>2</sup>

HKFA009 Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal

JZNP001 Destruction de 10 à 50 lésions périnéales

JZNP002 Destruction de moins de 10 lésions périnéales

HKMA001 Plastie cutanée de la marge de l'anus

HKQE001 Anuscopie

HKCA004 Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus

HJCD002 Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus

#### **Autres actes dont la fréquence annuelle est $\geq$ 50 actes/an :**

FEJF003 Saignée thérapeutique

HGQD002 Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée

HTQD002 Manométrie anorectale

HPJB001 Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée

HEQD003 Manométrie œsophagienne

HGQE003 Entéroscopie jéjunale [Jéjunoscopie]

HEQD002 pH-métrie œsophagienne et/ou gastrique sur 24 heures

HFCB001 Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique

HEQH002 Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]

HHQH001 Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste

PHHB003 Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée  
 HGQE005 Entéroscopie iléale [Iléoscopie]  
 HGQH002 Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]  
 HQQP001 Analyse informatisée de la déglutition  
 HLHJ003 Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique  
 HLQM002 Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore  
 HTQH002 Défécographie [Rectographie dynamique]  
 HJQD001 Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale  
 HFKD001 Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage  
 HLHJ006 Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique  
 HJFD001 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure  
 HLHB001 Biopsie du foie, par voie transcutanée sans guidage  
 HJFD004 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculature, par voie anale  
 HEQH001 Radiographie de l'œsophage avec opacification par produit de contraste [Transit œsophagien]  
 HJFD002 Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale  
 HLHJ004 Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique  
 HGFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie  
 HEAH001 Dilatation de l'œsophage, avec guidage radiologique  
 HGAE001 Dilatation d'une sténose iléale, par iléoscopie  
 HKSD001 Hémostase secondaire à un acte sur l'anus  
 HJHD002 Biopsie de la musculature du rectum, par voie anale  
 HGFE001 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie  
 HJSD001 Hémostase secondaire à un acte sur le rectum  
 HJFA008 Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculature, par abord périnéal  
 HGSE001 Hémostase de lésion intestinale sans laser, par jéjunoscopie  
 QBPA001 Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté  
 HGQE001 Entéroscopie jéjunale avec entéroscopie iléale

« indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie pour l'année 2017.

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

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d' <i>Helicobacter Pylori</i> (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67 %	≥77 %	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20 %	≥ 25 %	10 patients	35
Efficiences	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85 %	≥ 95 %	20 patients	30
Total						300

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire A partir de 2018	Objectif cible A partir de 2018	Seuil minimal A partir de 218	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	63 %	≥ 86 %	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	15 %	≥ 40 %	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	24 %	≥ 60 %	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de MICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	63 %	≥ 86 %	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	3,0 %	≤ 1,2 %	5 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d' <i>Helicobacter Pylori</i> (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	49 %	≥ 71 %	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20 %	≥ 25 %	5 patients	35
Efficiences	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85 %	≥ 95 %	5 patients	30
Total						300



## Article 2.4

*Indicateurs pour les médecins spécialistes  
en endocrinologie, diabétologie et nutrition*

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

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

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

**Indicateurs de suivi des pathologies chroniques :**

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

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, traités par insuline seule

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, ayant :

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

*Période de calcul* : 12 mois glissants

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante < 70 ans traités par insuline seule

*Fréquence de mise à jour des données* : semestrielle

*Définitions* :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- insuline lente/intermédiaire : médicaments des classes EPHMRA A10C2 ou A10C5
- insuline rapide : médicaments de la classe EPHMRA A10C1
- pompe à insuline : codes LPP 1121332, 1120663, 1130058 avant le 01/08/15, 1131170, 1120663 entre le 01/08/15 et 02/16 et 1117201, 1131170, 1120663 à partir de 02/16.

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu un compte-rendu annuel réalisé pour le médecin traitant précisant la gradation des risques, les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications.

*Période de calcul* : 12 mois glissants

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques

*Fréquence de mise à jour des données* : déclaration annuelle

*Définitions* : indicateur déclaratif

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline l'année N

*Période de calcul* : 12 mois glissants (et 9 ans de séjours PMSI)

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9

*Fréquence de mise à jour des données* : semestrielle

*Définitions* :

- Patients opérés d'un cancer de la thyroïde : patients ayant eu un séjour en MCO avec DP/DR/DA : D093, D440 ou C73

et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001

- dosage de la thyroglobuline : code NABM 0821
- dosage des anticorps anti-thyroglobuline : code NABM 1483 ou 1484.

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante opérés d'un nodule thyroïdien (bénin ou malin) l'année N-1

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu une cytoponction dans les 6 mois avant chirurgie thyroïdienne [6 mois entre cytoponction et début du 1<sup>er</sup> séjour MCO en N-1]

*Période de calcul* : 1 an de séjour MCO avec thyroïdectomie [N-1] et 1 an 1/2 de liquidation des cytoponctions réalisées en ville, en consultation externe ou lors de séjours hospitaliers [N-1 à N-2]

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un nodule thyroïdien

*Fréquence de mise à jour des données* : semestrielle

*Définitions* :

- Patients opérés d'un nodule thyroïdien : patients ayant eu un séjour en MCO avec DP/DR/DA : E041, D34, D357, D358, D359, D093, D440 ou C73

et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001

- Cytoponction : actes CCAM KCHB001, KCHJ001, KCHJ002, KCHJ003 ou KCHJ004

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante diagnostiqués maladie de Basedow

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante n'ayant pas eu une scintigraphie thyroïdienne pour poser le diagnostic

*Période de calcul* : 12 mois glissants

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante présentant une maladie de Basedow

*Fréquence de mise à jour des données* : déclaration annuelle

*Définitions* : indicateur déclaratif

**Indicateurs de prévention :**

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

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins trois POD dans les 12 mois précédents le dernier POD (quatre au total)

*Période de calcul* : 24 mois glissants

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année

*Fréquence de mise à jour des données* : semestrielle

*Définitions* :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- POD : prestation de soins de podologie

**Indicateurs d'efficience :**

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

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

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline (sans insuline sur 6 mois avant 1<sup>re</sup> délivrance)

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, autonomes dès l'initiation de traitement (0 jour avec [(AMI1+IFD) ou (AIS3+IFD)])

*Période de calcul* : 19 mois glissants

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline

*Fréquence de mise à jour des données* : semestrielle

*Définitions* :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- insuline : médicaments des classes EPHMRA A10C1, A10C2 ou A10C5
- actes infirmiers pour cibler l'autonomie : prestations AMI1, AIS3, IFD

**Indicateur : Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)**

*Dénominateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1 (sans insuline sur 6 mois avant 1<sup>re</sup> délivrance)

*Numérateur* : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans pour lesquels le délai entre la fin du séjour MCO (avec DP/DR/DA de diabète) et le 1er remboursement d'insuline est entre +1 mois et -1 mois

*Période de calcul* : 18 mois glissants

*Seuil minimum* : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1

*Fréquence de mise à jour des données* : semestrielle

*Définitions* :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- insuline : médicaments des classes EPHMRA A10C1, A10C2 ou A10C5
- séjours MCO pour diabète : DP/DR/DA E10, E11, E12, E13 ou E14.

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire à partir de 2018	Objectif cible à partir de 2018	Seuil minimal à partir de 2018	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »	74 %	≥ 89 %	5 patients	30
		Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou l'intensification des traitements, avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications. <b>Déclaratif</b>	80 %	≥ 95 %	5 patients	20
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année	56 %	≥ 82 %	5 patients	50
		Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	38 %	≥ 67 %	5 patients	50
		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH) <b>Déclaratif</b>	20 %	≤ 5 %	5 patients	20
Prévention	Diabète	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	42 %	≥ 57 %	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire à partir de 2018	Objectif cible à partir de 2018	Seuil minimal à partir de 2018	Nombre de points
Efficience des prescriptions	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection	64 %	≥ 85 %	5 patients	70
		Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)	28 %	9 %	5 patients	70
<b>Total</b>						<b>340</b>

**Art. 2.** – La directrice de la sécurité sociale et directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 16 août 2018.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*  
Pour la ministre et par délégation :  
*La chef de service,  
adjoindte à la directrice générale  
de l'offre de soins,*  
S. DECOOPMAN

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le chef de service,  
adjoindte à la directrice  
de la sécurité sociale,*  
J. BOSREDON

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

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

## FICHE DEMOGRAPHIE

### CONTRAT DE SOLIDARITE TERRITORIALE MEDECIN (CSTM)

#### OBJET

Favoriser l'intervention ponctuelle de médecins venant exercer dans les zones identifiées par les ARS comme « sous denses » (*tout type de vacation en zone sous dense dès lors que cette dernière est autorisée par le conseil départemental de l'Ordre - contrats éventuels avec un confrère ou une collectivité territoriale, etc...*) afin de répondre aux besoins en offre de soins des patients.

#### BENEFICIAIRES

Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice, installé hors d'une zone identifiée par l'ARS comme « sous dense ».

#### MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le médecin, la caisse et l'ARS

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (*contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par les ARS*) sur la base du modèle de contrat figurant en Annexe 6 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

#### ENGAGEMENTS

Type d'engagement	Engagements
Socle	Exercer au minimum dix jours par an, en zones « sous dense » ( <i>cet exercice peut s'effectuer dans une ou plusieurs zones « sous denses » et selon différentes modalités possibles, collaboration avec des confrères etc...</i> )
	Facturer l'activité réalisée au sein de ces zones, sous le numéro de facturant (numéro AM) attribué spécifiquement pour cette activité.

#### AIDES

Montant conventionnel	Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20%, défini par le contrat type régional)
<p><u>Avant l'avenant 6 :</u> + 10 % sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 20 000 €/an).</p> <p><u>Avec l'avenant 6</u> + 25 % sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 50 000 €/an) <i>① entrée en vigueur de la mesure en 2019</i></p>	+ 20% sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 60 000€/an contre 24 000 €/an avant l'avenant 6).
Prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre en zone sous dense (sur la base de la grille de prise en charge des conseillers des caisses d'assurance maladie intervenant dans les instances paritaires conventionnelles)	

\* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Spécificités secteurs 2 :

- aide proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarif opposable (activité sans dépassement d'honoraires) par le médecin.

Modalités de versement :

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant, au prorata de date d'adhésion du médecin au contrat,
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante.
- en cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

**ENTREE EN VIGUEUR**

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au CSTM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 6 de la convention médicale de 2016.

**PARTICULARITES**

Contrat de 3 ans (renouvelable tacitement)

**LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE SOUS DENSE**

- Contrat se substituant à l'Option Santé Solidarité Territoriale (convention 2011)
- Non cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAIM)
- Non-cumulable avec le Contrat de transition (COTRAM)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)

Les contrats précités étant réservés aux médecins installés dans les zones identifiées par l'ARS comme « sous denses ».

**TEXTES ASSOCIES**

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
  - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP), dès que ces zones auront été définies : décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et Arrêté du 13 novembre 2017 (JO du 15 novembre 2017), définissant la nouvelle méthodologie de zonage applicable à la profession de médecin
  - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP (dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) : zonage actuellement en vigueur jusqu'à la publication de l'arrêté de l'ARS instaurant le nouveau zonage

\*\*\*\*\*

## FICHE DEMOGRAPHIE

### CONTRAT D'AIDE A L'INSTALLATION (CAIM)

#### OBJET

Apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en libéral en zone sous dense pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

#### BENEFICIAIRES

Médecin de secteur 1 ou de secteur 2 adhérent OPTAM / OPTAM-CO (dispositifs de maîtrise des dépassements) qui s'installe dans la zone sous dense ou est installé dans la zone depuis moins d'un an.

① Est considéré comme nouvel installé en zone sous-dense, le médecin qui s'est installé en libéral dans une zone sous-dense depuis moins d'un an à la date de sa demande de souscription au contrat. Cette condition s'applique autant aux médecins s'installant pour la première fois en libéral qu'aux médecins déjà en exercice libéral venant s'installer en zone sous dense.

#### MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite signé entre le médecin, la caisse et l'ARS.

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (*contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par les ARS*) sur la base du modèle de contrat figurant en annexe 3 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

Dérogation possible à définir dans le contrat type publié au niveau régional (ARS) :

- possibilité d'adhérer même si au moment de l'installation, le médecin n'exerce pas encore en groupe, ou de manière coordonnée dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (EPS) : le médecin dispose alors d'un délai de 2 ans (suivant la signature du contrat) pour remplir cette condition.
- dérogation s'appliquant, au maximum, dans 20% des zones sous denses de la région (*en lieu et place des 20% des « médecins éligibles »*. cf. disposition antérieure à l'avenant 6)

#### ENGAGEMENTS

Type d'engagement	Engagements
Socle	S'installer dans la zone et y exercer en libéral, pendant une durée de 5 ans, en secteur 1 ou en secteur 2 OPTAM ou OPTAM-CO, en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou en équipe de soins primaires (EPS) avec signature d'un projet de santé avec l'ARS
	Exercer une activité libérale partielle ou à temps plein (au minimum égale à 2,5 jours par semaine)
	Participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire ( <i>sauf dérogation accordée par le CDOM</i> )*
Optionnel	Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité (attester par la seule production du contrat d'activité libérale conclu avec la structure)

\* La participation à la PDSA figurait déjà dans le dispositif précédent. L'objectif est d'inciter les médecins s'installant dans ces zones sous denses et bénéficiant d'une aide à l'installation conséquente, à répondre aux différents besoins de soins sur le territoire y compris en dehors des heures de consultations habituelles. A l'instar du dispositif précédent, cette obligation sera appréciée au cas par cas.

**AIDES**

	<b>Montant conventionnel</b>	<b>Montant en cas de majoration par l'ARS*</b> (majoration d'un montant maximal de 20% et dans 20% des zones sous denses de la région, définie par le contrat type régional)
Socle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 000 € si au moins 4 jours d'exercice libéral par semaine</li> <li>- 43 750 € si 3,5 jours d'exercice libéral par semaine</li> <li>- 37 500 € si 3 jours d'exercice libéral par semaine</li> <li>- 31 250 € si 2,5 jours d'exercice libéral par semaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 000 € si au moins 4 jours d'exercice libéral par semaine,</li> <li>- 52 500 € si 3,5 jours d'exercice libéral par semaine,</li> <li>- 45 000 € si 3 jours d'exercice libéral par semaine</li> <li>- 37 500 € si 2,5 jours d'exercice libéral par semaine</li> </ul>
Optionnel	Engagement d'exercer une partie de son activité libérale en hôpital de proximité majoration de 2 500 €.	

\* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Modalités de versement

Aide forfaitaire versée en 2 fois : 50 % à l'installation et 50 % après 1 an

Majoration de 2 500 € versés en 2 fois pour exercice partiel dans un hôpital de proximité : 50 % à l'installation et 50 % après 1 an

En cas de résiliation anticipée du contrat, le médecin est invité à reverser les sommes dues au titre des aides au prorata du temps restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

**ENTREE EN VIGUEUR**

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au CAIM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 3 de la convention médicale de 2016.

**DUREE**

Contrat de 5 ans (non renouvelable)

**LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE SOUS DENSE**

- Non-cumulable avec le Contrat de transition (COTRAM)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)
- Non cumulable avec le Contrat solidarité territoriale (CSTM)
- Non cumulable avec les options démographiques (convention de 2011)

① Adhésion possible au COSCOM ou au COTRAM à l'issue d'un CAIM (sous réserves du respect des conditions d'éligibilité)

**TEXTES ASSOCIES**

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
  - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP), dès que ces zones auront été définies : décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et Arrêté du 13 novembre 2017 (JO du 15 novembre 2017), définissant la nouvelle méthodologie de zonage applicable à la profession de médecin
  - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP (dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) : zonage actuellement en vigueur jusqu'à la publication de l'arrêté de l'ARS instaurant le nouveau zonage



## FICHE

## DEMOGRAPHIE – CONTRAT DE STABILISATION ET DE COORDINATION POUR LES MEDECINS (COSCOM)

### OBJET

Encourager les médecins qui s'impliquent :

- dans des démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire donné,
- dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans ces territoires,
- dans la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité.

### BENEFICIAIRES

Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice, déjà installé en zone sous dense et impliqué dans une démarche d'exercice coordonné : exercice en groupe ou appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP)

### MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le médecin, la caisse et l'ARS.

Contrat conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par l'ARS) sur la base du modèle de contrat figurant en Annexe 5 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

### ENGAGEMENTS

Type d'engagement	Engagements
Socle	Etre installé dans une zone identifiée par l'ARS comme « sous dense »
	Exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou 2) dans la zone
	Exercer en groupe ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (ESP)
Optionnel	Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité ( <i>attester par la seule production du contrat d'activité libérale conclu avec la structure</i> )*
	Exercer les fonctions de maître de stage universitaire et accueillir en stage des internes ou des externes ( <i>attesté par la production de la convention de stage et des notifications des rémunérations reçues à ce titre par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche</i> )
	<u>Dérogation possible ARS</u> : Accueillir des internes réalisant des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), après appréciation des éventuelles aides financières existant sur le territoire visant à favoriser cette activité de maître de stage

\*pas de seuil minimal d'activité requis.

**AIDES**

	<b>Montant conventionnel</b>	<b>Montant en cas de majoration par l'ARS*</b> (majoration d'un montant maximal de 20% et dans 20% des zones sous denses de la région, définie par le contrat type régional)
<b>Socle</b>	5 000€ / an	6000€ au maximum / an –
<b>Optionnel</b>	Majoration de 1 250€ / an (exercice libéral partiel dans un hôpital de proximité)	Majoration de 1 500€ au maximum / an (exercice libéral partiel dans un hôpital de proximité)
	> Rémunération complémentaire de 300€/mois (fonctions de maître de stage et accueil de stagiaires (ou SASPAS si dérogation ARS))	> Rémunération complémentaire de 360 € maximum /mois (fonctions de maître de stage et accueil de stagiaires (ou SASPAS si dérogation ARS))
	Rémunération proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel	Rémunération proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel

\* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

**Spécificités secteur 2**

- L'aide est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarif opposable (activité sans dépassement d'honoraires) par le médecin.

**Modalités de versement**

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat,
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante.
- en cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

**ENTREE EN VIGUEUR**

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au COSCOM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 5 de la convention médicale de 2016.

**DUREE**

Contrat de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

**LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE SOUS DENSE**

- Non-cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAIM)
- Non-cumulable avec le Contrat de transition (COTRAM)
- Non cumulable avec le Contrat solidarité territoriale (CSTM)
- Non-cumulable avec les options démographiques (convention de 2011)

**TEXTES ASSOCIES**

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
  - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP), dès que ces zones auront été définies : décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et Arrêté du 13 novembre 2017 (JO du 15 novembre 2017), définissant la nouvelle méthodologie de zonage applicable à la profession de médecin
  - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP (dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) : zonage actuellement en vigueur jusqu'à la publication de l'arrêté de l'ARS instaurant le nouveau zonage

## FICHE DEMOGRAPHIE

### CONTRAT DE TRANSITION POUR LES MEDECINS (COTRAM)

#### OBJET

Soutenir les médecins exerçant dans des zones sous denses préparant leur cessation d'activité et prêts à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

#### BENEFICIAIRES

Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice,

- installé dans une zone identifiée par l'ARS comme « sous dense »,
- âgé de 60 ans et plus,
- accueillant au sein de son cabinet, un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui :
  - o s'installe dans la zone,
  - o est installé dans la zone depuis moins d'un an.

#### MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le médecin, la caisse et l'ARS.

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (*contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par les ARS*) sur la base du modèle de contrat figurant en Annexe 4 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

#### ENGAGEMENT

Type d'engagement	Engagement
Socle	Accompagner l'installation en libéral d'un confrère de moins de 50 ans dans son cabinet

#### AIDES

	Montant conventionnel	Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20% et dans 20% des zones sous denses de la région, définie par le contrat type régional)
Socle	<p>Valorisation de +10 % des honoraires conventionnés (<i>actes cliniques et techniques hors dépassements et rémunérations forfaitaires</i>)</p> <p>Valorisation plafonnée à 20 000 €/an</p>	<p>Valorisation de +20 % des honoraires conventionnés (<i>actes cliniques et techniques hors dépassements et rémunérations forfaitaires</i>)</p> <p>Valorisation plafonnée à 24 000 €/an</p>

\* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Spécificité secteurs 2

- aide proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarif opposable (activité sans dépassement d'honoraires) par le médecin.

Modalités de versement des aides :

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile (le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat au cours de ladite année)
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante

En cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

**ENTREE EN VIGUEUR**

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au COTRAM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 4 de la convention médicale de 2016.

**DUREE**

Contrat de 3 ans pour la préparation d'une cessation d'activité, renouvelable 1 fois

**LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE SOUS DENSE**

- Non-cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAIM)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)
- Non cumulable avec le Contrat solidarité territoriale (CSTM)
- Non cumulable avec les options démographiques (convention de 2011)

① Adhésion possible au COSCOM à l'issue du COTRAM (si décision de poursuite d'activité libérale)

**TEXTES ASSOCIES**

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
  - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP), dès que ces zones auront été définies : décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et Arrêté du 13 novembre 2017 (JO du 15 novembre 2017), définissant la nouvelle méthodologie de zonage applicable à la profession de médecin
  - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP (dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) : zonage actuellement en vigueur jusqu'à la publication de l'arrêté de l'ARS instaurant le nouveau zonage

\*\*\*\*\*

## ANNEXE 4 – DESCRIPTION DES POSSIBILITES D'ADAPTATIONS REGIONALES PAR CONTRAT

Type de contrat	Possibilités d'adaptations régionales ouvertes par le contrat type national	Précisions	Application de la dérogation au maximum dans 20% des zones sous denses de la région
CAIM	<p><u>Pour la signature du contrat :</u> Possibilité de permettre la signature du contrat à des médecins qui, au moment de leur installation, ne remplissent pas la condition d'exercice en groupe ou dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires, sous réserve qu'ils s'engageant à remplir cette condition dans un délai de deux ans. <i>(cf. article 1.2 du contrat type national / annexe 1.1)</i></p>	L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non ces modulations dans le contrat type régional.	OUI
	<p><u>Sur les rémunérations :</u> Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration de l'aide forfaitaire à l'installation correspondant au maximum à 20% du montant défini dans la convention. <i>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 1.1)</i></p>	L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non cette modulation dans le contrat type régional. Si elle l'intègre, l'ARS définit le niveau de cette majoration qui ne pourra pas excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire définie dans la convention (cf. fiche CAIM).	OUI
COTRAM	<p><u>Sur les rémunérations :</u> Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration du niveau de l'activité correspondant au maximum à 20% du niveau de valorisation défini dans la convention (soit au maximum 12% au lieu de 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée). <i>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 1.2)</i></p>	L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non cette modulation du niveau de l'aide dans le contrat. Si elle l'intègre, elle définit le niveau de cette majoration qui ne pourra pas excéder 20% du montant de l'aide à l'activité définie dans la convention (soit au maximum 12% au lieu de 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée).	OUI

## ANNEXE 4 – DESCRIPTION DES POSSIBILITES D'ADAPTATIONS REGIONALES PAR CONTRAT

Type de contrat	Possibilités d'adaptations régionales ouvertes par le contrat type national	Précisions	Application de la dérogation au maximum dans 20% des zones sous denses de la région
COSCOM	<p><u>Sur les engagements :</u> Possibilité d'intégrer dans les engagements optionnels ouvrant droits à une rémunération l'accueil des internes réalisant des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS). <i>(cf. article 2.1 du contrat type national / annexe 1.3)</i></p>	<p>L'ARS est libre d'intégrer ou non les stages en SASPAS dans les engagements optionnels donnant lieu à rémunération dans le cadre du contrat type régional. La décision doit être prise après appréciation des aides financières existant sur le territoire visant à favoriser ce type de stages.</p>	NON
	<p><u>Sur les rémunérations :</u> Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration des rémunérations définies dans la convention correspondant au maximum à 20% des montants définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aide forfaitaire (5000 euros par an),</li> <li>- majoration pour l'exercice d'une activité libérale en hôpital de proximité (1250 euros par an),</li> <li>- rémunération complémentaire pour l'accueil d'un stagiaire (300 euros par mois et par stage, si stagiaire à temps plein).</li> </ul> <p><i>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 1.3)</i></p>	<p>L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non dans le contrat type régionale cette modulation du niveau de l'aide pour chaque type de rémunération. Si elle décide de l'intégrer, elle précise le niveau de cette majoration régionale qui ne pourra pas excéder 20% du montant de chacune de ces rémunérations définies dans la convention.</p>	OUI

## ANNEXE 4 – DESCRIPTION DES POSSIBILITES D'ADAPTATIONS REGIONALES PAR CONTRAT

Type de contrat	Possibilités d'adaptations régionales ouvertes par le contrat type national	Précisions	Application de la dérogation au maximum dans 20% des zones sous denses de la région
CSTM	<p><u>Sur les rémunérations :</u> Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration du niveau de l'aide à l'activité correspondant au maximum à 20% du niveau de valorisation défini dans la convention (soit au maximum 30% au lieu de 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans la ou les zones sous denses).</p> <p><i>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 1.4)</i></p>	<p>L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non cette modulation du niveau de l'aide dans le contrat. Si elle l'intègre, elle définit le niveau de cette majoration régionale qui ne pourra pas excéder 20 % du montant de l'aide à l'activité définie dans la convention (soit au maximum 30% au lieu de 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans la ou les zones sous denses).</p>	NON