

GUIDE METHODOLOGIQUE

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

MEDECINS TRAITANTS DE L'ADULTE

Référence : article 27 et annexe 1 de la convention médicale du 25 août 2016

I. PRESENTATION DE LA ROSP MEDECIN TRAITANT DE L'ADULTE ISSUE DE LA CONVENTION 2016

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

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

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

La convention d'août 2016 a introduit une nouveauté : tout renoncement au bénéfice de la ROSP est désormais définitif pour toute la durée de convention.

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

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

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

- L'atteinte d'indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale
- Des objectifs cibles et intermédiaires
- Un taux de réalisation
- Un nombre de points calculés (chaque point est valorisé à 7 euros)
- Une période de référence

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

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

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

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

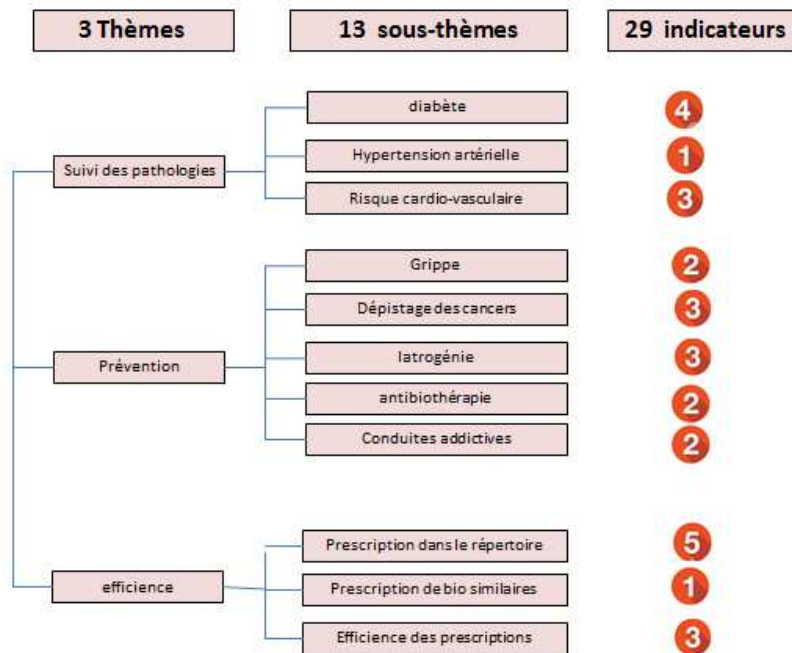
¹ A noter que la convention prévoyait la possibilité de renoncer à la ROSP dans les 3 mois à compter de la publication de la Convention nationale au Journal Officiel, (soit à compter du 23 octobre 2016), c'est-à-dire au plus tard le 23 janvier 2017. Au-delà de cette date, il n'est plus possible, hors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

II. PRESENTATION DES INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE DE LA ROSP MEDECIN TRAITANT DE L'ADULTE 2016

La ROSP ne comporte plus d'indicateurs sur l'organisation du cabinet.

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

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

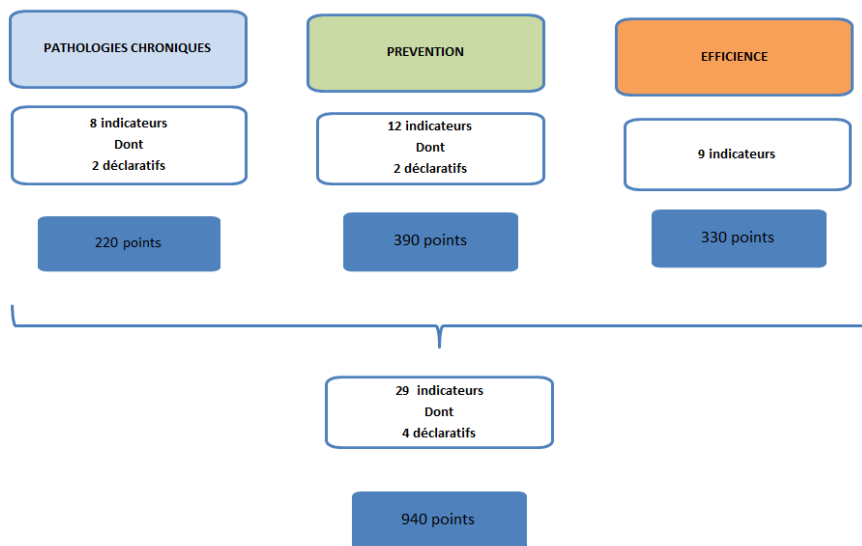


Le nombre d'indicateurs varie selon les thèmes et sous-thèmes.

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

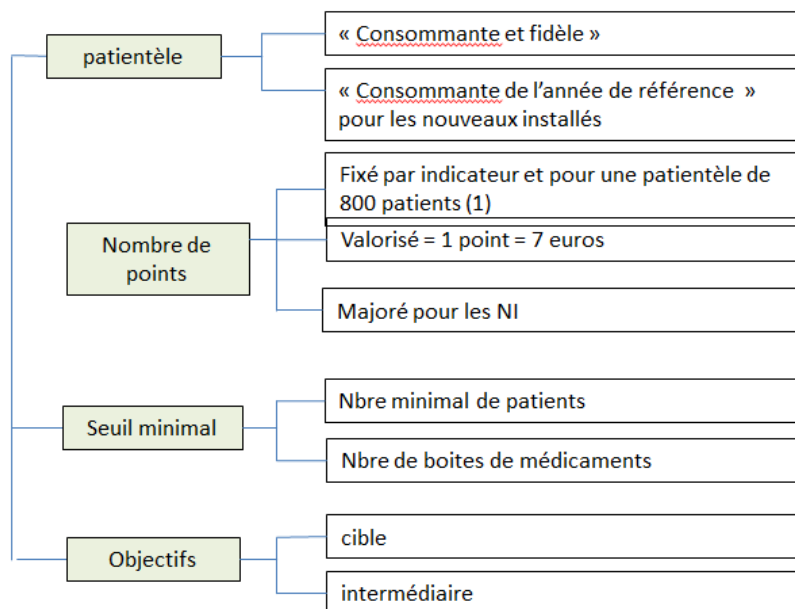
Dans le cadre de la Convention nationale d'août 2016, il est prévu que 1000 points au total soient affectés à la ROSP médecin traitant de l'adulte:

- Aujourd'hui, l'ensemble de ces indicateurs représente un maximum de 940 points ;



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

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



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

Exemple d'indicateur

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30

✓ **Un objectif cible** est défini :

- Soit selon un objectif national existant en fonction des priorités de santé définies par les pouvoirs publics et les autorités sanitaires (*Loi de Santé publique du 9/08/2004 ou plan ministériel*). C'est essentiellement le cas de certains indicateurs de prévention, tels que le dépistage de cancers (sein, col de l'utérus, cancer colorectal) ou la vaccination (grippe).
- Soit au regard de la pratique observée des médecins pour chaque indicateur en se basant sur l'observation des résultats de la population des médecins, répartie par déciles² :
 - ✓ appartenant au 9^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins
 - ✓ appartenant au 1^{er} décile de répartition des médecins (*si indicateur décroissant*)

✓ **Un objectif intermédiaire** est défini au niveau observé pour les médecins

- ✓ appartenant au 7^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins (*si indicateur croissant*)
- ✓ appartenant au 3^{ème} décile de répartition (*si indicateur décroissant*)

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

✓ **Un nombre de points** est fixé par indicateur :

- pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients
- pour une atteinte de l'objectif cible à 100 %

Chaque point est valorisé à **7 euros**

✓ **Un seuil minimal** correspondant au nombre minimal de patients ou à la quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées pour assurer une robustesse statistique.

Ces seuils statistiques ont été déterminés afin de ne pas calculer des indicateurs sur des effectifs trop faibles et peu significatifs. Ils sont appliqués aux taux de départ et aux taux de suivi.

- **Nouveauté de la convention 2016** : L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année au moment du calcul de l'indicateur au 31/12 de l'année concernée. En cas de non atteinte de ce seuil, l'indicateur est neutralisé pour l'année concernée pour le médecin.

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

Les indicateurs sont calculés :

- à partir des données de remboursement de l'assurance maladie en prenant en compte la patientèle «consommante et fidèle» (voir définition en annexe) pour la plupart des médecins libéraux, et à partir de la patientèle consommante de l'année de référence pour les médecins nouveaux installés (voir paragraphe IV).
- à partir des données déclarées par le médecin, pour les indicateurs qui ne peuvent être alimentés à partir des données disponibles dans les bases de données de l'assurance maladie : Le médecin s'engage à pouvoir fournir toutes les informations qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul de l'indicateur concerné.
- Il existe t 4 indicateurs déclaratifs dans la ROSP version Convention 2016 :

Risque Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le médecin traitant ou d'une consultation de podologie dans l'année
Risque cardio-vasculaire	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines
Conduites addictives – tabac -	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier
Conduites addictives – alcool-	Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier

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

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

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

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

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

➤ **Nouveauté de la convention 2016 :**

- Si le seuil minimal de l'indicateur n'est pas atteint au 31/12/2016 :
 - le taux de départ ne peut être calculé au 31/12/2016 et l'indicateur est neutralisé
 - Au 31/12 des années suivantes, l'atteinte du seuil minimal de l'indicateur sera de nouveau vérifiée. Le taux de départ sera calculé l'année de l'atteinte du seuil minimal de l'indicateur.
- Pour les indicateurs déclaratifs, le taux de départ est fixé à 0%

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

➤ **Nouveauté de la convention 2016 : l'atteinte du seuil minimal est vérifiée chaque année sur le taux de suivi.** Le taux de suivi est calculé dès lors que le seuil minimal est atteint.

3. **une patientèle**

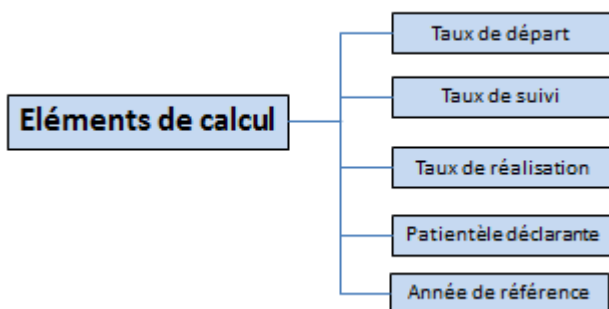
La patientèle sur la base de laquelle le calcul des indicateurs est réalisé est dite « **patientèle consommatrice fidèle** » du médecin traitant.

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

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

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

MODALITES DE CALCUL DE LA REMUNERATION (HORS NOUVEAUX INSTALLES)



1. Le calcul d'un taux de réalisation

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

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

Les formules présentées ci-dessous s'appliquent pour un indicateur ayant un objectif cible croissant (exemple : part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière : objectif cible $\geq 93\%$)

Pour un indicateur ayant un objectif cible décroissant (exemple : part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est $>$ à 4 semaines : objectif cible $\leq 24\%$), le rapport est inversé.

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

Il convient d'appliquer la formule suivante :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% \times \frac{\text{taux de suivi} - \text{taux de départ}}{\text{Objectif intermédiaire} - \text{taux de départ}}$$

Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%.

Cas pratique :

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

Objectif intermédiaire à 75 %

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

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

$$\text{Taux de réalisation} = 50 \% + 50 \% \times \frac{\text{taux de suivi} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{Objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Le taux de réalisation est au moins égal à 50 % + un pourcentage proportionnel réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire.

Cas pratique :

Taux de suivi à 77 %
Objectif intermédiaire à 75 %
Objectif cible à 85%

$$\text{Taux de réalisation} = 50 \% + 50 \% \times \frac{77\% - 75\%}{85\% - 75\%} = 60 \%$$

2. Le calcul du nombre de points

Pour chaque indicateur, a été défini un nombre de points maximum, qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible et donc à un taux de réalisation de 100 %.

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

La valeur du point est de 7€.

3. Le calcul de la rémunération

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

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.

Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle déclarante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

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

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

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

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

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

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

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

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

$$\text{Nombre de points} = 60\% \times 35 = 21$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 21 \times (900/800) \times 7\text{€} = 165,38\text{€}$$

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

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

1. Définition des « médecins nouveaux installés »

- **Nouveauté de la convention** de 2016: La nouvelle convention a élargi les situations des médecins pouvant bénéficier de ces modalités spécifiques. Ainsi les médecins considérés comme « nouveaux installés » au sens de la ROSP sont :
- Les médecins installés en libéral pour la 1^{ère} fois depuis moins de 3 ans ;
 - Les médecins installés en libéral depuis moins de 3 ans après une interruption totale d'activité libérale d'au moins 2 ans ;
 - Les médecins installés en libéral ayant modifié leur lieu d'exercice vers un autre département (non limitrophe du précédent) ;
 - Les médecins collaborateurs qui n'ont pu se constituer une patientèle médecin traitant pendant leur exercice en collaboration et installés dans leur propre cabinet depuis moins de 3 ans par rapport à l'année considérée.

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

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

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

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

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

- application d'une majoration de la valeur du point

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Calcul de la rémunération des nouveaux installés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

V. MODALITES DE SUIVI ET PAIEMENT EFFECTIF DE LA REMUNERATION

- Chaque médecin peut suivre l'atteinte de ses indicateurs via Espace Pro. Ses données individuelles de suivi et de résultats sont affichées sur Espace pro chaque trimestre. A tout moment, le médecin peut faire appel à un praticien conseil ou un représentant de sa caisse de rattachement pour obtenir des explications concernant les données le concernant.
- A la fin de chaque année, une période de saisie des indicateurs déclaratifs est ouverte sur Espace Pro, afin que chaque médecin puisse procéder à la saisie des données nécessaires à l'appréciation par l'Assurance Maladie, de l'atteinte des indicateurs déclaratifs.

Des précisions seront apportées via une circulaire spécifique, qui sera mise en ligne sur ameli.fr, sur les modalités de saisie de ces données déclaratives.

- La rémunération effective est effectuée au plus tard à la fin du 1^{er} semestre de l'année N+1.

ANNEXE 1

DEFINITIONS

La patientèle « consommante fidèle » correspond aux patients qui :

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

Cette patientèle est réévaluée tous les ans.

La patientèle « consommante » correspond aux patients qui :

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

Cette patientèle est réévaluée tous les ans.

La patientèle déclarante :

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

Année de référence :

Année au titre de laquelle le médecin traitant est rémunéré.

Exemple : La rémunération qui sera perçue au cours du 1^{er} semestre 2018 concernera l'année de référence 2017.

Annexe 2
Tableau des indicateurs ROSP MT DE L'ADULTE

Thème	Sous-thème	Indicateurs		Objectif interm.	Objectif cible	Seuil minimal	Points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié <u>d'au moins 2 dosages</u> d'HbA1c dans l'année	modifié	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	inchangé	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	nouveau	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 (déclaratif)	nouveau	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	nouveau	6%	≥ 14%	10 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateurs		Objectif interm.	Objectif cible	Seuil minimal	Points
Suivi des pathologies chroniques	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)	nouveau	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	nouveau	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	nouveau	88%	≥ 95%	5 patients	30
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	inchangé	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	modifié	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	inchangé	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	inchangé	62%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	nouveau	40%	≥ 70%	20 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)	nouveau	4%	0%	10 patients	35

Thème	Sous-thèmes	Indicateurs		Objectif interm.	Objectif cible	Seuil minimal	Points
Prévention	Iatrogénie	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotiques et dont la durée de traitement est > 4 semaines	nouveau	33%	≤ 24%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines	nouveau	11%	≤ 7%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	inchangé	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones) .	nouveau	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	Nouveau	60%	≥ 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 (déclaratif)	nouveau	60%	≥ 75%	10 patients	20
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Inchangé	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	inchangé	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	nouveau	71%	≥ 94%	20 boîtes	30

Thème	Sous thème	Indicateurs		Objectif interm.	Objectif cible	Seuil minimal	Points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	nouveau	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire-	nouveau	51%	≥ 55%	200 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	nouveau	15%	≥ 20%	20 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	inchangé	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	nouveau	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	nouveau	97%	≥ 99%	10 patients	45