

CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

REMUNERATION sur OBJECTIFS De SANTE PUBLIQUE (ROSP)

2018#

SPECIALISTES EN GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

Références :

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

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

SOMMAIRE

| | | |
|-----|--|------------------------------------|
| 1. | Présentation | 3 |
| 2. | Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération | 4 |
| 2.1 | Patientèle utilisée | 4 |
| 2.2 | Calcul des indicateurs | 5 |
| 2.3 | Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante » | 8 |
| 3 | Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. | 9 |
| 3.1 | Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques | 12 |
| 3.2 | Indicateurs de prévention..... | 15 |
| 3.3 | Indicateur d'efficience | 17 |
| 3.4 | Champ des médicaments étudiés..... | Erreur ! Signet non défini. |
| 3.5 | Actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante » | Erreur ! Signet non défini. |
| 3.6 | Actes de la CCAM pris en compte pour identifier les patients opérés d'un CCR | Erreur ! Signet non défini. |
| 3.7 | Actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR | Erreur ! Signet non défini. |
| 3.8 | Actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance des coloscopies (totales/partielles) | Erreur ! Signet non défini. |

1. Présentation

Dans le cadre de la convention du 25/08/2016, le dispositif de paiement sur objectifs de santé publique pour les spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie a été renouvelé.

Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale sont au nombre de 8 :

- 6 s'appuient sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie
- 2 s'appuient sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.

Ces indicateurs concernent :

- le suivi de pathologies chroniques ;
- des actions de prévention ;
- l'efficacité des pratiques.

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

La méthode de calcul utilisée permet de valoriser à la fois l'atteinte des objectifs et la progression réalisée.

Le résultat observé est pondéré selon le volume de la patientèle correspondante observé pour chaque médecin.

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 est semestrielle pour les indicateurs calculés; annuelle pour les indicateurs déclaratifs.

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

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

2. Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération

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

2.1 Patientèle utilisée

2.1.1. Pour les indicateurs calculés relatifs au suivi des pathologies chroniques

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 actes¹ 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.

2.1.2. Pour les indicateurs calculés relatifs à la prévention

La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs 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.

2.1.3. Pour les indicateurs déclaratifs de suivi clinique

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

¹ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés au chapitre 3.5

2.2 Calcul des indicateurs

2.2.1. Seuils appliqués

Un seuil minimal est requis pour le calcul de chaque indicateur. Il s'agit d'un nombre minimal de patients, variable selon l'indicateur.

Ces seuils statistiques ont été déterminés afin de calculer les indicateurs sur des effectifs suffisants et significatifs. Ils sont appliqués au nombre de patients figurant au dénominateur des taux de chaque indicateur.

Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour l'année concernée. L'atteinte des seuils est vérifiée chaque année.

En 2018, ces seuils ont été revus dans le cadre de l'avenant 6 à la convention médicale. Les seuils minimaux requis pour chaque indicateur sont précisés dans la partie « 3. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. »

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

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

Le niveau initial du médecin est défini à partir de sa situation médicale initiale au moment de l'entrée en vigueur du dispositif (31/12/2016) ou de son adhésion à la convention (en cas d'installation).

Les nouvelles dispositions de la convention médicale ont introduit la possibilité que le taux de départ soit défini au 31/12 de l'année au cours de laquelle le seuil minimal de l'indicateur est atteint. Une fois atteint le taux de départ d'un indicateur est figé pour le reste de la convention.

Pour les médecins nouveaux installés,² les taux de départ sont actualisés au cours des 3 premières années d'exercice.

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

Le taux de suivi correspond au niveau de l'indicateur de pratique clinique calculé, observé semestriellement.

Il permet, à la fin de l'année étudiée, d'évaluer la progression du médecin sur chaque indicateur et ainsi de calculer la rémunération.

L'atteinte des seuils minimaux est vérifiée chaque année sur le taux de suivi des indicateurs.

2.2.4. Calcul du taux de réalisation

² Compléments au point 2.2.5 (« calcul de la rémunération ») concernant les nouveaux installés

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

Pour calculer ce taux de réalisation, il est précisé pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 30% ;
- le niveau initial (ou taux de départ), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12 de l'année précédant la mise en œuvre du dispositif, soit le 31/12/2016 pour l'ensemble des gastro-entérologues (hors nouveaux installés depuis cette date) ou au 31/12 de l'année de l'atteinte du seuil minimal requis de l'indicateur;
- le niveau constaté (ou taux de suivi), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année si le seuil minimal de l'indicateur est atteint

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

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

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

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 intermédiaire³ :

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.

³ Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant.

L'objectif est décroissant pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucoséctomie d'un ou plusieurs polypes par coloscopie totale, le rapport est donc inversé.

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 :

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

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 en fonction du niveau constaté.

2.2.5. Calcul du nombre de points

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

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

La valeur du point est de 7€.

Concernant les nouveaux installés, la convention médicale prévoit à l'article 27.2.3, un accompagnement de la première installation en libéral en majorant la valeur du point durant les trois premières années d'installation pour les indicateurs relatifs à la qualité de la pratique médicale :

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

Les médecins nouvellement installés sont ceux s'installant pour la première fois en cabinet libéral (y compris sous la forme d'une collaboration libérale).

Selon les nouvelles dispositions de la convention, les médecins qui modifient leur lieu d'exercice dans un nouveau département (non limitrophe du précédent) peuvent donc être considérés, à ce titre, comme des médecins nouvellement installés.

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

2.3 Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante »

Le nombre de patients comptabilisés dans la patientèle correspondante, actualisé au 31 décembre de l'année N, entre dans le calcul de la rémunération qui sera versée au premier semestre de l'année N+1.

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 1100 patients pour un médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie.

Afin de prendre en compte le volume réel de la patientèle dans le calcul de la rémunération des indicateurs de qualité des pratiques, le résultat observé est ensuite pondéré selon le volume de la patientèle correspondante observé pour chaque médecin.

Cette pondération permet de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

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

| |
|--|
| $\text{Rémunération calculée} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times [(\text{patientèle correspondante})/1100] \times 7\text{€}$ |
|--|

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur pour un médecin ayant 1200 patients est le suivant :

- **Exemple 1** : un niveau initial de 25% ; un niveau constaté de 65% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un nombre de points = 35.

$$\text{Taux de réalisation (TR)} = 30\% \times (65\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 24\%$$

$$\text{Nombre de points} = 24\% \times 35 = 8.4$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 8.4 \times (1200/1100) \times 7\text{€} = 70.56 \text{€}$$

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

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

$$\text{Nombre de points} = 44\% \times 35 = 15.4$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 15.4 \times (1200/1100) \times 7\text{€} = 117.60\text{€}$$

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

| Thème | Sous thème | Indicateur | Objectif Interm. | Objectif Cible | Seuil min pour prise en compte de l'indicateur | Nb de points | Equivalent en (€)* | Type d'indicateur†. | Périodicité |
|----------------------------------|---|--|------------------|----------------|--|--------------|--------------------|---------------------|--------------|
| Suivi des pathologies chroniques | Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal (CCR) | 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 | 210 € | Calculé | Semestrielle |
| | 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 | 210 € | Calculé | Semestrielle |
| | 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 | 210 € | Calculé | Semestrielle |

* Pour un taux de réalisation de 100% et une patientèle de 1100 patients.

† Pour l'ensemble des indicateurs calculés, les données prises en compte sont issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et/ou du PMSI.

| Thème | Sous thème | Indicateur | Objectif Interm. | Objectif Cible | Seuil min pour prise en compte de l'indicateur | Nb de points | Equivalent en (€)* | Type d'indicateur [†] . | Périodicité |
|------------|--|--|------------------|----------------|--|--------------|--------------------|----------------------------------|--------------|
| | Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (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 | 210 € | Calculé | Semestrielle |
| TOTAL | | | | | | 120 | 840 € | | |
| Prévention | Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie d'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 | 560 € | Calculé | Semestrielle |
| | Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) | Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP | 49 % | ≥ 71 % | 5 patients | 35 | 245 € | Calculé | Semestrielle |
| | 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 | 245 € | Déclaratif | Annuelle |
| TOTAL | | | | | | 150 | 1 050 € | | |

| Thème | Sous thème | Indicateur | Objectif Interm. | Objectif Cible | Seuil min pour prise en compte de l'indicateur | Nb de points | Equivalent en (€)* | Type d'indicateur [†] . | Périodicité |
|-----------|--|--|------------------|----------------|--|--------------|--------------------|----------------------------------|-------------|
| Efficienc | Transmission par le GE au médecin traitant (MT) 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 | 210 € | Déclaratif | Annuelle |
| TOTAL | | | | | | 30 | 210 € | | |

3.1 Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques

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 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.

3.1.1 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 ; ZCOH001 (scanners abdomino-pelviens) ; ZBQK001 ; ZBQH001 (scanners thoraciques) ZZQK024 ZZQK024 (scanners thoraco-abdomino-pelviens) ; ZCOM006 ; ZCOM008 ; ZCOM004 ; ZCOM005 ; ZCOM010 ; ZCOM001 ; ZCOM002 ; ZCOM011 (échographies abdominales et/ou pelviennes) ; ZZQL016 (TEP).

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

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

Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 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.

3.1.3 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.

3.1.4 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.

3.2 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.

3.2.1 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

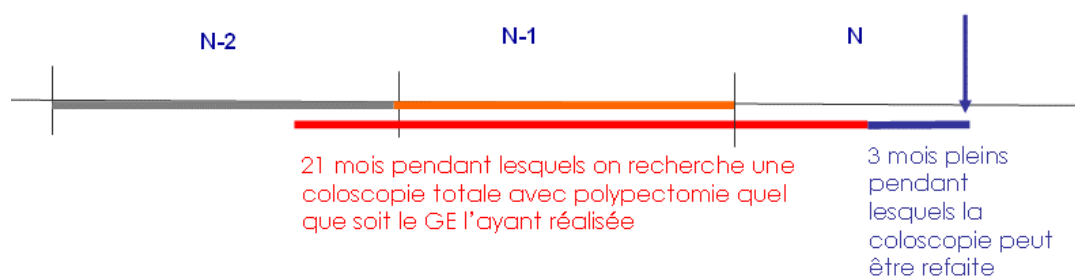
Dénominateur : nombre des patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N

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.

3.2.2 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 (rabéprazole) ; 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).

3.2.3 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)

Il s'agit d'un indicateur déclaratif. Pour ce type d'indicateur, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

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

3.3 Indicateur d'efficience

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)

Il s'agit d'un indicateur déclaratif. Pour ce type d'indicateur, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit

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