

**AVENANT N°6
A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 25 AOUT 2016**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15,

Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et notamment ses articles 15 et 54,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses avenants,

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

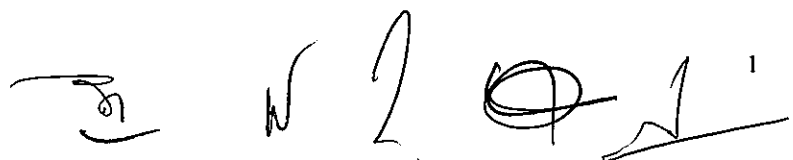
La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Le Syndicat des Médecins Libéraux.


JP4

Préambule

Le déploiement de la télémédecine constitue un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire.

Le recours aux actes de télémédecine devrait ainsi faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses en offre de soins en permettant aux patients d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides susceptibles dans certaines situations de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

La télémédecine peut également favoriser le partage d'informations et d'avis entre les professionnels de santé assurant la prise en charge des patients.

Afin de répondre à ces défis majeurs, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Afin que le déploiement de la télémédecine s'effectue dans les meilleures conditions possibles, les partenaires conventionnels souhaitent procéder par étapes.

La téléconsultation sera ouverte à l'ensemble des patients au 15 septembre 2018.

Toutefois, les parties signataires conviennent d'ouvrir dans un premier temps la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Les parties signataires conviennent également de procéder à des aménagements des dispositifs démographiques mis en place par la convention nationale, afin de les rendre plus attractifs et par là-même améliorer l'accès aux soins dans les zones sous denses.

En outre, elles souhaitent poursuivre la démarche initiée en 2016 dans la convention médicale visant à valoriser la prise en charge des patients en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques.



Enfin, quelques modifications techniques tenant compte notamment d'un certain nombre d'évolutions législatives et réglementaires sont également réalisées. Ces modifications portent notamment sur le dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Article 1 – le développement du recours à la télémedecine

L'article 28.6 de la convention nationale, intitulé : « **Le développement du recours à la télémedecine** » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 28.6. Le recours aux actes de télémedecine

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télémedecine (téléexpertise et téléconsultation), participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Face à ce défi, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télémedecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018.

Afin que le déploiement de la télémedecine s'effectue dans les meilleures conditions possibles, les partenaires conventionnels souhaitent procéder par étapes.

La téléconsultation sera ouverte au 15 septembre 2018 à l'ensemble des patients après modification de la liste des actes et prestations prévue à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Dans ce cadre, ils conviennent de définir le champ de ces actes et leurs tarifs ainsi que leurs modalités de réalisation et de facturation.

Article 28.6.1 La téléconsultation

Article 28.6.1.1 Champ d'application de la téléconsultation

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléconsultation, la consultation à distance réalisée entre un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin traitant et le médecin correspondant.

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations.

Ils doivent être informés des conditions de réalisation de la téléconsultation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant

Les partenaires conventionnels souhaitent que les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné.

Principe

Les téléconsultations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention.

Ainsi, pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être :

- orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier,
- connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Dans le cadre du suivi régulier des patients, le recours à la téléconsultation s'effectue en alternance avec des consultations dites « en présentiel », au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, conformément aux dispositions du présent article.

Exceptions

Les exceptions au parcours de soins définies à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux téléconsultations :

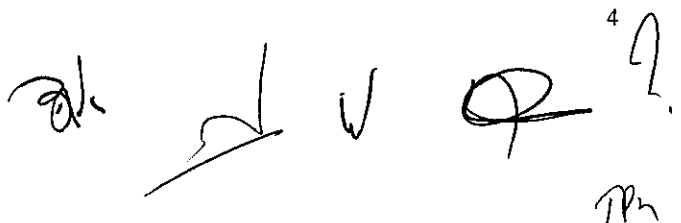
- patients âgés de moins de 16 ans,
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

En outre, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ne disposent pas de médecin traitant désigné,
- ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé.

Dans ces deux dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient (exception au principe de connaissance préalable du

4



patient par le médecin téléconsultant défini dans le présent article). Le recours aux téléconsultations est assuré dans le cadre d'une organisation territoriale dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2.

Article 28.6.1.2 La mise en place d'organisations territoriales pour le recours aux téléconsultations sans orientation par le médecin traitant.

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies au dernier alinéa de l'article 28.6.1.1, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins,
- d'être en mesure dans un second temps de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS) ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télé médecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Dans ce dernier cas, la commission paritaire locale (CPL) ou régionale (CPR) saisie, valide l'organisation proposée afin de vérifier si celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations.

Les téléconsultations réalisées dans ce cadre doivent répondre aux conditions définies aux articles 28.6.1 et suivants de la présente convention.

Article 28.6.1.3 Modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation

Conditions de réalisation

La téléconsultation est obligatoirement réalisée par vidéotransmission, et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'une consultation de qualité.

Elle doit également être réalisée :

- dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin consultant,
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.



Les médecins souhaitant recourir aux téléconsultations peuvent se référer utilement aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités ou opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Compte-rendu de la téléconsultation

L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être, le cas échéant, intégré par le médecin assurant la téléconsultation, quand il n'est pas le médecin traitant du patient, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L.1111-14 et suivants et R.1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Aide à l'équipement

Les parties signataires souhaitent accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant le recours à la télémédecine. Dans cette perspective, ils proposent de contribuer aux investissements nécessaires, par la mise en place de deux nouveaux indicateurs du forfait structure, défini à l'article 20 de la présente convention.

Article 28.6.1.4 Modalités de rémunération de l'acte de téléconsultation

Rémunération du médecin téléconsultant

Les partenaires conventionnels considèrent que les actes de téléconsultation sont valorisés dans les mêmes conditions que les consultations dites « en présentiel » (en présence du patient), décrites à l'article 28.1 de la présente convention relatif à la consultation de référence et à l'article 28.2 relatif à la consultation coordonnée, auxquelles elles se substituent. Ces actes sont facturés sous les codes TCG et TC selon la spécialité et le secteur d'exercice du médecin (cf. annexe 1 de la convention médicale).

Les majorations associées à ces consultations s'appliquent dans les mêmes conditions y compris pour la majoration pour le suivi des personnes âgées (MPA), définie à l'article 28.5 de la convention.

Ces actes sont facturés conformément aux dispositions applicables aux secteurs conventionnels, définis aux articles 37 et 38 de la convention.

Ces dispositions entreront en vigueur le 15 septembre 2018, après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.



Rémunération du médecin associé à la téléconsultation

Dans le cas où un médecin assiste le patient au moment de la réalisation de la téléconsultation, ce médecin peut facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin téléconsultant.

Article 28.6.1.5 Modalités de facturation de l'acte de téléconsultation

Dans le cadre des téléconsultations, le patient étant en principe connu du médecin téléconsultant, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin.

Dans les cas particuliers, définis à l'article 28.6.1.1, où le médecin téléconsultant ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants-droits, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par le médecin traitant au médecin associé à la téléconsultation ou à l'organisation mise en place dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le médecin téléconsultant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 60.5.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, le médecin téléconsultant doit mentionner, le cas échéant, dans la feuille de soins, le numéro d'identification du professionnel de santé éventuellement présent auprès du patient.

En l'absence de possibilité de lire la carte vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du Code de la Sécurité sociale.

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité pour intégrer les actes de télé médecine, le médecin a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé » dans les conditions définies à l'article 61 de la présente convention. Dans ce cadre particulier, le médecin est exonéré de l'envoi des pièces justificatives papier, parallèlement au flux électronique, et ce par dérogation aux dispositions de l'article 61.1.2 de la convention.

Un groupe de travail associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires de la convention sera réuni afin de préciser, avant le 15 septembre 2018, les modalités de facturation et de remboursement des actes de téléconsultation.


JP_u

Article 28.6.2 La téléexpertise

Article 28.6.2.1 Champ d'application de la téléexpertise

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléexpertise, l'expertise sollicitée par un médecin dit « médecin requérant » et donnée par un médecin dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier.

Est visé l'ensemble des médecins libéraux conventionnés, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité médicale.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

Patients concernés

Les partenaires conventionnels se fixent pour objectif d'ouvrir la téléexpertise à l'ensemble des patients.

Toutefois, afin que le déploiement de la téléexpertise s'effectue dans les meilleures conditions possibles, ils s'accordent à procéder par étapes.

Ainsi, ils conviennent d'ouvrir, dans un premier temps, la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leurs situation géographique.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Au cours de cette première étape, entrent dans le champ de la présente convention, les téléexpertises réalisées auprès des patients entrant dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- en affection longue durée (ALD),
- atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation en vigueur, dans le cadre de l'organisation des centres de référence maladies rares,
- résidant en zones sous denses, telles que définies à l'article 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles,
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales,
- détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. From left to right, there is a signature that appears to be 'JL', a checkmark, a circular stamp or signature, and a large, stylized signature that includes a superscript '8'. Below these, towards the right, is another signature that looks like 'JP4'.

Connaissance préalable du patient par le médecin requis

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation, les patients bénéficiant d'une téléexpertise doivent en principe être connus du médecin requis, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Cette connaissance préalable du patient est facultative pour les téléexpertises de niveau 1, telles que définies à l'article 28.6.2.3.

Article 28.6.2.2 Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise

Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre les médecins,
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés,
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.).

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le médecin requérant et le médecin requis doivent s'appuyer sur le recours à une Messagerie Sécurisée de Santé.

Les médecins souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer utilement aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au médecin traitant et au médecin requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré, le cas échéant, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L.1111-14 et suivants et R.1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.



Article 28.6.2.3 Niveaux de téléexpertise

Deux niveaux de téléexpertise sont définis :

- un premier niveau de téléexpertise, consistant en un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider à l'orientation de la prescription, etc.).

Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 1, les situations et pathologies suivantes :

- interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne,
- lecture d'une rétinographie,
- étude d'une spirométrie,
- lecture de photos pour une lésion cutanée, pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable,
- titration des Beta bloquants dans l'insuffisance cardiaque, interprétation d'un électrocardiogramme,
- surveillance cancérologique simple selon les référentiels
- ...

Cette liste a vocation à évoluer en fonction des pratiques et des cas d'usages et au regard des recommandations et référentiels (Haute Autorité de Santé, Conseils Nationaux Professionnels – CNP - etc.).

Les partenaires conventionnels conviennent d'enrichir par la voie d'avenants conventionnels, cette liste au regard de ces pratiques, cas d'usages, recommandations et référentiels.

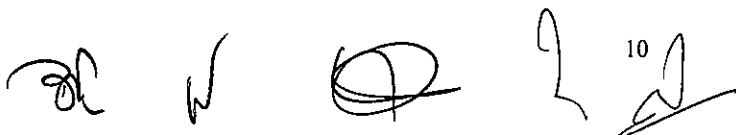
Le contenu des téléexpertises de niveau 1 et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- un second niveau de téléexpertise, consistant en un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique qui est indispensable à toute téléexpertise, l'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents.

Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 2 les situations et pathologies suivantes :

- surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution,
- suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation,
- suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique,
- adaptation d'un traitement anti épileptique,
- bilan pré chimiothérapie, lors de son initiation,
- ...

A series of handwritten signatures and initials in black ink, including a stylized 'W', a circular mark, and a signature with the number '10' next to it.A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JP'.

Cette liste a vocation à évoluer en fonction des pratiques et des cas d'usages et au regard des recommandations et référentiels (Haute Autorité de Santé, Conseils Nationaux Professionnels - CNP - etc.).

Les partenaires conventionnels conviennent d'enrichir cette liste par voie d'avenants conventionnels, au regard de ces pratiques, cas d'usages, recommandations et référentiels.

Le contenu des téléexpertises de niveau 2 et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Au terme d'une période d'une année de mise en œuvre, les partenaires conventionnels, conviennent d'identifier en lien avec les recommandations et référentiels de la HAS et des CNP, les actes de téléexpertise qui seraient susceptibles de justifier la création d'un troisième niveau de tarification correspondant à des actes particulièrement complexes.

Article 28.6.2.4 Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise

Les téléexpertises, effectuées entre médecin requérant et médecin requis, peuvent être ponctuelles ou répétées, asynchrones ou synchrones.

Rémunération du médecin requis

Le niveau de valorisation des actes de téléexpertise tient compte :

- du niveau de l'expertise réalisée : premier niveau ou second niveau,
- et de sa fréquence de réalisation : ponctuelle ou répétée.

Les téléexpertises de niveau 1 sont effectuées de manière ponctuelle ou répétée et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 12 euros par téléexpertise
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient.

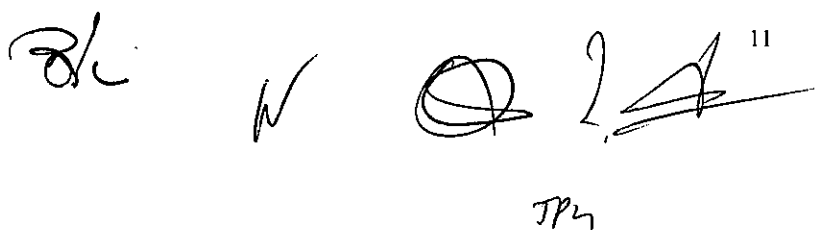
Les téléexpertises de niveau 2 sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 20 euros par téléexpertise
- et dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Les actes de téléexpertise de niveau 1 et 2 sont cumulables pour un même patient dans les limites fixées pour chacun d'entre eux.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant, correspond à une téléexpertise de niveau 2.

L'ensemble de ces actes de téléexpertise ne peut pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

The bottom of the page features several handwritten marks. From left to right, there is a signature that appears to be 'B/c', a large 'N', a circular stamp or signature, and a signature that looks like '2.4' with a small '11' superscript. Below these, towards the right, are the initials 'TPM'.

La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Rémunération du médecin requérant

Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions suivantes.

La rémunération est la suivante :

- valorisation par un forfait de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et 10 € par téléexpertise de niveau 2 ,
- avec un maximum de 500 € par an pour l'ensemble des téléexpertises requises quel que soit leur niveau.

Le calcul du montant de cette rémunération est réalisé à partir des facturations des actes du médecin requis (le numéro du médecin requérant devant être renseigné dans la facturation de l'acte du médecin requis).

Le versement de ce forfait s'effectue selon une fréquence annuelle.

La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 28.6.2.5 Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Dans le cadre des téléexpertises, le patient étant en principe connu du médecin requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin.

Dans les cas où le médecin requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants-droits, en sus la date de naissance et le rang gémellaire), sont transmises par le médecin requérant dans les conditions définies à l'article 28.6.1.5.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le médecin téléconsultant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 60.5.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, le médecin requis doit obligatoirement mentionner, dans la feuille de soins, le numéro d'identification du médecin requérant.

En l'absence de possibilité de lire la carte vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du Code de la Sécurité sociale.


JP₁₄

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité, pour intégrer les actes de télémedecine, le medecin a la possibilite de facturer en mode SESAM « dégradé » dans les conditions définies à l'article 61 de la presente convention.

Dans ce cadre particulier, le medecin est exonéré de l'envoi des pieces justificatives papier, parallelement au flux électronique, et ce par derogation aux dispositions de l'article 61.1.2 de la convention.

Un groupe de travail associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires de la convention sera réuni afin de préciser, avant le 1^{er} novembre 2018, les modalités de facturation et de remboursement des actes des medecins requis.

Article 28.6.3 Suivi des actes de télémedecine

Le déploiement des actes de télémedecine fait l'objet d'un suivi dans le cadre de l'Observatoire des mesures conventionnelles prévu à l'article 81 de la convention.

En fonction des résultats observés, les partenaires conventionnels se réservent la possibilite de redéfinir, à partir de 2020, le périmètre, les modalités de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Ce dispositif sera amené à évoluer, dans la durée, en tenant compte des éléments disponibles quant à l'évaluation des impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. ».

Article 2 - Missions de l'Observatoire des mesures conventionnelles

Les dispositions de l'article 81.1 de la convention nationale intitulé « Missions de l'observatoire » sont complétées comme suit. Après les termes « - l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique, ajouter les termes « - le suivi des modalités de réalisation et de facturation des actes de télémedecine ainsi que les impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. ».

Article 3 – La valorisation du forfait structure

L'article 20 de la convention nationale, intitulé « La mise en place d'un forfait structure » est modifié comme suit.

La dernière phrase avant les termes « Article 20.1 » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes : « Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points pour l'année 2017, 460 points pour l'année 2018 et 735 points pour l'année 2019.

La valeur du point est fixée à 7 euros. ».

L'article 20.2 de la convention nationale intitulé « Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients » est modifié comme suit.


JP26

Après les dispositions relatives à l'indicateur 5 sont ajoutées les dispositions suivantes.

- « Indicateur 6 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée.

Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 50 points 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 télémedecine, etc.

- Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 25 points pour l'aide à l'acquisition d'équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine ; la liste de ces équipements sera établie, avant la fin 2018, sur avis de la Commission Paritaire Nationale et actualisée chaque année. ».

A l'article 20.2, la phrase « Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 380 points en 2019 » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019. ».

En outre, l'annexe 12, intitulée « LE FORFAIT STRUCTURE » est supprimée et remplacée par l'annexe 1 du présent avenant.

Article 4- Mesures relatives aux actes cliniques et techniques

Les partenaires conventionnels souhaitent poursuivre la démarche initiée en 2016 dans la nouvelle convention médicale, visant à valoriser la prise en charge des patients, en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Dans ce cadre, ils s'accordent sur les mesures suivantes.

A l'article 28.3.2 concernant la consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable valorisée par une majoration « PPN » de 16 euros, les partenaires conventionnels proposent d'élargir cette consultation à d'autres maladies neurodégénératives dans des conditions qui seront définies dans le cadre de l'inscription à la NGAP.



- A la fin de l'article 28.3.1 de la convention, sont ajoutés les termes suivants.
- ✓ « consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre, dénommée CSE (consultation suivi de l'enfant) réalisée à tarif opposable, qui serait valorisée à hauteur de 46 euros.

Cette valorisation sera mise en œuvre au sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale . La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. ».

- A l'article 28.4 intitulé « les consultations très complexes » dans le paragraphe consacré à la 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 (MPB) sont ajoutés après les termes « rhumatologue », les termes « le dermatologue en cas de psoriasis ».
- A l'article 28.4 après les termes « l'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1^{er} novembre 2017 » sont ajoutés les dispositions suivantes.
- ✓ « consultation de repérage des signes de troubles du spectre autistique réalisée par un généraliste ou un pédiatre, à tarif opposable qui serait valorisée à hauteur de 60 euros, dénommée CTE (consultation de repérage des troubles de l'enfant). Cette consultation très complexe serait facturable une seule fois par patient ;
- ✓ consultation initiale pour anisocorie ou diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine neurogène réalisée par un ophtalmologue ou un neurologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MIA (majoration pour la consultation initiale pour anisocorie diplopie), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

Ces valorisations seront mise en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. ».

- L'avant dernier paragraphe de l'article 28.4 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Les partenaires conventionnels proposent d'étendre les indications de la visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, dite « VL », définie à l'article 15.2.3 de la NGAP aux patients en soins palliatifs et aux patients en affection longue durée ou âgés de plus de 80 ans, qui sont vus pour la première fois par le médecin traitant et qui sont en incapacité de se déplacer pour raison médicale. Au-delà, afin de préserver l'accès aux soins à domicile des patients les plus âgés ou en situation de handicap, notamment celles dans l'incapacité de se déplacer, ils conviennent d'examiner les conditions dans lesquelles le

15



champ d'application de la visite très complexe « VL » pourrait être élargi progressivement, dans le courant de la convention en cours, à d'autres situations médicales qui le justifient.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels rappellent que la consultation pré-anesthésique, peut donner lieu à la cotation d'un avis ponctuel de consultant, tel défini à l'article 18.B de la NGAP, pour les patients dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Enfin, dans l'objectif de favoriser la prise en charge en ville de certains actes réalisables soit en établissement, soit en cabinet de ville, les partenaires conventionnels conviennent d'étudier les conditions dans lesquelles leurs modalités de prise en charge pourraient évoluer. ».

Après l'article 29.4 de la convention nationale est ajouté un article 29.5, intitulé « **Mise en place de groupes de travail** » et rédigé de la manière suivante.

« Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un groupe de travail sur l'extension du champ d'application du modificateur « O », pour en définir un nouveau périmètre d'ici le 30 septembre 2018. Par ailleurs, ce groupe est chargé d'examiner les demandes portées par les organisations syndicales signataires sur les modifications de la liste des actes éligibles au modificateur J, K et T.

Un groupe de travail sera par ailleurs constitué pour étudier le coût de la pratique des actes médicaux dans les Départements Régionaux d'Outre-Mer (DROM) en vue d'une présentation en CPN d'ici la fin de l'année 2018.

Les partenaires conventionnels souhaitent par ailleurs que soit mis en place un alignement de la majoration (coefficient de majoration) pour les tarifs de prise en charge des actes CCAM d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) de Guadeloupe, Martinique et Guyane sur celle applicable à La Réunion. Cette valorisation sera mise en œuvre sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La mise en oeuvre de cette mesure est soumise au délai défini à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. ».

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques.

L'annexe 26, intitulée « TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE » est modifiée dans les conditions définies, à l'annexe 2 du présent avenant.

Article 5 - Annexe tarifaire

L'annexe 1 de la convention nationale, intitulée « TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES », est modifiée, pour prise en compte, notamment, des différentes décisions UNCAM relatives à la Liste des actes prestations publiées depuis le 24 octobre 2016, date

d'entrée en vigueur de la convention médicale. Cette annexe 1 revue figure en annexe 3 du présent avenant.

L'annexe 9, intitulée « MAJORATION D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES » est modifiée de la manière suivante.

« Dans le tableau, après le terme « Consultation » est ajouté le terme « ou Téléconsultation. ».

Article 6 - L'amélioration de la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Les partenaires conventionnels conviennent d'améliorer l'attractivité du Contrat de solidarité Territoriale Médecin (CSTM) défini à l'article 7 de la convention nationale afin de renforcer l'offre de soins dans les zones sous-denses. Dans ce cadre, ils arrêtent les dispositions suivantes.

- Le premier alinéa de l'article 7.4 de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Le médecin adhérent au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an. ».

- Le premier alinéa de l'article 2.2 de l'annexe 6 de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'activité correspondant à 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisés dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique]* *[zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an. ».

- Par ailleurs, les parties signataires souhaitent apporter des précisions dans le texte conventionnel relatives aux dispositions sur les contrats incitatifs démographie.



17

Les dispositions de l'article 4.1 de la convention nationale intitulé « Objet du contrat » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans lesdites zones, qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral, pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.). ».

Les dispositions de l'article 1.1 de l'annexe 3 de la convention nationale intitulé «Objet du contrat d'installation» sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Ce contrat vise à favoriser l'installation des médecins dans les *[zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins]* *[zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans les zones précitées, qu'il s'agisse d'une première ou d'une nouvelle installation en libéral, pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.). ».

- Par ailleurs, conformément aux dispositions de la convention nationale, l'Agence Régionale de Santé (ARS) peut décider de majorer les aides forfaitaires pour les médecins adhérant aux contrats démographiques définis par la convention, exerçant dans des zones particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Jusqu'à présent, le texte conventionnel prévoit que cette modulation bénéficie au maximum à 20% « des médecins éligibles ».

Les partenaires conventionnels constatant les difficultés rencontrées par les caisses et les ARS dans la mise en œuvre concrète de ces dispositions, pour déterminer, dans les régions, le nombre de médecins éligibles à une telle modulation, décident que cette dérogation soit désormais accordée « au maximum dans 20% des zones sous denses » précitées, en lieu et place des 20% des « médecins éligibles ».

A cet effet, ils s'accordent pour adapter le texte conventionnel en fonction de ce nouveau principe, de la manière suivante.


18
JPH

- S’agissant du contrat type d’aide à l’installation des médecins (CAIM)

Les dernières phrases respectives des articles 4.2 et 4.4 de la convention nationale sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies au 1. de l’article 4.2 de la présente convention. ».

La dernière phrase de l’article 1.2 de l’annexe 3 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l’offre de soins au sens du présent article. ».

La dernière phrase de l’avant dernier alinéa de l’article 2.2 de l’annexe 3 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l’offre de soins au sens du présent article. ».

- S’agissant du contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

La dernière phrase de l’article 5.4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies au 1. de l’article 5.2 de la présente convention. ».

La dernière phrase de l’avant dernier alinéa de l’article 2.2 de l’annexe 4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l’offre de soins au sens du présent article. ».

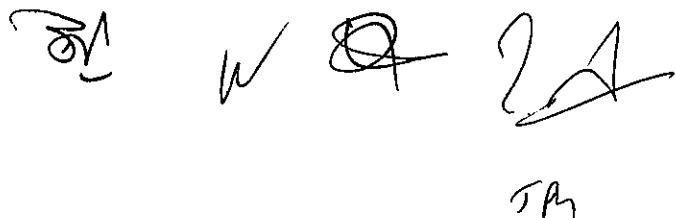
- S’agissant du contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

La dernière phrase de l’article 6.4 de la convention nationale est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies au 1. de l’article 6.2 de la convention nationale. ».

L’avant dernier alinéa de l’article 2.2 de l’annexe 5 de la convention nationale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20% des zones définies comme caractérisées par une insuffisance de l’offre de soins au sens du présent article. ».

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page. From left to right: a stylized signature, the letter 'W', a circled 'Q', and a large signature. Below the large signature is the text 'JH'.

Article 7 – Option pratique tarifaire maîtrisée

- L'article 41 de la convention est modifié de la manière suivante.

A la fin du paragraphe intitulé « Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention : », sont ajoutées les dispositions suivantes. « Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe). ».

- L'article 50 de la convention est modifié de la manière suivante.

A la fin du paragraphe intitulé « Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention: », sont ajoutées les dispositions suivantes : « Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe). ».

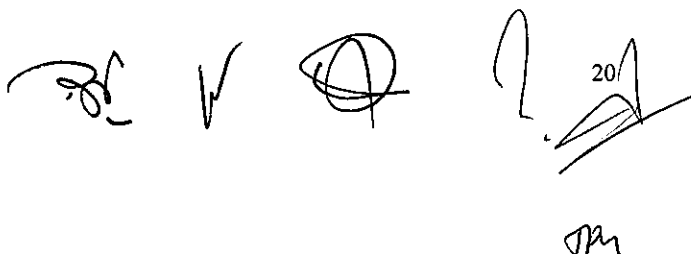
De même les articles 2.1.1 des annexes 18 et 20 de la convention nationale, intitulés « Fixation des engagements », sont modifiés de la manière suivante : Avant les termes « Pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure » sont ajoutées les dispositions suivantes : « Par dérogation ces médecins qui intègrent un groupe ou une structure dans les conditions définies ci-après dans le présent article, peuvent adhérer sur la base des taux retenus pour les membres du groupe (taux définis au regard de la moyenne des taux des médecins du groupe). ».

- L'article 43 de la convention est modifié de la manière suivante.

Après les mots « par tacite reconduction », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 45.2, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne peut plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM Co, pour la durée de la convention. ».

De même, l'article 5.2 de l'annexe 18, intitulé « Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie », est complété ainsi : au dernier alinéa, après les mots « *une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année* », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « En cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 45.2 de la convention et au présent article, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM ou OPTAM Co, pour la durée de la convention. ».

- L'article 53 de la convention est complété de la manière suivante.



Four handwritten signatures are visible at the bottom of the page. To the right of the signatures is a date stamp '20'. Below the signatures, the letters 'PM' are handwritten.

Après les mots « *par tacite reconduction* », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « Toutefois, en cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 55.2, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM Co ou OPTAM. ».

De même l'article 5.2 de l'annexe 20, intitulé « Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie », est complété ainsi : au dernier alinéa, après les mots : « *une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année* », est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « En cas de résiliation de l'option par la CPAM dans les conditions définies à l'article 55.2 et au présent article, du fait du non-respect par le médecin de ses engagements, ce médecin ne pourra plus prétendre à l'adhésion d'une nouvelle option OPTAM-Co ou OPTAM, pour la durée de la convention. ».

Article 8 – Modification de la composition de la section sociale

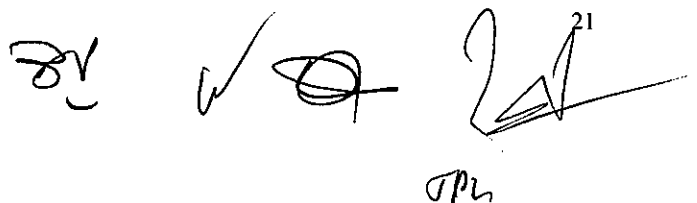
L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018 prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2018, la Caisse nationale du régime social des indépendants et les caisses de base du régime social des indépendants prennent la dénomination, respectivement, de « Caisse nationale déléguée pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants » et de « caisses locales déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants ».

Dans ce contexte, les partenaires conventionnels conviennent de réadapter les dispositions conventionnelles faisant état de la participation du régime social des indépendants, afin de tenir compte de ladite réforme.

- A l'article 80.1 de la convention nationale, relatif à la « Composition de la Commission Paritaire Nationale » :
 - le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimé et remplacé par la phrase suivante. « La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».
 - dans le même article, le paragraphe relatif à la composition de la CPN en « formation médecins », est modifié comme suit .

« En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'Annexe 24, la CPN est composée exclusivement des médecins de la section professionnelle et de la section sociale, sans le représentant de l'UNOCAM de la manière suivante.

- La section professionnelle de la CPN en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.
 - La section sociale composée de quatre médecins conseils de l'UNCAM siégeant dans la section sociale de la CPN en formation plénière, possédant chacun 3 voix. ».
- A l'article 81.2 de la convention nationale, relatif à la « Composition de l'Observatoire », le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante. « La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the right and initials 'JPL' below it.

A l'article 82.1 de la convention nationale, relatif à la « Composition du CTTN », le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante. « La section sociale est composée de 6 représentants titulaires de l'UNCAM. ».

- A l'article 83.1, de la convention nationale, relatif à la « Composition de la Commission Paritaire Régionale »
 - le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante. « La section sociale est composé de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».
 - dans le même article, le paragraphe relatif à la composition de la CPR en « formation médecins », est modifié comme suit.

« En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'Annexe 24, la CPR est composée :

- de la section professionnelle de la CPR en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.
- de quatre médecins conseils de l'UNCAM siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, possédant chacun 3 voix. ».

- A l'article 84.1, de la convention nationale, relatif à la « Composition de la Commission Paritaire Locale » :

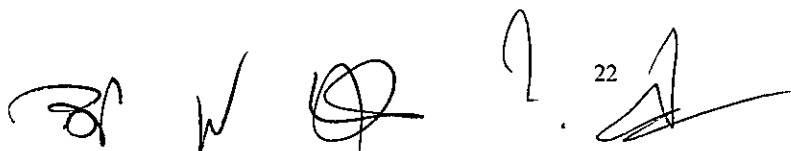
- le premier alinéa du paragraphe intitulé « section sociale » est supprimée et remplacée par la phrase suivante. « La section sociale est composé de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».
- dans le même article, le paragraphe relatif à la composition de la CPL en « formation médecins », est modifié comme suit.

« En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'Annexe 24, la CPL est composée :

- de la section professionnelle de la CPL en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires
- de quatre médecins conseils de l'UNCAM siégeant dans la section sociale de la CPL en formation plénière, possédant chacun 3 voix. ».

- L'annexe 23 de la convention nationale définissant le modèle type de règlement intérieur des instances conventionnels est également modifiée comme suit.

- L'alinéa 4, de l'article 1.3, intitulé « Composition des sections » est modifié comme suit : « La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'UNCAM. ».


22
mm

- L'alinéa 5, de l'article 2.2, intitulé « Règles de vote », est modifié comme suit.
« Les douze médecins de la section professionnelle disposent chacun d'une voix et les quatre médecins de la section sociale disposent chacun de trois voix. ».

- A l'article 27.2.2 de la convention, la référence faite au régime social des indépendants, dans la partie « patientèle retenue pour le calcul des indicateurs (hors indicateurs déclaratifs) » de la ROSP est supprimée.
- A l'annexe 24 de la convention nationale, définissant la procédure conventionnelle en cas de manquement imputable à un médecin, toutes les dispositions conventionnelles faisant apparaître les termes « directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM » sont supprimées et remplacées par les termes suivants : « les directeurs des caisses membres de l'UNCAM . ».

Article 9 – La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

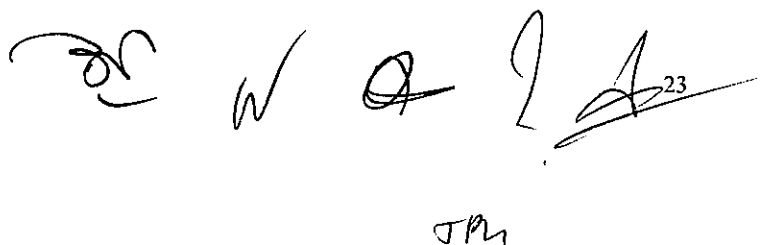
A l'article 27.2.2 de la convention, le paragraphe intitulé objectifs (intermédiaires et objectifs cibles) est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« - des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :

- des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
- à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 3^{ème} décile (pour un indicateur croissant) ou au 7^{ème} décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 8^{ème} décile (pour un indicateur croissant) ou au 2^{ème} décile (pour un indicateur décroissant) ».

A l'article 27.2.4 de la convention médicale, sont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus » sont ajoutés les termes « pour l'année 2017. ».
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus » est ajouté le tableau suivant.



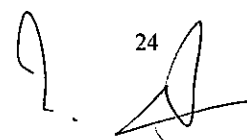
Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller initials in the center, and a signature with the number 23 on the right. Below these, the initials 'JPM' are written.

- ❖ 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
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 cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20

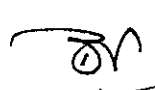




 24

TPM

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		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, bronchiectasies, 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







 Jdh

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è 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

21

W

Q

26

2023

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		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					333

(*) : indicateur neutralisé pour l'année 2018, dont les points sont répartis sur les indicateurs du même volet, dans l'attente d'être remplacé par de nouveaux indicateurs

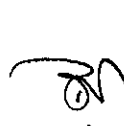
A l'article 27.2.4 de la convention médicalesont apportées les modifications suivantes :

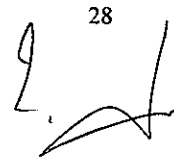
- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans » sont ajoutés les termes « pour l'année 2017. ».
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans » est ajouté le tableau suivant.



- ❖ 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	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 traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43%	$\geq 70\%$	5 patients	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	$\geq 60\%$	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 (**).</i> Déclaratif	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR .	50%	$\geq 80\%$	5 patients	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43%	$\geq 83\%$	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	$\leq 11\%$	5 patients	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	$\leq 7\%$	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20



 28
 JPH

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>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)</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	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
Total						305

A l'article 27.2.4 de la convention médicale, sont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires » sont ajoutés les termes « pour l'année 2017. ».
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires » est ajouté le tableau suivant.

❖ indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies cardio-vasculaires à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	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


Tph

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
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'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Part des boîtes d'antihypertenseurs 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

30

JPn

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Total						340

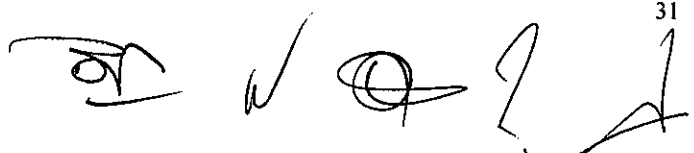
A l'article 27.2.4 de la convention médicale, sont apportées les modifications suivantes :

- à la fin du titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie » sont ajoutés les termes « pour l'année 2017. ».
- après le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie » est ajouté le tableau suivant.

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

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	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	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié	63%	≥ 86%	5 patients	30

31


 J P M

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	par Azathioprine	d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes				
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%	$\leq 1,2 \%$	5 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d' <i>Helicabacter Pylori</i> (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	49%	$\geq 71\%$	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%	$\geq 25\%$	5 patients	35
Efficience	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%	$\geq 95\%$	5 patients	30
Total						300







A l'article 27.2.4 de la convention médicale le tableau relatif aux indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition» est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

- ❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition à compter de l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	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%	$\geq 89\%$	5 patients	30
		<i>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.</i> Déclaratif	80%	$\geq 95\%$	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%	$\geq 82\%$	5 patients	50
		Part des patients ayant eu une cytoponction avant	38%	$\geq 67\%$	5 patients	50

81 W P 22
Tm

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien				
		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH) Déclaratif	20%	$\leq 5\%$	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%	$\geq 57\%$	5 patients	30
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%	$\geq 85\%$	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
Total						340





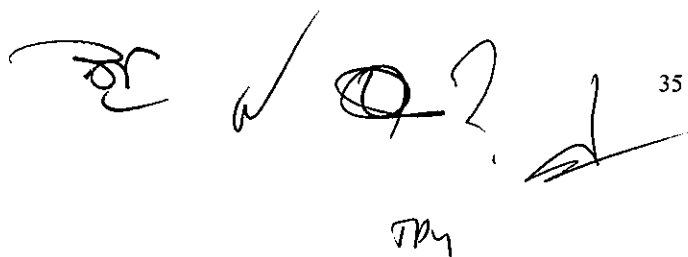

Le dernier alinéa de l'article 27.4 de la convention est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Une clause de sauvegarde est mise en œuvre les deux premières années de la convention : au vu des bilans du dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017 et de 2018, présentés en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé respectivement au titre de l'année 2016 et de l'année 2017, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 et 2018 donne lieu à un versement complémentaire aux médecins sous forme de majoration de la rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017 et 2018 ».

L'annexe 15 de la convention médicale est supprimée et remplacée par l'annexe 4 du présent avenant.

Article 11 – Autres modifications

Dans l'ensemble des textes conventionnels, soit la convention et ses annexes, toutes les dispositions conventionnelles faisant apparaître le terme « CNAMTS » sont supprimées et remplacées par le terme « Cnam ».



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a checkmark, a circled 'Q', and a signature on the right. Below the checkmark and circled 'Q' are the initials 'PM'.

Fait à Paris, le 14 juin 2018

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,

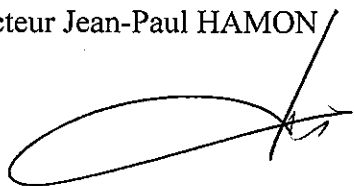

Nicolas REVEL

Au titre des généralistes

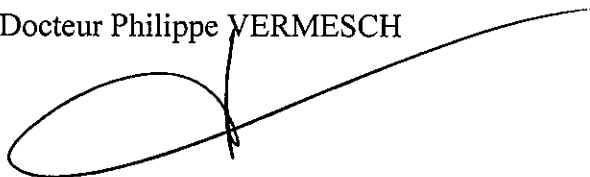
Le Président de la Fédération Française des
Médecins Généralistes
Docteur Jacques BATTISTONI



Le Président de la Fédération des Médecins
de France
Docteur Jean-Paul HAMON



Le Président du Syndicat des Médecins
Libéraux
Docteur Philippe VERMESCH



Le Président de la Confédération des
Syndicats Médicaux de France
Docteur Jean-Paul ORTIZ

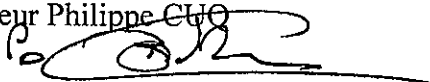


Au titre des spécialistes

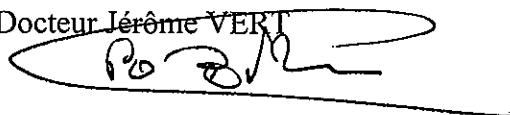
Les Co-Présidents du syndicat Le BLOC
Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU



Docteur Philippe CUO



Docteur Jérôme VERT



Le Président de la Fédération des Médecins
de France
Docteur Jean-Paul HAMON



Le Président du Syndicat des Médecins
Libéraux
Docteur Philippe VERMESCH



Le Président de la Confédération des
Syndicats Médicaux de France
Docteur Jean-Paul ORTIZ



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 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.

2
TPH

Annexe 1 – avenant 6 convention médicale

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'État,
- 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.

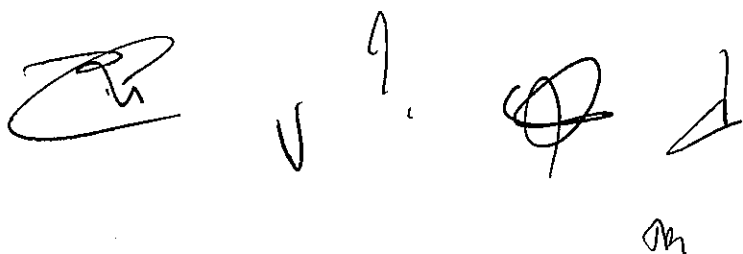
La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- ⇒ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} 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^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} 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 :
$$\frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$



Annexe 1 – avenant 6 convention médicale

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

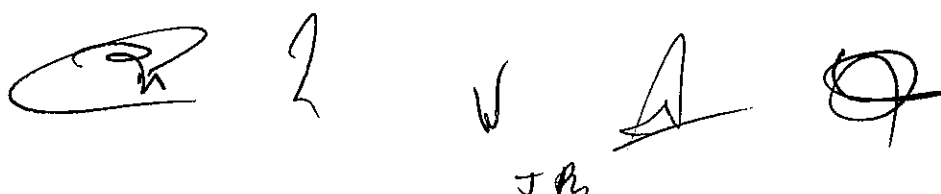
La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

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
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	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.			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		



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a stylized 'L' in the center, and several other marks on the right.

Annexe 1 – avenant 6 convention médicale

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^{er} 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 dématérialisé (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 :

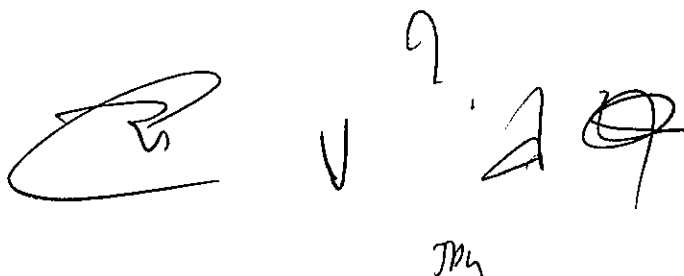
Taux = Nombre d'AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

- 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 :



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller initials and marks on the right.

Annexe 1 – avenant 6 convention médicale

	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

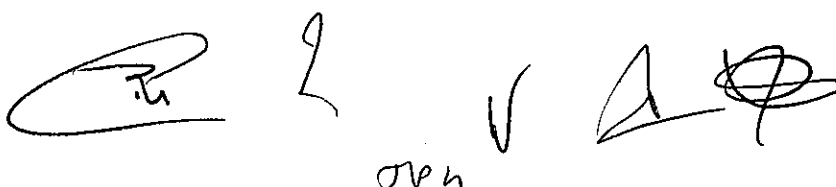
Le forfait structure valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné qui se traduit par la participation du médecin à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique ou à une communauté 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).



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a stylized 'L' in the center, and several other marks and initials on the right, including 'ovh'.

Annexe 1 – avenant 6 convention médicale

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 télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

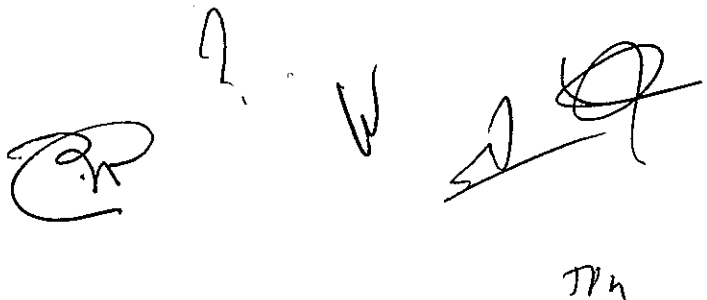
Cet indicateur est mis en place pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémedecine, etc.

Cet indicateur est affecté 50 points à compter de 2019.

Article 2.7 Valoriser le recours à la télémedecine – 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 télémedecine ; 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.



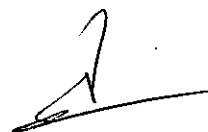
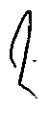
Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the middle, and a large one on the right, with the initials 'TH' at the bottom right.

Annexe 1 – avenant 6 convention médicale

Article 2.8 Justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 2 : 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 ¹	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 télé médecine Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée	50 en 2019	350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser le recours à la télé médecine Aide aux équipements médicaux connectés	25 en 2019	175€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		75 en 2017 230 en 2018 455 en 2019	525 € en 2017 1 610 € en 2018 3185 € en 2019		



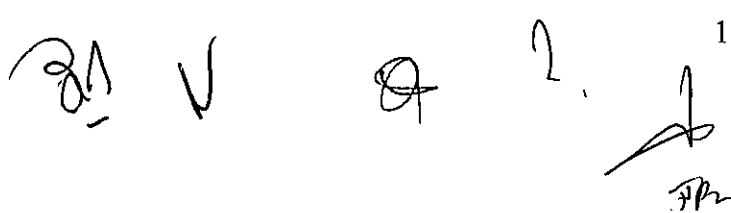
J P M

Annexe 2 – avenant 6 convention médicale

ANNEXE 26 - TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE

à partir du 1^{er} septembre 2018

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



Annexe 2 – avenant 6 convention médicale

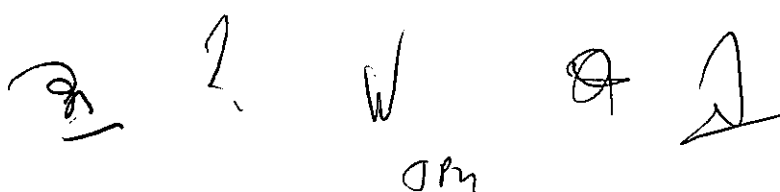
Code Acte	Activité	Phase	TARIF	TARIF
			Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)

à partir du 1^{er} septembre 2018

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

à partir du 1^{er} janvier 2019

Code Acte	Activité	Phase	TARIF	TARIF
			Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	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 €



Annexe 2 – avenant 6 convention médicale

Code Acte	Activité	Phase	TARIF	TARIF
			Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)
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 €
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 €
BFGA001	1	0	180,79 €	156,75 €

3






my 2

Annexe 2 – avenant 6 convention médicale

Code Acte	Activité	Phase	TARIF	TARIF
			Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO (en euro)
BGFA004	1	0	382,42 €	353,47 €
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 €
BALA001	1	0	190,01 €	180,43 €
BCPA003	1	0	59,52 €	52,08 €
BEFA004	1	0	249,98 €	232,77 €



Annexe 2 – avenant 6 convention médicale

Code Acte	Activité	Phase	TARIF	TARIF
			Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO	Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM- CO
			(en euro)	(en euro)
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 €

     5
sam

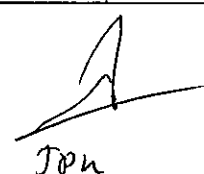
Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

ANNEXE 1. TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Sous-Titre 1. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes

Article 1 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
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)				
Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet : APC	50,00	60,00	60,00	(1)


Jpn

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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)
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



Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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)
Consultations et majorations complexes				
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 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






PM

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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)
Consultations et majorations très complexes				
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) 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





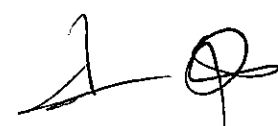


JPM

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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
Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation ⁽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)

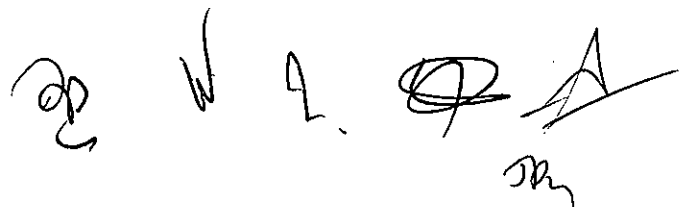


VRM

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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)
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (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
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD ⁽³⁾ (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Majoration pour actes la nuit et le dimanche (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
Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement 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



Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

Valeur de l'indemnité kilométrique : IK (prévue à l'article 13 de la NGAP):				
- 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
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile				
- 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	25,00	29,60	29,60



Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

l'OPTAM : TCG			
Acte de téléconsultation du médecin généraliste de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM : TC	23,00	27,60	27,60

6

2
Ue
H
J
S

0 m

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

Sous-Titre 2. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes hors médecine générale

Article 1 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
Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (prévue aux articles 16.2 et 28.2.1)				(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
Majoration forfaitaire transitoire (prévue à l'article 2 bis de la NGAP)				

20 2 ✓ 2 2

TPM

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)				
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






 OP 4

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

Majorations enfants des pédiatres				
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 14.6.3 de 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
Consultations et majorations complexes				
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)

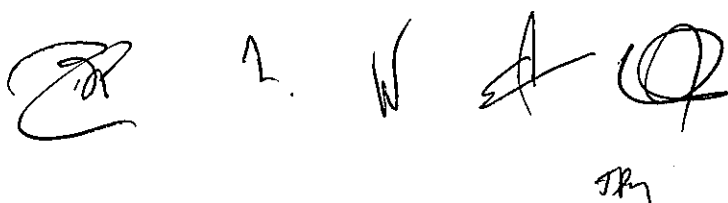




JP7

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

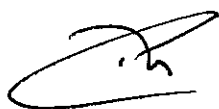
Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an par le psychiatre et pédopsychiatre : MPF (prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00
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
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

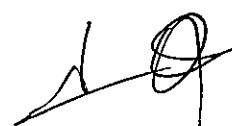


TRM

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

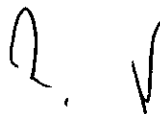
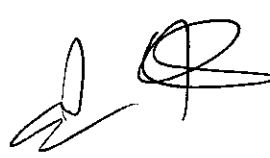
Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : CSO (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	46,00	55,20	55,20	55,20
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



Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

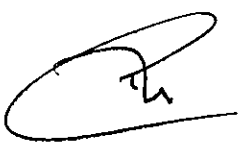
Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires : MCT (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX	16,00	16,00	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

Jm

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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
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







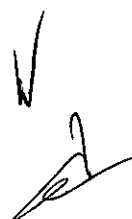
JDH

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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
Consultations et majorations très complexes				
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)



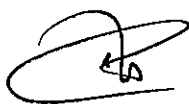
2.



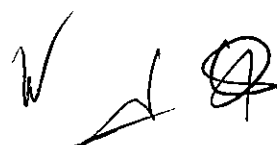

004

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

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



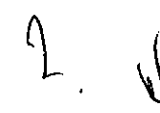
2



MPB

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

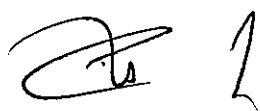
Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal : MMM (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
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


Jbh

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

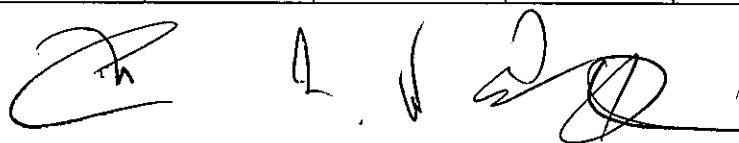
consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave : CGP (prévue à l'article 15.9 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie 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


JPH



Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

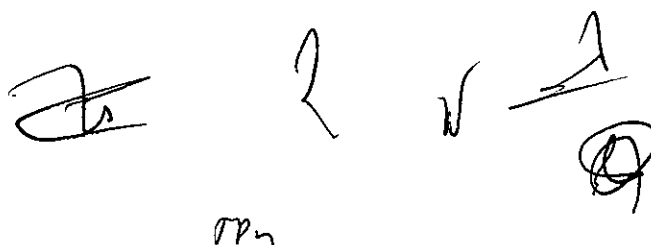
Téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur le territoire sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et/ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital: TTE (prévue à l'article 14.9.2 de la NGAP)	25,00 (secteur 1 et 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	
Actes en coopération				
Bilan visuel réalisé à distance en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste : RNO				
- Avis du Collège des Financeurs	23,00	23,00	23,00	23,00
- A compter de l'inscription de l'acte à la nomenclature	28,00	28,00	28,00	28,00


 07/11/2024

Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

Lettres clés :				
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. (prévue 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
Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- 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
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes				
Agglomération PLM ⁽⁵⁾	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)				
- 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.



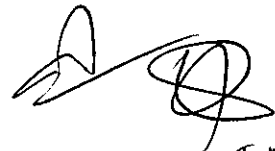
Annexe 3 – avenant 6 convention médicale

- (2) et mentionnée au 3ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.
- (3) et mentionnée au 2ème alinéa de l'article 1er 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



T Dm

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

ANNEXE 15. REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

Article 1 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.

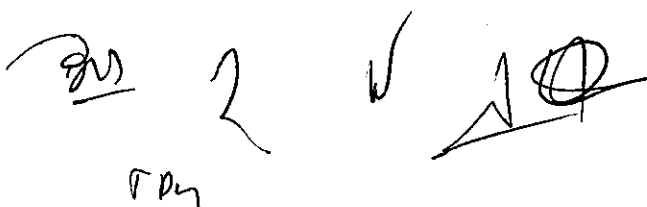
Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le médecin :

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).

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a checkmark in the center, and another signature on the right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 %.

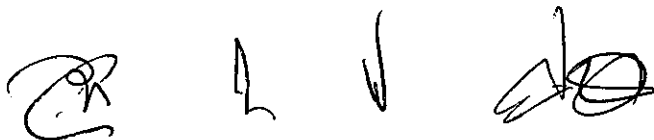
Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.

Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante¹ 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 traitants des patients âgés de moins de 16 ans ou 800 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.



JP_m

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 x taux de réalisation x [(patientèle correspondante)/800 ou 1 100] x 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.

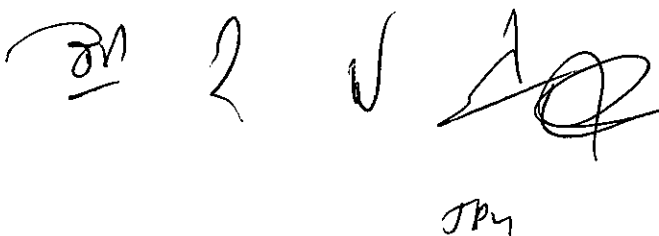
La rémunération est calculée selon la formule suivante :

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.».

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the right and several smaller ones on the left.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 ≥ 2)

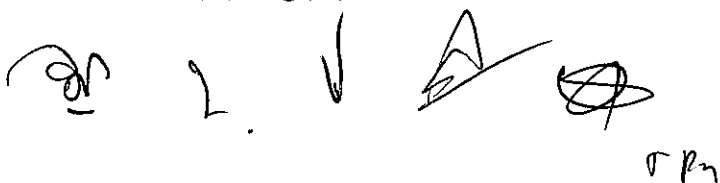
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

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) »)



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

- **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)

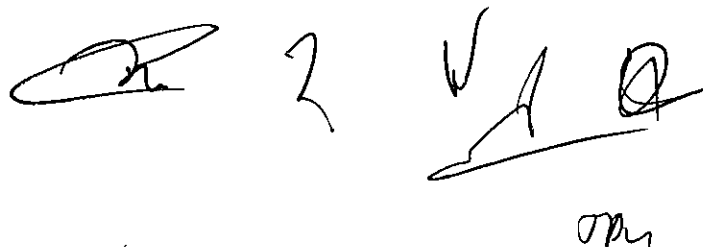
Période de calcul : 12 mois glissants

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 »)



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a stylized 'Z' in the center, and a signature on the right with 'ma' written below it.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

- **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

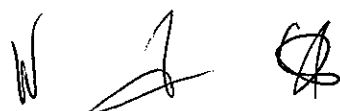
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

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 + amlodipine)
- ✓ sont pris en compte les codes NABM suivants :
 - pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
 - pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

➤ Risque cardio-vasculaire

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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 AAP² + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 6 ans glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI

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

Définitions :

Statines : médicaments de la classe EPHMRA C10A1 (Statines, y compris Caduet® et Pravastatin®) et de la classe ATC C10BA02 (association de simvastatine et d'ézétimibe : Inegy®) et de la classe ATC C10BA05 (association d'atorvastatine et ezetimibe). L'ézétimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte (hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines).

AAP : médicaments des classes ATC suivantes: B01AC04 (clopidogrel), B01AC06 (acétylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acétylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)

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

Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la CNAMTS, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a checkmark, and a signature with the initials 'T/M' below it.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

(codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.

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

Détail du ciblage des patients avec maladie coronaire chronique dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),

[Remarque : contrairement à la cartographie, on n'exclut pas les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu l'année n]

Codes CIM10 utilisés

PMSI et ALD : I20 (Angine de poitrine) ; I21 (Infarctus aigu du myocarde) ; I22 (Infarctus du myocarde à répétition) ; I23 (Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde) ; I24 (Autres cardiopathies ischémiques aiguës) ; I25 (Cardiopathie ischémique chronique).

Détail du ciblage des patients avec artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).

Codes CIM10 utilisés

PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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.

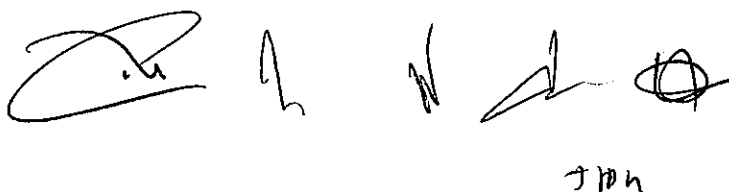
➤ **Grippe**

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)



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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)

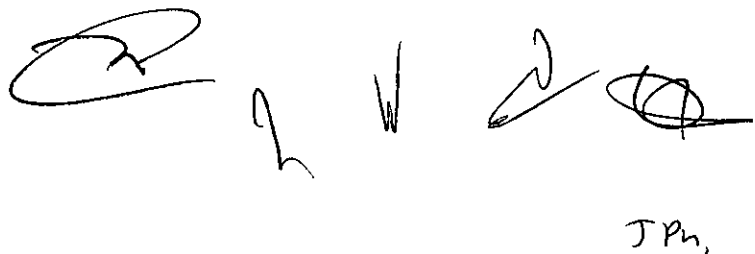
Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

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 »).



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller initials in the center, and the text 'J Ph,' on the right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

➤ Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse

- **Indicateur : Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) ³**

Dénominateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23

Numérateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23 ayant eu au moins 2 psychotropes remboursés sur une même ordonnance (même date de prescription), prescrits par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT > 75 ans hors ALD 23

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes :

- Dans la Classe N05 (psycholeptiques) :

N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thiopropazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (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), ⁴, 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 (fluoxétine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxétine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobémide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (miansérine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxétine), N06AX22 (agomelatine)

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



JPH

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions :

Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1^{ère} délivrance

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

BZD hypnotiques : médicaments des classes ATC N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine)

- **Indicateur : Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines**

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

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques et qui a duré plus de 12 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

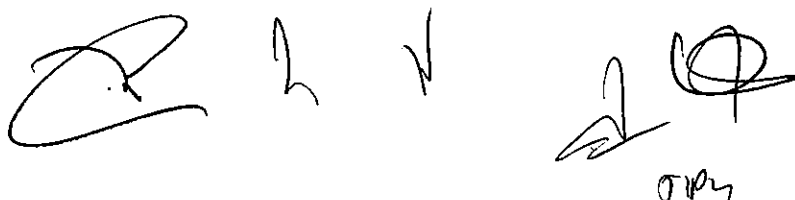
Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD anxiolytique dans les 6 mois précédents la 1^{ère} délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec ≥ 4 délivrances en 6 mois à partir de la 1^{ère} délivrance

BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials. On the left, there is a large, stylized signature. In the center, there are two smaller, simpler initials. On the right, there is another large, complex signature, and below it, the word 'OPM' is written in a simple, blocky font.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

➤ 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 ⁵ d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)

Période de calcul : 12 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

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

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

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par le MT

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3^e et 4^e génération OU fluoroquinolones par le MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT avec prescription d'antibiotiques

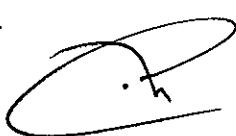
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

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

Pour le numérateur :

- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)
- céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefopodoxime), J01DE01 (cefepime)
- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14⁶



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

➤ **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.



TD4

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 »

➤ **Efficiences 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 + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des posologies allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptées).

- **Indicateur : *Part des patients MT diabétiques traités par metformine***

Dénominateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2

Numérateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 5 patients MT diabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : les classes incluses au dénominateur appartiennent aux classes Ephmra A10C9, A10H, A10J1, A10J2, A10K1, A10K3, A10L, A10M1, A10N1, A10N3, A10S.

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a large, stylized signature, followed by a smaller 'L' and 'V' mark, and then two more distinct signatures, one of which appears to be 'TME'.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

- **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)⁸

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	80%	≥ 95%	10 patients	20

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

		par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année				
	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 cardio-vasculaire 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

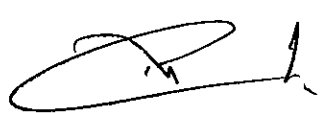
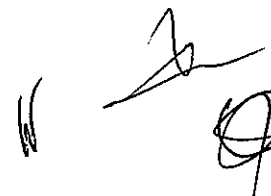





JPM

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

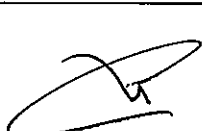
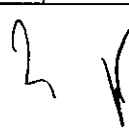
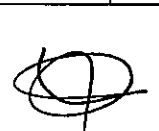
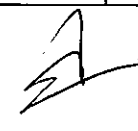
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	$\geq 80\%$	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	$\geq 70\%$	20 patients	55
	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) ⁹	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 ^e et 4 ^e 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


 T M

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

		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

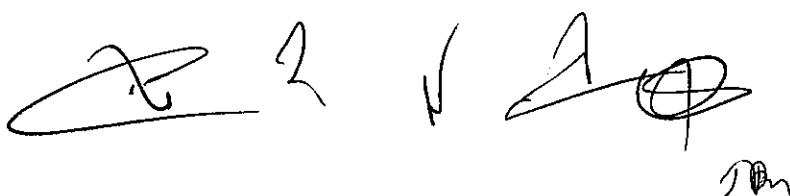
012

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

Total					330
-------	--	--	--	--	-----

❖ **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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

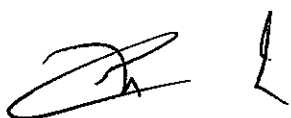
Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points à partir 2018
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des 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



 rp_n

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

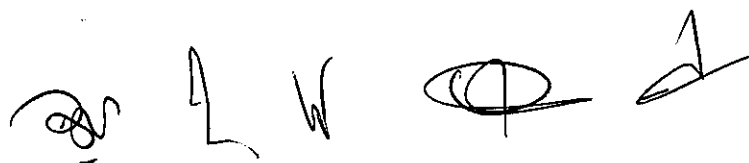
Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points à partir 2018
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients 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
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35





Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points à partir 2018
	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



JPh

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points à partir 2018
	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						333

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 :

Handwritten signatures and initials in black ink, including a stylized 'E', 'L', 'V', and a large circular signature.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

- **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 (≥ 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

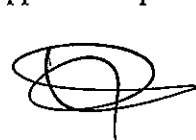
Période de calcul : 12 mois glissants

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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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^e ou 4^e 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^e ou 4^e 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



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the center, and a circular stamp with initials on the right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

- Céphalosporine de 3^è et 4^è 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^è ou 4^è 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^è ou 4^è 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^è et 4^è 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

JM

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

➤ 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 :

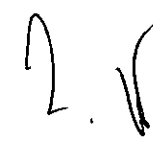
Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF

Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

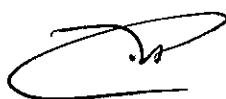
Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

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

Spécialité 69 : chirurgie orale

« indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des 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	<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.** Déclaratif</i>	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 ^e ou 4 ^e 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 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11%	≤ 2%	5 patients	35





DPH

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles de l'apprentissage	<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 (ERTLA ou autre).</i> Déclaratif	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
Total						305

* 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).».

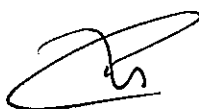
❖ **indicateurs de pratique clinique des médecins traitants des patients âgés de moins de seize à compter de l'année 2018**

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


 JPL

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 (**). Déclaratif</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 ^e ou 4 ^e 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 ^e ou 4 ^e 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 Déclaratif	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) Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	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
Total						305






Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 actes¹⁰ 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.

¹⁰ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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.

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 (Pravastatin®).

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).



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a vertical line, a 'W' shape, a circled signature, and a long horizontal line, with the number '117' written below.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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***

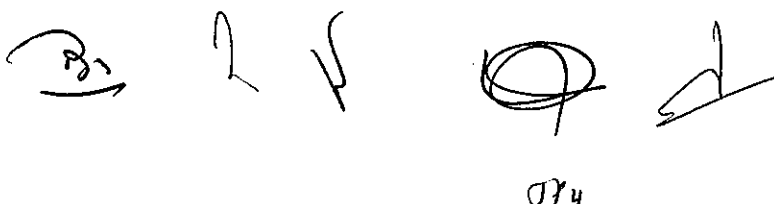
Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année.

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.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the middle, and a circular stamp on the right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a smaller one in the middle, and a signature with the initials 'JPm' on the right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

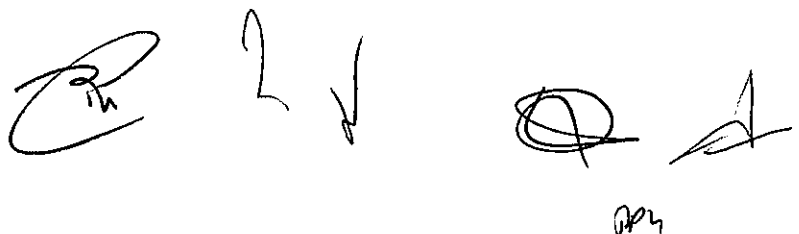
Dénominateur : nombre total de boîtes de statines prescrites

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.



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a checkmark in the center, and a signature on the right with the initials 'AP' below it.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

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

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

DEQP001 Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission

DEQP002 Électrocardiographie à haute amplification

DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations

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

DEQP006 Vectocardiographie

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

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

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

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

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

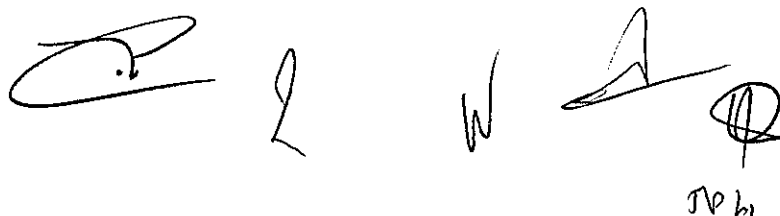
DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques

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

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

DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a stylized 'L' in the center, a 'W' to the right, and a signature with a circular stamp on the far right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

- DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
- DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
- EBQM001 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média
- EBQM002 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs
- EBQM003 Échographie-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 Échographie-doppler des artères des membres supérieurs
- EDQM001 Échographie-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]
- EQRP002 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO2]
- EQRP008 Épreuve d'inclinaison [Tilt test] avec étude des variations de la pression intraartérielle et de la fréquence cardiaque
- EBQM900 Échographie-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 cardiovasculaires pour l'année 2017. »

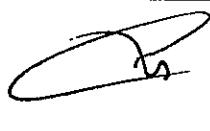
Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	<i>Améliorer le traitement post IDM</i>	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70%	≥ 81%	5 patients	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




 TM

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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%	$\geq 81\%$	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%	$\geq 96\%$	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%	$\geq 75\%$	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%	$\leq 56\%$	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%	$\geq 80\%$	5 patients	30
Efficience	<i>Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques</i>	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	$\geq 93\%$	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%	$\geq 85\%$	20 boîtes	60
Total						340





MH

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

« 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	<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	26%	≥ 46%	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	57%	≥ 74%	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	64%	≥ 77%	5 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	88%	≥ 94%	5 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%	5 patients	30

TPK

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

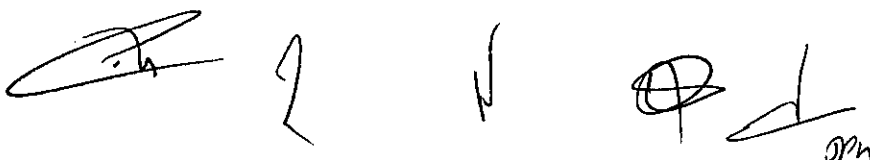
Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire A partir de 2018	Objectif cible A partir de 2018	Seuil A partir de 2018	Nombre de points
	<i>Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2</i>	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	73%	≤ 57%	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'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques</i>	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 93%	10 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	89%	≥ 98%	10 boîtes	60
Total						340

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 actes¹¹ 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).

¹¹ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 ; ZZQM006 (scanners thoraco-abdomino-pelviens) ; ZCQM006 ;



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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^{ère} 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

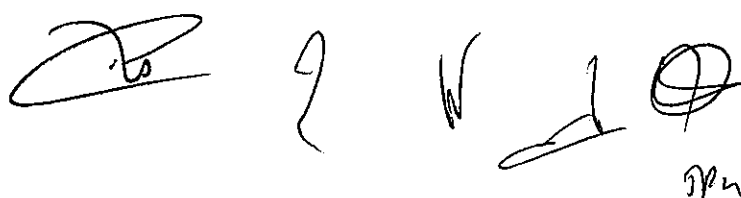
Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours.

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).

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a large, stylized signature, followed by a smaller signature, then a signature that appears to start with 'W', and finally a circular stamp or signature on the far right. Below the circular stamp, the initials 'JP' are written.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

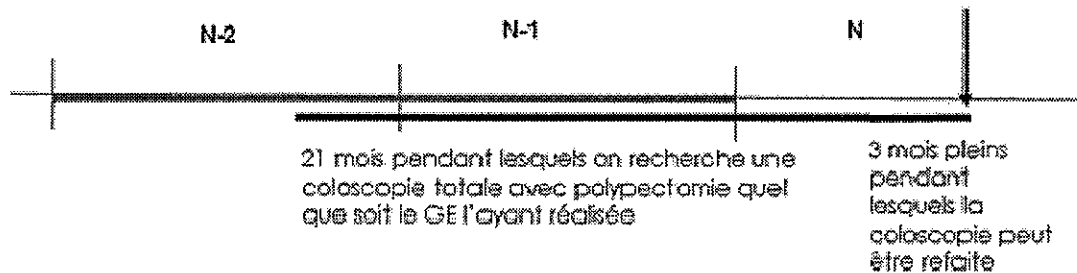
Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

The bottom of the page features several handwritten signatures and initials in black ink. From left to right, there is a large, stylized signature, followed by a smaller signature, then a checkmark-like symbol, and finally a series of overlapping circular and linear marks that appear to be initials or a signature. Below these marks, the number '184' is handwritten.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 :

Signature et initiales manuscrites.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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).

- **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 œso-gastro-duodénale

HGQE002 Duodénoscopie par appareil à vision latérale

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

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

HEQE004 Endoscopie œso-gastro-duodénale peropératoire

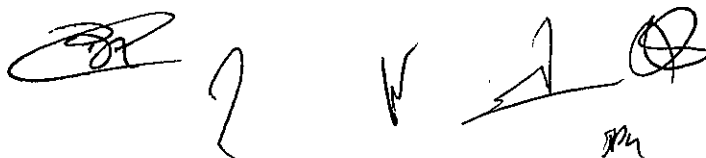
Actes thérapeutiques réalisés sous endoscopie OGD :



Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a vertical mark in the center, a circular mark on the right, and the initials 'JP' at the bottom right.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

HEFE002	Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE002	Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMLE002	Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HEAE003	Dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie
HMQH007	Cholangiographie rétrograde, par œso-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 œso-gastro-duodénoscopie
HESE002	Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HEGE002	Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMPE001	Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
HELE002	Pose d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HEFE003	Séance de mucoséctomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE001	Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HGLE001	Pose d'une endoprothèse du duodénum, par œso-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]



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 cæcal, 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

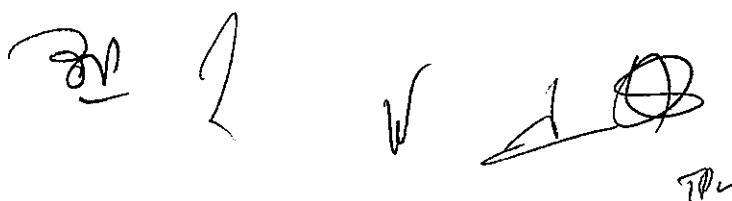
Actes thérapeutiques réalisés sous coloscopie :

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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen
ZCQM008	Échographie transcutanée de l'abdomen
ZCQM004	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
ZCQM005	Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
ZCQM010	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]
ZCQM001	Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
HLQM001	Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires
ZCQM002	Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs
HZQM001	Échographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine
HJQJ003	Échographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
ZCQM011	Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
YYYY172	Échographie 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	Échographie-doppler des vaisseaux digestifs
Echoendoscopie :	
HMQJ001	Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie
HJQJ002	Échoendoscopie anorectale sans biopsie
HMQJ002	Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée
HEQJ001	Échoendoscopie œsogastrique sans biopsie
HHQJ002	Échoendoscopie colique sans biopsie
HEQJ002	Échoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée
HJQJ001	Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée
HGQJ002	Échoendoscopie duodénale sans biopsie
HGQJ001	Échoendoscopie 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	Hémorroïdectomie pédiculaire semifermée ou fermée
EGFA003	Hémorroïdectomie 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 hémorroïdectomie pédiculaire
HKPA002	Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

Actes de traitement de lésions anales et périnéales :

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

HKND001 Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus

HKFA001 Destruction et/ou exérèse 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

HKL002 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 Exérèse 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 cm²

QBFA002 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm²

JZNP003 Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm²

HKFA009 Sphinctéromyotomie 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 ≥ 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

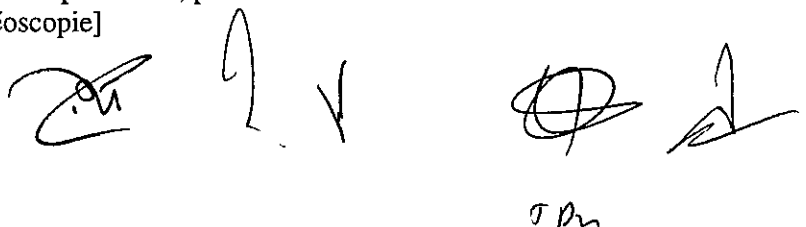
HFCB001 Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique

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

HPHB003 Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée

HGQE005 Entéroscopie iléale [Iléoscopie]



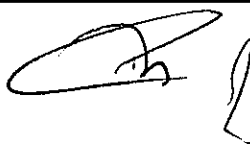
Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left, a checkmark in the center, and a signature on the right with the initials 'T.P.' below it.

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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	33%	≥ 50%	5 patients	30

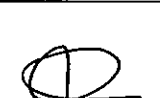



JT D₁

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

		chirurgicale pour CCR				
	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%	$\geq 71\%$	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%	$\geq 92\%$	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucoséctomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucoséctomie 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%	$\leq 0,7\%$	20 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d' <i>Helicabacter Pylori</i> (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67%	$\geq 77\%$	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%	$\geq 25\%$	10 patients	35
Efficienne	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des	85%	$\geq 95\%$	20 patients	30



 JYH

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

	après polypectomie par coloscopie	résultats et du délai de contrôle coloscopique				
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



1

V



OPM

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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
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>Helicabacter 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
Efficience	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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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**

Jrh

Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

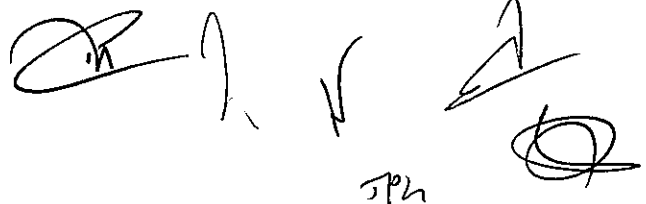
et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001

- 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 1er séjour MCO en N-1]



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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

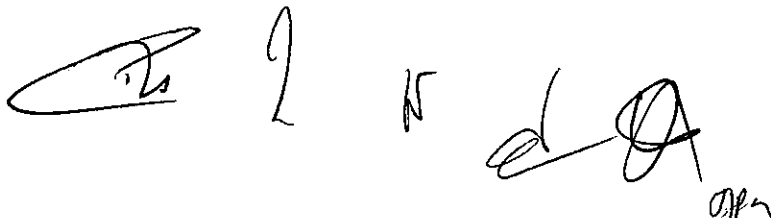
- **Indicateur** : *Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois*

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



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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 1ère 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

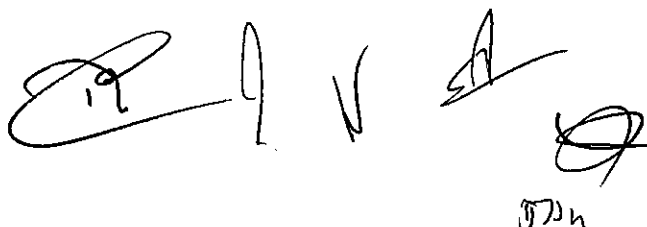
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

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 1ère délivrance)



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

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. Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les	56%	≥ 82%	5 patients	50



Annexe 4 – avenant 6 convention médicale

		dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année				
		Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	38%	$\geq 67\%$	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) Déclaratif	20%	$\leq 5\%$	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%	$\geq 57\%$	5 patients	30
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%	$\geq 85\%$	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
Total						340





TPM

