

AVENANT N°
à la Convention Nationale organisant les rapports
entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie
signée le 12 janvier 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L 162-5,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au journal officiel du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Dans la continuité des principes qui ont présidé à la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés et à la valorisation des missions du médecin traitant, les parties conventionnelles souhaitent poursuivre leurs actions visant à promouvoir la qualité des soins et à améliorer la prévention des principales pathologies et la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques.

Les parties signataires incitent ainsi chaque professionnel à adhérer à un dispositif d'évolution de sa pratique professionnelle favorisant la qualité et l'homogénéité de la prise en charge des patients et de réaliser des gains d'efficience tout en leur garantissant la coordination et l'accès aux soins.

A cet effet, en complément de l'évaluation des pratiques professionnelles, dans le cadre des priorités de la loi de Santé Publique et des référentiels élaborés par la Haute Autorité de Santé et en complément de l'évaluation des pratiques professionnelles, un contrat-type d'amélioration des pratiques individuelles élaboré après avis des organisations syndicales conformément à l'article L 162-12-21 du code de la Sécurité Sociale est joint au présent avenant. Il porte sur trois axes :

- la prévention,
- la consolidation de la qualité de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques,
- l'efficience des prescriptions.

Ce contrat qui repose sur le volontariat prévoit un complément de rémunération dont le montant est défini en fonction des résultats constatés par rapport aux objectifs fixés en accord avec l'Assurance Maladie.

Cette rémunération vient s'ajouter aux différentes autres rémunérations dont le médecin signataire bénéficie dans le cadre de l'exercice de ses missions (paiement à l'acte, forfaits, notamment celles destinées à compenser les efforts du médecin traitant.)

Elle a pour objet de prendre en compte et de rémunérer spécifiquement le travail médical que supposent l'analyse et la mise œuvre des objectifs individuels fixés.

Le suivi de ce dispositif fera l'objet d'une analyse par les instances paritaires locales et nationales. La commission paritaire nationale établira notamment sur la base des rapports de chaque commission paritaire locale un bilan annuel. Ce bilan comprendra notamment des propositions d'évolution du contrat-type. Par ailleurs, chaque médecin pourra être entendu à sa demande par la commission locale à l'occasion d'un désaccord avec l'assurance maladie sur la réalisation de son contrat.

Ce contrat-type pourra, en fonction des résultats obtenus, déboucher sur une généralisation à l'ensemble des médecins dans le cadre conventionnel.

Fait à Paris, le

Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur Général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour MG-FRANCE,
Docteur Martial OLIVIER-KOEHRET, Président

Pour le SML,
Docteur Christian JEAMBRUN , Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour la FMF,
Docteur Jean-Claude REGI, Président

Pour le SML,
Docteur Christian JEAMBRUN, Président

Décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie relative à la création d'un contrat-type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, représentée par son directeur général,

- Vu l'article L.162-12-21 du code de la sécurité sociale,
- Après avis des organisations signataires de la convention mentionnée à l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale,
- Après avis de l'Union Nationale des organismes d'assurance Maladie Complémentaire,

Décide :

Article 1 :

Le contrat d'amélioration des pratiques visé à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est signé entre le médecin et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'exercice principal.

Article 2 :

L'adhésion à ce contrat est volontaire. Il permet aux médecins qui le souhaitent de s'engager dans une démarche individuelle en cohérence avec les objectifs fixés par la loi de santé publique, conformément aux avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.

Les contrats signés en application de la présente décision sont conformes au contrat-type joint en annexe 1. Le contrat-type peut, par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, faire l'objet d'un avenant pour tenir compte de l'évolution des données acquises de la science.

Pour pouvoir souscrire au contrat, le médecin signataire doit être médecin traitant conventionné et installé en libéral dans la circonscription de la Caisse à titre principal. De plus, son activité, au dernier jour du trimestre civil précédent la demande de conclusion du contrat, doit répondre à des conditions pour l'ensemble des indicateurs, notamment au regard de sa patientèle, définies dans une note méthodologique jointe en annexe 2.

Article 3 :

Les contrats qui ne respectent pas les présentes dispositions ou le modèle-type national sont nuls et de nul effet.

Article 4 :

Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse remet au médecin deux exemplaires du contrat-type et une fiche lui présentant l'ensemble des objectifs ainsi qu'une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés.

Cette offre demeure valable deux mois. A l'expiration de ce délai, le médecin peut demander la mise à jour des données.

Article 5 :

Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles ne peut être conclu avec l'organisme d'assurance maladie si le praticien a fait l'objet, soit d'une condamnation définitive par les tribunaux en relation avec son activité professionnelle dans les 3 ans qui précèdent la conclusion du contrat, soit d'une mesure de sanction conventionnelle dans l'année qui précède.

Article 6 :

La présente décision et ses annexes sont publiées au Journal Officiel de la République Française.

Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

Entre les soussignés :

la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de
(adresse).....,
désignée comme « la caisse »,

Et
le Docteur.....
(adresse).....,
Numéro d'identification :
désigné comme « le médecin »,

Vu les articles L.162-5 et L.162-12-21 du Code de la Sécurité Sociale,
Vu la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie,
Vu la décision du directeur de l'UNCAM [Date et n° de la décision du contrat type]

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet du contrat

Le docteur ... et la caisse primaire de ... conviennent de conforter leur implication dans la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable. Leurs efforts s'articulent autour d'objectifs cohérents avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.

Dans l'intérêt des patients, les engagements du présent contrat sont soumis au respect de la liberté de prescription, les médecins étant tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 2 : Durée du contrat.

Le contrat entre en vigueur le 1^{er} jour du trimestre civil suivant celui de sa signature.

Il est conclu pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Article 3 : Engagements du médecin

Le médecin contractant s'engage :

- A consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse,
- A favoriser la qualité de la prise en charge de ses patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle,
- A promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science.

Une liste d'indicateurs correspondant à ces engagements est jointe en annexe 1 au présent contrat.

Les patients pris en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat sont ceux qui ont choisi le docteur ... comme médecin traitant.

Article 4 : Engagements de l'Assurance Maladie

4.1 Mise à disposition des données nécessaires à l'évaluation

L'Assurance Maladie s'engage à fournir chaque trimestre civil les données nécessaires au suivi du présent contrat.

4.2 Contrepartie financière

L'Assurance Maladie verse au médecin une contrepartie financière, tenant compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du contrat, dont le montant est défini comme suit :

4.2.1 Pour chaque indicateur et pour la durée du contrat sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible. Ces éléments figurent en annexe 1 au présent contrat.

4.2.2 A chaque date d'anniversaire du contrat, le niveau de chaque indicateur est constaté pour l'année qui vient de s'écouler.

4.2.3 Un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur. Ce taux est calculé comme suit :

- Si le niveau constaté est inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50%.
- Si le niveau constaté est compris entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible, le taux de réalisation est inversement proportionnel à l'écart à l'objectif cible, majoré de 50%.
- Si ce niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif cible, le taux de réalisation est égal à 100 %.
- Les formules correspondant à ces principes sont détaillées en annexe 2.

4.2.4 Une moyenne des taux de réalisation des indicateurs du champ «dépistage et pathologies chroniques » est calculée. Il en est fait de même pour le champ « optimisation des prescriptions ».

4.2.5 La contrepartie financière est versée chaque année dès lors que la moyenne des taux de réalisation pour chacun des deux champs est supérieure à 25 %.

Dans cette hypothèse, elle est égale à 7 euros par patient multipliée par le taux de réalisation moyen. Ce taux est calculé en affectant au champ «dépistage et pathologies chroniques » une pondération de 60% et au champ « optimisation des prescriptions » une pondération de 40 %.

4.2.6 La contrepartie ainsi déterminée est versée au médecin par la caisse après mise à disposition des données chiffrées et conformément aux termes de l'article 5 du présent contrat, dans un délai de 4 mois suivant la date d'anniversaire du présent contrat.

4.2.7 Pour le cas particulier de l'indicateur sur la prise en charge des hypertendus, le médecin déclare son résultat estimé à la CPAM.

Article 5 : Suivi et accompagnement

5.1 Information des médecins par l'Assurance Maladie

L'assurance Maladie informe le médecin sur les engagements liés au contrat et sur son fonctionnement.

5.2 Mise à disposition des données chiffrées par la caisse

Lors de la demande de souscription au contrat, la caisse a remis au médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également chaque trimestre, conformément à l'article 4, les données nécessaires au suivi de son contrat.

Pendant l'exécution du contrat, le médecin peut également demander un rendez-vous à un praticien-conseil auprès de la caisse pour tout élément d'information sur le suivi du présent contrat.

5.3 Bilan annuel

A chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, la caisse transmet au médecin un tableau récapitulatif des données de l'année écoulée.

En cas de désaccord sur les résultats communiqués, le praticien peut demander à être reçu par le praticien conseil auprès de la caisse. A l'issue de cette rencontre, un bilan contradictoire est établi en deux exemplaires qui sont adressés au directeur de la caisse.

Dans un délai maximal de deux semaines à compter de la réception de ce document, le directeur de la caisse ajoute ses observations éventuelles sur chaque exemplaire et arrête le bilan établi contradictoirement. Un exemplaire est adressé au médecin.

Article 6 : Résiliation

Le présent contrat peut être résilié à tout moment par le médecin, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prend effet à la date de réception par la caisse de la lettre de résiliation.

En cas de fraude à l'Assurance Maladie, de fausse déclaration, d'abus de droit, de non-respect par le médecin d'une des obligations du contrat, la caisse peut résilier le présent contrat. Le directeur de la caisse notifie au médecin signataire sa décision motivée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Dans ce cas, la rupture prend effet à l'échéance d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification par le praticien, à moins qu'il ne le suspende en présentant des observations en réponse, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. La caisse a alors, à nouveau, un mois à compter de la réception des dites observations pour répondre en infirmant ou confirmant sa décision de résilier.

Article 7 : Litiges

Les difficultés ou litiges soulevés par la conclusion ou l'exécution du contrat peuvent faire l'objet d'une conciliation dans le cadre des commissions paritaires locales, réunies en formation médecins.

Le médecin peut notamment solliciter ces instances en cas de désaccord sur le bilan annuel signé à l'issue de son entretien avec le médecin-conseil.

Cette demande suspend les effets du contrat mais ne fait pas obstacle aux voies de recours juridictionnelles habituelles.

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ...	Le médecin

ANNEXE 1 au contrat-type

Objectifs du Docteur

Date de signature du contrat :

Date d'effet du contrat :

Nombre de patients affiliés au régime général (hors section locale mutualiste) ayant déclaré le docteur ... comme médecin traitant (MT) :

Champ « Dépistage et Prévention - Suivi des pathologies chroniques »

Thème	Indicateurs	Niveau initial	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Grippe	Nombre de patients MT ≥65 ans vaccinés/ nombre de patients ≥65 ans MT		71 %	75%
Cancer du sein	Nombre de patientes MT 50-74 ans participant au dépistage du cancer du sein/ nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans)		73 %	80%
Vasodilatateurs	Nombre de patients MT >65 ans traités/nombre patients MT >65 ans		≤ 9 %	≤ 7%*
Benzodiazépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT >65 ans traités/nombre patients MT >65 ans		≤ 9 %	≤ 5%*

Les patients pris en compte sont ceux qui ont déclaré le docteur ... comme médecin traitant.

* Les objectifs cible des indicateurs visés supra sont décroissants.

Thème	Indicateurs	Niveau initial	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Diabète	Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/Nombre de patients diabétiques MT		55 %	65%
	Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an /nombre de patients diabétiques MT		52 %	65%
	Nombre de patients diabétiques (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs et statines/ Nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs		65 %	75%
-	Nombre de patients diabétiques (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/ nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs et statines		55 %	65%
HTA	Part des patients traités par anti hypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels: <=140/90	30%	40 %	50%

Les patients pris en compte sont ceux qui ont déclaré le docteur ... comme médecin traitant.

Champ « Optimisation des prescriptions »

Indicateurs	Niveau initial	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes)		84 %	90%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/ prescription d'IPP (en nb de boîtes)		70 %	80%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/ prescription de statines (en nb de boîtes)		58 %	70%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/ prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)		55 %	65%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/ prescription d'anti-dépresseurs (en nb de boîtes)		70 %	80%
Prescription d'IEC/ prescription d' IEC + Sartans, en nb de boîtes		55 %	65%
Nb de patients traités par aspirine à faible dosage/ nb de patients traités par anti agrégants plaquettaires		84 %	85%

Les prescriptions prises en compte sont celles des patients ayant déclaré le docteur ... comme médecin traitant.

ANNEXE 2 au contrat-type

Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur

Pour un indicateur donné, et à chaque date anniversaire, le *taux de réalisation* annuel du médecin sur cet indicateur est évalué à partir de 4 grandeurs :

- le *niveau initial* du médecin, défini à partir de la situation initiale du médecin au moment de la souscription du contrat.
- le *niveau constaté* du médecin, défini comme son niveau sur l'indicateur l'année constaté sur l'année écoulée.
- l'*objectif intermédiaire* du médecin, déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur. A noter que pour un indicateur donné, l'*objectif intermédiaire* est commun à l'ensemble des médecins.
- l'*objectif cible* du médecin, déterminé selon l'indicateur à partir de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. A noter que pour un indicateur donné, l'*objectif intermédiaire* est commun à l'ensemble des médecins.

Deux cas de figures sont alors à envisager.

Cas n°1 : si le *niveau constaté* est inférieur strictement à l'*objectif intermédiaire*

Dans ce cas, le *taux de réalisation* annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

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

Ainsi, dans ce cas, le *taux de réalisation* est compris entre 0% (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date d'évaluation, au regard de son *niveau initial* au lancement du contrat) et 50% (lorsqu'il a progressé jusqu'à se hisser à l'*objectif intermédiaire* à l'issue de l'année écoulée).

Cas n°2 : si le *niveau constaté* est égal ou supérieur à l'*objectif intermédiaire*

Dans ce cas, le *taux de réalisation* annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

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

Ainsi, dans ce cas, le *taux de réalisation* est compris entre 50% (lorsque le *niveau constaté* à la date d'évaluation est égal à l'*objectif intermédiaire*) et 100% (lorsque le *niveau constaté* à la date d'évaluation est égal à l'*objectif cible*).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux Vasodilatateurs, et aux Benzodiazépines à demi-vie longue dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

ANNEXE 2 à la décision : Note méthodologique

A. ADHESION AU CONTRAT ET FIXATION DES OBJECTIFS

1. Eligibilité au contrat.

Pour que le médecin soit éligible au contrat, son activité doit atteindre, pour chaque indicateur, un seuil minimal permettant de le calculer. Il s'agit, soit d'un nombre minimal de patients variable selon l'indicateur, soit d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées.

Thème	Indicateurs	Seuil Minimal requis pour calcul indicateur	Thème	Indicateurs	Seuil Minimal requis pour calcul indicateur
Grippe	Nombre de patients MT ≥65 ans vaccinés/ nombre de patients ≥65 ans MT	20 patients	Diabète	Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/Nombre de patients diabétiques MT	10 patients
Cancer du sein	Nombre de patientes MT 50-74 ans participant au dépistage du cancer du sein/ nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans)	20 patients		Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an/ nombre de patients diabétiques MT	10 patients
Vasodilatateurs	Nombre de patients MT >65 ans traités/ nombre patients MT >65 ans	20 patients		Nombre de patients diabétiques (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs et statines/ Nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs	10 patients
Benzodiazépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT >65 ans traités/ nombre patients MT >65 ans	20 patients		Nombre de patients diabétiques (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/ nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs et statines	10 patients
			HTA	Part des patients traités par anti hypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels: ≤140/90	

		Seuil Minimal requis pour calcul indicateur
Thème	Indicateurs	
Répertoire officiel des génériques	Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/ prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes)	40 boîtes
	Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/ prescription d'IPP (en nb de boîtes)	35 boîtes
	Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/ prescription de statines (en nb de boîtes)	30 boîtes*
	Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/ prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)	130 boîtes*
	Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/ prescription d'anti-dépresseurs (en nb de boîtes)	30 boîtes
	Prescription d'IEC/ prescription d'IEC + Sartans, en nb de boîtes	50 boîtes*
	Nb de patients traités par aspirine à faible dosage/ nb de patients traités par anti agrégants plaquettaires	10 patients

*Tient compte des grands conditionnements.

- Le médecin peut souscrire au contrat s'il n'atteint pas le seuil pour au maximum deux indicateurs. Ces indicateurs sont alors exclus des objectifs à 3 ans.
- Si l'ensemble des indicateurs sont calculables au regard de la patientèle MT du médecin contractant, aucun indicateur ne peut être exclu.

2. Modalités d'adhésion

A la demande de souscription au contrat, le médecin souhaitant adhérer au contrat s'adresse à la CPAM du lieu d'installation du cabinet principal.

La caisse remet au médecin une fiche récapitulative, intitulée « fiche médecin », indiquant par indicateur son niveau initial ainsi que les niveaux intermédiaire et cible. Cette fiche comprend également le nombre de patients l'ayant désigné comme médecin traitant.

3. Mode de calcul des indicateurs

- La patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs du présent contrat est la patientèle MT affiliée au régime général (hors sections locales mutualistes) à la date de début du contrat. Elle est réévaluée chaque année à la date anniversaire du contrat.

A terme, le calcul des indicateurs prendra en compte la patientèle MT des assurés de tous les régimes. Au fur et à mesure de l'intégration des données des autres régimes, un avenant au contrat sera signé entre le médecin contractant et la CPAM si une part majoritaire de la patientèle MT du médecin est affiliée à un autre régime que le régime général.

- Par exception, le niveau de l'indicateur relatif à la prise en charge des patients hypertendus (part des patients traités par anti hypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels : $\leq 140/90$) est déclaré par le médecin à la CPAM à la date anniversaire du contrat.

4. Détermination du niveau initial, de l'objectif intermédiaire et de l'objectif cible de chaque indicateur

- L'objectif intermédiaire et l'objectif cible de chaque indicateur sont communs à l'ensemble des médecins. Ils sont déterminés dans le tableau suivant.

Champ « Dépistage et Prévention - Suivi des pathologies chroniques »

Thème	Indicateurs	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Grippe	Nombre de patients MT ≥ 65 ans vaccinés/ nombre de patients ≥ 65 ans MT	71 %	75%
Cancer du sein	Nombre de patientes MT 50-74 ans participant au dépistage du cancer du sein/ nombre de patientes MT de 50 à 74 ans (calcul sur 2 ans)	73 %	80%
Vasodilatateurs	Nombre de patients MT > 65 ans traités/ nombre patients MT > 65 ans	≤ 9 %	≤ 7 %
Benzodiazépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT > 65 ans traités/ nombre patients MT > 65 ans	≤ 9 %	≤ 5 %

Thème	Indicateurs	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Diabète	Nombre de patients diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages HbA1c par an/Nombre de patients diabétiques MT	55 %	65%
	Nombre de patients diabétiques MT ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an /nombre de patients diabétiques MT	52 %	65%
	Nombre de patients diabétiques (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs et statines/ Nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs	65 %	75%
	Nombre de patients diabétiques (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose/ nombre de patients diabétiques MT (hommes >50ans, femmes >60ans) traités par antihypertenseurs et statines	55 %	65%
HTA	Part des patients traités par anti hypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels: <=140/90	40 %	50%

Champ « Optimisation des prescriptions »

Indicateurs	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antibiotiques/prescription d'antibiotiques (en nb de boîtes)	84 %	90%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les IPP/ prescription d'IPP (en nb de boîtes)	70 %	80%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les statines/ prescription de statines (en nb de boîtes)	58 %	70%

Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antihypertenseurs/ prescription d'antihypertenseurs (en nb de boîtes)	55 %	65%
Prescription (en nb de boîtes) dans le répertoire pour les antidépresseurs/ prescription d'anti-dépresseurs (en nb de boîtes)	70 %	80%
Prescription d'IEC/ prescription d' IEC + Sartans, en nb de boîtes	55 %	65%
Nb de patients traités par aspirine à faible dosage/ nb de patients traités par anti agrégants plaquettaires	84 %	85%

- Les objectifs cible ont été déterminés à partir de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) et de comparaisons internationales. Les objectifs intermédiaires ont été déterminés en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de ces indicateurs.
- Le niveau initial est égal au niveau de l'indicateur constaté au trimestre précédent la date de signature du présent contrat. Toutefois, lorsque ce niveau constaté est supérieur au seuil défini dans le tableau ci-dessous, le niveau initial est fixé au niveau de ce seuil.

Thème	Seuil
Grippe	68 %
Cancer du sein	68 %
Vasodilatateurs	11 %
Benzodiazépines à demi-vie longue	12 %
Diabète	
1. Dosages HbA1	45 %
2. Fond d'œil	45 %
3. Antihypertenseurs et statines	55 %
4. Antihypertenseurs, statines et aspirine faible dosage	50 %
HTA	40 %

Thème	Seuil
Antibiotiques	79 %
IPP	62 %
Statines	50 %
Antihypertenseurs	48 %
Antidépresseurs	65 %
IEC/Sartans	48 %
Aspirine faible dosage	83 %

- Cas particulier de l'indicateur HTA : le niveau initial de l'indicateur HTA s'établit à 30 % pour l'ensemble des médecins.

B. Exemple de calcul de CONTREPARTIE FINANCIERE

- Les modalités de rémunération sont définies à l'article 4 du présent contrat.

Taux de réalisation d'un médecin sur un indicateur : exemple de la grippe



