

AVENANT 2

A L'ACCORD NATIONAL DESTINE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTE ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Vu l'Accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie, signé le 8 juillet 2015 et publié au journal officiel du 30 septembre 2015 et son avenant n°1,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L.162-32-1, L.162-32-2, L.162-14-1-1,

Il a été convenu ce qui suit entre

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Nicolas REVEL

et,

Adessadomicile Fédération nationale, représentée par Patrick MALPHETTES, président

La Croix-Rouge française, représentée par Jean-Jacques ELEDJAM, président

La Fédération des mutuelles de France, représentée par Jean-Paul BENOIT, président

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Thierry BEAUDET, président

La Fédération nationale des centres de santé, représentée par Hélène COLOMBANI, présidente

La Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, représentée par Alain RONDEPIERRE, président

L'Union nationale ADMR, représentée par Marie-Josée DAGUIN, présidente

L'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, représentée par Guillaume QUERCY, président

La Confédération des centres de santé, représentée par Françoise LE COQ, présidente

La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, représentée par Gilles de LACAUSSADE, Directeur général,

Désignées ci-après comme « les parties signataires »,

Préambule

Le plan gouvernemental « Ma santé 2022 » place le mode d'exercice coordonné au cœur de la démarche de transformation du système de santé et prévoit d'une part, d'amener les professionnels vers une organisation plus collective en libérant davantage de temps pour la prévention et les soins et d'autre part, de favoriser les formes d'exercice collectif pour une meilleure prise en charge de la population sur le territoire. Dans ce cadre les professionnels de santé et les structures d'exercice coordonné s'organisent à l'échelle de leur territoire, pour apporter une réponse collective aux besoins de santé de la population (soins non programmés, garantie d'accès au médecin traitant, prévention, transition ville hôpital, etc.) notamment dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

L'organisation et l'activité des centres de santé répondent à ces enjeux et s'inscrivent pleinement dans la dynamique engagée.

Les parties signataires vont être amenées dans ce cadre à participer prochainement à la négociation d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) visant à favoriser le déploiement des CPTS en fixant notamment un cadre pérenne de financement. A l'issue de cette négociation, elles seront amenées à se retrouver pour définir ensemble les éventuelles transpositions à porter dans l'accord national des centres de santé. A cette occasion, elles pourront également définir les mesures issues des négociations en cours ou à venir dans le cadre des conventions nationales (infirmiers, médecins, etc.) susceptibles également de faire l'objet d'une transposition dans l'accord national.

Sans attendre la conclusion de ces négociations et afin de ne pas pénaliser les centres de santé, les partenaires conventionnels décident de transposer d'ores et déjà certaines dispositions intervenues dans le cadre des conventions nationales au cours de l'année 2018.

Article 1

Rémunération forfaitaire spécifique

Il est ajouté à l'accord national des centres de santé un article 9.2.3 intitulé « Valoriser le recours à la télémédecine » et rédigé comme suit.

« Deux critères relatifs à la télémédecine sont définis afin de valoriser notamment le recours aux actes de téléconsultations dont la facturation est ouverte depuis le 15 septembre 2018 à la suite de l'avenant 6 à la convention médicale.

Critère 1 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2019. Le centre de santé dispose d'un équipement permettant la vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine, etc.

Critère 2 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2019. Le centre de santé dispose des équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année. »

L'article 13.1 de l'accord national intitulé « Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents » est complété par un dernier paragraphe rédigé comme suit.

« Les parties signataires conviennent de suivre la montée en charge du dispositif « médecin traitant de l'enfant » au titre de l'année 2019. Un bilan sera réalisé en CPN à l'issue duquel les membres de la commission pourront décider, le cas échéant, la fin de la dérogation ou son maintien pour une année supplémentaire ».

Le premier paragraphe de l'article 16.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents » est supprimé et remplacé par le paragraphe suivant.

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 875 points en part fixe jusqu'en 2018 puis sur un total de 925 points à compter de 2019. A cette part fixe, jusqu'en 2018, une attribution de 486 points en part variable peut s'ajouter répartie comme suit:

- 440 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 11 ETP médicaux et paramédicaux
- 46 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 3,3 ETP paramédicaux

À compter de 2019, une attribution de 511 points en part variable peut s'ajouter répartie comme suit :

- 440 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 11 ETP médicaux et paramédicaux
- 46 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 3,3 ETP paramédicaux
- 25 points par ETP médicaux au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipement connecté acquis.»

Article 2

Préserver l'offre de soins

Le premier alinéa de l'article 19.3.4 de l'accord national est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Le centre de santé adhérant 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) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et 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 et par ETP médical.».

Article 3

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

A l'article 24.2 de l'accord national, le paragraphe intitulé « des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible) » 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 3e décile (pour un indicateur croissant) ou au 7e décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 8e décile (pour un indicateur croissant) ou au 2e décile (pour un indicateur décroissant) ».

A l'article 24.4 de l'accord national, sont apportées les modifications suivantes.

- Le titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des centres de santé des patients âgés de seize ans et plus » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2017. ».
- Après le tableau intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2017. » sont ajoutés les tableaux suivants.

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (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 du centre 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 du centre 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 du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre 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 du centre 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

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre 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 du centre 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 du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre 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 du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre 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 du centre 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

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 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 du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	$\leq 30\%$	5 patients	35	
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	$\leq 9\%$	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 du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	$\leq 32\%$	5 patients	35	
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20	
		Part des patients MT du centre 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%	$\geq 75\%$	5 patients	20	
	Total						390

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0 (*)
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0 (*)
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre 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

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71%	$\geq 89\%$	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et 1 trimestre	60,5%	$\geq 75,6\%$	5 patients	30
		Part des patients MT du centre de moins 81 ans, 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	20,8%	$\geq 58,6\%$	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	9,90%	$\geq 27,6\%$	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre 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 du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre 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 du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre 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 du centre 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

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 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 du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	$\leq 30\%$	5 patients	35	
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	$\leq 9\%$	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 du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	$\leq 32\%$	5 patients	35	
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20	
		Part des patients MT du centre 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%	$\geq 75\%$	5 patients	20	
	Total						390

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
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
		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 du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
		Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	35%	≥ 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	≥ 3,8%	10 boîtes	30
Total						393

A l'article 24.4 de l'accord national sont apportées les modifications suivantes.

- Le titre du tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des centres de santé des patients âgés de moins de seize ans » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes : « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2017. ».
- Après le tableau intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2017 » sont ajoutés les tableaux suivants.

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour 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 du centre 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 du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	50%	≥ 80%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43%	≥ 83%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre 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

* 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 exerçant au sein des centres de santé 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 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 centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre 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 du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	75%	100%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	75%	100%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre 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

*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 exerçant au sein des centres de santé 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 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).

Le dernier alinéa de l'article 24.6 de l'accord national est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Une clause de sauvegarde est mise en œuvre les deux premières années de mise en œuvre du nouveau dispositif : 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 centres de santé sous forme de majoration de la rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017 et 2018. ».

Article 4

Composition du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices

Le deuxième paragraphe de l'article 57.1 de l'accord national intitulé « Composition et fonctionnement » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Ce comité est constitué paritairement de deux sections :

- une section professionnelle composée de 6 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives signataires, et le cas échéant, de 6 suppléants.

- une section sociale composée de 6 représentants titulaires désignés par l'UNCAM, et le cas échéant, de 6 suppléants. ».

Article 5

Contrat d'accès aux soins dentaires visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques

Est ajouté un dernier paragraphe à l'article 4 de l'annexe de 20 de l'accord national rédigé comme suit :
« Enfin, la période d'observation du taux de dépassement au titre de l'année 2018/2019 débute au 1^{er} juillet 2018 et prend fin au 31 mars 2019 pour l'ensemble des contrats. ».

Est ajouté un dernier paragraphe à l'article 5 de l'annexe de 20 de l'accord national rédigé comme suit :
« A titre exceptionnel, le centre de santé pour lequel un renouvellement du contrat initial intervient sur la période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019, la rémunération afférente au contrat représente 6% de ses honoraires sans dépassements réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux. ».

Est ajouté un dernier paragraphe à l'article 6 de l'annexe 20 rédigé comme suit.
« A titre exceptionnel, les contrats arrivés à l'échéance des trois ans peuvent être prorogés jusqu'au 30 juin 2019. Tous les contrats quelle que soit leur date de souscription prennent fin au 30 juin 2019. Les adhésions au contrat enregistrées à compter du 1^{er} juillet 2018 ne sont donc valables que pour une durée d'un an et prennent fin au 30 juin 2019. ».

Le 2^o de l'annexe 21 intitulé « Formulaire d'adhésion au contrat d'accès aux soins dentaires visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :
« 2^o Adhérer à l'option conventionnelle et m'engager à en respecter les dispositions.».

Article 6

Autres mesures

Le premier alinéa de l'article 2.2 de l'annexe 10 quater 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 centre de santé une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée médicale clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et réalisée 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^o 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 et par ETP médical.»

L'annexe 22 est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Annexe 22 : dispositif de prévention bucco-dentaire

Prévention bucco-dentaire pour les enfants, adolescents et jeunes adultes

Conformément aux dispositions de l'article 22.1.3 sur la prévention bucco-dentaire du présent accord, les modalités de participation des centres de santé au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1^{er}
Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse :

- aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans
- ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à l'action de prévention.

Article 2
Contenu du dispositif

Les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Les bénéficiaires visés à l'article 1.1 bénéficient d'un examen de prévention sans contribution financière, c'est-à-dire pris en charge à 100%, et ce, avec dispense d'avance de frais.

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation de sodas, grignotage, tabac, autres addictions...);
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodonte afin de détecter une éventuelle gingivite) ;
- Des conseils d'éducation à l'hygiène dentaire : brossage (méthode et fréquence) et recommandations en matière d'hygiène alimentaire en raison des spécificités liées à l'âge.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à la classe d'âge

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser (1 seul code CCAM), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2. Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe 23 du présent accord.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30€.

Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

Ces dispositions n'entreront en vigueur pour les patients âgés de 3 ans qu'à compter du 1^{er} avril 2019.

Article 3

Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents ou son représentant légal si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié du centre de santé de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure "renseignements médicaux" est à conserver par le centre de santé dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le praticien dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 4 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

Article 4

Engagements des parties

4.1. Les engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires (DE et DP),
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif,
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités,
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins,
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - conservant dans le dossier médical du patient les "renseignements médicaux" relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations,
 - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après,
- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

4.2. Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen de prévention et son complément radiologique éventuel aux centres de santé ;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux centres de santé ;
- restituer aux centres de santé dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations,
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 5 jours à compter de la réception du support de facturation électronique ;
- en cas de support papier, ce délai est de l'ordre de 15 jours maximum.

Article 5

Evaluation du dispositif

5.1. Les dispositions générales

Les parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les centres de santé s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des centres de santé concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

5.2. Le contenu des volets de l'évaluation

Les parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. domaine médical

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins / nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention,
- nombre de programmes de soins réalisés / nombre de programme de soins proposés,
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention,
- analyse de l'indice CAO.

2. domaine économique

- suivi de l'indice CAO,
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. domaine social

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des centres de santé,
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible,
- enquête de satisfaction auprès des centres de santé,
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

5.3. La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses 3 composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes libéraux.

Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Article 1er

Les parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes à partir du 4^{ème} mois de grossesse, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à cette action de prévention.

Article 2

Contenu du dispositif

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale, etc.), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant).

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le praticien, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est valorisée à 30€.

Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée.

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et en dispense d'avance de frais.

Article 3

Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié d'un centre de santé de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 12

jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le centre de santé dans le dossier de la patiente.

Article 4

Evaluation et suivi du dispositif

Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les centres de santé s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Les parties signataires conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

Un bilan annuel est réalisé dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale.».

L'annexe 1 bis est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

			Points					Points					Points							
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT			Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle			Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle			Fixe	Variable						
Travail en équipe/coordination																				
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i>					Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i>					Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i>										
1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)			100		1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)			100		1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)			100							
2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ			150		2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ			150		2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ			150							
3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints			150		3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints			150		3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints			150							
4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité			150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité			150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité			150							
Accès aux soins																				
Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques 100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active médecine générale du centre de santé 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active médecine générale du centre de santé <i>(optionnel)</i>					200		Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques 100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé <i>(optionnel)</i>					200		Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques. 100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé <i>(optionnel)</i>					200	
Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i>			50		Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i>			50		Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i>			50							

Points

Points

Points

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>		Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono-professionnelle</i>		Fixe	Variable
Echange/Système d'information											
Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) (<i>optionnel</i>)			Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) (<i>optionnel</i>)			Télétransmission et téléservices (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) (<i>optionnel</i>)					
Télétransmission (aide pérenne)			440	Télétransmission (aide pérenne)			240	Télétransmission (aide pérenne)			120
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)			46	SCOR			83				
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices (<i>optionnel</i>)		75									
Equipement pour vidéo-transmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (<i>optionnel</i>)		50									
Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine (<i>optionnel</i>)			25								

TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE <i>si tous les critères et objectifs sont remplis</i>		925	511			800	323			800	120
--	--	-----	-----	--	--	-----	-----	--	--	-----	-----

L'annexe 23 est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Annexe 23 : liste des soins consécutifs pris en charge au titre du dispositif d'examens bucco-dentaires des enfants, adolescents et jeunes adultes

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents

HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent

HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines

HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe

HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

L'annexe 25 est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Annexe 25 : rémunération 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 centres de santé « médecins traitants » des patients âgés de seize et plus, et 10 indicateurs pour les centres de santé « médecins traitants » des patients âgés de moins de seize ans.

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 centres de santé.

➤ Le calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le centre de santé 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 centres de santé et conforme aux objectifs prévus dans la convention médicale, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des centres de santé et conforme aux objectifs prévus dans la convention médicale, qui correspond à un taux de réalisation de 30% ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque centre au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- Afin de maintenir la cohérence statistique de l'indicateur, une modification de règle de calcul apportée en cours d'année N s'applique aussi au taux de départ. Le taux de départ est ainsi recalculé au 31/12/N-1 selon la nouvelle règle de calcul, et remplace le taux de départ précédemment fixé.
- Lorsque le seuil d'un indicateur est modifié en cours d'année, le taux de départ, s'il était déjà fixé (i.e. s'il dépassait le seuil avant modification) est conservé. S'il n'était pas déjà fixé et que le nouveau seuil est atteint au 31/12/N-1, alors le taux de départ est fixé au 31/12/N-1. Les taux de départ dépassant les seuils au 31/12/2016 sont ainsi inchangés.
- 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 centre de santé :

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 centre de santé 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 centre de santé est compris entre 0% (lorsque le centre de santé n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 30% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire :

le taux de réalisation est au moins égal à 30% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le centre de santé 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 centre de santé 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 centre de santé 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 centre de santé.

Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle « médecin traitant déclarante » du centre de santé de l'année. Elle correspond aux patients qui ont déclaré le centre de santé 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 centres de santé qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

Le nombre de points au maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les centre de santé ayant été choisi comme médecins traitants pour les patients de seize ans et plus, et 600 patients pour les centre de santé ayant été choisi comme médecins traitants pour les patients âgés de moins de 16 ans. 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 » et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

Pour les centre de santé ayant été choisi comme médecins traitants par des patients âgés de moins de seize ans :

$$\text{Rémunération calculée} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times (\text{patientèle déclarante}/600) \times 7\text{€}$$

Pour les centre de santé ayant été choisi comme médecins traitants par des patients âgés de seize ans et plus:

$$\text{Rémunération calculée} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times (\text{patientèle déclarante}/800) \times 7\text{€}$$

- Pour les centres de santé « nouveaux installés » :

Afin de soutenir l'ouverture d'un nouveau centre de santé, 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

La rémunération est calculée selon la formule suivante :

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par 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'ouverture du centre de santé

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecin traitant par 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'ouverture du centre de santé

Article 2. Méthodologie de construction des indicateurs

Article 2.1. Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de seize ans et plus

L'ensemble des codes correspondant aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution du présent accord. 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 centre de santé 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 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » 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) »)

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » 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)

A compter de 2019, l'indicateur devient : « Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » 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 et 1 trimestre.

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » 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 »)

A compter de 2019, l'indicateur devient : «Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT de moins de 81 ans, traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le centre de santé 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 centre de santé 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 du centre de santé 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 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

- ✓ sont pris en compte les codes ATC des médicaments des classes C02, C03, C07, C08 et C09 ayant l'indication HTA, ainsi que le code ATC C10BX03 (atorvastatine +amlopidine)
- ✓ sont pris en compte les codes NABM suivants :
 - pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
 - pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

A compter de 2019, l'indicateur devient : «Part des patients MT du centre de santé traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire.

➤ Risque cardio-vasculaire

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

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

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT du centre de santé, 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 du centre de santé présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD pour ces motifs l'année précédente

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD l'année précédente pour ces causes et ayant été traités par statines et AAP + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 6 ans glissants

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

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

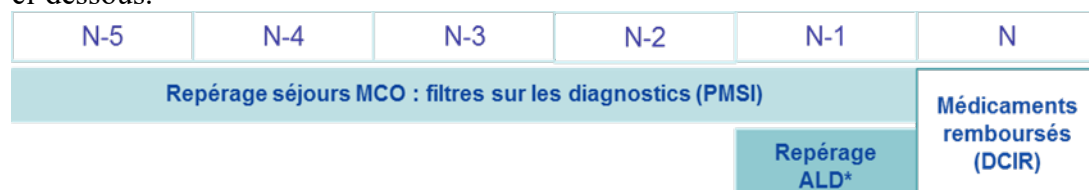
Définitions :

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Codes CIM10 utilisés

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

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

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

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

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

Codes CIM10 utilisés

PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs) ; I74.4 (Embolie et thrombose des artères distales, sans précision) ; I74.5 (Embolie et thrombose de l'artère iliaque).

ALD : I70 (Athérosclérose) ; I73 (Autres maladies vasculaires périphériques) ; I74 (Embolie et thrombose artérielle).

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé 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)

A compter de 2019, l'indicateur devient « Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK ».

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé 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 du centre de santé âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe pendant la campagne de vaccination (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères

Seuil minimum : 5 patients MT de 65 ans et plus

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé 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 du centre de santé de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patientes MT âgées de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes CCAM pris en compte pour la mammographie de dépistage sont QEQK001 (Mammographie bilatérale) et QEQK004 (Mammographie de dépistage).

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

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

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

Période de calcul : 27 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

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

➤ **Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse**

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

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

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

Période de calcul : 12 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes :

➤ Dans la Classe N05 (psycholeptiques) :

N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thiopropazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (trifluoperidol), N05AD05 (pipamperone), N05AD08 (droperidol), N05AF01 (flupentixol), N05AF05 (zuclopenthixol), N05AG02 (pimozide), N05AG03 (penfluridol), N05AH01 (loxapine), N05AH02 (clozapine), N05AH03 (olanzapine), N05AH04 (quetiapine), N05AL01 (sulpiride), N05AL03 (tiapride), N05AL05 (amisulpride), N05AN01 (lithium), N05AX08 (risperidone), N05AX12 (aripiprazole), N05AX13 (paliperidone), , N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD05 (triazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine),

➤ Dans la classe N06 (psychoanaleptiques) :

N06AA01 (desipramine), N06AA02 (imipramine), N06AA04 (clomipramine), N06AA05 (opipramol), N06AA06 (trimipramine), N06AA09 (amitriptyline), N06AA12 (doxepine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxetine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxetine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (miansérine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianéptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxétine), N06AX22 (agomélatine)

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

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé 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 du centre de santé 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 1ère délivrance

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

BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

➤ **Antibiothérapie**

- **Indicateur : *Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT du centre de santé de 16 à 65 ans et hors ALD***

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD

Numérateur : nombre de prescriptions d'antibiotiques prescrites par le centre de santé et remboursées aux patients MT du centre de santé 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 du centre de santé traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones)***

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

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

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 3è et 4è génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefepodoxime), J01DE01 (cefepime)

- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14

➤ Conduites addictives

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé 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 centre de santé à ses patients MT, à l'exception des indicateurs concernant la prescription de metformine et le dosage de TSH (qui prennent en compte toutes les prescriptions, quel que soit le prescripteur).

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées.

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

➤ Prescription dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre de boîtes de la classe XX prescrites aux patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de la classe XX inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

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

Seuil minimum : 10 boîtes de statines prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10 hors autres agents modifiant les lipides (fibrates, acide nicotinique, résines, oméga 3 ...)

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

Seuil minimum : 10 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments des classes ATC C02 (sauf C02CA02), C03 (sauf C03DA04, C03XA01), C07 (sauf bêtabloquant n'ayant pas l'indication HTA), C08 (sauf inhibiteurs calciques n'ayant pas l'indication HTA), C09 (sauf Enalapril® 2,5 mg n'ayant pas l'indication HTA). L'Esidrex® (hydrochlorothiazide) est inclus au numérateur de l'indicateur.

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques – indicateur neutralisé en 2018 et supprimé à compter du 1^{er} janvier 2019***

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

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

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques - indicateur neutralisé en 2018 et supprimé à compter du 1^{er} janvier 2019***

Seuil minimum : 10 boîtes d'antiasthmatiques prescrites par le centre de santé à ses patients

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

- **Indicateur : *Indice global de prescription dans le reste du répertoire***

Cet indicateur concerne toutes les classes thérapeutiques (hors paracétamol : N02BE01, NB02BE51, N02BE71) et en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP.

Seuil minimum : 10 boîtes

➤ **Prescription de biosimilaires**

- **Indicateur : *Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine***

Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le centre de santé en tant que médecin traitant MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé 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 du centre de santé traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre de santé traités par antiagrégants plaquettaire***

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

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

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 Ephemra A10C9,A10H,A10J1,A10J2,A10K1,A10K3,A10L,A10M1,A10N1,A10N3,A10S.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé 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 centre de santé)

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

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)

A compter de 2019, sont introduits deux nouveaux indicateurs :

- **Indicateur : *Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT (indicateur décroissant)***

Dénominateur : nombre de boîtes d'ézétimibe ou de statine prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes d'ézétimibe (seule ou en association) prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil : 10 boîtes d'ézétimibe ou de statine prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT

Définition :

- statine : classe Ephemra C10A1
- ézétimibe seule ou associée : code ATC C10BA02 et C10BA05 (statine en association avec l'ézétimibe) et code ATC C10AX09 (ézétimibe seule)

- **Indicateur : Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant).**

Dénominateur : Nombre de patients avec au moins 1 prescription d'AINS par son MT dans l'année, sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS

Numérateur : Nombre de patients avec au moins 1 délivrance d'IPP en même temps que la délivrance d'AINS (prescription du MT à ses patients MT)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil : 5 patients MT de moins de 65 ans sans facteur de risque ayant eu au moins 1 prescription d'AINS par le MT

Définition :

- IPP : classe Ephemra A02B2
- AINS : ATC M01A et N02BA (Antiinflammatoires non stéroïdiens), ATC H02A (corticoïdes), ATC B01AA, B01AB, B01AC, B01AE, B01AF, B01AX, C10BX02 (Antiagrégants plaquettaire et anticoagulants)
- patients sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS :
 1. patients sans délivrance d'antiagrégant plaquettaire ou d'anticoagulant ou de corticoïde dans l'année (ATC H02A, B01AA, B01AB, B01AC, B01AE, B01AF, B01AX, C10BX02)
 2. patients sans fibroscopie dans les 3 dernières années (CCAM HEQE002, HEQE003, HEQE005, HGQE002, HEQJ001, HEQJ002, HGQJ002, HGQJ001)
- patients en ALD Rhumatologie active dans l'année, polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD 22) ou spondylarthrite grave (ALD 27), exclus du champ de l'indicateur.

❖ **Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2017.**

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30

		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scoring) 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, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40

		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	≥ 70%	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	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%	≤ 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%	≤ 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%	≤ 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%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total						390
Efficienne	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50

		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	51%	≥ 55%	200 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 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%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total						330

❖ Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour 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

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

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, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	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%	$\leq 30\%$	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%	$\leq 9\%$	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%	$\leq 32\%$	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%	$\geq 75\%$	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54

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

❖ Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (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 du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et 1 trimestre	60,5%	≥ 75,6%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre de moins 81 ans, 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	20,8%	≥ 58,6%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	9,90%	≥ 27,6%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre 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 du centre 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 du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, broncheectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre 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 du centre 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 du centre > 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 du centre 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 du centre 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

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre 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 du centre 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
		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 du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
		Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	35%	≥ 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	≥ 3,8%	10 boîtes	30
Total						393

Article 2.2. Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecin traitant par des patients âgés de moins de seize ans

L'ensemble des codes correspondant aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution du présent accord. 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 centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins

➤ Suivi de l'asthme :

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé 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 du centre de santé 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 ans présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

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

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé 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 du centre de santé 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 du centre de santé de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR***

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

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

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

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

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

A compter de 2019, le calcul de cet indicateur intégrera les vaccinations réalisées en PMI au numérateur.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé 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.

A compter de 2019, le calcul de cet indicateur intégrera les vaccinations réalisées en PMI au numérateur.

➤ Antibiothérapie

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT du centre de santé 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 centre de santé

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 centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
 - Céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01
- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3^e ou 4^e génération parmi les patients MT du centre de santé 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 du centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3^e ou 4^e génération prescrites par le MT du centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

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

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

➤ **Dépistage des troubles sensoriels**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs***

Dénominateur : nombre de patients MT de 4 à 12 mois

Numérateur : nombre de patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins d'un an

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Dépistage des troubles des apprentissages**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (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 à 5 ans
 Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
 Définition : indicateur déclaratif

➤ **Suivi bucco-dentaire**

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

Dénominateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Numérateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N, ayant eu au moins un acte dentaire

Période de calcul : 18 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

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

Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF

Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue

Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

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

Spécialité 69 : chirurgie orale

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » 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 du centre de santé 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 du centre de santé 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 du centre de santé 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 du centre de santé de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75%	≥ 87%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de santé de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	77%	≥ 90%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de santé 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 du centre de santé de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11%	≤ 2%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de santé de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre de santé de 3 à 5 ans qui ont eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTLA ou autre). Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20

	Suivi bucco-dentaire	<i>Part des patients MT du centre de santé 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 exerçant au sein des centres de santé 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 centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour 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 du centre 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 du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	50%	≥ 80%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43%	≥ 83%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre 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

*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 exerçant au sein des centres de santé 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 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 centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre 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 du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	75%	100%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	75%	100%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre 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 du centre 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

Les dispositions du premier paragraphe de l'article 2 de l'annexe 28 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Au sein des commissions paritaire nationale, régionales et départementales, les sièges de la section sociale sont répartis de la façon suivante :

- 7 représentants pour le régime général : 5 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien conseil,
- 3 représentants pour le régime agricole. ».

Fait à Paris, le

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
M. Nicolas REVEL, Directeur Général,

Et

Pour Adessadomicile Fédération Nationale,
M. Patrick MALPHETTES, Président,

Pour la Croix-Rouge Française,
M. Jean-Jacques ELEDJAM, Président

Pour la Fédération des Mutuelles de France,
M. Jean-Paul BENOIT, Président,

Pour la Fédération Nationale de la Mutualité
Française, M. Thierry BEAUDET, Président,

Pour la Fédération Nationale des Centres de
Santé, Mme Hélène COLOMBANI, Présidente,

Pour la Fédération Nationale des Institutions de
Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne,
M. Alain RONDEPIERRE, Président,

Pour l'Union Nationale ADMR,
Mme Marie-Josée DAGUIN, Présidente,

Pour l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et
des Services aux Domiciles,
M. Guillaume QUERCY, Président,

Pour la Confédération des centres de Santé,
Mme Françoise LE COQ, Présidente,

Pour la Caisse Autonome Nationale de la
Sécurité Sociale dans les Mines,
M. Gilles de LACAUSSADE, Directeur
Général,