

## **LA REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE**

**UNE AMELIORATION CONTINUE EN FAVEUR  
DE LA QUALITE ET DE LA PERTINENCE DES SOINS**

**Bilan à 3 ans**

**Dossier de presse**

**27 avril 2015**

**Document sous embargo  
jusqu'au lundi 27 avril 2015 – 10 h**

**Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie**

Lucie Hacquin - 01 72 60 17 64 - [lucie.hacquin@cnamts.fr](mailto:lucie.hacquin@cnamts.fr)

Amélie Ghersinick - 01 72 60 18 29 - [amelie.ghersinick@cnamts.fr](mailto:amelie.ghersinick@cnamts.fr)

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37 - [celine.robert-tissot@cnamts.fr](mailto:celine.robert-tissot@cnamts.fr)

## **SOMMAIRE**

<b><u>Communiqué de synthèse</u></b>	<b>p. 3</b>
<b><u>I - La ROSP, levier d'évolution des pratiques des médecins</u></b>	<b>p. 5</b>
1. Une dynamique de progression qui se poursuit	p. 5
2. Une évolution confirmée sur les différents volets depuis 2012, plus resserrée en 2014	p. 6
3. Une progression des taux d'atteinte sur l'ensemble du territoire	p. 7
<b><u>II - Les résultats 2014 à la loupe, volet par volet</u></b>	<b>p. 10</b>
1. Le suivi des pathologies chroniques	p. 10
2. La prévention	p. 13
3. L'optimisation et l'efficacité des prescriptions	p. 19
4. L'organisation du cabinet et la qualité de service	p. 20
<b><u>III - Un « effet ROSP » positif constaté sur les pratiques des spécialistes</u></b>	<b>p. 21</b>
1. Chez les cardiologues	p. 21
2. Chez les gastroentérologues	p. 22
<b><u>IV - Les rémunérations versées en 2014</u></b>	<b>p. 23</b>
<b><u>V - Annexes</u></b>	<b>p. 24</b>
1. Les résultats complets 2011/2012/2013/2014	p. 25
2. L'analyse territoriale des résultats les plus marqués	p. 32
3. La Rémunération sur objectifs de santé publique : rappels utiles	p. 37
4. Les indicateurs de la Rémunération sur objectifs de santé publique	p. 38

## **Bilan de la Rémunération sur objectifs de santé publique à 3 ans Une dynamique qui se poursuit, porteuse de bénéfices pour tous**

Dans le cadre de la convention médicale signée en 2011, l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins ont mis en place une nouvelle rémunération des médecins fondée sur l'atteinte d'objectifs de santé publique. Cette rémunération comporte pour **les médecins traitants, les cardiologues et les gastroentérologues**, quatre volets relatifs à la **prévention**, au **suivi des pathologies chroniques**, à la **prescription de médicaments** et à **l'organisation du cabinet**. Pour les autres médecins, elle comprend un volet unique relatif à l'organisation du cabinet.

**Trois ans après sa mise en place, le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique confirme la progression observée en 2012 et 2013, qui se poursuit en 2014**, au service de la qualité et de l'efficacité du système de soins.

Le taux général d'atteinte des objectifs s'améliore de nouveau : **il passe en un an de 61,5% à 65,1% pour les omnipraticiens<sup>1</sup>, soit 3,6 points de plus sur la période<sup>2</sup>**. Pour ceux-ci, le taux d'atteinte des résultats a progressé de plus de 12 points depuis 2012, avec une progression globale plus marquée en 2013 (de + 8,6 points), mais qui se poursuit en 2014 (de + 3,6 points)<sup>3</sup>.

**Sur les 19 indicateurs cliniques calculés**, les pratiques concernant **14 d'entre eux évoluent favorablement** pour les omnipraticiens ; 4 voient en revanche leurs résultats reculer et 1 seul stagne depuis la mise en place de la ROSP.

Parmi les progrès notables enregistrés depuis 2011, on peut souligner un **meilleur suivi des patients atteints du diabète**, avec d'une part **la progression de 7,5 points sur la part des patients ayant eu 3 ou 4 dosages HbA1c**, et de l'autre, **celle de 6 points concernant la part des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine à faible dose**.

On constate également une **baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques aux patients adultes sans ALD**, ainsi que de celles de **benzodiazépines à demi-vie longue aux patients de plus de 65 ans**.

A l'inverse, **les indicateurs de prévention sont moins bien orientés**. En particulier, les **taux de vaccination contre la grippe** et le **dépistage des cancers féminins** enregistrent des reculs préoccupants. C'est pourquoi l'Assurance Maladie intensifiera sa mobilisation, déjà ancienne, sur ces enjeux de santé publique, et renforcera son soutien aux médecins afin de les aider notamment à sensibiliser leurs patients quant à la nécessité de la vaccination. Face à ces évolutions, la ROSP ne peut être la seule réponse et joue aussi un **rôle d'alerte**.

---

<sup>1</sup> La notion d'« omnipraticien » regroupe les médecins généralistes et les médecins à exercice particulier (MEP). Afin de disposer de données comparables, le calcul est réalisé à partir des résultats des omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle Médecin traitant d'au moins 200 patients. Les mêmes critères sont pris en compte pour les seuls médecins généralistes.

<sup>2</sup> Pour les généralistes hors nouveaux installés et dont la patientèle Médecin traitant est d'au moins 200 patients, le taux d'atteinte passe de 61,7% à 65,3%, soit 3,6 points de progression.

<sup>3</sup> Les résultats définitifs de l'indicateur sur le dépistage du cancer du sein n'étant pas disponibles à fin décembre 2014, une estimation a été calculée à partir des résultats obtenus en septembre 2014.

L'Assurance Maladie se félicite de ces résultats globalement positifs. **Les pratiques médicales**, telles qu'elles sont suivies dans la ROSP, **progressent sur tout le territoire et sur l'ensemble des volets. La mobilisation** des médecins pour atteindre ces objectifs est **porteuse de bénéfices pour tous**. Car, si elle permet un complément de rémunération moyen de 4 215 euros aux quelque 89 000 médecins bénéficiaires (toutes spécialités confondues), **elle garantit également une meilleure prise en charge des patients et elle est source de davantage d'efficience et de modernité pour le système de santé.**

## I. La ROSP, levier d'évolution des pratiques des médecins

En 2011, l'Assurance Maladie et les quatre principaux syndicats représentatifs des médecins (CSMF, SML, MG France, FMF) aboutissent à un accord et signent une nouvelle convention appelée à régir leurs relations pendant les cinq années à venir. Ce partenariat s'organise autour de trois axes structurants : faire progresser la qualité des soins et la prévention ; conforter l'accès aux soins ; moderniser et simplifier les conditions d'exercice.

**La diversification des modes de rémunération est au cœur de cette nouvelle convention qui permet la généralisation du système de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) entré en vigueur le 1er janvier 2012.** Ce dispositif se substitue au Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) mis en place en 2009 sur la base de la libre adhésion.

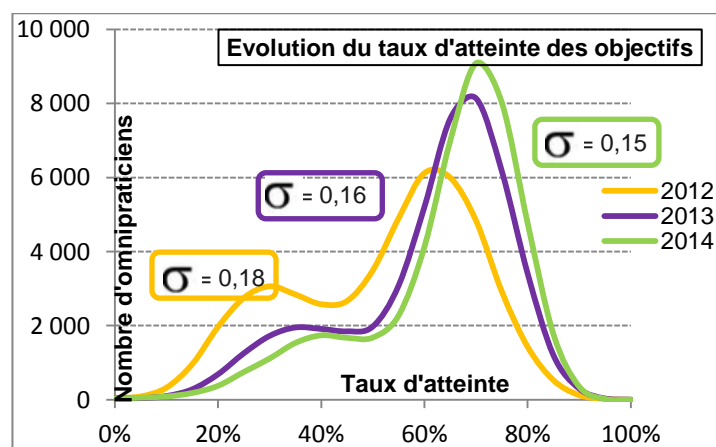
Alors que le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique atteint sa troisième année de plein exercice, l'Assurance Maladie analyse, avec un recul désormais significatif, les effets du dispositif.

### 1. Une dynamique de progression qui se poursuit

La comparaison annuelle du **rapport entre la rémunération versée et la rémunération potentielle maximale**, permet de mesurer la progression dans l'atteinte des objectifs fixés pour la Rémunération sur objectifs de santé publique.

Le taux d'atteinte des objectifs pour les **omnipraticiens**, à champs comparables<sup>4</sup>, observe une **nouvelle progression entre 2013 et 2014**. Il évolue ainsi **de 61,5% à 65,1%**, soit **+ 3,6 points**. La progression ralentit cependant par rapport à l'année précédente. **Entre 2012 et 2013**, le taux d'exécution à champs comparables avait progressé de 52,9% à 61,5%, soit une augmentation de **8,6 points**. Une progression équivalente est constatée chez les seuls **médecins généralistes** dont le taux d'atteinte global des objectifs a évolué de 53% en 2012, à 61,7% en 2013 puis à 65,3% en 2014 soit **une amélioration de + 12,3 points en 2 ans** (+12,2 points chez les omnipraticiens).

Les courbes de résultats ci-dessous<sup>5</sup> représentent **la distribution des médecins par rapport à leur taux d'atteinte des objectifs**. Le déplacement vers la droite de la courbe 2014 traduit une **progression continue** et le resserrement de la courbe constaté par rapport à 2012 est le reflet d'une plus grande **homogénéisation** des taux d'atteinte.



<sup>4</sup> Afin de disposer de données comparables, le calcul est réalisé à partir des résultats des omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle Médecin traitant d'au moins 200 patients. Les mêmes critères sont pris en compte pour les seuls médecins généralistes. Les résultats définitifs de l'indicateur sur le dépistage du cancer du sein n'étant pas disponibles à fin décembre 2014, une estimation a été calculée à partir des résultats obtenus en septembre 2014.

<sup>5</sup> Courbes des taux d'atteinte des objectifs de 2012 à 2014 des omnipraticiens éligibles à la rémunération, hors nouveaux installés et avec une patientèle Médecin traitant d'au moins 200 patients.

**En 2014, 68% des médecins éligibles ont progressé dans l'atteinte de leurs objectifs par rapport à 2013 (vs 85% entre 2012 et 2013). La part des médecins qui progressent est plus importante chez ceux dont les taux d'atteinte en 2013 étaient les plus faibles.**

A noter que les 20% des médecins les plus performants atteignent au moins 75,8% des objectifs en 2014.

## **2. Une évolution confirmée sur les différents volets depuis 2012, plus resserrée en 2014**

La ROSP a comme ambition première de servir les objectifs de santé publique tout en améliorant l'efficacité du système de soins.

Pour cela, elle compte quatre volets distincts : 1/ le suivi des maladies chroniques ; 2/ la prévention ; 3/ l'optimisation des prescriptions et l'efficacité des prescriptions ; 4/ l'organisation du cabinet et la qualité de service<sup>6</sup>.

L'analyse des résultats par volets<sup>7</sup> révèle en 2014 **une progression pour les volets qui concernent le suivi des maladies chroniques, l'optimisation des prescriptions et l'organisation du cabinet** et une tendance à la stabilisation pour le volet prévention.

<b>Volets</b>	<b>Tx d'atteinte 2012</b>	<b>Tx d'atteinte 2013</b>	<b>Tx d'atteinte 2014</b>	<b>Progression 2012/2014</b>	<b>Progression 2013/2014</b>
Le suivi des maladies chroniques	50,3%	56,7%	58,9%	+ 8,6 points	+ 2,2 points
La prévention	35,1%	40,4%	40,8%	+ 5,7 points	+ 0,4 point
La prescription	56,0%	64,1%	69,9%	+ 13,9 points	+ 5,8 points
L'organisation du cabinet	63,3%	76,3%	80,9%	+ 17,6 points	+ 4,6 points

**Si l'on analyse les résultats depuis la mise en place de la ROSP, il apparaît que la réalisation des objectifs a évolué de manière significative sur l'ensemble des volets depuis 2012** - de manière très soutenue concernant l'organisation du cabinet et moins marquée s'agissant de la prévention.

Sur chacun des volets pour lesquels nous disposons des résultats définitifs<sup>8</sup>, **au moins la moitié des omnipraticiens éligibles ont réalisé des progrès dans l'atteinte de leurs objectifs en 2014 ; 51% continuent de faire évoluer leurs pratiques en matière d'organisation du cabinet** malgré un taux d'atteinte moyen déjà très élevé et **56% obtiennent de meilleurs résultats sur les indicateurs de suivi des pathologies chroniques**. Enfin, **76% des omnipraticiens ont continué à améliorer leurs pratiques** sur le champ de la prescription par rapport à 2013.

<sup>6</sup> Tous les indicateurs de la ROSP ont été élaborés à partir des référentiels des autorités de santé, sur la base de consultations des sociétés savantes et soumises à des discussions exigeantes lors des négociations conventionnelles. Ce fut le cas tant pour les généralistes que pour les deux nouvelles spécialités qui se sont vu assigner des objectifs d'amélioration de pratiques, en 2012 pour les cardiologues et en 2013, pour les gastroentérologues.

<sup>7</sup> Champs de calcul utilisés précisés supra.

<sup>8</sup> Les résultats définitifs de l'indicateur sur le dépistage du cancer du sein n'étant pas disponibles à fin décembre 2014, une estimation a été calculée à partir des résultats obtenus en septembre 2014.

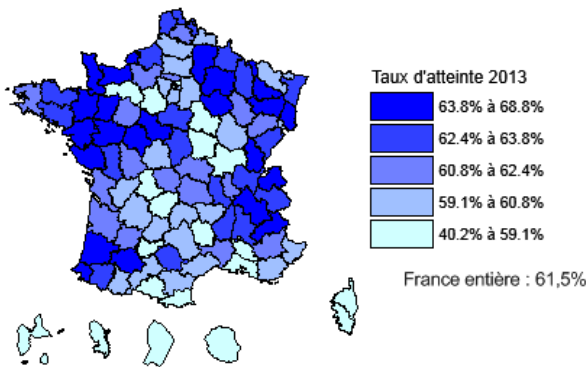
### 3. Une progression des taux d'atteinte sur l'ensemble du territoire

L'analyse géographique des taux d'atteinte des objectifs permet de prendre la mesure des écarts pouvant exister entre les départements.

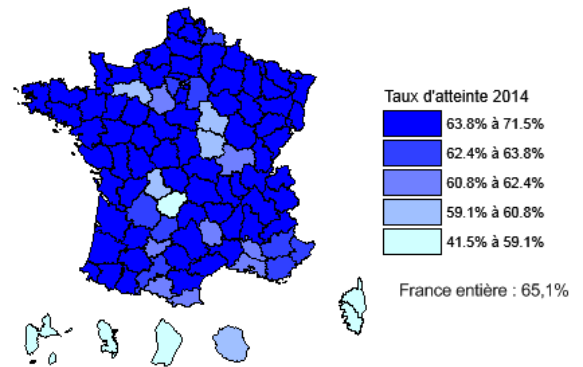
Premier constat positif, **la progression dans l'atteinte des objectifs est confirmée sur l'ensemble des départements**. Une analyse, département par département, montre que hors Dom-Tom, le **taux d'atteinte est en 2014 supérieur à 57,5% sur l'ensemble du territoire**.

En second lieu, on relève **une évolution plus soutenue dans certains départements où les taux d'atteinte étaient les plus faibles en 2013**. C'est notamment le cas de l'Ariège, de la Haute-Vienne, de la Lozère, de la Nièvre, du Tarn-et-Garonne et de l'Yonne où les taux de réalisation des objectifs des omnipraticiens ont évolué en moyenne de plus de 4 points. **Ce constat traduit une évolution positive qui participe à l'homogénéisation dans l'atteinte des objectifs sur l'ensemble du territoire**.

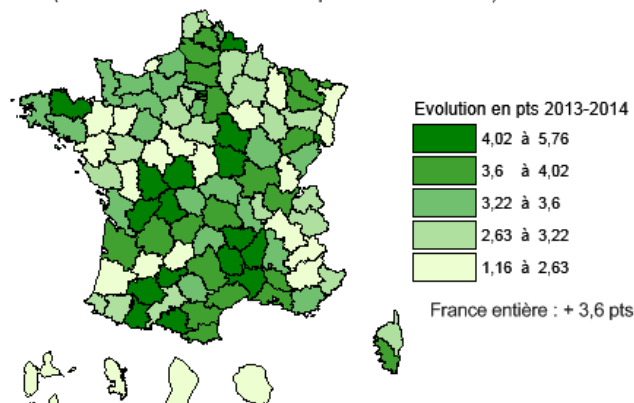
Taux d'atteinte ROSP 2013  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >= 200)



Taux d'atteinte ROSP 2014  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >= 200)

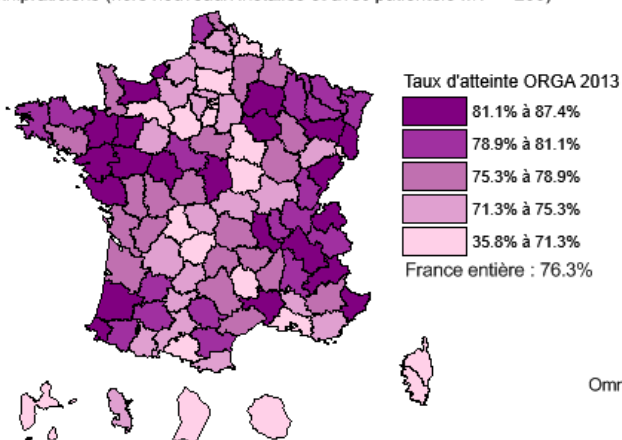


Evolution taux d'atteinte ROSP 2013 / 2014  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >= 200)

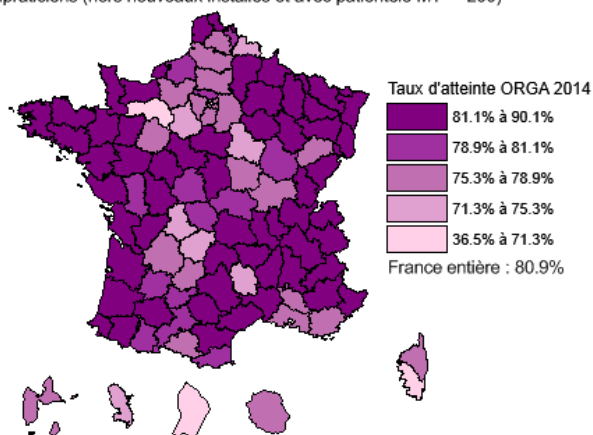


L'analyse géographique des résultats permet de confirmer cette tendance sur les 3 volets « suivi des pathologies chroniques », « prescription » et « organisation du cabinet ».

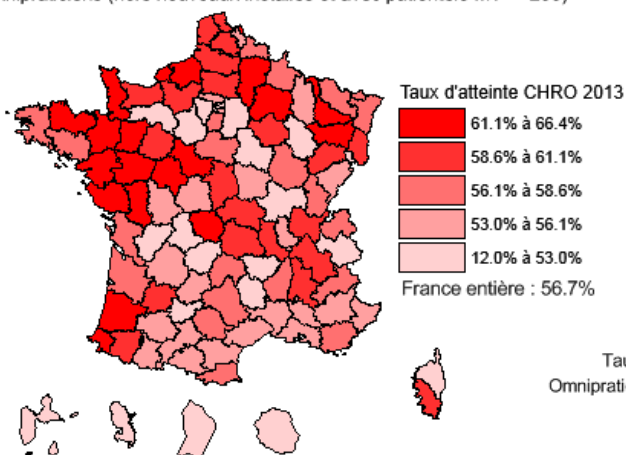
Taux d'atteinte 2013 - Bloc organisation du cabinet  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >=200)



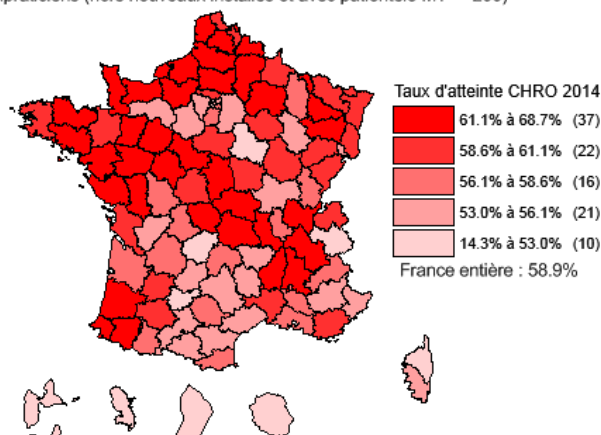
Taux d'atteinte 2014 - Bloc organisation du cabinet  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >=200)



Taux d'atteinte 2013 - Suivi des pathologies chroniques  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >=200)

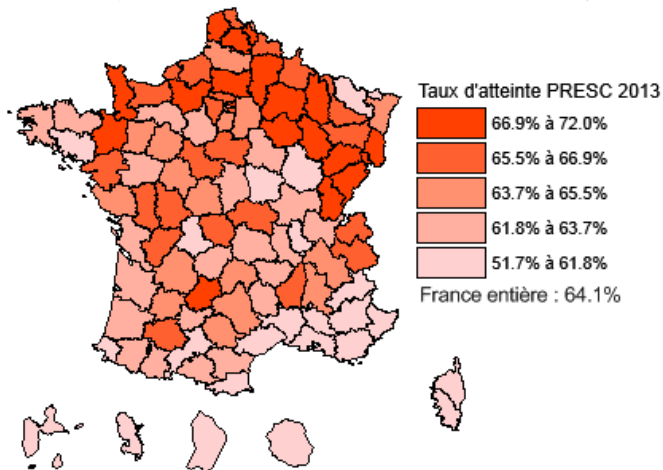


Taux d'atteinte 2014 - Suivi des pathologies chroniques  
Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >=200)

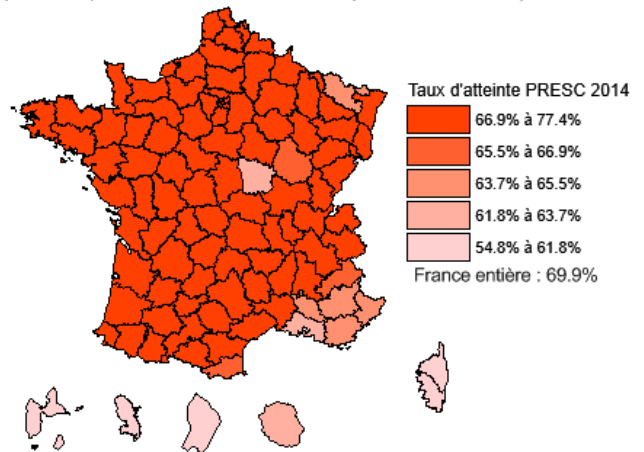




Taux d'atteinte 2013 - Efficience et optimisation des prescriptions  
 Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >=200)



Taux d'atteinte 2014 - Efficience et optimisation des prescriptions  
 Omnipraticiens (hors nouveaux installés et avec patientèle MT >=200)



## II. Les résultats 2014 à la loupe, volet par volet

**Améliorer la santé publique et la qualité du service au patient sont les principaux objectifs de la ROSP** et tous les indicateurs ont été précisément choisis et négociés en ce sens avec les syndicats représentatifs de la profession.

Ils incitent les médecins à **mieux prendre en charge les patients atteints de pathologies chroniques**, conformément aux référentiels de bonnes pratiques élaborés par les autorités sanitaires. Ils s'attachent également à favoriser **la prévention et le dépistage**, notamment pour les catégories de populations les plus à risque. Ils ont enfin vocation à **optimiser les prescriptions** au regard des référentiels et du rapport bénéfice/risque, fondement de toute démarche de soins.

### 1. Le suivi des pathologies chroniques

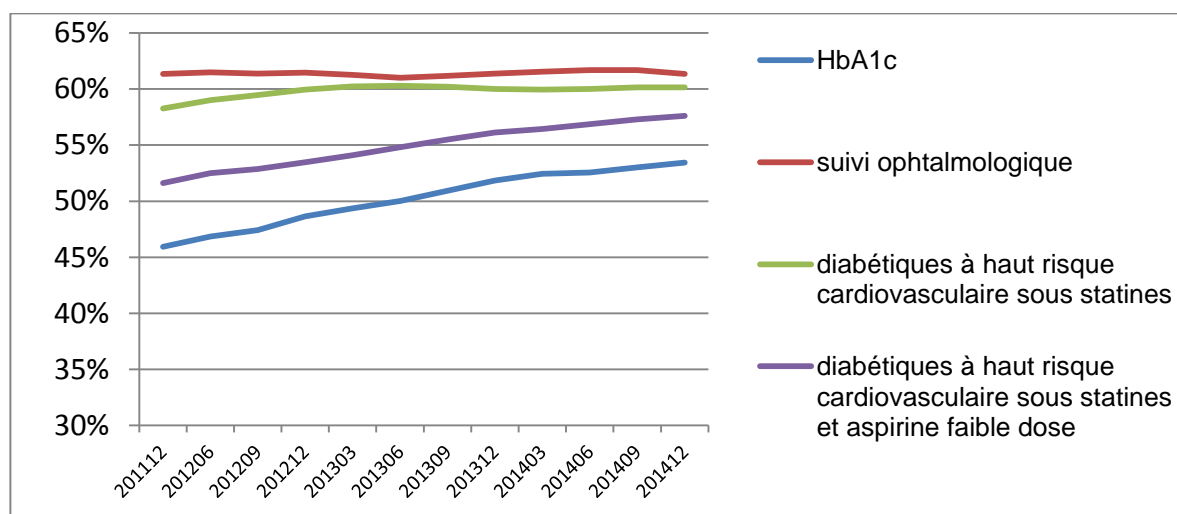
Le **diabète** constitue une **priorité de santé publique**, tant du fait du nombre de personnes concernées (plus de 3 millions de personnes diabétiques en 2013 et un nombre de patients traités qui a doublé en 10 ans) que des complications de cette pathologie grave (affections cardio-vasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale...).

Malgré cette sévérité de la maladie, un grand nombre de personnes diabétiques ne réalisent pas l'ensemble des examens de suivi recommandés, pourtant indispensables.

**Afin d'améliorer la prise en charge et le suivi de ces patients diabétiques, 8 indicateurs (dont 4 déclaratifs) ont été élaborés en 2011 à partir des recommandations de la Haute Autorité de santé** : périodicité recommandée du contrôle glycémique (dosages d'hémoglobine glyquée) et objectifs cibles d'HbA1C notamment. Ces indicateurs permettent de mesurer la qualité du suivi notamment au regard du risque de survenue de complications.

**Si les progressions** observées en 2012 et 2013 sur ce volet **se poursuivent en 2014, elles font l'objet d'un léger ralentissement.**

Evolution des indicateurs relatifs au suivi des diabétiques  
décembre 2011 / décembre 2014



- Les indicateurs concernant **les dosages d'hémoglobine glyquée ont évolué de + 7,5 points depuis 2011. La part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée en 2014 est de 53,4%, l'objectif étant fixé à 65%**. Le ralentissement de la progression observée en 2014 sur cet indicateur peut s'expliquer en partie par l'évolution récente des recommandations de la HAS en la matière qui préconisent désormais uniquement deux dosages de l'hémoglobine glyquée pour les patients dont l'objectif glycémique est atteint et si le traitement n'est pas modifié.
- **Le suivi des diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dosage a, quant à lui, progressé de + 6 points** sur la même période. Il correspond à un plus grand nombre de patients bénéficiant d'un traitement conforme aux recommandations, pour lesquels on vise ainsi à réduire le risque de survenue d'un évènement cardiovasculaire. Le bénéfice de l'administration d'aspirine à faible dose a également été démontré dans la prévention de certains cancers auxquels peuvent être plus particulièrement exposés les diabétiques, notamment traités par insuline<sup>9 et 10</sup>.

**En 2014, deux autres indicateurs relatifs au suivi des patients diabétiques sont restés stables.**

- La part de **patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire qui bénéficient du traitement recommandé par statines** n'évolue que très faiblement en 2014 (+ 0,1 point) et reste insuffisante (60,2% des patients) au regard de l'objectif cible fixé à 75%. Il a cependant progressé de 1,9 point depuis 2011.
- La part de patients diabétiques ayant eu une **consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil** reste constante depuis 2011, **autour de 61%**, alors que l'objectif cible est de 80%. Le dépistage de la rétinopathie diabétique, complication grave du diabète pouvant mener à la cécité, est donc insuffisamment réalisé et n'augmente pas en valeur relative. Cette stagnation apparente est à moduler du fait de l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 (nombre de patients atteints présents dans la population à un instant « t ») et de la non prise en compte des patients suivis à l'hôpital, non comptabilisés dans la ROSP. Ce résultat doit par ailleurs être mis en regard avec les **disparités d'accès à un ophtalmologiste** qui existent sur le territoire, liées à des difficultés tant démographiques qu'économiques. **Les efforts actuels doivent être poursuivis pour favoriser la réalisation de cet examen essentiel à l'identification précoce des complications oculaires du diabète** et qui permet la prévention de la déficience visuelle.

### **De nouvelles modalités de dépistage de la rétinopathie au service des médecins**

Pour répondre à cet enjeu d'accès aux soins, l'Assurance Maladie a mis en place **une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie en coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes**.

Premier acte de télé-médecine remboursé en ville, la rétinographie (« photographie » du fond d'œil) réalisée par l'orthoptiste est télétransmise et interprétée par l'ophtalmologiste en lecture différée. Cet acte de télé-expertise est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire ou dans quelques cas avec un reste à charge très limité.

**Entrée en vigueur en janvier 2015, cette nouvelle modalité de dépistage fait l'objet d'une campagne d'information des professionnels de santé et des patients** sur tout le territoire avec un accompagnement renforcé sur les **15 sites pilotes**.

<sup>9</sup> Algra AM, Rothwell PM. Effects of regular aspirin on long-term cancer incidence and metastasis: a systematic comparison of evidence from observational studies versus randomised trials. The Lancet [en ligne]. 2012 mars [consulté le 22/03/2012] : [10 pages]. Disponible sur [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology).

<sup>10</sup> Rothwell PM, Wilson M, Price JF, Belch JFF, Meade TW, Mehta Z. Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials. The Lancet [en ligne]. 2012 mars [consulté le 22/03/2012] : [11 pages]. Disponible sur [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology).

Au total, au terme de trois années de déploiement de la ROSP, ce sont pas moins de **235 000 patients diabétiques supplémentaires** qui ont pu bénéficier des dosages d'hémoglobine glyquée recommandés, et **70 000 patients diabétiques à haut risque cardiovasculaire** qui ont été mis sous traitement par statine et par aspirine faible dosage ou anticoagulant en 2014.

### Les résultats sur le volet « suivi des pathologies chroniques » en synthèse

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2014	Evolution en points Déc. 2014 Déc. 2011
<b>HbA1c</b>	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	>= 65 %	45,9%	53,4%	7,5
<b>Suivi ophtalmologique</b>	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	>= 80 %	61,3%	61,3%	0
<b>Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines</b>	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	>= 75 %	58,3%	60,2%	1,9
<b>Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dose</b>	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	>= 65%	51,6%	57,6%	6

## 2. La prévention

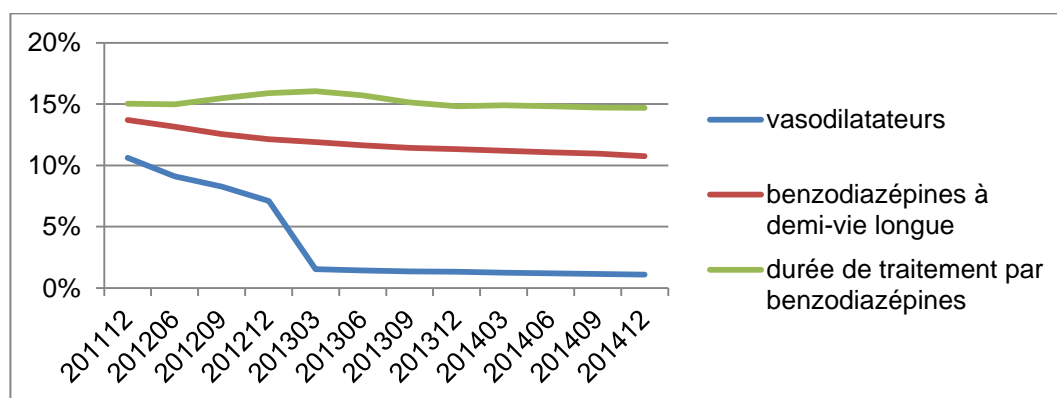
La prévention est aujourd'hui au cœur des priorités de santé publique. Les modifications des comportements et la prévention médicalisée, facteurs de réduction de la mortalité et de la morbidité globales, sont des axes majeurs de progrès sanitaire.

Plusieurs indicateurs de prévention ont été définis dans le cadre de la ROSP. Ils se distinguent par leur double finalité : **éviction des risques iatrogéniques, d'une part ; dépistage et vaccination, d'autre part.**

### *Une amélioration des indicateurs relatifs à l'iatrogénie médicamenteuse*

En 2014, **des progrès notables sont constatés sur l'ensemble des indicateurs concernant la prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de plus de 65 ans**, responsable de nombreuses hospitalisations chaque année<sup>11</sup>. Pour ces indicateurs, l'amélioration correspond à une diminution du nombre de patients consommant certains médicaments à risque iatrogénique élevé et/ou à une réduction des durées de traitement.

#### Evolution des indicateurs relatifs à la prévention des risques iatrogènes (décembre 2011 - décembre 2014)



Les **vasodilatateurs**, dont la majorité a fait l'objet d'un déremboursement au cours des dernières années en raison d'un SMR<sup>12</sup> jugé insuffisant, ne sont aujourd'hui plus **prescrits qu'à une part infime des patients : 1,1% des patients de plus de 65 ans (soit une baisse de 9,5 points en 3 ans)**, dépassant largement l'objectif de 5% fixé en 2011.

La diminution progressive du recours aux **benzodiazépines à demi-vie longue** constatée en 2012 et 2013 se poursuit en 2014, permettant de limiter les effets délétères de ces produits (interactions médicamenteuses, augmentation des chutes...). **Une baisse de 2,9 points** de la part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie<sup>13</sup> longue dans l'année a ainsi été enregistrée depuis 2011. Ce qui représente, pour l'année 2014, un total de **294 000 patients pour lesquels la prescription de benzodiazépines a été évitée**. La part des patients dont la durée de traitement par benzodiazépine est supérieure à 12 semaines est, en revanche, restée **stable en 2014, à 14,7% (- 0,1 point par rapport à 2013)**.

11 On l'évalue à 130 000 hospitalisations par an et à 10 000 décès par an. La loi de santé publique de 2004 l'avait inscrite dans ses priorités et sa prévention fait donc l'objet d'une mobilisation de l'Assurance Maladie depuis presque 10 ans.

Source : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000115/0000.pdf>.

<sup>12</sup> Service médical rendu.

<sup>13</sup> La **demi-vie** est le temps mis par une substance (médicament, noyau radioactif ou autres) pour perdre la moitié de son activité pharmacologique, physiologique ou radioactive. C'est l'indicateur utilisé en pharmacologie pour évaluer la durée d'activité d'un médicament dans le corps humain.

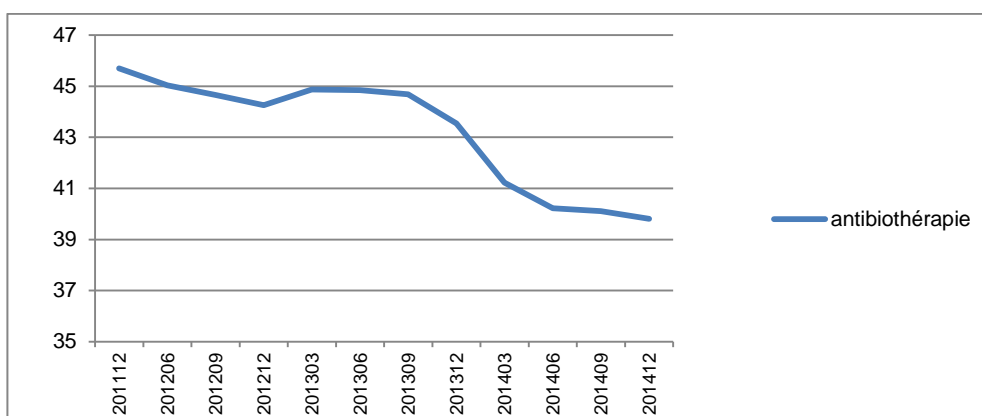
La vigilance doit se poursuivre sur cet indicateur, afin de se rapprocher de l'objectif cible de 12% et ainsi de **réduire les risques associés à l'usage prolongé des benzodiazépines**. En effet, quelle que soit leur demi-vie, celles-ci peuvent avoir des **conséquences particulièrement graves chez les personnes âgées** : somnolence, troubles de la mémoire, confusion, chutes.

La **diminution du taux de remboursement à 15% de certaines benzodiazépines hypnotiques**, mise en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2014, renforce la sensibilisation des patients aux risques associés à ces traitements, notamment en cas de mauvaise observance et contribuera ainsi à soutenir la pratique des médecins sur ce volet en 2015.

### *Des indicateurs en progrès concernant la prescription d'antibiotiques*

La réduction du nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD s'est accélérée en 2014. **Une baisse de 3,7 points a été enregistrée en 2014 par rapport à 2013** pour atteindre un ratio d'un peu moins de 40 prescriptions pour 100 patients (contre plus de 45 prescriptions pour 100 patients en 2011). **La baisse de 5,9 points constatée depuis 2011 représente un total d'environ 1 700 000 prescriptions évitées pour l'année 2014<sup>14</sup>.**

**Evolution de l'indicateur relatif à la prescription d'antibiotiques pour 100 patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans ALD  
Décembre 2011 - Décembre 2014**



**Ces résultats sont encourageants pour la lutte contre la résistance aux antibiotiques sur laquelle l'ensemble des acteurs de santé publique sont mobilisés depuis plus de 10 ans.**

En ville, **40% des prescriptions d'antibiotiques sont faites pour des infections virales (bronchites, rhinopharyngites, syndrome grippal et angine très souvent virales)**. Dans ce contexte, et pour une population adulte sans pathologie sévère, cet indicateur de la ROSP valorise un recours adapté à l'antibiothérapie en ville.

Dans le cadre des plans nationaux de gestion du risque adoptés au cours des dernières années, l'Assurance Maladie s'est fortement engagée pour diminuer le phénomène de résistance qui existe à l'heure actuelle en évitant les prescriptions inappropriées **par l'information des médecins, la mise à leur disposition de Tests de Diagnostic Rapide des angines à streptocoques mais aussi la conduite de campagnes d'information à destination du grand public.**

<sup>14</sup> A noter que ces résultats ne peuvent être comparés à la dernière évaluation annuelle réalisée par l'ANSM car ils ne portent que sur les patients âgés de 16 à 65 ans qui ne font pas l'objet d'un suivi médical pour une ALD.

Cette mobilisation doit être maintenue pour permettre l'atteinte de l'objectif cible qui est de **moins de 37 prescriptions pour 100 patients**.

### Les résultats sur la prévention du risque iatrogène en synthèse (Indicateurs à objectif descendant)

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2014	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2011
<b>Vasodilatateurs</b>	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	<= 5%	10,6%	1,1%	-9,5
<b>Benzodiazépines à demi-vie longue</b>	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	<= 5%	13,7%	10,8%	-2,9
<b>Durée de traitement par benzodiazépines</b>	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	<= 12%	15,0%	14,7%	-0,3
<b>Antibiothérapie</b>	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	<= 37	45,7	39,8	-5,9

### *Des résultats mal orientés sur les champs du dépistage et de la vaccination*

L'amélioration du dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein et celle de la vaccination contre la grippe sont **au cœur des priorités de santé publique depuis plusieurs années**. Les objectifs fixés dans le cadre de la ROSP ont pour ambition d'améliorer sensiblement les taux de couverture nationaux du dépistage et de la vaccination qui restent insuffisants par rapport aux objectifs fixés par les pouvoirs publics (80% des femmes de 25 à 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 80% des femmes de 50 à 74 ans pour le dépistage du cancer du sein et 75% des populations à risque<sup>15</sup> pour la vaccination antigrippale).

Une étude récente de la DREES<sup>16</sup> portant sur les attitudes et les pratiques des médecins généralistes en matière de vaccination de mars 2015 montre que si 97% des médecins se déclarent favorables à la vaccination en général, **24% émettent des doutes plus ou moins importants concernant l'innocuité et l'efficacité des vaccins**. Cette opinion est souvent associée à des recommandations de vaccination moins régulières que par le passé auprès de leurs patients. A l'inverse, le baromètre réalisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2014 indique que **79% des Français (18-75 ans) se déclarent favorables à la vaccination**, alors qu'ils n'étaient que 61% en 2010. **Cette progression des opinions doit s'inscrire dans la durée et se traduire en comportements, ce qui nécessite une mobilisation forte et un travail de conviction mené conjointement par les pouvoirs publics et les professionnels de santé.**

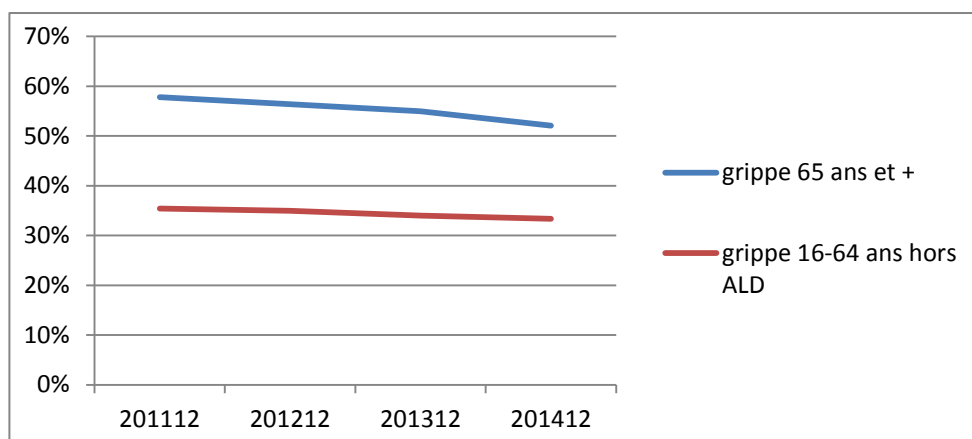
Dans ce contexte marqué par l'ambivalence voire le doute sur l'utilité, l'efficacité ou encore la sécurité des vaccins, **les indicateurs relatifs à la vaccination se révèlent mal orientés en 2014.**

<sup>15</sup> Les personnes de 65 ans et plus, les personnes souffrant d'une ALD exonérante visée par les recommandations, les professionnels de santé.

<sup>16</sup> Etude de la DREES de mars 2015 : [Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes](http://www.drees.sante.gouv.fr/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins,11422.html)  
<http://www.drees.sante.gouv.fr/vaccinations-attitudes-et-pratiques-des-medecins,11422.html>

Ainsi, **la vaccination a évolué à la baisse, et ce, de manière plus significative chez les patients de 65 ans et plus**. La part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière a **diminué de 2,9 points par rapport à 2013**<sup>17</sup>.

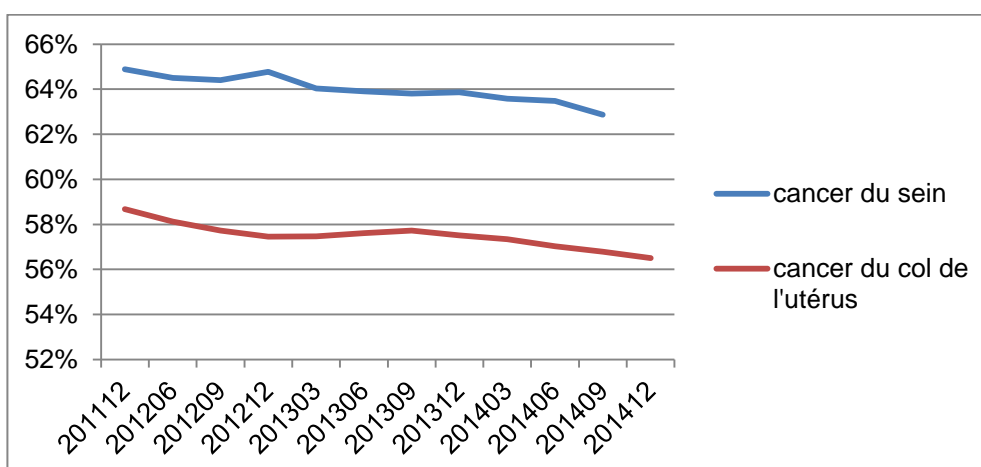
Celle des **patients adultes de 16 à 64 ans en ALD** a, quant à elle, **diminué de 0,7 point sur la même période**. On constate cependant un ralentissement de la baisse de cet indicateur par rapport à celle enregistrée en 2013 (- 1 point).



**La ROSP joue ici un rôle d’alerte, qui appelle des actions encore plus soutenues de l’Assurance Maladie et de ses partenaires afin de redonner confiance dans la vaccination.**

**Concernant le dépistage des cancers, il apparaît par ailleurs que le nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans qui ont effectué un frottis cervico-vaginal au cours des trois dernières années a reculé de 1 point par rapport à 2013.**

Les travaux de la HAS<sup>18</sup> et de l’Assurance Maladie<sup>19</sup> réalisés depuis 2010 sur le dépistage du cancer du col de l’utérus ont permis d’identifier les **facteurs déterminants en matière de dépistage de ce cancer**. Ainsi, **le fait d’être incité au dépistage par un professionnel avec lequel une relation de confiance a déjà été établie est un facteur favorisant essentiel**, tandis qu’à l’inverse, **les difficultés socio-économiques jouent en défaveur du dépistage**. La place des gynécologues et celle des médecins généralistes dans le dépistage des cancers féminins sont en ce sens déterminantes.



<sup>17</sup> Cf. cartographie en annexe.

<sup>18</sup> État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l’utérus en France, HAS, Juillet 2010.

<sup>19</sup> Etude du lien entre précarité et objectifs de la ROSP réalisée par l’Assurance Maladie à partir des résultats 2012 et 2013.



**S'agissant enfin du cancer du sein**, les résultats définitifs concernant le nombre de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années au titre de l'année 2014 ne seront disponibles que dans quelques semaines suite à une anomalie technique<sup>20</sup>. A titre informatif, **la valeur de l'indicateur calculée à fin septembre 2014 est de 62,9%**, soit une diminution de 1 point par rapport aux résultats de décembre 2013.

### Les résultats sur les indicateurs de dépistage et vaccination en synthèse

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2014	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2011
<b>Grippe 65 ans et +</b>	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	57,8%	52,1%	-5,7
<b>Grippe 16-64 ans en ALD</b>	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	35,4%	33,4%	- 2,0
<b>Cancer du sein</b>	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	>= 80 %	64,9%	ND	ND
<b>Cancer du col de l'utérus</b>	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	>= 80 %	58,7%	56,5%	-2,2

**Au global, ces résultats s'avèrent insatisfaisants au regard des enjeux de santé publique, notamment pour réduire la mortalité et la morbidité liées aux cancers féminins et aux maladies infectieuses.**

Il faut toutefois souligner que **les efforts des professionnels de santé et les actions conduites pour sensibiliser les assurés à l'importance de la prévention ont pu contribuer à limiter la baisse des résultats compte tenu du contexte**. Sans ce travail conjoint la situation serait sans nul doute plus préoccupante encore.

**En 2015, l'augmentation de la vaccination antigrippale et des dépistages des cancers féminins doit s'imposer comme une priorité**, notamment pour les populations défavorisées. **Seule une mobilisation coordonnée des pouvoirs publics, des autorités de santé et des médecins permettra de favoriser le changement durable des mentalités et des pratiques et répondre ainsi à l'objectif fixé.**

<sup>20</sup> Cette anomalie technique n'a pas permis de prendre en compte, à ce stade, l'ensemble des mammographies prescrites aux patientes et facturées au dernier trimestre 2014 (ces actes ayant bien été par ailleurs payés par l'Assurance Maladie) . Un correctif a été mis en place pour permettre prochainement le calcul définitif de cet indicateur et procéder ainsi à un versement complémentaire pour les médecins concernés.

## La mobilisation de l'Assurance Maladie pour renforcer l'information et faire évoluer les perceptions

Recréer un **climat de confiance**, notamment à l'égard de la vaccination, est aujourd'hui un pré-requis nécessaire pour enrayer le recul enregistré depuis plusieurs années.

**L'évolution des connaissances étant le préalable à tout changement de comportement, l'Assurance Maladie s'est appliquée depuis de nombreuses années à renforcer l'information des assurés et des professionnels de santé sur ces sujets de prévention, dans une société encore largement dominée par la culture du curatif.**

Elle a ainsi **relancé dès 2013 l'information grand public autour de la vaccination antigrippale** en mettant en œuvre au cours du dernier trimestre la campagne « *La grippe ce n'est pas rien. Alors, je fais le vaccin* », destinée à inciter 10 millions de personnes à risque à se protéger (personnes âgées de plus de 65 ans, femmes enceintes, patients atteints de maladies chroniques). L'enquête menée après cette campagne<sup>21</sup> a permis de confirmer l'importance d'actions d'information de ce type en révélant leur **impact favorable sur le recul de certaines idées reçues persistantes mais aussi sur l'intention déclarée de se faire vacciner**. A titre d'exemple, la part de personnes déclarant que « *lorsque l'on est atteint de certaines maladies chroniques, il faut se faire vacciner contre la grippe* » a évolué de 64% à 76% entre septembre et décembre 2013 et celles estimant que « *le vaccin contre la grippe ne présente pas de risque pour la santé* » a augmenté de 38% à 45%. La part des personnes interrogées conscientes que la mention « *le traitement par homéopathie est aussi efficace que le vaccin contre la grippe* » est erronée a progressé de 10 points sur la même période. Ces résultats révèlent à la fois la **prégnance des contre-vérités et stéréotypes** et leur **rémanence dans l'opinion**, mais aussi l'**importance des actions d'information pour y faire face** et donc, **l'intérêt de répéter la démarche, pour que, progressivement, le comportement s'aligne sur la modification des attitudes**. **C'est pourquoi l'Assurance Maladie a reconduit cette campagne en 2014 et la réitérera de nouveau en 2015.**

Dans le cadre du plan national de gestion du risque défini pour l'année 2014, et en cohérence avec les Plans cancer successifs, la Caisse nationale d'Assurance Maladie a poursuivi, en partenariat avec le RSI et la MSA, le **financement d'une expérimentation de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans plusieurs régions, consistant à favoriser les dépistages dans une logique de rattrapage**. Différentes campagnes de sensibilisation ont également été conduites en 2012, 2013 et 2014 **auprès des femmes n'ayant pas eu de frottis les années précédentes. Ces actions ont été renforcées en octobre 2014 avec la diffusion de courriers d'information à destination des médecins. Une évaluation de ces actions est en cours** afin de mieux identifier les freins au dépistage notamment chez les populations défavorisées et de renforcer l'efficacité du programme.

Plusieurs actions en faveur de l'accompagnement et du déploiement des programmes de prévention sont également inscrites dans la **Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'Assurance Maladie pour la période 2014-2017**. L'expérimentation de nouvelles organisations du dépistage (ajustement des populations ciblées), le renforcement de l'information dans le cadre de la relation avec les assurés ou encore le développement de programmes de visites des Délégués de l'Assurance Maladie figurent au rang de ces actions.

<sup>21</sup> Enquête BVA réalisée entre novembre et décembre 2014 sur internet auprès de 2 322 personnes âgées de 18 ans et plus.

### 3. L'optimisation et l'efficacité des prescriptions

Ce volet de la ROSP vise à concilier respect des bonnes pratiques et maîtrise médicalisée des dépenses.

**Concernant ces indicateurs, les taux progressent significativement depuis la mise en place de la ROSP et cette tendance se confirme en 2014.**

La prescription d'**aspirine à faible dosage** parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires a ainsi augmenté de **+ 1 point** par rapport à 2013 pour atteindre un taux de **85,4%, dépassant ainsi l'objectif cible de 85%**. La progression de + 3.4 points constatée depuis 2011 représente **143 000 patients supplémentaires en 2014**, pour les médecins concernés.

Le **recours aux IEC** (Inhibiteurs d'enzymes de conversion) plutôt qu'aux sartans a également augmenté de 1,1 point par rapport à 2013 avec un taux de 41.5%. **Des efforts restent toutefois à poursuivre pour atteindre l'objectif de 65%** d'IEC sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes).

En 2014, l'ensemble des résultats concernant le recours aux génériques sur les 5 classes de médicaments continue de progresser, **au service de l'efficacité globale du système de soins**.

**Les pratiques portant sur les prescriptions d'IPP et d'antihypertenseurs ont largement dépassé l'objectif cible.** Elles s'en rapprochent pour les 3 autres classes de médicaments concernées : à moins de 10 points pour les prescriptions d'antibiotiques et à moins de 5 points pour les statines et les antidépresseurs.

La progression des prescriptions dans le répertoire des génériques est particulièrement marquée en 2014 pour les **antidépresseurs : + 7,5 points** par rapport à 2013. Cette évolution s'explique par l'inscription du séroplex dans le répertoire des génériques et par un renforcement de l'information délivrée aux médecins concernant les molécules inscrites au répertoire des génériques, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS ou citalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN comme la venlafaxine) et autres antidépresseurs (miansérine, mirtazapine).

Ce nouveau mode de rémunération a contribué à **faire évoluer les pratiques des médecins** dans chacun des trois volets d'indicateurs (suivi des pathologies chroniques ; prévention et efficacité).

**Plusieurs objectifs ont été atteints (voire dépassés)** ou sont en voie de l'être au cours de l'année 2015 si la tendance observée se poursuit.

Dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention, **une réflexion devra être conduite** afin d'intégrer les dernières recommandations scientifiques, de prendre en compte les nouveaux enjeux de santé publique et de faire évoluer les indicateurs d'efficacité des prescriptions).

A cet effet, une analyse approfondie sera réalisée en amont des négociations, prévues en début d'année 2016.

#### 4. L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs relatifs à l'organisation du cabinet et à la qualité de service visent à améliorer l'accueil, **la qualité du suivi et de la prise en charge des patients.**

**L'utilisation de logiciels métier comprenant un logiciel d'aide à la prescription certifié** contribue à faciliter et améliorer la pratique du médecin grâce à la mise en place d'un dossier médical informatisé (comprenant l'ensemble des antécédents, données cliniques et paracliniques du patient) et à la sécurisation des prescriptions (signalement d'éventuelles interactions médicamenteuses ; contre-indications, etc.).

L'informatisation facilite également les échanges de données entre professionnels de santé, pour une prise en charge coordonnée du patient.

**La part de médecins disposant des pré-requis nécessaires pour être éligibles à la rémunération sur ce volet continue de progresser**, confirmant l'évolution des pratiques en matière de télétransmission.

En 2014, les pratiques continuent **d'évoluer positivement (+ 3 points) sur 4 des 5 indicateurs** pour l'ensemble des médecins éligibles **à la rémunération sur le volet organisation du cabinet**<sup>22</sup>.

**L'usage des logiciels d'aide à la prescription**, qui permet d'automatiser certaines vérifications pouvant être longues pour anticiper d'éventuelles interactions médicamenteuses, **a progressé de + 3 points pour l'ensemble de ces médecins (56%) et de 4 points chez les omnipraticiens (75%)**. L'utilisation croissante de ces logiciels, outils précieux d'aide à la décision, favorisent la diffusion de bonnes pratiques.

Les progrès enregistrés sur l'indicateur « synthèse médicale » sont également un signal positif. La fiche de synthèse médicale contribue à améliorer le suivi des patients et la coordination des soins entre professionnels de santé. Le développement de cette pratique est un véritable gage de la qualité du suivi et de la prise en charge pour les patients.

A noter, le renforcement de l'information des patients sur les horaires de consultations et les modalités d'organisation du cabinet, est plus significatif en 2014 chez les médecins spécialistes ayant les pré-requis ; ils sont 73% à les afficher dans le cabinet et sur le site ameli (contre 67% en 2013, + 6 points).

Ces résultats sont le reflet d'un réel mouvement de modernisation et d'information des cabinets qui se fait au service des patients.

---

<sup>22</sup> Ayant les pré-requis.

### III. Un « effet ROSP » positif constaté sur les pratiques des spécialistes

---

#### 1. Chez les cardiologues

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires repose sur le suivi de 13 indicateurs, dont 9 concernent la pratique médicale. En 2014, 6 sur 7 des indicateurs cliniques calculés évoluent dans le bon sens par rapport à 2013 tout en conservant une réelle marge de progression pour 2015, la plupart des objectifs intermédiaires n'étant pas encore atteints.

Le recul constaté du nombre de patients avec antécédents d'infarctus du myocarde traités par bêtabloquant, statine et IEC ou sartans et la stagnation de la part de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans révèlent cependant **une prise en compte encore insuffisante des recommandations**. Une vigilance particulière doit être mise en place en 2015 pour relancer la progression de ces indicateurs et permettre de **réduire les risques de récurrence de l'événement ou d'aggravation de la maladie**.

En revanche, **les recommandations en matière de prise en charge et de suivi à visée préventive des patients hypertendus sous trithérapie sont mieux respectées en 2014**. Une évolution modérée est constatée sur la part de ceux dont le traitement intègre un diurétique et sur la part de ceux qui ont réalisé au moins un dosage de créatininémie et de la kaliémie dans l'année. Ces bons résultats sur le volet prévention sont renforcés par la progression à la baisse (- 8,5 points en 3 ans) du nombre de patients suivis par le cardiologue et toujours traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor sur une période supérieure à 12 mois. Cette diminution s'accroît chaque année depuis 2011 avec une baisse de 4,2 points enregistrés en 2014.

Les résultats des indicateurs déclaratifs, déclarés par environ la moitié des médecins concernés témoignent d'un bon suivi des recommandations concernant l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'auto-mesure tensionnelle (AMT) dans la prise en charge de l'HTA chez les patients hypertendus ainsi que d'un contrôle satisfaisant du taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans ayant subi un infarctus du myocarde.

**C'est sur le volet efficacité que les plus fortes progressions ont été relevées avec une augmentation de 2,3 points** sur les 2 classes de médicaments concernées **en 2014**, par des objectifs de prescription au sein du répertoire des génériques.

## 2. Chez les gastroentérologues

**Les résultats sont globalement en progression sur l'ensemble des 8 indicateurs cliniques** fixés pour les gastroentérologues, avec notamment une progression marquée sur des indicateurs de suivi des pathologies chroniques chez leurs patients.

**Une amélioration très nette a ainsi été constatée pour l'indicateur concernant la surveillance des traitements des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin**, notamment pour celui concernant la recherche de protéinurie chez les patients traités par 5-ASA, qui progresse de 14 points par rapport à 2013 (+ 18,3 points depuis 2012) et se rapproche significativement de l'objectif fixé (37,8% vs 40%).

**Le suivi des patients ayant subi une intervention chirurgicale pour cancer colorectal a été amélioré en 2014.**

Les deux indicateurs portant sur la surveillance par imagerie et par biologie (dosage de l'antigène carcino-embryonnaire - ACE) des patients ayant été opéré d'un cancer colorectal, dans l'année suivant l'intervention, ont évolué respectivement de **+1,5 point et +1,1 point en 2014 contribuant ainsi à l'amélioration du dépistage précoce d'une éventuelle récurrence ou reprise évolutive du cancer.**

Une attention particulière doit être portée à la réalisation régulière du dosage de l'ACE car seuls 26,3% des patients ont eu au moins une fois tous les trois mois un dosage de cet antigène dans l'année suivant l'intervention alors que l'objectif est fixé à 50%.

Sur le plan de la **prévention**, le nombre de patients pour lesquels a été réalisé un contrôle par test respiratoire à l'urée (TRU) de l'éradication de l'*Helicobacter pylori* (HP) augmente également de manière rapide et constante depuis 2012 atteignant un taux de 52% et dépassant ainsi l'objectif fixé à 50% des patients. Cette évolution du contrôle d'éradication d'*Helicobacter Pylori* **permettra d'améliorer la prévention des lésions induites par cette infection.**

**Des efforts restent, en revanche à faire, pour diminuer le nombre des coloscopies réalisées de manière inutilement précoce à la suite d'une polypectomie.**

Les indicateurs déclaratifs ont été déclarés par la moitié des médecins éligibles à la rémunération et à au moins 1 des 6 indicateurs calculés. Leurs résultats sont en faveur d'un taux d'atteinte supérieur à l'objectif pour l'indicateur concernant la qualité des coloscopies réalisées à la suite d'un test de recherche de sang occulte dans les selles positif. Ainsi, pour les médecins ayant déclaré des résultats, un adénome aurait été détecté dans 50% des cas de coloscopie réalisées dans ce cadre. Par ailleurs, les résultats déclarés sur l'indicateur portant sur la coordination confirment que la transmission des résultats et du délai de contrôle au médecin traitant est assurée dans 96% des cas et dépasse donc l'objectif fixé.

#### IV. Les rémunérations versées en 2014

---

En généralisant la Rémunération sur objectifs de santé publique, l'Assurance Maladie et les partenaires conventionnels se sont attachés à valoriser la qualité des soins et de la prise en charge des patients, le développement de la prévention et le renforcement de l'efficacité des prescriptions.

Les résultats obtenus génèrent pour l'ensemble des médecins concernés cette année (89 111 médecins) une rémunération complémentaire annuelle de **4 215 euros**, calculée en fonction de leurs résultats sur les différents indicateurs (vs 4 003 euros en 2013).

Parmi eux, les **omnipraticiens** sont rémunérés à hauteur de **5 935 euros** en moyenne (vs 5 480 euros en 2013).

Les **médecins généralistes** perçoivent, pour leur part, **6 264 euros** en moyenne (vs 5 774 euros en 2013). Ce complément de rémunération valorise l'activité de médecin traitant des médecins généralistes, au centre du système de soins actuel.

Pour les médecins spécialistes, qui sont dans leur très grande majorité uniquement concernés par le volet « organisation », la rémunération moyenne annuelle se situe à **1 129 euros** (vs 1 082 euros en 2013).

Les cardiologues et gastroentérologues rémunérés perçoivent en moyenne 2 112 euros et 2 123 euros pour les progrès réalisés sur le plan clinique et sur le volet organisation.

Au total, l'ensemble de la Rémunération sur objectifs de santé publique représente une dépense brute de **376 millions d'euros pour 2014** en progression par rapport à 2012 et 2013 (respectivement de 294,4 millions et 351,9 millions), **conformément à l'évolution positive des indicateurs de santé publique, d'efficacité et de modernisation du cabinet qu'elle contribue à soutenir.**

## V. Annexes

---



## 1. Résultats complets nationaux 2011/2012/2013/2014

### Suivi des maladies chroniques : indicateurs cliniques déclaratifs 2012/2013/2014

	part de patients diabétiques de type 2 ayant un dosage HbA1c inférieur à 8,5%	part de patients diabétiques de type 2 ayant un dosage HbA1c inférieur à 7,5%	part de patients diabétiques de type 2 ayant un dosage LDL-Cholestérol inférieur à 1,5g/l	part de patients diabétiques de type 2 ayant un dosage LDL-Cholestérol inférieur à 1,3g/l	part des patients traités par anti-hypertenseurs dont la pression artérielle est < ou = à 140/90 mm d'Hg
Fin décembre 2012	84,8%	74,4%	83,6%	73,8%	81,7%
Fin décembre 2013	88,3%	77,9%	86,1%	76,9%	84,0%
Fin décembre 2014	89,3%	79,7%	87,2%	78,6%	85,4%
<b>Evolution en points 2012/2014</b>	<b>+ 4,5</b>	<b>+ 5,3</b>	<b>+ 3,6</b>	<b>+ 4,8</b>	<b>+ 3,7</b>

## Suivi des maladies chroniques : Indicateurs cliniques calculés 2011/2012/2013/2014

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Résultats à fin décembre 2014	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2013	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2011	
<b>Suivi des maladies chroniques</b>	HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	>= 65 %	45.9%	48.7%	51.9%	53.4%	2.7	3.2	1.6	7.5
	Suivi ophtalmologique	Part des patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux dernières années	>= 80 %	61.3%	61.5%	61.4%	61.3%	0.2	-0.1	0.0	0.0
	Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs qui ont bénéficié d'un traitement par statine	>= 75 %	58.3%	59.9%	60.0%	60.2%	1.6	0.1	0.1	1.9
	Diabétiques à haut risque cardiovasculaire sous statines et aspirine faible dose	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines qui ont bénéficié d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant	>= 65%	51.6%	53.5%	56.1%	57.6%	1.9	2.6	1.5	6.0

## Suivi de la prévention : Indicateurs cliniques calculés 2011/2012/2013/2014

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Résultats à fin décembre 2014	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2013		
<b>Prévention du risque iatrogène</b>	Vasodilatateurs	Part des patients de plus de 65 ans traités par vasodilatateurs dans l'année	<= 5%	10.6%	7.1%	1.3%	1.1%	-3.5	-5.8	-9.5	-0.2	<b>Indicateurs à objectif descendant</b>
	Benzodiazépines à demi-vie longue	Part des patients de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à demi-vie longue dans l'année	<= 5%	13.7%	12.1%	11.3%	10.8%	-1.6	-0.8	-2.9	-0.6	
	Durée de traitement par benzodiazépines	Part des patients ayant débuté un traitement par benzodiazépines et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines	<= 12%	15.0%	15.9%	14.8%	14.7%	0.9	-1.1	-0.3	-0.1	
	Antibiothérapie	Nombre de prescriptions d'antibiotiques réalisées pour 100 patients âgés de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année	<= 37	45.7	44.3	43.5	39.8	-1.4	-0.8	-5.9	-3.7	
<b>Prévention vaccination / dépistage</b>	Grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	57.8%	56.4%	55.0%	52.1%	-1.4	-1.4	-5.7	-2.9	
	Grippe 16-64 ans en ALD	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne et vaccinés contre la grippe saisonnière	>= 75 %	35.4%	35.0%	34.0%	33.4%	-0.4	- 1.0	-2.0	-0.7	
	Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux dernières années	>= 80 %	64.9%	64.8%	63.9%	ND	-0.1	- 0.9	ND	ND	
	Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	>= 80 %	58.7%	57.5%	57.5%	56.5%	-1.2	0.0	-2.2	-1.0	

## Suivi de l'efficacité et de l'optimisation des prescriptions: Indicateurs cliniques calculés 2011/2012/2013/2014

	Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Résultats à fin décembre 2014	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2013	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2011	
<b>Efficiéce des prescriptions</b>	Antibiotiques	Part de prescriptions d'antibiotiques réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	>= 90 %	78.6%	80.9%	81.5%	83.1%	2.3	0.6	1.6	4.5
	IPP	Part de prescriptions d'IPP réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	>= 85 %	71.3%	83.1%	96.3%	99.3%	11.8	13.2	3.0	28.0
	Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	>= 70 %	38.2%	53.8%	65.3%	67.0%	15.6	11.5	1.7	28.8
	Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	>= 65 %	64.1%	72.6%	79.9%	81.8%	8.5	7.3	1.9	17.8
	Antidépresseurs	Part de prescriptions d'antidépresseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boites) sur les 12 derniers mois	>= 80 %	66.0%	66.5%	68.2%	75.7%	0.5	1.7	7.5	9.7

		Indicateurs	Objectifs cibles	Résultats à fin décembre 2011	Résultats à fin décembre 2012	Résultats à fin décembre 2013	Résultats à fin décembre 2014	Évolution en points Dec 2012 - Déc 2011	Évolution en points Dec 2013 - Déc 2012	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2013	Évolution en points Dec 2014 - Déc 2011
Optimisation des prescriptions	IEC-sartans	Part des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) sur l'ensemble des prescriptions d'IEC et de sartans (en nombre de boîtes)	>= 65 %	39.4%	39.6%	40.4%	41.5%	0.2	0.8	1.1	2.1
	AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	>= 85 %	82.0%	83.3%	84.4%	85.4%	1.3	1.1	1.0	2.4

## Indicateurs cliniques calculés pour les cardiologues 2012/2013/2014

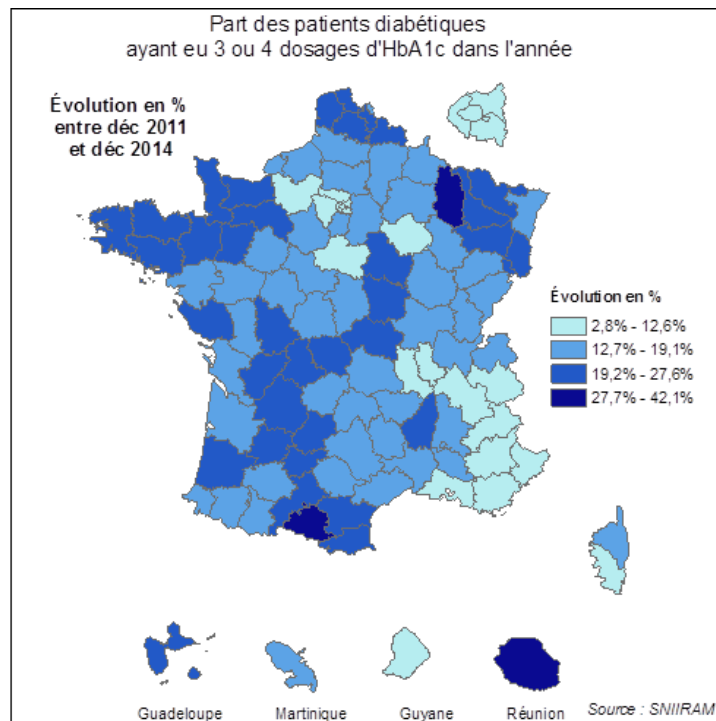
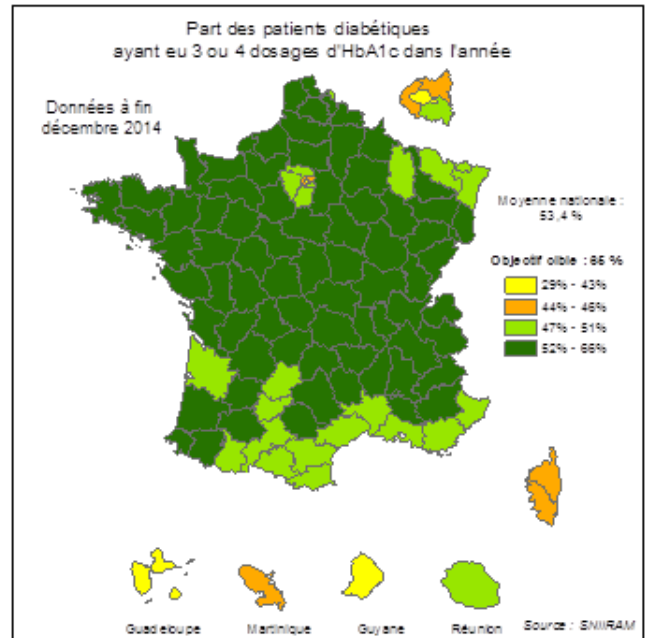
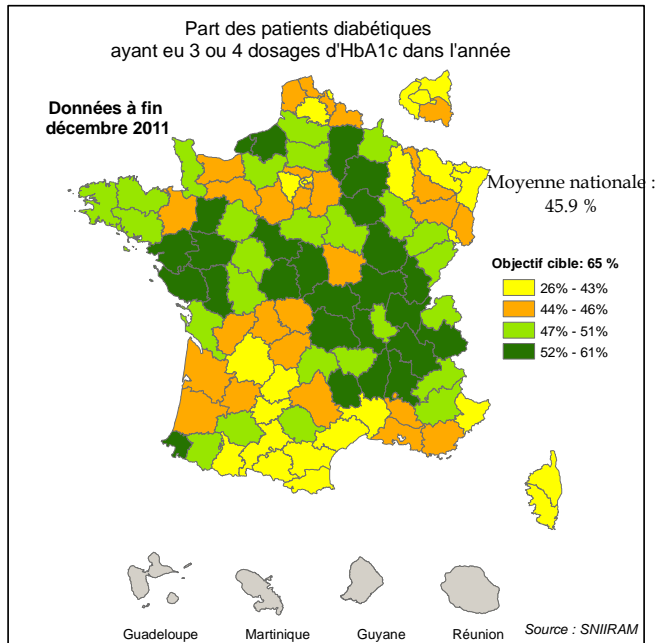
	Indicateurs	Seuil	Nb de points	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Taux moyen déc. 2011	Taux moyen déc. 2012	Taux moyen déc. 2013	Taux moyen déc. 2014	Evol. en points déc.13 - déc.14	Evol. en points déc.11 - déc.14
	Nombre de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, et IEC ou sartans / Nombre de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents	5 patients	30	75%	80%	65.5%	65.0%	63.1%	61.6%	-1.5	-3.8
	Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans / Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par diurétiques et IEC ou sartans	5 patients	35	75%	80%	60.0%	61.5%	63.1%	63.5%	+0.4	+3.5
	Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive dont un diurétique / Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive	10 patients	30	82%	90%	64.3%	65.2%	66.9%	67.4%	+0.5	+3.1
	Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et de la kaliémie dans l'année / Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive	10 patients	30	86%	90%	85.8%	86.5%	87.6%	88.0%	+0.4	+2.2
Obj. ↘	Nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2 / Nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	5 patients	35	65%	40%	82.2%	80.7%	77.9%	73.7%	-4.2	-8.5
	Nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques / nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites	20 boîtes	60	74%	80%	68.3%	74.7%	80.5%	82.8%	+2.3	+14.4
	Nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques / Nombre total de boîtes de statines prescrites	20 boîtes	60	65%	70%	58.6%	55.6%	55.2%	57.5%	+2.3	-1.1

## Indicateurs cliniques calculés pour les gastroentérologues 2012/2013/2014

Thèmes	Indicateurs	Obj inter-médiaires	Objectifs cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur	Nombre de points	Données à fin décembre 2012	Données à fin décembre 2013	Données à fin décembre 2014	Evolution en points déc 2013 - déc 2014	Evolution en points déc 2012 - déc 2014	
Le suivi des pathologies chroniques	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	50%	80%	5 patients	30	65.6%	67.2%	68.6%	1.5	3.0	
	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	25%	50%	5 patients	30	25.0%	25.2%	26.3%	1.1	1.3	
	Nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins 1 dosage par an de la protéinurie / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours	10%	40%	10 patients	30	19.5%	23.7%	37.8%	14.0	18.3	
	Nombre de patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par Azathioprine au long cours	75%	90%	5 patients	30	70.9%	71.0%	71.4%	0.4	0.5	
La prévention	Nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucoséctomie réalisées en année N / N-1 / N-2 / nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.	2.1%	1.3%	20 patients	80	2.9%	2.8%	2.7%	-0.1	-0.1	obj. ↘
	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU / Nombre de patients traités pour éradication d'HP	25%	50%	5 patients	35	39.5%	45.2%	52.0%	6.8	12.6	

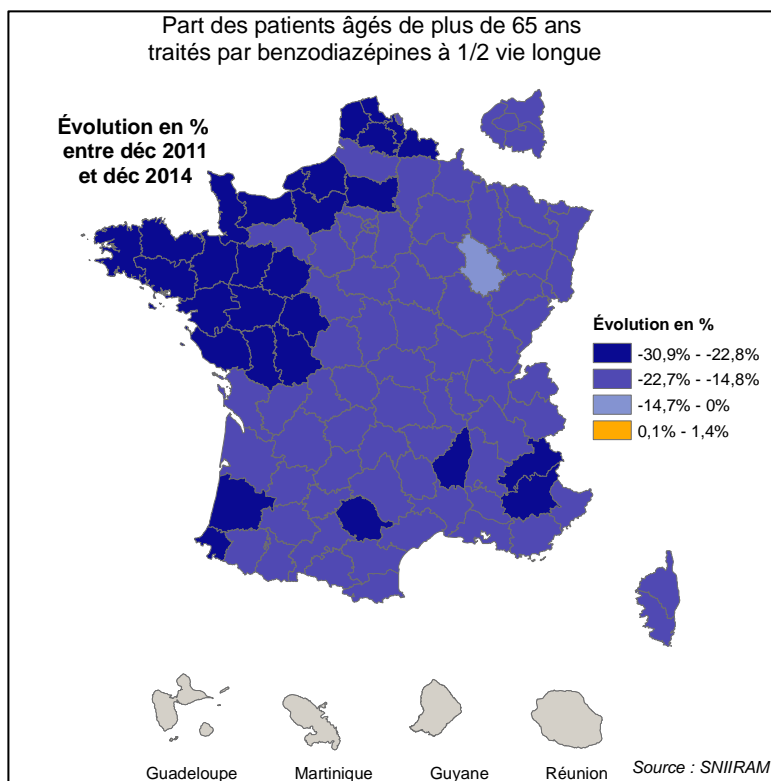
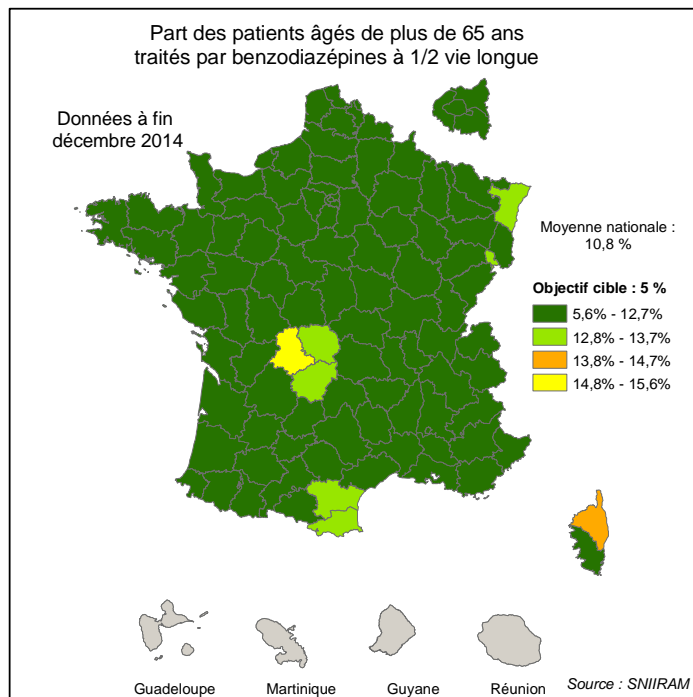
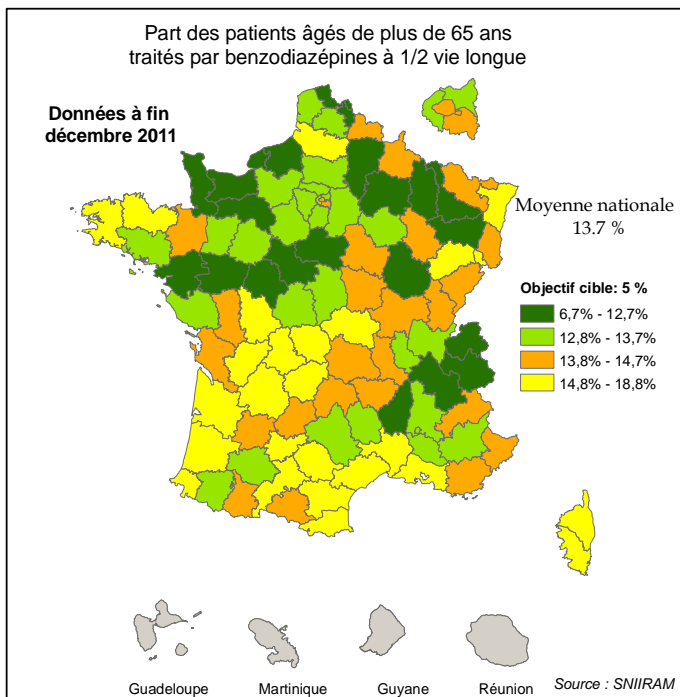
## 2. L'analyse territoriale des résultats les plus marqués

### Evolution 2013/2014 de la part des patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages d'HbA1c

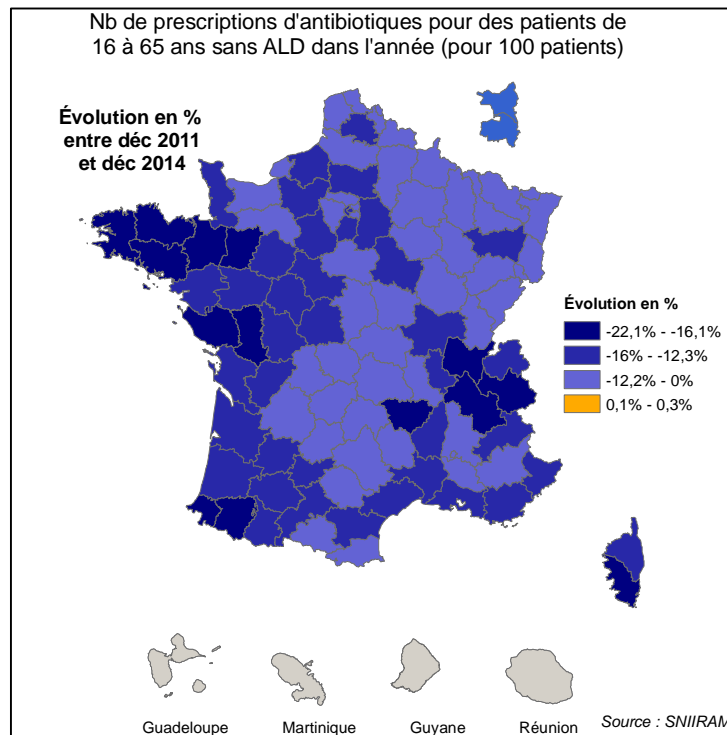
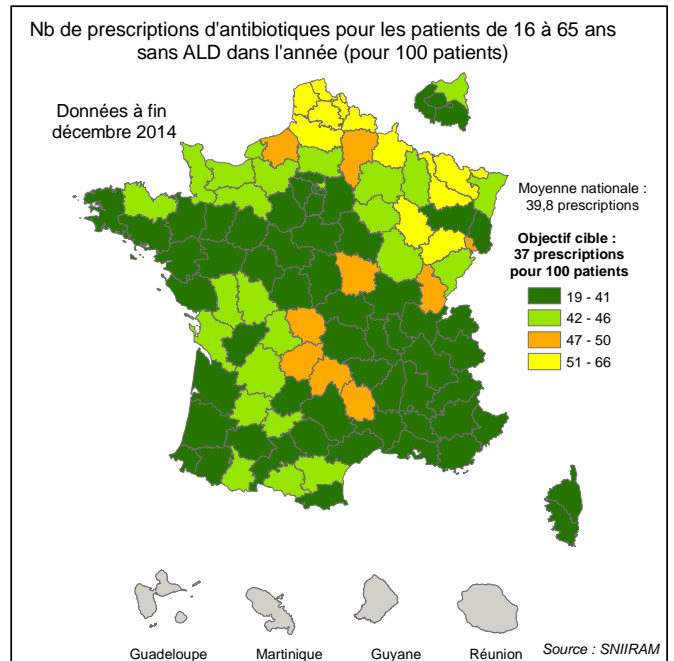
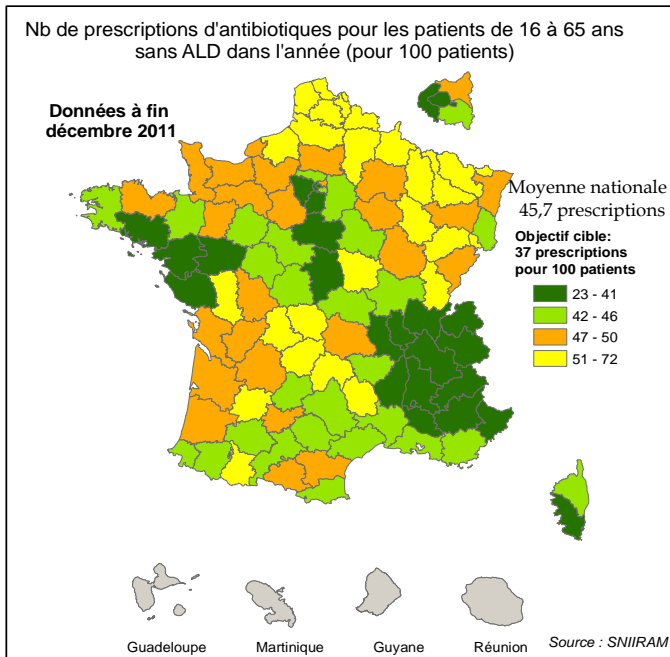




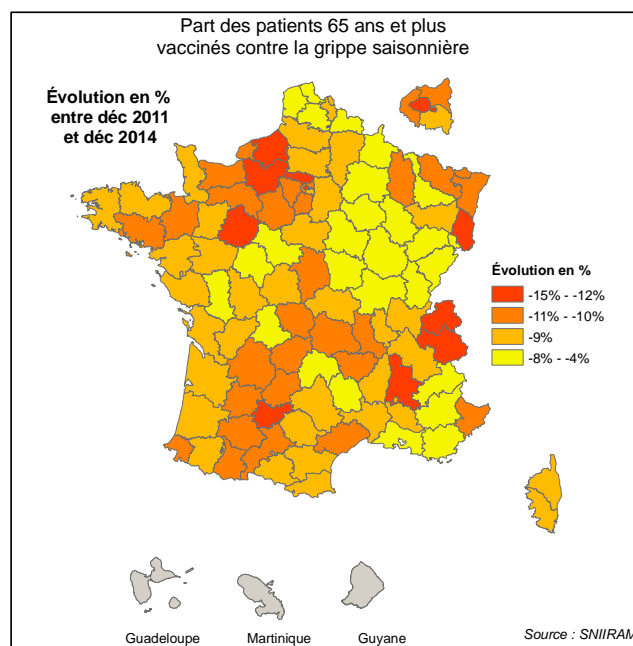
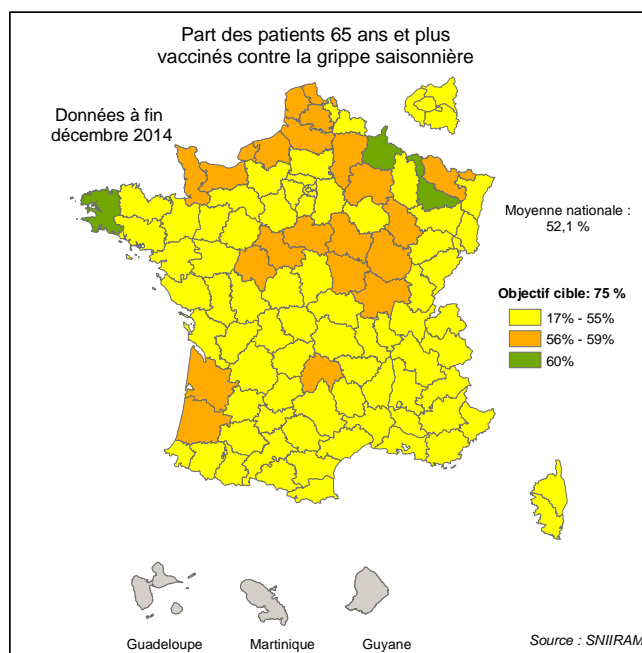
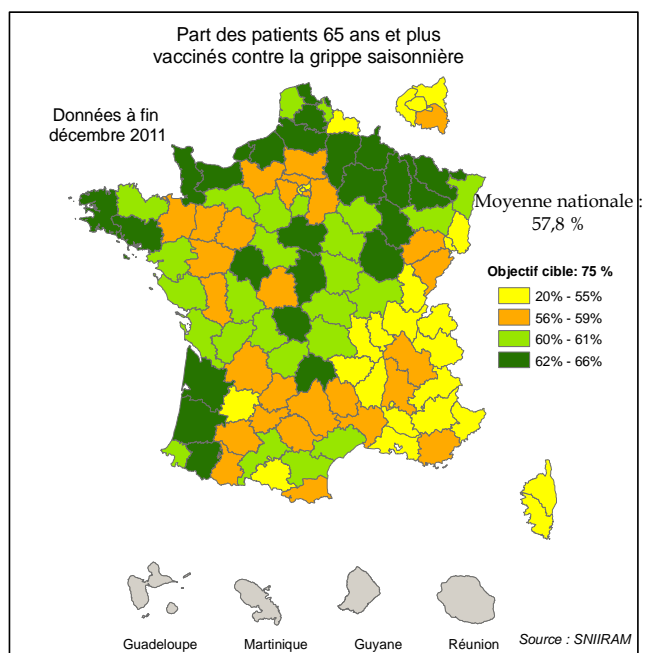
## Evolution 2011/2014 de la part des patients âgés de plus de 65 ans traités par benzodiazépines à 1/2 vie longue



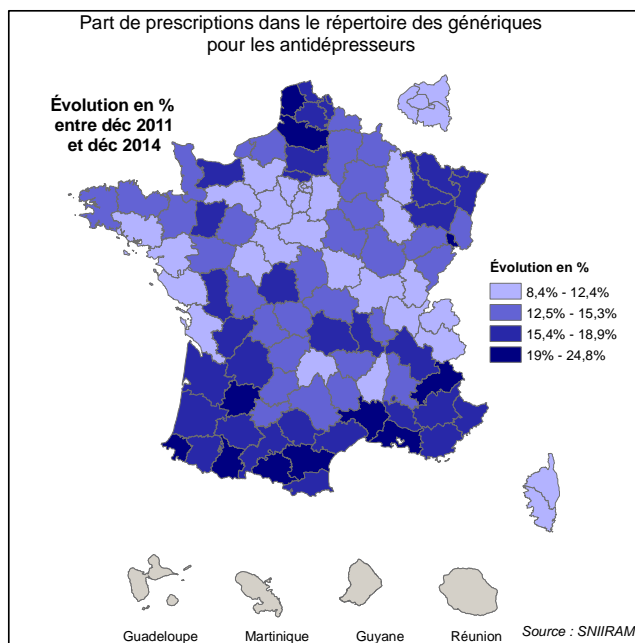
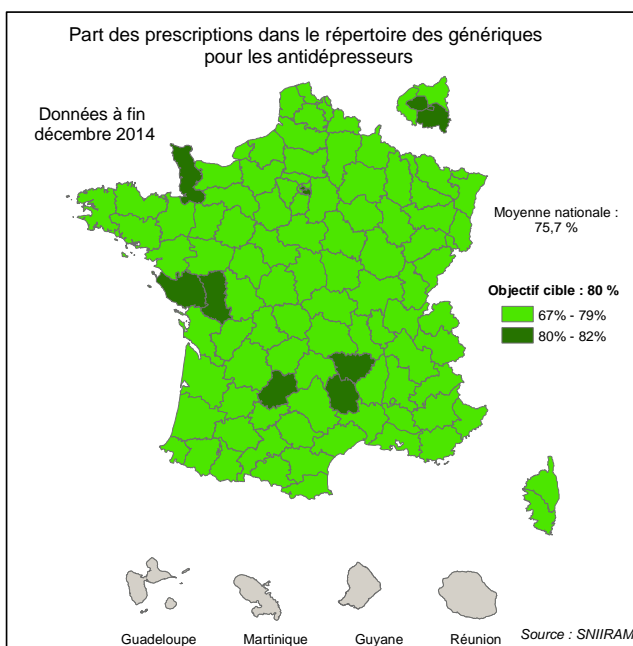
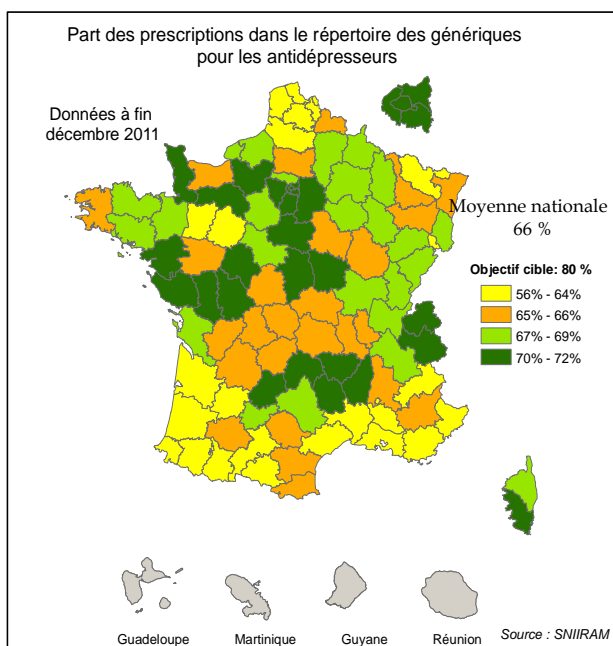
**Evolution 2011/2014 du nombre de prescriptions d'antibiotiques pour les patients de 16 à 65 ans sans ALD dans l'année (pour 100 patients)**



## Evolution 2011/2014 de la part des patients de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière



## Evolution 2011/2014 de la part de prescriptions dans le répertoire des génériques pour les antidépresseurs



### 3. La Rémunération sur objectifs de santé publique : rappels utiles

La ROSP correspond à une dynamique engagée depuis presque dix ans, visant à mobiliser les médecins sur plusieurs axes de progression du système de soins : qualité de la prescription, efficience, santé publique, qualité de service aux patients, solidarité, accès aux soins...

La diversification des composantes de la rémunération des professionnels de santé (forfait, tarification à l'acte, sur objectifs, facilitation de l'accès aux soins...) a pour objectif de valoriser cette mobilisation.

Cette dynamique s'est organisée autour des étapes clés suivantes :

- En 2009, **le lancement du Contrat d'Amélioration des pratiques individuelles (CAPI)**, une expérimentation auprès de médecins traitants volontaires, qui a fait ses preuves avec quelques 16 000 médecins signataires en 2011 ;
- En juillet 2011, **la nouvelle convention médicale** qui généralise le principe de la rémunération sur objectifs, la ROSP, pour les médecins généralistes et spécialistes. Elle accroît le nombre d'indicateurs suivis : on passe de 15 à 29 indicateurs au total, tous ces indicateurs ayant fait l'objet d'une négociation avec les principaux syndicats représentatifs des médecins ;
- En octobre 2012, **l'avenant conventionnel** favorisant l'accès aux soins de tous les assurés ;
- En 2012 : **l'élargissement de la ROSP** aux cardiologues et aux gastroentérologues.

#### De quelle manière la rémunération des médecins est-elle calculée ?

- Elle est basée sur l'évolution des différents indicateurs de chaque professionnel. Chaque indicateur est indépendant et correspond à un nombre de points maximum si l'objectif cible est atteint.
- Le niveau atteint et la progression vers l'objectif cible déterminent le nombre de points obtenus.
- La rémunération est modulée selon la taille de la patientèle pour les indicateurs réservés au médecin traitant.
- Le nombre total de points obtenu est multiplié par la valeur du point, fixée à 7 euros, sur la base d'une patientèle moyenne de 800 patients pour les médecins traitants et les cardiologues et de 1 100 patients pour les gastro-entérologues.

*Rémunération = nombre de points x patientèle réelle / 800 x 7*

Les médecins ont la possibilité de suivre l'évolution de leurs résultats par indicateurs sur l'Espace Pro qui leur est réservé sur ameli.fr.

## 4. Les indicateurs de la Rémunération sur objectifs de santé publique

**Deux grandes dimensions de la pratique médicale sont concernées par le dispositif de la ROSP :**

- La qualité de la pratique médicale déclinée en trois axes : suivi des pathologies chroniques, prévention et efficacité des prescriptions ;
- L'organisation du cabinet et la qualité de service.

**Quels sont les thèmes et indicateurs et sur quels critères ont-ils été retenus ?**

La définition d'indicateurs pertinents constitue l'un des éléments clés pour l'engagement des professionnels et le succès du dispositif.

Les thèmes ont été retenus en fonction des priorités de santé publique et tiennent compte des avis et recommandations émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales. Ils ont également fait l'objet d'échanges et de discussions avec les médecins lors des négociations conventionnelles.

**Concernant « la qualité de la pratique médicale », les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans trois domaines :**

- **Le suivi des pathologies chroniques ;**
- **La prévention ;**
- **L'optimisation des prescriptions.**

Pour chaque thème, les objectifs cibles sont définis sur la base de trois critères : les écarts entre les recommandations des autorités sanitaires et la pratique collective, l'observation de la situation dans les autres pays et celle de l'hétérogénéité entre praticiens.

Les indicateurs pourront être révisés en fonction de l'évolution des données acquises de la science tandis que des indicateurs complémentaires pourront être intégrés afin d'enrichir le dispositif.

### *Les thèmes du volet « qualité de la pratique médicale » des médecins traitants*

**> Suivi des pathologies chroniques (9 indicateurs, portant notamment sur le suivi des patients diabétiques)**

Diabète (8 indicateurs) :

- *Patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages de l'hémoglobine glyquée<sup>23</sup> dans l'année (idem CAPI) : objectif ≥ 65% ;*
- *Patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée < à 8,5%\* : objectif ≥ 90% ;*
- *Patients diabétiques de type 2 dont le résultat du dosage de l'hémoglobine glyquée < à 7,5% : objectif ≥ 80% ;*
- *Patients diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < à 1,5 g/l : objectif ≥ 90% ;*
- *Patients diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < à 1,3 g/l : objectif ≥ 80% ;*
- *Patients diabétiques ayant eu une consultation d'ophtalmologie ou un examen du fond d'œil dans les deux ans : objectif ≥ 80% ;*

---

<sup>23</sup> Dosage permettant de surveiller l'équilibre de la glycémie.

- *Hommes diabétiques de plus de 50 ans et femmes diabétiques de plus de 60 ans traités par statines* : objectif  $\geq 75\%$  ;
- *Hommes diabétiques de plus de 50 ans et femmes diabétiques de plus de 60 ans traités par antihypertenseurs et statines bénéficiant d'un traitement avec de l'aspirine à faible dosage* : objectif  $\geq 65\%$ .

*Hypertension artérielle :*

- *60% des patients hypertendus ayant une pression artérielle inférieure ou égale à 140/90mm Hg* : objectif  $\geq 60\%$ .

**> Prévention (8 indicateurs)**

- *Vaccination contre la grippe saisonnière* :
  - *Patients âgés d'au moins 65 ans vaccinés* : objectif  $\geq 75\%$  ;
  - *Patients de 16 à 64 ans en ALD vaccinés* : objectif  $\geq 75\%$  ;
- *Dépistage du cancer du sein* : patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans : objectif  $\geq 80\%$  ;
- *Dépistage du cancer du col de l'utérus* : patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années : objectif  $\geq 80\%$  ;
- *Antibiothérapie* : objectif :  $\leq 37$  prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients de 16 à 65 ans hors ALD.
- Cet indicateur, défini à partir des données actuelles de prescription, correspond à une baisse de 10% du recours aux antibiotiques au sein de la population adulte sans pathologie lourde ou chronique. L'objectif est de diminuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques ainsi que les résistances bactériennes.
- *Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse* :
  - Réduire à moins de 5% la proportion de patients âgés de plus de 65 traités par vasodilatateurs (vs 7% dans le CAPI)
  - Réduire à moins de 5% la proportion de patients âgés de plus de 65 ans traités par des benzodiazépines à demi-vie longue (anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus lente)
  - Réduire à moins de 12% la proportion de patients nouvellement traités par benzodiazépines dont le traitement excède 12 semaines : cet indicateur concerne les initiations de traitement. Il doit permettre de limiter la durée des traitements pour ces médicaments, efficaces mais dont l'utilisation prolongée expose à un risque de dépendance physique et psychique.

**> Optimisation des prescriptions / efficacité (7 indicateurs)**

- *Développer le recours à des médicaments disposant d'un générique* :
  - Antidépresseurs : objectif : taux de prescription dans le répertoire  $\geq 80\%$  ;
  - Antibiotiques : objectif : taux de prescription dans le répertoire  $\geq 90\%$  ;
  - IPP : objectif : taux de prescription dans le répertoire  $\geq 85\%$  ;
  - Antihypertenseurs : objectif : taux de prescription dans le répertoire  $\geq 65\%$
  - Statines : objectif : taux de prescription dans le répertoire  $\geq 70\%$
- *Hiérarchiser les prescriptions selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé* :
  - Privilégier la prescription des inhibiteurs d'enzyme de conversion (IEC) par rapport à celle des sartans dans l'hypertension artérielle<sup>24</sup> (65%)
  - Privilégier l'aspirine à faible dosage pour les patients traités par antiagrégants plaquettaires (85%).

\* Ces indicateurs sont déclaratifs : les résultats sont communiqués par le médecin.

<sup>24</sup> Cf. fiche publiée par la Haute Autorité de Santé en octobre 2009 : « Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine dans l'HTA essentielle non compliquée, comment choisir entre IEC et sartans ? »

## *Les thèmes du volet « organisation du cabinet et qualité de service »*

**Les indicateurs de ce volet « organisation du cabinet » s'adressent à l'ensemble des médecins.**

Il s'agit d'inciter les professionnels à poursuivre l'informatisation et la modernisation de leurs cabinets médicaux et d'améliorer ainsi le suivi des patients et le service qui leur est rendu. Concrètement, il s'agit, par exemple, de faciliter, sécuriser et rendre plus efficaces les prescriptions médicamenteuses grâce à l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription (LAP) certifiés par la Haute Autorité de Santé. L'informatisation des cabinets permet également de mieux structurer les dossiers médicaux des patients, d'accéder aux téléservices de l'Assurance maladie ou encore de faciliter l'accès aux soins des patients par l'affichage, sur l'annuaire ameli, des horaires de consultations du médecin.

### **Les indicateurs :**

- Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du **dossier médical informatisé** et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle (75 points) ;
- Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un **logiciel d'aide à la prescription** certifié (50 points) ;
- Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de **télétransmettre** et d'utiliser les **téléservices** (75 points) ;
- Affichage dans le cabinet médical et sur le site ameli-direct (en 2013) des **horaires de consultations** et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients (50 points) ;
- Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une **synthèse annuelle** par le médecin traitant pour ses patients (150 points).