

10.2. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

Deux ans après son introduction en juillet 2009, près de 16 000 médecins traitants libéraux ont signé un CAPI selon la CNAM, soit plus d'un médecin éligible sur trois. Conclu entre l'assurance maladie et le médecin, le contrat introduit pour la première fois en France une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques médicales, à l'instar de la rémunération à la performance instaurée en Grande-Bretagne en 2004⁴⁶. Cette rémunération s'ajoute à la rémunération à l'acte.

Une forte adhésion au dispositif dès son lancement

Le CAPI est un contrat établi entre l'assurance maladie et le médecin libéral conventionné, sur la base du volontariat dès lors que le médecin remplit certains critères d'activité (cf. encadré 1). D'une durée de trois ans, le contrat établi en dehors du cadre de la convention médicale incite le médecin signataire à soutenir des efforts dans le suivi de ses patients, d'une part en matière de dépistage et de suivi des pathologies chroniques (en particulier le suivi des patients diabétiques), d'autre part dans le champ de l'optimisation des prescriptions. En particulier, il incite à la prescription dans le répertoire des génériques de médicaments parmi les classes les plus prescrites, tels les antibiotiques et les antihypertenseurs. Seize objectifs cible, communs à tous les médecins, sont fixés sur la base de recommandations⁴⁷ et suivis par des indicateurs (par exemple la part des patients de plus de 65 ans vaccinés contre la grippe). Chaque année, l'assurance maladie rémunère le médecin s'il atteint au moins 25% des objectifs sur chacun des deux champs du contrat (cf. encadré 2). Le montant de la rémunération est déterminé sur la base du niveau et du taux de progression des indicateurs et est plus élevé pour les médecins ayant une forte patientèle.

Les adhésions se sont concentrées sur les mois qui ont suivi le lancement du dispositif avec plus de 83% des contrats actuels signés au bout de 6 mois. Cette forte adhésion a pu être motivée par le fait qu'aucune revalorisation des tarifs de consultation n'avait eu lieu depuis 2007. Le CAPI constitue pour les médecins généralistes, la seule forme de revalorisation intervenue avant la récente hausse du tarif de la consultation à 23 € en 2011. Toutefois, si en moyenne le taux d'adhésion des médecins éligibles est de 38%, il varie fortement selon les départements, entre 15% et 69%.

Les médecins signataires, comme les non signataires sont en moyenne âgés de 53 ans, la part des hommes est légèrement importante (79% contre 76%). Les signataires ne semblent pas non plus se distinguer en termes de caractéristiques de la patientèle, avec en moyenne près de 1 000 patients par médecin, dont 23% sont en affection de longue durée.

Un bilan favorable au regard de l'évolution des indicateurs

Plus de 70% des médecins signataires ont perçu une prime

A fin juin 2010, plus de 70% des médecins signataires ont perçu une prime au terme de la première année de mise en œuvre du contrat. En moyenne de 3 000 €, la prime varie selon les médecins, de 1 500 € pour les 10% les moins rémunérés à près de 4 900 € pour les 10% les plus rémunérés (cf. graphique 1), avec un montant maximum atteint de plus de 17 000 €.

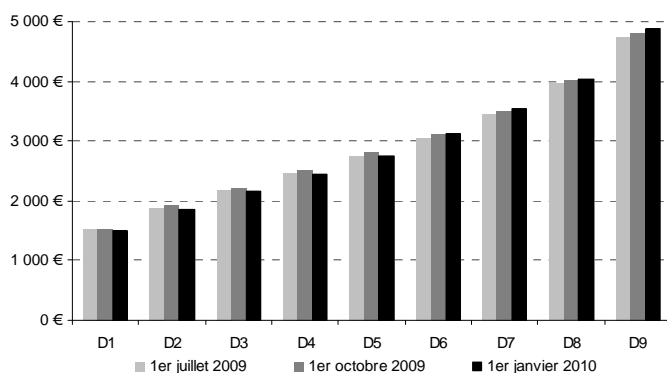
⁴⁶ Cf. fiche 9-3 du rapport de septembre 2008 et le rapport n°2008-050 de l'IGAS (« Rémunérer les médecins selon leurs performances, enseignement des expériences étrangères », 2008).

⁴⁷ Les objectifs cible sont fixés à partir de la loi de santé publique, des recommandations émises par la HAS, l'AFSSAPS et de comparaisons internationales.

Encadré 1 : critères d'adhésion au CAPI

Les médecins libéraux conventionnés (secteur 1 ou 2) doivent atteindre un seuil minimal d'activité, en termes de taille de patientèle (en général, l'ayant désigné comme médecin traitant) ou de volume de prescription, qui varie selon les indicateurs. Toutefois, un médecin peut signer un CAPI même s'il ne remplit pas les conditions de seuil de deux indicateurs (sur seize, figurant au tableau 1). Sont ainsi éligibles près de 42 600 médecins, en majorité des généralistes. Le contrat lie le médecin à l'assurance maladie (en dehors du cadre de la convention) pour une durée de trois ans. Le médecin peut se désister à tout moment.

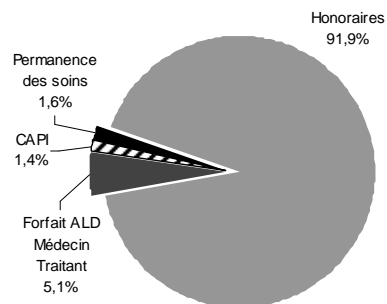
Graphique 1 : distribution des médecins signataires du CAPI par décile de primes perçues, selon la date de signature du contrat



Source : CNAMTS

Note de lecture : les 10% des médecins ayant perçu la prime la moins élevée (D1), ont perçu près de 1500 € au terme de la première année du contrat.

Graphique 2 : décomposition moyenne des honoraires (yc dépassements) des médecins signataires du CAPI



Source : CNAMTS

Note : il s'agit des montants versés en 2010 pour les médecins qui ont signé un CAPI au 1^{er} juillet 2009.

Encadré 2 : détermination de la rémunération du médecin par le CAPI

A chaque date anniversaire du contrat, le médecin perçoit une rémunération dès lors que la moyenne des taux de réalisation des objectifs de chacun des champs "dépistage et pathologies chroniques" et "optimisation des prescriptions" est supérieure à 25%. Le taux de réalisation de chaque champ est une moyenne pondérée des taux de réalisation de chaque objectif le composant.

Calcul des taux de réalisation (TR)

Le TR de chaque objectif est calculé de manière différente selon que le niveau de l'indicateur constaté chaque année est inférieur ou supérieur à l'objectif intermédiaire, commun à tous les médecins.

Cas 1 : le niveau constaté de l'indicateur est inférieur à l'objectif intermédiaire

$TR = 50\% * (\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}) / (\text{obj. intermédiaire} - \text{niveau initial})$. Le niveau initial est égal au niveau de l'indicateur constaté au trimestre précédent le contrat. Toutefois, s'il est supérieur à un seuil, défini pour tous les médecins (cf. tableau 1), le niveau initial est alors fixé au niveau de ce seuil. Exception : le niveau initial pour l'indicateur HTA est fixé à 30% pour l'ensemble des médecins.

Le taux de réalisation est au plus égal à 50%.

Cas 2 : le niveau de l'indicateur est supérieur à l'objectif intermédiaire

$TR = 50\% + 50\% * (\text{niveau constaté} - \text{obj. intermédiaire}) / (\text{obj. cible} - \text{obj. intermédiaire})$. Le taux de réalisation est plafonné à 100% même si le niveau de l'indicateur dépasse l'objectif cible.

Le taux de réalisation global est une moyenne pondérée à 60% des taux de réalisation du champ « dépistage et suivi des pathologies chroniques » et à 40% du champ « optimisation des prescriptions ».

Montant de la rémunération

Si la condition de 25% est réalisée, la rémunération est égale à 7 € par patient, multipliés par le taux de réalisation global. La rémunération est versée dans un délai de quatre mois suivant la date anniversaire du contrat.

Sur ces CAPI, l'assurance maladie a ainsi versé au global près de 28 M€ au bout d'un an pour les trois premières vagues de contrat.

Ces rémunérations seront amenées à augmenter compte tenu de l'augmentation du nombre de signataires et des résultats actuels obtenus. En effet, au terme de la première date d'anniversaire du contrat, seuls 25% des médecins ont atteint un taux de réalisation global supérieur à 50% (cf. graphique 3). La fixation des objectifs cible laisse ainsi des marges de progression importante.

Une part encore très faible de la rémunération totale des médecins libéraux

Le CAPI introduit une nouvelle forme de rémunération pour les médecins libéraux, mais est toutefois très minoritaire dans l'ensemble des honoraires, qui restent constitués à hauteur de 92% par la rémunération à l'acte (cf. graphique 2). Pour les médecins ayant perçu une rémunération au titre du CAPI, celle-ci représente à peine plus de 1% des honoraires totaux en moyenne, soit à ce stade une part plus faible que les rémunérations versées sous forme de forfaits (forfaits ALD pour le médecin traitant et de participation à la permanence des soins). À titre de comparaison, une augmentation de 1€ du tarif de la consultation a un impact près de trois fois plus important sur les honoraires des médecins signataires.

Les médecins signataires ont des résultats légèrement meilleurs que les autres médecins

Le CAPI a pu créer une incitation en termes d'amélioration des pratiques pour les médecins au regard des niveaux initiaux des indicateurs. En effet, les médecins signataires avaient des niveaux de réalisation à fin juin 2009, à la veille du lancement du CAPI, supérieurs à leurs confrères non signataires (mais éligibles au CAPI) sur l'ensemble des indicateurs, mais relativement proches (cf. graphique 4). A fin juin 2011, si les deux catégories de médecins ont progressé dans le même sens pour la quasi majorité des indicateurs, les évolutions sont plus significatives pour les signataires. Elles sont particulièrement marquées pour les indicateurs de suivi du diabète, de prescription des antibiotiques et des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques, favorisés pour ces derniers par un élargissement du répertoire des génériques. Les indicateurs de prescription des antiulcéreux et des statines s'améliorent alors qu'ils diminuent pour les non signataires. Toutefois, après deux ans de contrat pour les premiers signataires, en moyenne, seul un objectif intermédiaire a été atteint (part des antihypertenseurs prescrits dans le répertoire).

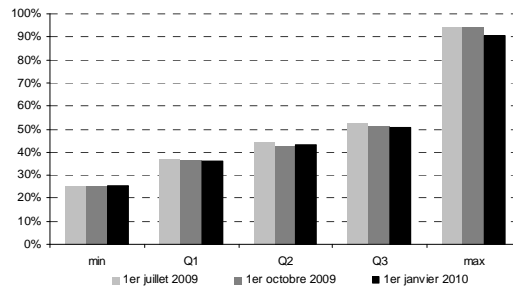
Le CAPI fait partie d'une mosaïque de dispositifs

Si certains indicateurs du CAPI montrent une amélioration des pratiques, notamment en matière de prescription, il est encore trop tôt pour mesurer l'efficacité du dispositif au regard du coût engendré. Les résultats peuvent également être attribués à d'autres dispositifs existants et potentiellement moins coûteux. Les objectifs de prévention, de dépistage et de suivi des maladies chroniques font déjà l'objet de suivi *via* la loi de santé publique ou du programme Sophia de l'assurance maladie pour l'amélioration du suivi des patients diabétiques. De même, les objectifs de maîtrise médicalisée sur les classes thérapeutiques visées par le CAPI (antibiotiques, statines, antihypertenseurs, antidépresseurs) ont permis de réaliser 1,4 Md€ d'économies depuis 2005.

La nouvelle convention médicale généralise la rémunération à la performance

La nouvelle convention médicale prévoit pour 2012 l'instauration d'une rémunération à la performance pour tous les médecins libéraux. Son champ d'application dépasse celui du CAPI et s'étend à des objectifs relatifs à la gestion administrative du cabinet médical. Durant une phase de transition entre les deux dispositifs, les médecins qui ont déjà signé un CAPI pourront cumuler les rémunérations pour la durée du CAPI restant à courir.

Graphique 3 : distribution des médecins signataires du CAPI par quartile selon le taux d'atteinte global des objectifs et la date de signature du contrat



Source : CNAMTS

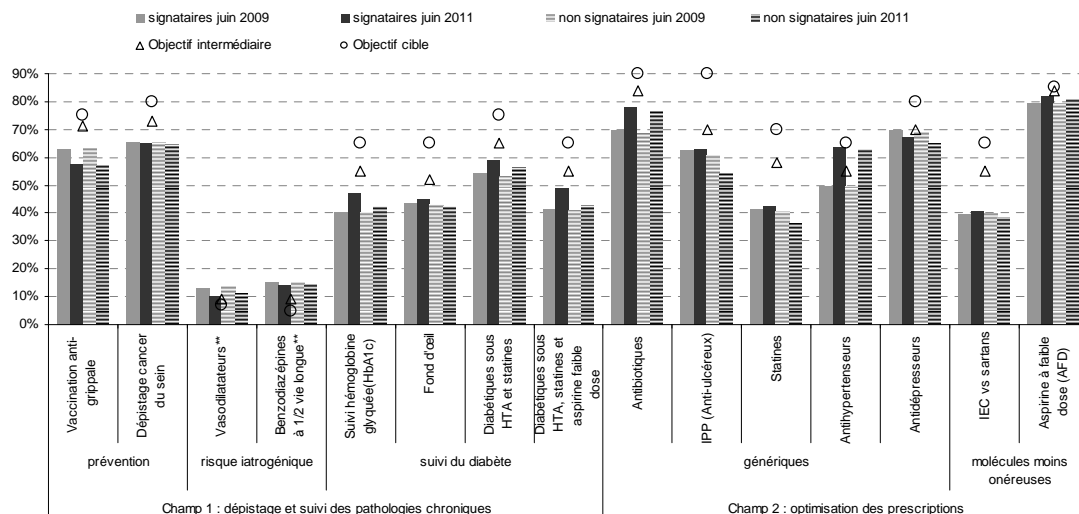
Note de lecture : 25% des médecins ayant les taux d'atteinte les plus faibles ont en moyenne un taux d'atteinte de 25%. Ce taux est de plus de 50% pour les 25% de médecins les plus performants.

Tableau 1 : objectifs et indicateurs du CAPI

Dépistage et suivi des pathologies chroniques	Indicateur	Seuil requis	Seuil indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Optimisation des prescriptions	Indicateur	Seuil requis	Seuil indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	
prévention	Vaccination anti-grippale	part des patients MT de plus de 65 ans vaccinés	20 patients	68%	71%	75%	Antibiotiques	part des antibiotiques prescrits dans le répertoire (boîtes)	40 boîtes	79%	84%	90%
	Dépistage cancer du sein	part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (calcul sur 2 ans)	20 patientes	68%	73%	80%		IPP (Anti-ulcéreux)	part des IPP prescrits dans le répertoire (boîtes)	35 boîtes	62%	70%
risque iatrogénique	Vasodilatateurs**	part des patients MT de plus de 65 ans traités	20 patients	11%	9%	7%	Statinés		part des statinés prescrites dans le répertoire (boîtes)	30 boîtes*	50%	58%
	Benzodiazépines à 1/2 vie longue**	part des patients MT de plus de 65 ans traités	20 patients	12%	9%	5%		Antihypertenseurs	part des hypertenseurs prescrits dans le répertoire (boîtes)	130 boîtes*	48%	55%
suivi du diabète	Suivi hémoglobine glyquée	part des diabétiques MT ayant 3 ou 4 dosages de HbA1c par an	10 patients	45%	55%	65%	Antidépresseurs		part des antidépresseurs prescrits dans le répertoire (boîtes)	30 boîtes	65%	70%
	Fond d'œil	part des diabétiques MT ayant eu un fond d'œil	10 patients	45%	52%	65%		molécules moins onéreuses	prescription d'IEC/IEC+sartans (de boîtes)	50 boîtes*	48%	55%
	Diabétiques sous HTA et statinés	diabétiques (h+50 ans, f+60 ans) traités par antihypertenseurs et statinés/diabétiques traités par hypertenseurs (h+50 ans, f+60 ans)	10 patients	55%	65%	75%	Aspirine à faible dose (AFD)		Patients traités par AFD/patients traités par anti-agrégants plaquettaires	10 patients	83%	84%
	Diabétiques sous HTA, statinés et aspirine faible dose (AFD)	diabétiques (h +50 ans, f +60 ans) traités par antihypertenseurs, statinés et Afd/diabétiques traités par hypertenseurs et statinés (h +50 ans, f +60 ans)	10 patients	50%	55%	65%						
Patients hypertendus stabilisés (1)	part des patients traités par antihypertenseurs ayant normalisé leurs chiffres tensionnels (140/90)		30%	40%	50%							

(1) pour cet indicateur, c'est le médecin qui déclare son résultat à la CPAM; le niveau initial est fixé à la valeur du seuil pour tous les médecins
*Tient compte des grands conditionnements
** objectif décroissant
MT : médecin traitant

Graphique 4 : indicateurs moyens des médecins signataires et non signataires en juin 2009 et 2011



Source : CNAMTS