

Le CAPI

(Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles)

La loi de financement de la sécurité sociale 2008 a créé la possibilité de proposer aux médecins un contrat comportant des engagements individualisés : le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

L'UNCAM a élaboré le CAPI qui contient des objectifs visant à conforter l'implication des médecins traitants dans la prévention, d'améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et de promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable.

1. Pourquoi le CAPI ?

Le CAPI fait suite aux engagements conventionnels de ces dernières années :

Le médecin traitant

Le médecin traitant devient le spécialiste du premier recours. Ses interventions, en particulier celles de première intention, contribuent de façon déterminante à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

La maîtrise médicalisée

Les parties s'engagent ensemble sur la voie d'une régulation médicalisée des dépenses de santé, s'appuyant sur des référentiels médicaux scientifiquement validés. Conscient de la gravité de la situation financière de l'assurance maladie, leur objectif est d'améliorer l'efficacité de notre système de soins. Leur principe, de permettre aux médecins de soigner mieux en dépensant mieux.

La convention médicale comportait des engagements collectifs sur des champs intégrant, entre autres, ceux du CAPI à savoir la prévention, le suivi des pathologies chroniques ou l'efficacité dans la prescription.

Dans une seconde étape, ces engagements ont été déclinés individuellement dans l'avenant n°23.

Cet avenant introduisait pour la première fois des objectifs individuels, en plus des objectifs collectifs, en particulier pour le dépistage du cancer du sein, le taux de couverture de la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux de prescription dans le répertoire des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).

Avec le CAPI est franchie une étape de plus : les médecins qui le souhaitent peuvent avoir une contrepartie financière en fonction de leur taux d'atteinte des objectifs de résultats individuels. Le médecin se voit proposer d'améliorer la qualité des soins de prévention et de suivi de sa patientèle – le groupe de patients l'ayant déclaré comme médecin traitant – en augmentant le suivi des recommandations.

Avec le CAPI, l'Assurance Maladie ajoute un nouveau mode de rémunération du médecin en proposant en sus du paiement à l'acte, un forfait par patient qui rémunère le temps passé à convaincre le patient de l'intérêt d'un dépistage ou d'un suivi.

2. Le contenu du CAPI

Le CAPI comprend 2 chapitres :

Le premier chapitre traite du dépistage et du suivi des pathologies chroniques et vise à consolider la participation du médecin traitant aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein et de iatrogénie médicamenteuse, à favoriser la qualité de la prise en charge des patients diabétiques ou hypertendus.

Il contient **9 indicateurs** relatifs à la vaccination antigrippale, au dépistage du cancer du sein, à la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées (vasodilatateurs et benzodiazépines à demi vie longue), au suivi des patients diabétiques (dosage hémoglobine glycosylée, examen ophtalmologique, traitement par statines, traitement par aspirine à faible dose) et au suivi des patients hypertendus (normalisation des chiffres tensionnels).

Le deuxième chapitre traite de l'optimisation des prescriptions et vise à promouvoir des prescriptions moins onéreuses à efficacité comparable conformément aux données actuelles de la science.

Il regroupe **7 indicateurs** relatifs au développement de la prescription dans le répertoire (antibiotiques, IPP, statines, antihypertenseurs, antidépresseurs), de la prescription des IEC et de la prescription d'aspirine à faible dosage.

Les économies liées à l'optimisation des prescriptions permettront de financer les actes résultant de l'amélioration du dépistage, de la prévention, et du suivi des pathologies chroniques ainsi que la rémunération des médecins liée au contrat.

Le CAPI, les thèmes, les indicateurs et les objectifs ont été soumis pour avis aux syndicats

Au total, 16 indicateurs et objectifs afférents sont définis (cf. en annexe) dont un indicateur déclaratif (chiffres tensionnels).

Les indicateurs ont été choisis sur la base de trois critères :

1 – un écart entre les recommandations et la pratique collective.

Les indicateurs s'appuient sur des recommandations qui émanent de la HAS ou de l'AFSSAPS ou sont issus des objectifs de la loi de santé publique d'août 2004.

2 – une observation de la situation dans les pays étrangers et de leurs performances sur certaines prescriptions.

Par exemple en matière de prescription de statines, certains pays sont à plus de 60% de prescription dans le répertoire des génériques, contre une situation en France de 45% alors que la population française a un risque cardio-vasculaire plutôt faible. Une amélioration collective est donc possible.

3 – une observation de la distribution des médecins français au regard des résultats constatés sur les indicateurs pour leur patientèle « traitante ».

Par exemple, pour la vaccination antigrippale, une proportion d'environ 20% des médecins parviennent aux objectifs de santé publique fixés pour le taux de couverture vaccinale antigrippale de ses patients âgés de 65 ans et plus. Il est donc possible de les atteindre.

Tous les indicateurs sont calculés et suivis à partir de nos systèmes d'information à l'exception de l'indicateur sur le suivi des patients hypertendus traités qui sera déclaratif et qui ne participe pas au calcul de la rémunération.

Ils sont calculés en date de liquidation et mis à jour trimestriellement.

Pour chaque indicateur, deux types d'objectifs sont fixés:

- **l'objectif intermédiaire** du médecin, déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins « traitants » au regard de cet indicateur.
- **l'objectif cible** du médecin, déterminé à partir de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou sur la base de comparaisons internationales.

A noter que pour un indicateur donné, l'objectif intermédiaire et l'objectif cible sont communs à l'ensemble des médecins.

3. Périmètre et rémunération

Le CAPI est signé pour une durée de 3 ans et ne concerne que la patientèle « médecin traitant », c'est-à-dire les patients de 16 ans et plus ayant désigné le médecin comme médecin traitant.

3.1 Eligibilité

Pour que le médecin soit éligible, son activité doit atteindre, pour au moins 13 des 15 indicateurs non déclaratifs, un seuil minimal permettant de les calculer de façon fiable.

Il s'agit, soit d'un nombre minimal de patients variable selon l'indicateur, soit d'un volume minimum de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Ce seuil est calculé sur le Régime Général hors SLM.

Cas particulier des médecins ayant une part importante affiliée à un autre régime

Les médecins ayant une part élevée de patients affiliés à un autre régime que le Régime Général peuvent à titre dérogatoire bénéficier de seuils plus bas de 10% à 20% (cf. annexe) : le cas échéant, à partir des relevés d'honoraires, une concertation aura lieu entre le médecin et le directeur de la CPAM (ou son représentant en charge du CAPI) ainsi qu'éventuellement le médecin conseil.

Cas particulier des nouveaux installés

Les jeunes médecins (installés depuis moins de 5 ans) peuvent entrer dans le dispositif commun c'est-à-dire adhérer au CAPI sous condition de la montée en charge de la patientèle suffisante et de la possibilité de calculer les indicateurs.

En moyenne, il semble qu'**au delà de deux ans d'installation**, la patientèle « médecin traitant » est suffisante.

Toutefois, pour chacun d'entre eux, il sera mis en place chaque année à la date anniversaire plus 1 mois (pour pouvoir disposer des valeurs des indicateurs correspondantes à la période) un entretien individuel avec le médecin conseil sur la montée en charge de sa patientèle médecin traitant et les résultats des indicateurs du contrat. Au vu des résultats des indicateurs et des effectifs de patients pris en compte dans les indicateurs, il sera possible de le faire entrer dans la phase « paiement » ou bien de neutraliser les résultats de l'année.

Cas particulier des autres médecins à faible activité

Un certain nombre de médecins généralistes ne seront pas éligibles au contrat du fait de leur faible activité. Il peut s'agir de médecins nouvellement installés (cf. supra), de médecins partant progressivement à la retraite, de médecins à exercice particulier non déclaré à la caisse primaire, ...

Ces médecins devront être identifiés par les caisses primaires et les échelons du service médical afin d'adapter le discours porté.

3.2 Modalités de rémunération

L'esprit de la contrepartie financière est de combiner une rémunération basée sur la progression des indicateurs et sur le niveau atteint sur chaque indicateur.

Ainsi, pour chaque indicateur :

- **si le niveau constaté du médecin est inférieur à l'objectif intermédiaire de l'indicateur, la rémunération est basée sur la progression réalisée à partir de son niveau initial.**
Son taux de réalisation est la moitié du taux de progression réalisé entre son niveau initial et l'objectif intermédiaire.
- **si le niveau constaté du médecin est situé entre l'objectif intermédiaire et l'objectif cible de l'indicateur, la rémunération est basée sur le niveau atteint.**
Son taux de rémunération est d'emblée de 50% auquel s'ajoute la moitié du niveau atteint par rapport à l'objectif cible.
- **Si le niveau constaté est supérieur à l'objectif cible, le taux de réalisation est de 100%.**

Au global, un taux annuel moyen de réalisation est calculé (à condition que la moyenne de chaque champ soit d'au moins 25%) en affectant une pondération de 60% au champ «dépistage et pathologies chroniques » et une pondération de 40 % au champ « optimisation des prescriptions ».

Un cas particulier de rémunération a été prévu pour les médecins dont le niveau initial est proche de l'objectif intermédiaire afin d'éviter des effets de seuils trop importants.

La contrepartie financière annuelle est versée au médecin dans les 4 mois suivant chaque date anniversaire.