

antidépresseurs n'est pas prévisible, on ne peut pas s'appuyer sur des critères fiables pour changer de substance. En cas d'absence de réponse aux ISRS, il faut penser aux IRSN à double action, ainsi qu'aux tricycliques classiques et bien éprouvés.

On assiste aujourd'hui à un regain d'intérêt des psychiatres pour le renforcement du traitement antidépresseur par l'hormone thyroïdienne T3 (qui agit avant tout chez les femmes) et le lithium, car il donne de bons résultats dans des études plus récentes. Il s'avère que le lithium demeure la substance la plus efficace chez les sujets à risque suicidaire accru, même dans les cas où il n'a aucun effet sur les symptômes centraux de la dépression. Ces traitements, généralement initiés par des collègues psychiatres, devraient être réalisés en coopération avec ces derniers.

L'essentiel en bref

- Au cabinet médical, la proportion des patients dépressifs est élevée.
- Il vaut la peine de bien coordonner les contacts avec les collègues spécialistes en psychiatrie.
- Il existe de nouvelles recommandations en matière de traitement. Les recommandations thérapeutiques actuellement en vigueur en Suisse ont été publiées en 2011 dans le «Forum Médical Suisse» [5].
- Les épisodes dépressifs liés aux troubles bipolaires font l'objet de recommandations de traitement particulières que «Forum Médical Suisse» a publiées en 2010 [4].

Problèmes de collaboration

Les médecins de famille se plaignent régulièrement de la difficulté à trouver des places de traitement en psychiatrie. L'échange entre collègues serait insuffisant.

Quelques associations professionnelles de médecins psychiatres et psychothérapeutes ont répondu à cette critique en publiant sur leurs sites Web des informations au sujet de la disponibilité des places de traitement: Berne (www.bgpp.ch), Bâle-Ville/Bâle-Campagne (www.ppvs.ch), Lausanne (www.gppv.ch) et Zurich (www.therapievermittlung.ch). De surcroît, l'Alliance bernoise contre la dépression fait en sorte que des collègues exerçant en psychiatrie participent aux cercles de qualité des médecins de famille (www.berner-buendnis-depression.ch).

Références

- 1 Scott J. Depression should be managed like a chronic disease (editorial), *Brit Med J.* 2006;332:985-6.
- 2 Priest RG, Vize C, Roberts A, Roberts G, Tylee A. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *Brit Med J.* 1996;313:858-9.
- 3 Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry.* 2010;9:155-61.
- 4 Hasler G, Preisig M, Müller T et al. Behandlungsempfehlungen für bipolare Störungen. *Swiss Med Forum.* 2011;11:308-13.
- 5 Holsboer-Trachsler E, Hättenschwiler J, Beck J et al. Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. *Swiss Med Forum.* 2010;10:802-9.

Correspondance:
Dr Heinrich Kläui
Praxis für Innere Medizin
Bühlstrasse 59
3012 Bern
heinrich.klaeui@redcross.ch

Christoph Napierala, Andreas Haefeli, Urs Saxer

Arrêts récents du Tribunal fédéral touchant à la procédure EAE

Dans trois cas, le Tribunal fédéral a pris des décisions de fond en fin d'année 2010 et en début d'année 2011. Ces décisions permettent enfin aux médecins soumis à une procédure EAE (efficacité, adéquation, économicité) selon l'art. 56 de la LAMal de considérer le caractère économique des prestations sous un angle élargi. L'aspect économique, que les tribunaux avaient jusqu'ici limité aux coûts, s'étend désormais à l'efficacité qui se définit comme le rapport entre flux entrants et sortants. On élèverait donc le niveau au principe de la gestion rationnelle des ressources, jusqu'ici encore rarement respecté: les tribunaux s'étaient concentrés sur les flux entrants (coûts). Il faut saisir l'occasion de se pencher sur ces arrêts du Tribunal fédéral (ATF) pour en tirer les conséquences et passer à une procédure plus différenciée.

Vue d'ensemble des ATF

Avant de passer en revue les différents ATF par ordre chronologique, voici tout d'abord l'explication de quelques concepts. Pour le Tribunal fédéral, la méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables. La méthode analytique concerne l'analyse détaillée et individuelle de cas de patients et des notes d'honoraires facturées par le médecin.

ATF 9c 968/2009 du 15 décembre 2010

Cette décision nomme pour la première fois les circonstances dans lesquelles on peut appliquer la comparaison statistique:

- Le groupe de comparaison compte au moins dix médecins.
- La comparaison s'étend sur une période suffisamment longue.
- Le médecin contrôlé a traité un nombre assez important de cas.

Ces trois points conduisent à des conclusions variées. Le médecin concerné peut les faire valoir de façon cumulative et, au besoin, se défendre plus facilement: par exemple, le contrôle de l'intégrité avec l'aide des sociétés médicales cantonales ou des centres fiduciaires sera considérablement simplifié, et la protection des données sera alors assurée par l'intermédiaire de regroupements. On pourra alors, sur demande et en toute flexibilité, extraire les données des centres fiduciaires en constituant des groupes de médecins spécifiques à la requête (tels que le collectif des médecins d'un canton ou d'une société de discipline). Santésuisse pourrait avoir des difficultés à répondre aux points exigés sans compromettre la sécurité des données. Et pourtant, aujourd'hui encore, le processus juridique s'appuie exclusivement sur les données de santésuisse.

On ne peut toutefois pas exclure que dans le pire des cas, une personne connaissant les membres du groupe de référence du canton soit en mesure d'identifier certains médecins particuliers. Dans certains cantons, les tailles minimales des groupes de discipline ne seront pas atteintes. Il faut alors saluer le fait que dans ce cas l'on doit recourir à l'approche factuelle ou statistique. Car cette dernière permettrait en théorie de procéder à une évaluation méthodique et objective sans examiner auparavant certains facteurs isolés. Cependant, il faut encore déterminer comment une telle approche peut fonctionner en pratique. Quoi qu'il en soit, les données enregistrées auprès des centres fiduciaires vont revêtir une grande importance, ne serait-ce que pour fournir des validations.

ATF 9c 167/2010 du 14 janvier 2011

Les considérants de cet arrêt soulignent les caractéristiques de la patientèle de l'intimé. Malgré le renvoi de la cause du médecin au tribunal arbitral, il faut souligner le fait que le Tribunal fédéral en est arrivé à la conclusion que dans ce cas la méthode statistique ne suffisait pas à rendre compte de la situation et que les soins prodigués par ce médecin concernaient des cas particulièrement lourds et coûteux dont il a fallu tenir compte dans l'évaluation. Le TF n'a donc pas pris en considération le seul critère du coût et il a opéré une distinction entre les caractéristiques essentielles des cabinets du groupe de comparaison et celles du médecin contrôlé. Par ailleurs, il est significatif qu'il soit demandé de recourir à un expert hors canton pour éviter les conflits d'intérêt.

Encore une fois, ce cas montre que les données des centres fiduciaires permettent des comparaisons de groupes allant largement au-delà des possibilités de santésuisse. C'est justement dans les cantons où se pratique la propharmacie que l'on peut analyser plus profondément la patientèle d'un médecin et la comparer à celle de ses pairs. Il faut toutefois veiller à comparer ce qui est comparable. Ce cas correspond finalement à la troisième exigence énoncée dans la prise de position de la FMH au sujet de la procédure EAE, qui demande que le principe d'économicité soit examiné au besoin de cas en cas [1].

ATF 9c 733/2010 du 19 janvier 2011

Cette décision, la dernière au point de vue chronologique, est la plus vaste sur le plan de la complexité et de l'étendue. Elle concerne principalement les coûts directs et indirects ou coûts induits.

Jusqu'ici les coûts indirects faisaient partie du contrôle d'économicité (contrôle des coûts en l'occurrence). Cette interprétation était fortement controversée [2]. Les termes de cet arrêt indiquent un changement de direction et clarifient le fait que les demandes de remboursement par les caisses concernent uniquement les coûts directs engendrés par le prestataire. La raison en est qu'en réalité, le médecin ne bénéficie pas personnellement d'une rétribution financière en rapport avec les coûts induits. Cette situation conduit à un antagonisme entre interprétation juridique et rentabilité réelle, car si les coûts induits représentent bel et bien un élément important sur le plan de l'ensemble des coûts, ils n'ont aucun impact au niveau des honoraires perçus par un médecin pour ses propres prestations. Dans l'optique de santésuisse, les coûts directs sont déterminants en matière d'EAE. Les juges vont même plus loin et précisent que la gestion d'un médecin dont les coûts directs sont anormalement élevés en présence de coûts indirects bas peut très bien s'avérer économe, par exemple s'il effectue plus de traitements par lui-même et pilote les coûts de façon à ce que leur enveloppe globale se situe en dessous de la moyenne. Il semble en effet probable qu'en agissant ainsi, il contribue à réduire les coûts infligés à l'ensemble du système. Le tribunal adopte en quelque sorte une perspective macro-économique.

Pour le médecin confronté à une telle situation, la solution consiste à produire un profil de prestations circonstancié qui permettra, entre autres, d'établir la liste des positions TARMED facturées pour un type de cas précis et de la comparer avec les prestations d'un groupe témoin. A cet égard, les données des centres fiduciaires seront encore une fois de meilleure qualité et plus rapidement disponibles dans les cas particuliers que celles de santésuisse. Il s'agira principalement d'établir une typologie des patients par tranches d'âges et de comparer le traitement caractéristique du médecin à celui du collectif de contrôle.

Cette sentence du tribunal apportera un grand soulagement aux médecins.

Perspectives

Les trois arrêts montrent qu'il vaut la peine de mettre en évidence les défauts des procédures EAE menées par le passé, sur le plan juridique également. Il serait souhaitable que les partenaires s'entendent le plus rapidement possible pour mener conjointement les approches fondées sur les données factuelles, comme la FMH l'avait proposé dans sa prise de position mentionnée plus haut [1]. On pourrait ainsi éviter bien des mécontentements, augmenter la transparence des procédures et piloter le système avec souplesse. Car une chose est sûre: seule une vraie procédure EAE tenant compte de paramètres comme la morbidité et l'âge des catégories de patients entraînera des changements concrets permettant de maîtriser l'évolution des coûts sur le long terme.

Références

- 1 FMH: Wirtschaftlichkeitsverfahren unter KVG Art. 59 (Sanktionsrecht). Positionspapier der Arbeitsgruppe WZW der FMH Bern, Juli 2010.
- 2 Bspw. Gattiker M. Veranlasste Kosten – Einbezug in die Forderung wegen Überarztung nach Art.56 Abs.2 KVG. AJP9/2005 1098.

Correspondance:
lic.rer.pol., MPH Christoph Napierala
Chüefenstrasse 14a
8320 Fehraltorf
napierala@gmx.net