

Institut de sciences actuarielles – HEC – Université de Lausanne

Etude du contrôle du caractère économique des traitements basé sur les statistiques du Concordat des assureurs maladie suisses

Prof. André Dubey et Prof. François Dufresne

HEC-Lausanne

Lausanne, février 2000

Table des matières

Définitions	3
0. Introduction	4
1. Articles de loi	5
2. Principes	6
3. Les statistiques du Concordat	8
4. Critique de l'indice et de la statistique du Concordat	12
5. Profil du médecin	17
6. Quelques recommandations en guise de conclusion	18
7. Bibliographie	20
Annexe	21

Définitions

- économicité : (néologisme) caractère de ce qui est économique.
- frais directs : les frais directs incluant les frais ordonnés (par exemple, frais de laboratoire qui sont directement facturés par le médecin).
- polypragmasie : (néologisme) pratique médicale jug e non économique ou non pertinente.
- statistique : au singulier, le mot désignera l'ensemble des données recueillies par le Concordat des assureurs maladie suisses (CAMS) ; au pluriel, il s'agit de quantités calcul es à partir de données.
- sanction : dans ce texte, la contestation de la facturation d'un médecin sera consid r e une sanction en soi, quelle que soit l'issue finale de la contestation.

0. Introduction

Dans un système de santé national où les ressources de l'État sont mises à contribution, il est important et légitime de s'assurer de l'usage pertinent et efficace de ces ressources. En Suisse, le législateur a introduit des dispositions à cet égard dans les articles 23 de la LAMA et 56 de la LAMal. Ces articles font des assureurs maladie suisses les superviseurs de l'économicité des soins médicaux sur l'ensemble du territoire helvétique.

Afin de satisfaire à cette obligation légale, les assureurs maladie suisses ont donné le mandat au Concordat des assureurs maladies suisses (CAMS) de faire la collecte des données et d'établir des statistiques. Certaines de ces statistiques visent expressément le contrôle du caractère économique des coûts de la santé. Le médecin étant l'agent principal dans l'engagement des ressources médicales, c'est sa performance individuelle que des statistiques essaient de cerner. Le Concordat calcule pour chaque médecin un indice basé sur ses données individuelles. Cet indice unique sert à la fois d'outil de détection des abus et de base pour sanctionner les médecins.

En Suisse, de 1994 à 1997, près de 3200 médecins ont été avertis qu'ils pouvaient être l'objet de sanctions. Plus de 300 médecins ont été appelés par les caisses maladies à rembourser des sommes qui leur avaient été versées. Une majorité d'entre eux a jugé, et juge encore aujourd'hui, que la pénalité à laquelle ils font face est injustifiée ou, encore, que son ampleur est disproportionnée.

Il appert que la cause du litige entre médecins et caisses maladie est l'indice calculé par le CAMS.

Dans ce document, nous analysons les méthodes, statistiques et données utilisées par le CAMS et les caisses maladies dans le but de contrôler le caractère économique des actes médicaux posés en Suisse. Nous allons aussi nous prononcer sur leur efficacité et leur pertinence et, finalement, faire des recommandations.

Nous rappelons, en premier lieu, les articles de loi posant l'exigence du caractère économique des soins médicaux. Ensuite, nous énonçons des principes qui devraient être respectés. Ces bases étant établies, nous décrivons et analysons l'approche utilisée par le CAMS. Cet exercice sera suivi de la description d'approches alternatives qui peuvent être utilisées aux mêmes fins. Nous terminons par des recommandations en guise de conclusion.

1. Articles de loi

L'article 23 de la première loi sur l'assurance-maladie, la LAMA, porte sur les traitements économiques :

« Lorsqu'ils traitent des assurés, leur prescrivent ou fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent des traitements scientifiquement reconnus ou font des analyses, les médecins, les pharmaciens, les chiropraticiens, les sages-femmes, le personnel paramédical, les laboratoires et les établissements hospitaliers doivent se limiter à ce qui est exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement. »

L'article 56 de la nouvelle LAMal porte sur le caractère économique des prestations :

« ¹ Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement.

² La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont qualité pour demander la restitution:

- a. l'assuré ou, conformément à l'article 89, 3e alinéa, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, 1er al.);
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, 2e al.).

³ Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit:

- a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat;
- b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.

⁴ Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution.

⁵ Les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations. »

2. Principes

Quels sont les principes que devrait satisfaire dans l'idéal un système permettant de contrôler le caractère économique des actes d'un médecin ? L'article 56, alinéa 1, de la LAMal précise que « le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement ». La loi ne tente pas de définir d'une manière objective comment cette « mesure » doit être comprise et les différences régionales observées dans les coûts montrent bien l'aspect subjectif d'une telle exigence. C'est l'ensemble de la profession médicale (ou plus exactement le couple formé par l'ensemble des médecins et l'ensemble des patients) qui définissent finalement le niveau que doit atteindre dans un environnement culturel donné cette « mesure » exigée par la loi. Dans ce contexte, il semble évident que le caractère économique des activités d'un médecin ne peut être évalué que par comparaison avec les activités de ses collègues placés dans des conditions identiques.

Un système de contrôle doit donc comporter dans une première phase une analyse statistique permettant d'identifier les médecins susceptibles de dépasser la mesure exigée telle qu'elle est comprise dans un environnement culturel donné. Les exigences que devraient remplir dans l'idéal une telle analyse statistique sont multiples et même en partie contradictoires. Parmi les principales, on pourrait citer par exemple :

1. L'analyse statistique doit comparer des médecins qui sont réellement placés dans des conditions identiques. Cette exigence ne saurait se limiter à la spécialisation du médecin et à la région dans laquelle il pratique. La structure d'âge de la clientèle, la gravité des cas traités, l'expérience du praticien par exemple sont des facteurs certainement significatifs pour les coûts induits par les actes médicaux. Dans l'idéal, il faudrait évidemment également tenir compte du succès relatif de ces actes médicaux. Cette exigence impose donc une segmentation de l'ensemble des médecins pratiquant dans une région en un nombre important de groupes et de sous-groupes.
2. La comparaison des coûts d'un praticien avec la moyenne observée dans le groupe des médecins placés dans des conditions identiques n'a de sens que si ce groupe est suffisamment nombreux pour que cette moyenne soit une information crédible. Cette exigence est partiellement en contradiction avec la première, dans la mesure où une classification trop détaillée ne permettrait pas une comparaison réellement crédible.
3. Les actes médicaux ont pour objectif la guérison et la prévention. Il semble donc évident qu'une telle analyse statistique ne saurait se limiter aux coûts directs des actes médicaux d'un praticien, mais devrait impérativement prendre en compte l'ensemble des coûts induits (coûts de laboratoire, coûts des spécialistes auprès desquels le patient a été dirigé, etc.) dans une pathologie donnée.
4. La définition de la « mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement » n'étant de toute évidence pas complètement objective, il serait important qu'une telle analyse statistique n'ait pas uniquement un but répressif, mais ait également une fonction pédagogique pour le médecin. Un dépassement de la mesure imposée par la loi (vers le bas comme vers le haut d'ailleurs) n'est pas nécessairement délibéré. Cela devrait imposer une information régulière du médecin et une collaboration étroite entre le médecin et l'organe chargé de gérer ce système d'analyse statistique.

Aux Etats-Unis, la mise en place et la gestion de tels systèmes statistiques sont considérées comme délicate et difficile, bien que, dans ce pays, dans la grande majorité cas, les patients sont pratiquement « attribués » à un groupe défini de médecin. Dans un pays pratiquant le libre choix du médecin, et donc la possibilité pour un patient de consulter plusieurs praticiens pour une même pathologie, les difficultés de définir et de gérer un tel système en sont encore multipliées. Dans un tel contexte, il semblerait évident que l'analyse statistique ne peut être qu'une phase préliminaire permettant l'identification des médecins susceptibles de dépasser la mesure exigée. Elle devrait déboucher sur une enquête spécifique des cas identifiés, seule une telle enquête permettant de s'assurer que les conditions de dépassement de la mesure exigée sont bien remplies.

3. Les statistiques du Concordat

Nous allons d'abord esquisser rapidement le mécanisme de détection des « abus » et celui de sanction utilisé par le CAMS. Ensuite, nous le décrivons plus précisément et en faisons l'analyse.

Afin de déterminer si un médecin pratique une médecine économique, le CAMS établit des indices qui servent autant à la détection d'éventuels abus qu'à la sanction des médecins qu'il déclare coupables. Chaque praticien se voit attribuer un indice qui le compare aux autres praticiens de son groupe. Dans la plupart des cantons, si l'indice d'un praticien dépasse 150%, c'est-à-dire est de 50% supérieur à celui du « praticien moyen », on présume alors être en présence d'un médecin non économique. On présume aussi que des sanctions financières sont nécessaires. Les caisses maladie exigent alors le remboursement d'une certaine somme

L'indice repose uniquement sur les frais directs du médecin et le nombre de patients qu'il a traités durant une année civile¹.

Les positions statistiques pour lesquelles un indice est établi sont formés sur la base des critères suivants:

- Spécialité - 29 groupes tels que généralistes, pédiatres, cardiologues, etc. La liste complète des spécialités est donnée en annexe.
- Canton - 27 groupes selon le canton ou demi-canton (y compris FL) dans lequel le médecin pratique.
- Equipement - 2 groupes selon que le médecin dispose ou non d'équipements de radiologie à son cabinet.

Selon ces critères, l'ensemble de la statistique comprendrait donc 1'566 positions pour chacune des années. Elle en comprend 1'512, deux spécialités n'étant pas subdivisées.

Toute personne ayant eu au moins une fois recours aux services du médecin pendant l'année considérée est comptabilisée comme un patient. L'âge, le sexe ou tout autre caractéristique démographique ne sont pas pris en compte.

Uniquement les frais facturés par le médecin à ses patients sont totalisés. Les frais considérés sont ceux payés au médecin durant l'année comptable.

L'indice attribué à un médecin est défini comme le rapport entre son coût moyen par patient et le coût moyen par patient pour l'ensemble de son groupe. Le façon très exacte dont cet indice est calculé n'est pas très importante : quelques variantes sont possibles, certaines plus équitables que d'autres envers les médecins. Quoi qu'il en soit, la composition de l'indice et sa définition sont les éléments cruciaux.

¹ En fait, les frais directs dont tient compte l'indice sont ceux qui ont été facturés durant l'année. Les patients dont on tient compte sont aussi ceux associés aux factures soumises aux assureurs durant l'année.

Sur la base de ces informations, l'indice utilisé par le CAMS peut être modélisé de la façon suivante. Définissons, pour un groupe de médecins donné et une année donnée,

m = le nombre de médecins dans le groupe,

S_i = le total des frais du médecin numéro i , $i = 1, 2, \dots, m$,

n_i = le nombre de ses patients,

S = le total des frais de tous les médecins du groupe,

n = le nombre total des patients (pas nécessairement distincts), traités par les médecins du groupe.

Nous avons alors les relations suivantes :

$$S = S_1 + S_2 + S_3 + \dots + S_{m-1} + S_m$$

et

$$n = n_1 + n_2 + n_3 + \dots + n_{m-1} + n_m .$$

Les deux équations précédentes disent simplement que le total des frais pour tout le groupe est la somme des frais totaux individuels et que le grand total du nombre de patients est, de façon analogue, la somme des nombres individuels de patients.

Le coût moyen par patient pour le médecin numéro i est donc défini par

$$C_i = \frac{S_i}{n_i},$$

soit le total des frais divisé par le nombre de patients.

Pour l'ensemble du groupe, le coût moyen par patient, que l'on peut appeler coût moyen global, est donné par

$$C = \frac{S}{n} = \frac{S_1 + S_2 + \dots + S_m}{n_1 + n_2 + \dots + n_m} .$$

L'on constate qu'il s'agit d'une moyenne pondérée des coûts moyens individuels :

$$\begin{aligned} C &= \frac{n_1}{n_1 + n_2 + \dots + n_m} \frac{S_1}{n_1} + \frac{n_2}{n_1 + n_2 + \dots + n_m} \frac{S_2}{n_2} + \dots + \frac{n_m}{n_1 + n_2 + \dots + n_m} \frac{S_m}{n_m} \\ &= \frac{n_1}{n} C_1 + \frac{n_2}{n} C_2 + \dots + \frac{n_m}{n} C_m . \end{aligned}$$

L'indice du médecin numéro i peut alors être défini comme le ratio suivant :

$$R_i = \frac{C_i}{C}$$

$$= \frac{n S_i}{n_i S}$$

soit le coût moyen individuel divisé par le coût moyen global. On peut multiplier ce ratio par 100 pour l'exprimer comme un pourcentage. Si on définit

$$\bar{S} = \frac{S_1 + S_2 + \dots + S_m}{m}$$

et

$$\bar{n} = \frac{n_1 + n_2 + \dots + n_m}{m}$$

soit les frais moyens par médecin et le nombre moyen de patients par médecin. Ces définitions nous permettent de réécrire l'indice de la façon suivante :

$$R_i = \frac{n/m}{n_i} \frac{S_i}{S/m}$$

$$= \frac{\bar{n}}{n_i} \frac{S_i}{\bar{S}} .$$

Cette nouvelle écriture de l'indice montre comment varie l'indice et aide à interpréter certains cas, par exemple :

- pour un médecin dont les frais totaux sont comparables à la moyenne de son groupe, donc $S_i / \bar{S} \approx 1$, son indice sera de 133% si pour ce faire il a traité 25% de moins de patients que les autres praticiens de son groupe ;
- l'indice sera aussi de 133% si le médecin a traité un nombre de patients comparable à la moyenne de son groupe, donc $n_i / \bar{n} \approx 1$, alors que ses frais totaux étaient de 33% supérieurs à la moyenne des praticiens de son groupe.

Il est important de réaliser que les frais totaux d'un médecin varient avec le nombre total de patients qu'il a traités. Cependant, le coût moyen peut rester stable même si les frais totaux du médecin deviennent très grands : il suffit que le nombre correspondant de patients traités augmente dans les mêmes proportions. En d'autres termes, un médecin pourrait avoir une rémunération brute (frais totaux) du triple de la moyenne des médecins de son groupe et avoir un indice de 100% seulement, pour cela il suffit que son nombre de patient traités soit le triple du nombre moyen de patients traités par les médecins de son groupe.

Une façon alternative de calculer un indice semblable consisterait à utiliser un poids égal pour les m différents coûts moyens, puisqu'il y a m médecins. De cette façon, on donne un

poids égal à tous les médecins, ce qui est plus équitable car dans la première façon de calculer le coût moyen global les médecins ayant plus de patients ont, dans l'ensemble, un poids supérieur à ceux qui ont peu de patients. Cette définition inhabituelle du coût moyen global serait donc plus équitable pour comparer les médecins entre eux. Cependant, la différence entre les deux approches n'est pas significative au vu des autres facteurs influençant le niveau de l'indice pour un praticien donné.

Dans la plupart des cantons, si l'indice R_i dépasse 150% le médecin est taxé de polypragmasie, en d'autres termes l'on considère que ses traitements sont significativement non économiques. On exigera de lui qu'il rembourse un montant pouvant représenter l'excédent $(R_i - 150\%) \cdot S_i$, soit le montant qui fait que, après déduction de celui-ci, le coût moyen du médecin tombe en deçà des 150% du coût moyen global.

On peut d'ores et déjà noter le caractère arbitraire du seuil des 150% : quel que soit le groupe de praticiens concerné ce seuil est le même et l'on suppose donc implicitement que la variabilité d'un type de pratique à l'autre est exactement la même. Ou, du moins, on décide de ne pas en tenir compte.

4. Critique de l'indice et de la statistique du Concordat

En séparant tous les médecins en différents groupes, en établissant le nombre de patients traités et les frais facturés par chaque médecin, le Concordat établit une forme primitive de profil du médecin, exercice que l'on appelle en anglais « physician profiling ».

Par rapport aux modèles proposés dans la littérature spécialisée et appliqués, en particulier, en Amérique du Nord, la méthode utilisée présente les déficiences principales suivantes.

- Coûts directs

Une grave lacune de l'indice défini par le Concordat est le fait qu'il ne tient compte que des frais facturés par le médecin, aussi appelés quelquefois « coûts directs ». Or, une pratique de la médecine sera la plus économique si elle minimise l'ensemble des coûts d'une maladie (ou « cas ») : les coûts directs (ceux du médecin), les coûts induits (autres analyses médicales ou de laboratoire, coûts du ou des spécialistes auxquels le cas aura été référé) et le coût des médicaments.

Le fait de définir l'indice sur la base des coûts directs peut avoir des conséquences graves : les médecins sanctionnés ou les médecins craignant de voir leur facturation contestée peuvent modifier leur comportement de façon à diminuer leur coût moyen par patient mais, pour ce faire, ils feront inéluctablement augmenter les coûts totaux de la santé. Une façon très simple pour un médecin généraliste de diminuer son coût moyen par patient consiste à référer plus de ses patients à des spécialistes alors qu'il serait compétent pour assurer en entier le traitement et le suivi du cas. Dans le cas d'un patient référé de façon plus ou moins pertinente à un spécialiste, les coûts ultimes seront plus élevés car la rémunération des spécialistes est plus élevée et la première consultation sera elle aussi facturée.

On peut présumer que le comportement de certains médecins peut déjà avoir commencé à se modifier suite à la contestation de leur facturation par les caisses maladies ou de celles de leurs collègues. La modification du comportement des individus suite à la mise en place d'un système de contrôle est un phénomène bien connu. Il est toujours difficile de chiffrer l'effet de telles modifications du comportement mais on peut néanmoins en apprécier l'ampleur en étudiant l'efficacité que peuvent avoir ces modifications du comportement. Dans le cas des médecins généralistes, par exemple, il peut être très efficace, pour abaisser son indice personnel, de référer plus de patients à des spécialistes. Pour obtenir une rémunération globale inchangée, le praticien doit simplement élargir au fil du temps sa clientèle. En augmentant sa clientèle, il aura plus de patients à chaque année et diminuera donc son coût moyen.

Au vu de l'article 56 de la LAMal, cette façon de traiter les patients n'est pas économique. Cependant, l'indice calculé par le concordat ne peut détecter ces comportements et ces changements dans la pratique des médecins. Plus grave encore, l'indice sous sa forme actuelle induit et induira certainement de plus en plus ce type de comportement et la conséquence directe mais difficilement chiffrable sera une augmentation des coûts de la santé. On peut même envisager que le surcoût ainsi induit pour la santé soit d'un montant supérieur aux sommes que les caisses maladie tentent de récupérer en contestant la facturation de certains médecins.

On peut aussi imaginer d'autres « techniques » ayant pour but de diminuer l'indice d'un médecin, comme faire assurer le suivi de certains cas par un collègue avec lequel le médecin aura conclu un accord de réciprocité. Naturellement, ceci n'est réellement envisageable que dans les bureaux ou cliniques où il y a plusieurs médecins. L'avantage de cette pratique pour les médecins serait d'accroître le nombre de patients traités dans une année sans pour autant augmenter le total de leurs coûts directs. Si cette pratique ne semble pas nécessairement non économique, elle est cependant très certainement discutable d'un point de vue médical.

Comme on ne tient compte que des coûts directs, un médecin pourrait se déplacer lui-même d'un groupe de médecins sans équipement de radiologie à un groupe de médecins avec équipements de radiologie de la façon suivante et avec les conséquences suivantes : ce médecin acquiert à bas prix, seul ou avec d'autres médecins, des équipements de radiologie qu'il utilise peu ou pas, ses coûts directs ne changent presque pas mais, en comparaison des médecins de son nouveau groupe, son coût moyen par patient est bas (il ne comprend pas de frais de radiologie ou si peu) et ce médecin n'est pas inquiet par les caisses maladie. Cependant, ce médecin contribue à faire baisser la moyenne de son nouveau groupe et un ou des médecins de ce groupe peuvent se retrouver maintenant au-dessus de la barre des 150 %. Dans la même veine, un médecin possédant des équipements de radiologie pourrait envoyer certains de ses patients subir des radiographies ailleurs que chez lui dans le but de diminuer son coût moyen par patient. Pour compenser ses pertes de revenu, ce dernier médecin n'a qu'à augmenter avec le temps sa clientèle, ce qui aura l'effet bénéfique de diminuer son coût moyen.

En définitive, pour ne pas être inquiet par un indice éventuellement trop élevé, il est préférable de voir beaucoup de patients et de référer les cas les plus lourds (qu'on aurait pu néanmoins traiter) aux spécialistes. Ce comportement va à l'encontre de l'économicité des traitements désirée par la LAMal mais est suggéré par la définition de l'indice. On peut difficilement estimer le surcoût causé par ces comportements induits mais on peut présumer qu'ils ne sont en aucun cas négligeables et qu'ils ne peuvent que s'accroître avec le temps, à mesure que les médecins les découvrent et qu'ils s'installent.

- Gravité

L'indice calculé par le Concordat ne tient pas du tout compte de la différence dans la gravité des cas traités par un médecin par rapport à celle rencontrée par les autres membres de son groupe. Or, cette différence peut être très importante et il n'est nul besoin d'être médecin pour le comprendre : un médecin généraliste, par exemple, habitant un quartier ou une région peuplée majoritairement par des personnes âgées aura à traiter beaucoup plus de cas lourds ou chroniques que le médecin pratiquant dans un quartier ou une région où la population est plus jeune. Le dénominateur du coût moyen par patient étant justement le nombre de patients traités dans l'année par un médecin, si celui-ci voit sensiblement moins de patients différents durant l'année que d'autres de ses collègues, son indice sera nettement plus élevé.

En plus des facteurs causals de la gravité des cas (type de maladie, etc.), divers facteurs sont directement corrélés avec cette gravité, par exemple,

- l'âge du patient,
- son sexe,
- son lieu de résidence et son milieu socio-professionnel,

- le type de lieu de pratique du médecin (cabinet, clinique, clinique sans rendez-vous, hôpital).

Les « facteurs » ci-dessus ne sont pas tous des facteurs causals. Cependant, ils peuvent tous être utilisés pour détecter les variations de gravité entre les cas traités par divers médecins. Dans un véritable exercice de « physician profiling », tous ces facteurs et bien d'autres encore sont pris en compte.

Aussi dans un véritable exercice de « physician profiling », le dénominateur de chacun des coûts moyens individuels serait ajusté pour tenir compte de la gravité des cas.

- Franchises

Dans le système du tiers garant, l'assuré dont les dépenses totales durant une année sont inférieures à sa franchise ne transmet (normalement) pas ses factures à sa caisse maladie. Par conséquent, cet assuré ne constitue pas un patient dans la statistique des cas maladie du CAMS, car ses données ne sont pas disponibles. Un médecin qui aurait traité cet assuré durant l'année en question ne voit aucune contribution de cet assuré à son coût moyen : ni au numérateur, les frais, ni au dénominateur, son nombre de patients. Il est par conséquent impossible de mesurer l'efficacité (économique) réelle d'un médecin, le coût moyen par malade calculé par le CAMS étant basé uniquement sur les assurés qui ont effectivement dépassé le montant de leur franchise. Les franchises étant variés, leur choix dépendant aussi de facteurs socio-économiques, il est alors difficile d'estimer d'avance leur impact sur le coût moyen par patient d'un médecin : l'effet des franchises sur le coût moyen par patient d'un médecin dépend aussi de la nature de sa clientèle (âge, sexe, etc.). L'indice du CAMS ne tient pas compte non plus des différences de clientèle entre les médecins, il s'ensuit qu'un médecin pourrait être sanctionné simplement parce la répartition des niveaux de franchise dans sa clientèle (combinée à la nature de sa clientèle) lui est défavorable.

- Erreurs de détection

Toute méthode de détection d'abus (de non-pertinence ou de non-efficacité), peut produire des erreurs. Il y a deux grands types d'erreurs :

- I) Il y a effectivement abus, mais l'outil ne le détecte pas ;
- II) Il n'y a pas d'abus mais l'outil de détection dit qu'il y en a.

L'indice calculé par le Concordat est le principal outil des caisses maladie pour la détection de cas de polypragmasie, ou du moins l'un des deux qu'elles invoquent pour contester la facturation d'un médecin. Comme nous l'avons montré au début de cette section sous l'item « Coûts directs », certaines pratiques non économiques ne peuvent pas être détectées car ce sont les coûts induits par le médecin qui sont non économiques, alors que ses frais directs moyens sont peu élevés : les coûts ont été simplement reportés sur d'autres praticiens. Donc, tel qu'il est défini, l'indice ne peut pas et ne pourra jamais détecter ce type d'abus (traitements non économiques). Il y aura toujours des erreurs de type I dont le nombre demeurera inconnu et, par conséquent, des cas de pratique non économique pourront continuer sans que l'on puisse y remédier induisant un gaspillage des ressources financières et des infrastructures.

Les « fausses détections » ont des conséquences graves pour les médecins : les caisses maladie contestent leur facturation et exigent un remboursement. Le remboursement est, comme nous l'avons indiqué plus haut, d'un montant qui fait que les coûts directs du médecin après sa déduction produisent un indice de 150 %. Comme le calcul des coûts moyens ne tient pas compte de la gravité des cas traités par le médecin, si celui-ci a une clientèle particulière (personnes âgées, ou malades chroniques, par exemple) en comparaison de celles des médecins de son groupe, alors il est fort probable qu'il voit fréquemment ces patients. Par conséquent, le nombre de patients du médecin sera faible en comparaison de celui des médecins de son groupe et, à coûts directs égaux, son coût moyen sera plus élevé. A coûts directs égaux, si un médecin a deux fois moins de patients dans une année que la moyenne des médecins de son groupe et ce du simple fait qu'il les voit en moyenne deux fois plus souvent, alors son coût moyen par patient sera du double de la moyenne de son groupe et son indice de 200 %. Si, par ailleurs, ces mêmes patients requièrent des actes médicaux plus onéreux, en moyenne, l'indice du médecin sera encore plus élevé.

Une hypothèse implicite dans la fixation du seuil de sanction à 150 % est que les groupes de médecins qui ont été formés sont relativement homogènes quant à leur clientèle. Un indice (coût moyen relatif) inférieur à 100 % devrait indiquer un médecin particulièrement efficace, un indice aux alentours de 100 % devrait indiquer un médecin dans la norme et un indice très nettement supérieur à 100 % devrait indiquer un médecin inefficace ou qui abuse volontairement des ressources du système de la santé. Cependant, il est évident que l'hypothèse implicite à laquelle nous nous référons est fautive : les clientèles ne sont pas les mêmes pour tous les médecins et les différences peuvent avoir un impact énorme. Il s'ensuit qu'un médecin très efficace pour traiter des cas lourds pourrait être jugé coupable de polypragmasie et voir sa facturation contestée par les caisses maladie, sa seule « faute » étant d'avoir une clientèle constituée de cas lourds.

- Seuils fixes

Qu'il soit de 150 %, le niveau que l'on retrouve dans la vaste majorité des cantons, ou éventuellement de 130 % voire 120 % dans certains cantons, le seuil auquel on décide que la facturation d'un médecin peut être contestée est fixé de façon arbitraire et non différencié. Il est extrêmement improbable que le degré de variabilité des coûts moyens soit constant d'un groupe de médecins à l'autre. Les différences pourraient être substantielles dans certains cas. La conséquence directe de cet état de choses est que dans certains groupes l'on devient plus facilement susceptible de voir sa facturation contestée.

Un seuil fixe pour les sanctions possède un avantage de simplicité d'application mais constitue un handicap du point de vue de l'équité.

- Crédibilité / fiabilité

Les médecins suisses sont répartis dans un nombre élevé de groupes (1'512). Or, certains d'entre eux consistent en un très petit nombre de médecins. De plus, au vu du nombre total de médecins en Suisse, il n'y a presque aucun groupe où l'on peut dire qu'il y a vraiment un très grand nombre de médecins, c'est-à-dire des milliers. Comme la variabilité des coûts moyens entre médecins d'un même groupe est importante, on ne peut en aucun cas invoquer

la loi des grands nombres. La question de la « crédibilité » des statistiques, au sens actuariel du terme, se pose. En d'autres termes : quelle est la fiabilité des coûts moyens observés ? Cette fiabilité varie avec le nombre de médecins mais aussi le type de pratique. Elle varie aussi, pour un groupe donné, avec la composition de la clientèle des divers médecins. Les statistiques calculées par le Concordat présument que, ou du moins font comme si, l'unique source de variabilité était les diverses façons de pratiquer la médecine qu'ont les médecins (d'un même groupe).

Comme les personnes qui utilisent ces indices et coûts moyens pour contester la facturation d'un médecin ne sont des spécialistes ni de la statistique ni de l'actuariat, on peut légitimement se demander si elles sont en mesure de juger de la fiabilité de ces statistiques.

- Segmentation

Pour un même type de pratique médicale, la statistique du Concordat fait la distinction entre les médecins qui possèdent des équipements de radiologie et ceux qui n'en possèdent pas. Par exemple, les généralistes forment deux groupes : ceux avec équipements de radiologie et ceux sans. De prime abord, cette répartition peut sembler judicieuse puisque les médecins possédant ces coûteux équipements chargeront des coûts de radiologie et auront donc des frais directs plus élevés. A temps de travail égal, ces actes médicaux sont plus dispendieux que la moyenne des autres actes médicaux qui peuvent être effectués.

Cependant, il serait préférable de comparer, par exemple, tous les généralistes entre eux de même que tous les spécialistes de même type entre eux. Cela implique que les frais induits, ou du moins ceux de radiographie, devraient être pris en compte. Dans le cas de la radiologie, on peut tenir l'argumentation suivante : ce n'est pas parce qu'un praticien dispose d'équipements de radiologie qu'il devrait faire un usage plus important de ce moyen de diagnostic que celui qui n'en possède pas. Cependant, si la radiologie représente une fraction non négligeable du temps de travail d'un praticien, celui-ci aura moins de patients et on devrait faire un ajustement dans un calcul d'indice et de coût moyen.

- Données aberrantes et contrôle de la qualité des données

Plusieurs publications mettent directement en doute la véracité des données et des statistiques du Concordat. La statistique du Concordat est composée de données obtenues auprès de plus d'une centaine de caisses maladie. Or, le niveau d'informatisation de nombreuses caisses maladie laisse fort à désirer. A chaque année, entre autres, le Concordat ne parvient pas à obtenir un taux de saisie de 100% : certaines caisses maladie ne sont pas capables de transmettre leurs données à temps. On peut aussi s'interroger quand à la qualité des données transmises au Concordat. Selon nos informations, les données recueillies par le Concordat ne sont pas vérifiées auprès des caisses maladie. On effectue simplement des cumuls par canton et par fournisseur. Compte tenu des relations plutôt tendues entre certaines caisses maladie et le Concordat, des intérêts divergents des caisses maladies et des médecins, du degré et de la qualité d'informatisation des caisses maladie, des conséquences graves pour un médecin (autant du point de vue psychologique qu'économique) de la contestation de sa facturation, il s'avère qu'un contrôle de la qualité des données transmises au Concordat doit être déclaré indispensable.

5. Profil du médecin

Depuis plus d'une trentaine d'années, une discipline appelée « physician profiling » s'est développée, en Amérique du Nord principalement. L'établissement du profil d'un médecin peut avoir différents buts : qualité des soins, économicité et pertinence des soins, satisfaction des clients, etc. Une vaste littérature existe à ce sujet, principalement dans des journaux médicaux, mais le sujet est suffisamment développé pour qu'aujourd'hui il existe quelques livres dédiés à ce sujet.

Il a été établi aux États-Unis d'Amérique que, lorsque le but de l'établissement du profil des médecins est le contrôle de la pertinence ou de l'économicité des coûts, les frais induits et non pas seulement les frais directs doivent absolument être pris en compte. Il a été démontré qu'aucune comparaison valable de médecins n'était possible sans une telle prise en compte. De nombreuses études ont aussi démontré que des ajustements doivent être effectués pour tenir compte de la gravité des cas traités par un médecin (voir la bibliographie, par exemple, du livre « *Physician Profiling : A Source Book for Health Care Administrators* »). Il est aussi unanimement reconnu que les données démographiques (âge, sexe, etc.) des patients, leur lieu de résidence ainsi que le lieu où les soins ont été dispensés, sont des données indispensables pour juger de l'efficacité, de la qualité ou de l'économicité des traitements.

Au Canada, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) utilise 57 critères pour « l'analyse de la facturation des médecins ». Ces critères sont donnés en annexe du « Rapport de recommandations sur le processus d'analyse de la facturation des médecins (Description des besoins) » dont nous avons obtenu une copie. Il est à noter que malgré le haut degré de sophistication de l'analyse québécoise, aucune sanction contre un médecin n'est effectuée que sur la base de statistiques : un comité d'experts analyse la facturation de chacun des médecins apparemment déviants et confirme ou non les soupçons de la RAMQ. On considère que des décisions prises uniquement sur la base de statistiques risquent d'engendrer des injustices : il pourrait y avoir des erreurs de détection.

Le but de ce document n'est pas de fournir un système pour remplacer l'approche du CAMS, qui n'a que pour unique vertu la simplicité, mais nous pensons que le contrôle de l'économicité des traitements en Suisse devrait se faire en conformité avec l'état de l'art dans le domaine du « physician profiling ».

6. Quelques recommandations en guise de conclusion

Dans un système de santé national où les ressources de l'État sont mises à contribution, il est important et légitime de s'assurer de l'usage pertinent et efficace de ces ressources. La législation suisse exige en conséquence que le fournisseur de prestations médicales limite ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Une première identification des médecins susceptibles de ne pas pratiquer une médecine économique doit nécessairement être basée sur une étude statistique comparative des coûts.

Une méthode statistique permettant de réaliser cet objectif doit impérativement remplir un nombre important de conditions. En particulier, une telle méthode statistique doit comparer des médecins qui sont réellement placés dans des conditions identiques quant aux patients soignés et aux traitements effectués, elle doit être basée sur un nombre suffisamment important d'observations pour que les moyennes calculées soient crédibles, elle doit tenir compte non seulement des coûts directs, mais également des coûts induits par un médecin, elle doit d'autre part être soumise à un contrôle effectif, de sorte que les résultats ne puissent en aucune manière être mis en doute. L'indice calculé par le Concordat et actuellement utilisé en Suisse ne remplit pratiquement aucune de ces conditions.

Les fédérations cantonales d'assurance maladie devraient cesser immédiatement d'utiliser l'indice calculé par le Concordat comme instrument unique permettant de sanctionner les médecins. Tout au plus, cet indice peut être utilisé comme un des outils de détection de la non-pertinence des actes médicaux tout en gardant bien à l'esprit qu'il s'agit d'un outil médiocre. Dans l'état actuel des statistiques disponibles, seule une enquête détaillée, menée avec le concours de médecins, peut garantir qu'un praticien identifié sur la base de l'indice ne remplit effectivement pas les exigences de mesure imposées par la loi.

En aucun cas, l'indice calculé par le Concordat ne doit être utilisé en cours de procédure pour déterminer le montant qu'un médecin reconnu coupable de polypragmasie est dans l'obligation de rétrocéder. Les lacunes importantes que présente cet instrument ne permettent en aucune façon de quantifier les manquements du médecin.

Etant donné l'importance économique et politique de l'évolution des coûts de la santé ainsi que les conséquences personnelles que peuvent avoir pour un médecin une mise en accusation injustifiée, la mise en place et l'exécution d'une procédure de contrôle efficace du caractère économique des actes médicaux se doit d'être soumise à la surveillance d'un organe officiel, de l'Office Fédéral des Assurances Sociales par exemple. Cet organe de surveillance devrait en particulier:

- Veiller à ce qu'un système statistique plus efficace de sélection soit développé, système tenant compte en particulier des expériences faites dans d'autres pays dans le domaine du *physician profiling* et incitant les fournisseurs de service de santé en général, médicaux en particulier, à agir de façon réellement économique.
- Procéder périodiquement à l'audit des statistiques utilisées dans ce système et avoir le pouvoir de sanctionner les caisses maladie ne faisant pas un effort suffisant pour s'assurer que ces données sont de qualité adéquate.

L'élaboration et la gestion d'un système d'incitation et de contrôle efficace est un projet complexe, les investissements informatiques qu'il nécessiterait sont importants, mais les économies qui en résulteraient justifient certainement une mise en chantier rapide.

7. Bibliographie

- Conseil médical du Québec (1997) *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*.
- Divers auteurs (1997) *Fundamentals of Health Insurance, Part B*, The Health Insurance Association of America (HIAA).
- Goldfield, Norbert et Peter Boland (1999) *Physician Profiling and Risk Adjustment*, 2^e éd., Aspen Publishers, Inc.
- Kongstvedt, Peter R. (1996) *The Managed Health Care Handbook*, 3^e éd., Aspen Publications.
- Piland, Neill F. et Kerstin B. Lynam, éditeurs (1999) *Physician Profiling : A Source Book for Health Care Administrators*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco. Une publication de The Center for Research in Ambulatory Health Care Administration (CRAHCA).
- Régie de l'assurance maladie du Québec (1999) *Rapport de recommandations sur le processus d'analyse de la facturation des médecins (Description des besoins)*.

Annexe

Positions statistiques de la « Statistique des cas maladie du Concordat »

27 régions : 26 cantons + FL

56 subdivisions de 29 spécialités (généralement sur la base de la présence ou non d'équipements de radiologie) :

Généraliste	00	50
Anesthésiste	01	
Chirurgie	02	52
Dermatologie + Vénérologie	03	53
Gynécologie	04	54
Médecine interne g.	05	55
Endocrinologie	06	56
Pneumologie	07	57
Neurochirurgie	08	58
Neurologie	09	59
Psychiatrie	10	60
Psych. ant.	11	61
Neurologie + Psych.	12	62
Ophtalmologie	13	63
Chir. orthop.	14	64
Othorhinolaryng.	15	65
Pédiatrie	16	66
Radiologie	17	67
Mal. Tropicales	18	68
Urologie	19	69
Méd. phys.	20	70
Mal. des jambes	22	72
Spéc. particul.	23	73
Méd. non conc.	24	74
Cardiologie	35	85
Hématologie	36	86
Gastro-entérol.	45	95
Mal. du métabol.	46	96
Perm. Méd.	75	

Pour un total de 1'512 positions statistiques (27 × 56).