Urteilskopf

119 V 448

65. Arrêt du 26 novembre 1993 dans la cause X contre Caisse-maladie SVRSM; Caisse-maladie Helvetia; Société Suisse Grutli; Chrétienne-sociale suisse; Caisse-maladie Intras; CMB et Tribunal arbitral 25 LAMA, Neuchâtel.
Regeste (de):
Art. 23 KUVG: "Polypragmasie".

- Zusammenfassung der Rechtsprechung: Bedeutung der statistischen Methode und der Berechnungsgrundlagen, in casu der während dreier Monate gültige Krankenschein im Sinne von alt Vo V, Art. 26 (E. 4c).

- Die kombinierte Anwendung der statistischen und der analytischen Methode ist zulässig, nicht aber obligatorisch (E. 4d).

- In einem Streit über "Polypragmasie" haben die obsiegenden Krankenkassen, die durch einen von ihnen unabhängigen Rechtsanwalt vertreten sind, grundsätzlich Anspruch auf eine Parteientschädigung (E. 6b).

Regeste (fr):
Art. 23 LAMA: polypragmasie.

- Résumé des principes jurisprudentiels s'agissant de la valeur à donner à la méthode statistique et à l'unité de mesure à prendre en compte, in casu la feuille-maladie trimestrielle au sens de l'ancien art. 26 Ord. V (consid. 4c).

- La combinaison des méthodes statistique et analytique est admissible mais pas obligatoire (consid. 4d).

- Dans un litige en matière de polypragmasie, les caisses-maladie qui obtiennent gain de cause devant le TFA et qui sont représentées par un avocat indépendant ont droit, en principe, à une indemnité de dépens (consid. 6b).

Regesto (it):
Art. 23 LAMI: polipragmasia.

- Sunto della giurisprudenza: importanza del metodo statistico e delle basi di computo, in casu il foglio di malattia valevole durante tre mesi ai sensi del vecchio art. 26 Ord. V (consid. 4c).

- L'applicazione continuata dei metodi statistico e analitico è ammissibile ma non obbligatoria (consid. 4d).

- In una lite in materia di polipragmasia le casse malati vincenti, rappresentate da un avvocato indipendente, hanno di principio diritto a una indennità di parte (consid. 6b).

Sachverhalt ab Seite 448

A.- Le docteur X exploite depuis l'année 1974 un cabinet de médecine générale avec une installation de radiologie. Invoquant un cas de polypragmasie, six caisses-maladie (SVRSM, Helvetia, Grutli, Chrétienne-sociale suisse, Intras et Fraternelle de prévoyance [reprise plus tard par la CMB]) ont saisi, en 1982 et en 1983, la commission paritaire instituée par la Société neuchâteloise de médecine (SNM) et la Fédération cantonale neuchâteloise des sociétés de secours mutuels (FCNM) d'une requête en

BGE 119 V 448 S. 449

restitution d'honoraires facturés par le médecin prénommé en 1980 et en 1981.

B.- La procédure conciliatoire ayant échoué, les six caisses-maladie ont ouvert action devant le Tribunal arbitral de l'assurance-maladie du canton de Neuchâtel, par exploit du 15 décembre 1983, en concluant à ce que le docteur X fût condamné à leur rembourser, avec intérêts, une somme totale de 75'348 fr. 40. Par jugement du 6 octobre 1992, les juges arbitres ont admis partiellement la demande et condamné le docteur X à rembourser aux caisses demanderesses un montant de 41'499 francs, et à supporter trois quarts des frais de la procédure.

C.- X interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation, en concluant au rejet de la demande, avec suite de dépens. Les caisses-maladie intimées concluent au rejet du recours, avec suite de dépens. Quant à l'Office fédéral des assurances sociales, il renonce à prendre position. Les moyens des parties seront exposés ci-après en tant que de besoin.

Erwägungen

Considérant en droit:

1. La procédure qui, en première instance, oppose devant le tribunal arbitral prévu par l'art. 25 LAMA un médecin à une caisse-maladie, et qui porte sur le remboursement d'honoraires du médecin, ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance au sens de l'art. 132 OJ (cf. ATF 103 V 149 consid. 1). Il s'ensuit que le Tribunal fédéral des assurances doit se borner à examiner si les premiers juges ont violé le droit fédéral, y compris par l'excès ou par l'abus de leur pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou s'ils ont été établis au mépris de règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104 let. a et b et 105 OJ; RAMA 1984 no K 573 p. 76 consid. 3).

2. a) Devant le tribunal arbitral, les caisses-maladie demanderesses ont rappelé - en se référant à l'arrêt paru dans la RJAM 1982 no 489 p. 131 consid. 3b - que le Tribunal fédéral des assurances avait expressément reconnu la valeur et la prise en compte des statistiques du Concordat des caisses-maladie (le Concordat) comme moyen de preuve de l'existence d'une polypragmasie.

BGE 119 V 448 S. 450

Analysant le coût moyen par cas du défendeur selon la méthode statistique, les demanderesses ont estimé que la moyenne des honoraires par cas de maladie facturés en 1980 et en 1981 par le docteur X avait largement dépassé le coût moyen des traitements dispensés par le groupe des praticiens neuchâtelois exerçant dans la

même spécialité. Ce coût moyen s'est élevé à 202 fr. 90 en 1980, alors que la moyenne cantonale de la même catégorie professionnelle était de 131 fr. 21 (ce qui correspond à un dépassement de 54,6%). En 1981, ce coût moyen était de 216 fr. 67 par cas, alors que la moyenne cantonale se montait à 132 fr. 15 (ce qui représente un excédent de 63,9%). Les demanderesses ont également produit une liste de cas dans lesquels elles estimaient que le défendeur avait contrevenu au précepte de l'économie du traitement. b) Le docteur X a contesté avoir prodigué des traitements non économiques. II a notamment allégué que sa clientèle n'était pas comparable à celle de ses confrères neuchâtelois, qu'il était confronté à des cas difficiles présentant plusieurs affections simultanées, et que ses patients (issus de la campagne) rechignaient à se faire hospitaliser, ce qui augmentait d'autant le coût du traitement ambulatoire. Par ailleurs, le défendeur a soutenu que les statistiques du Concordat étaient entachées de défauts qui leur enlevaient toute valeur probante et toute fiabilité, et qu'elles ne représentaient pas une base de comparaison suffisante, que ce soit d'une manière générale, ou dans le cas d'espèce. En particulier, il a contesté la validité de l'unité de comparaison prise en compte dans ces statistiques, à savoir le "cas de maladie" trimestriel (cf. l'ancien art. 26 Ord. V). c) Plusieurs experts ont exprimé leur avis en procédure cantonale. Dans un rapport établi le 31 janvier 1986 à la demande du tribunal arbitral, le professeur G., de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne, a mis en doute la validité de la méthode statistique utilisée par le Concordat, celle-ci n'étant pas suffisamment fondée du point de vue de l'inférence statistique. A ses yeux, les statistiques du Concordat ne représentent pas une base de comparaison suffisante, tant d'une manière générale que dans le cas particulier. En revanche, le professeur S., qui enseigne notamment les statistiques et les mathématiques en matière d'assurances privées et sociales à l'Université de Berne, mandaté par les caisses-maladie demanderesses, a estimé que la méthode statistique permet de mettre en évidence les médecins dont les coûts de traitement s'écartent fortement des valeurs moyennes. D'après lui, ces statistiques constituent

une première base de comparaison, qu'il convient ensuite de compléter par l'examen des feuilles-maladie, lesquelles doivent être évaluées par sondages. Ayant renoncé - en raison du coût disproportionné - à mettre en oeuvre une expertise analytique, les premiers juges ont autorisé les caisses-maladie demanderesses à produire une liste de cas susceptibles de révéler une polypragmasie. Ces dernières ont alors produit une liste de 241 cas, avant de demander que l'examen fût restreint à 27 dossiers médicaux. Les docteurs D. et Si. (médecins-conseils de la FCNM/SNM), et De. (médecin-conseil de l'Helvetia et de la Chrétienne-sociale suisse) ont procédé à cette étude (rapport du 10 novembre 1989). Ils ont relevé que le défendeur utilisait, dans la majorité des 27 cas qui leur ont été soumis, une batterie standard de tests qui couvrait en même temps l'hématologie, la chimie des affections de tous les systèmes anatomiques - cardio-vasculaire, respiratoire, digestif, hépatique, urinaire - et l'analyse de toutes les enzymes disponibles. Ils ont remarqué que cette méthode de travail, au demeurant parfaitement honorable, était rare dans la pratique en raison de son coût (environ 350 francs par test en 1979), et ont affirmé qu'elle ne correspondait pas au précepte de l'économie du traitement prévu par la LAMA, d'autant moins que certaines analyses et radiographies étaient répétées après un intervalle de quelques jours. Un second expert judiciaire, le professeur Do., du Groupe de statistique de l'Université de Neuchâtel, a estimé que les dépassements des valeurs moyennes reprochés au défendeur étaient dus au fait que ce dernier présentait un certain nombre de cas avec des coûts particulièrement élevés et qu'une telle situation ne se retrouvait pas chez ses confrères, bien qu'il ait une clientèle apparemment comparable aux autres médecins de son groupe. En particulier, le professeur Do. a constaté que si la situation du défendeur était identique à celles des autres praticiens pour la grande majorité des cas qui se situaient entre 0 et 300 francs, il avait beaucoup plus de cas de maladie que ses confrères, lorsque le coût du traitement s'élevait entre 300 et 600 francs, que ce phénomène s'accentuait encore entre 600 et 900 francs, et qu'il était le seul à présenter des cas dépassant 900 francs (rapport du 23 mars 1992). d) Se fondant sur ces avis et expertises, le tribunal arbitral a considéré que les statistiques établies par le Concordat des caisses-maladie et la Fraternelle de prévoyance n'ont pas de valeur scientifique et qu'elles ne permettent pas à elles seules d'établir avec certitude des comparaisons fiables des coûts de maladie, en général

et

BGE 119 V 448 S. 452

en particulier. En revanche, prises en tant que simples moyennes arithmétiques, ces statistiques peuvent constituer un indice de polypragmasie, à condition que celui-ci soit confirmé par d'autres éléments de preuve. Finalement, les juges arbitres ont conclu qu'en l'espèce les caisses-maladie avaient apporté ladite preuve à satisfaction, du moment que 24 des 27 échantillons analysés ont précisément permis de confirmer les indices de polypragmasie que la méthode statistique avait déjà décelés.

3. a) Dans son recours de droit administratif, le recourant reprend les arguments qu'il avait développés devant le tribunal arbitral, et formule à nouveau diverses critiques à l'encontre de la méthode statistique et de son application au cas d'espèce, en se fondant sur les expertises des professeurs G. et Do. Il allègue que cette méthode est inadaptée s'agissant des médecins généralistes, des internistes ou des psychiatres. En particulier, il reproche aux premiers juges d'avoir admis que les statistiques produites par les intimées permettaient d'établir à satisfaction de droit l'existence d'un cas de polypragmasie, alors qu'ils avaient pourtant dénié toute valeur scientifique à ces données. Par ailleurs, le recourant conteste la validité de l'échantillon restreint à 27 cas (sur plusieurs milliers de feuilles-maladie produites au dossier), choisi à dessein par les intimées, sur la base duquel les docteurs D., Si. et De. ont estimé que dans 24 de ces cas leur confrère n'avait pas respecté le principe de l'économie du traitement. Il arguë du fait que dans la plupart de ces cas, une hospitalisation des patients dont le coût aurait été nettement plus important avait pu être évitée. b) Dans leur réponse au recours, les intimées formulent diverses remarques relatives à ces griefs. Elles relèvent tout d'abord que la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances admet le recours à la méthode statistique - incriminée en l'espèce - pour établir l'existence d'une polypragmasie, en tenant compte d'une marge de tolérance ou de sécurité. Par ailleurs, les intimées allèguent que le jugement attaqué échappe d'autant plus au grief d'arbitraire que le dossier contient une preuve complémentaire de la polypragmasie par la méthode analytique, moyen qu'il n'était - selon elles - pas nécessaire de mettre en oeuvre. En outre, les caisses intimées soutiennent que le recourant n'a pas établi que sa clientèle était différente de celle de ses confrères; par

BGE 119 V 448 S. 453

conséquent, le matériel de comparaison dont les premiers juges disposaient répondait aux exigences posées par la jurisprudence. Les intimées remarquent aussi que la moyenne du coût par cas de maladie chez le recourant n'est pas seulement largement plus élevée que celle des médecins neuchâtelois de son groupe, mais également supérieure à celle des médecins suisses de cette spécialité. Enfin, les intimées rappellent que l'expertise du professeur Do. a permis de démontrer que selon l'analyse de variance (écart par rapport à la moyenne), les valeurs du recourant étaient les plus élevées de son groupe.

4. a) D'après l'art. 23 LAMA, 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. b) Pour établir si le médecin a contrevenu au précepte de l'économie des moyens et dans quelle mesure, il n'est pas nécessaire d'analyser toutes les rubriques de toutes ses notes d'honoraires. On peut se borner à comparer la

statistique des frais moyens de traitement auprès du médecin en cause avec celle qui concerne les traitements auprès d'autres médecins qui travaillent dans des conditions semblables, pourvu que la comparaison s'étende sur une période assez longue et que les éléments statistiques soient rassemblés d'une manière analogue. II y a "polypragmasie" ("Überarztung") lorsqu'un nombre considérable de notes d'honoraires remises par un médecin à une caisse-maladie sont en moyenne sensiblement plus élevées que celles d'autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblables, alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coût (ATF 103 V 154 consid. 5, ATF 99 V 196 consid. 1b, ATF 98 V 162 consid. 3; RJAM 1982 no 489 p. 131 consid. 3a et no 505 p. 215 consid. 5a; DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in Mélanges pour le 75e anniversaire du TFA, pp. 539-543; MAURER, Bundessozialversicherungsrecht, 1993, pp. 310 ss, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 295; FRÉSARD, Le précepte de l'économie du traitement [art. 23 LAMA], in Le médecin et son patient, 7/1993; DUC, L'article 23 LAMA relatif aux traitements économiques, ibid., 11/1993; AMSTUTZ, Contrôle de l'économicité dans le canton de Berne, Journal des caisses-maladie suisses,

1993 p. 64; DÜRRENBERGER, Contrôle de l'économicité du traitement médical dans le canton de Bâle-Ville, ibid., p. 67; BRUSA, Pauschalbeanstandung - Gesetzwidrigkeit des Zürcher Vertrages, in Bulletin des médecins suisses 1993 p. 901; RECK, Pauschalbeanstandungsverfahren im Kanton Zürich, ibid., p. 1082; SCHÄREN, Die Stellung des Arztes in der sozialen Krankenversicherung, thèse Zurich 1973, pp. 111 ss; REICH, Durchschnittliche Behandlungskosten als Beweismethode?, SZS 1972 pp. 120-123). c) Le Tribunal fédéral des assurances a rappelé récemment qu'il n'entendait pas s'écarter de cette jurisprudence, malgré les critiques auxquelles elle a donné lieu (arrêt non publié S. du 29 octobre 1993). Aussi n'aurait-il pas été nécessaire, en première instance, de s'interroger sur la valeur de la méthode statistique et de mandater un expert à ce sujet, le procédé en cause étant adapté à la solution de tels litiges (ATF 103 V 154 -155 consid. 5 et les références; RAMA 1988 no K 761 p. 93 consid. 4a [résumé], 1986 no K 654 p. 5 consid. 4d et les références). S'agissant par ailleurs de l'unité de mesure utilisée en l'espèce (la feuille-maladie délivrée tous les trois mois pour chaque cas de maladie au sens de l'art. 26 Ord. V, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1990 [cf. RO 1990, p. 2039]), la Cour de céans a également rappelé dans l'arrêt S. précité que son usage était parfaitement admissible à cette fin. En effet, les erreurs et les inconvénients inhérents à cette méthode sont atténués, car la statistique est établie sur la base de toutes les feuilles-maladie remplies par le médecin, et non seulement en fonction de quelques cas tirés au sort. De plus, on tient systématiquement compte d'une marge de tolérance ou de sécurité, dont les premiers juges n'ont en l'occurrence pas fait un usage disproportionné, au regard des circonstances. Quant à la période de référence, la jurisprudence admet aussi qu'elle puisse ne pas dépasser deux ans, comme cela est le cas en l'espèce (RJAM 1978 no 315 pp. 50-51 consid. 6b). d) Enfin, si la Cour de céans continue, notamment pour des raisons pratiques et par économie de procédure, à donner la préférence à la méthode statistique, il n'en demeure pas moins que l'emploi de la méthode analytique - laquelle consiste à examiner concrètement toutes les rubriques d'une note d'honoraires en vue de constater si les mesures diagnostiques et thérapeutiques entreprises sont justifiées - reste également licite, s'agissant d'établir l'existence d'un cas de polypragmasie (RAMA 1987 no K 749 pp. 349-351). En outre, une combinaison de ces deux méthodes est aussi envisageable, car

elle est de nature à renforcer les conclusions obtenues grâce à la méthode statistique (DESCHENAUX, op.cit., p. 541).

5. a) Cela étant, on doit écarter les griefs que le recourant soulève à l'encontre de la méthode statistique et de son application au cas d'espèce. En particulier, on ne saurait renoncer à comparer sa propre moyenne des coûts de maladie par cas avec celles de ses confrères, comme il le voudrait, car il ne ressort nullement du dossier que sa clientèle est différente de celle des autres médecins du groupe de comparaison. Quant à l'allégué selon lequel les soins prodigués de manière ambulatoire ont permis d'éviter certaines hospitalisations, il n'est pas prouvé (voir les observations du recourant du 15 mars 1990, relatives à l'expertise des docteurs D., Si. et De.). Et même si ce fait était établi, cela ne dispensait pas le recourant de s'en tenir à ce qui était exigé par l'intérêt de l'assuré et par le but du traitement, ainsi que l'art. 23 LAMA le prescrit. b) Il incombait aux caisses intimées, conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, de démontrer qu'un nombre considérable de notes d'honoraires établies par le recourant étaient en moyenne sensiblement plus élevées que celles d'autres médecins pratiquant dans la même région et avec une clientèle semblable, alors qu'aucune circonstance particulière ne justifiait cette différence de coût. En l'espèce, cette preuve n'a pas été apportée, s'agissant des traitements dont le coût n'excède pas 300 francs. Il en va différemment pour les traitements dont le coût est plus élevé (à partir de 300 francs, et surtout de 900 francs), ainsi que le professeur Do. le relève dans son expertise. En effet, selon la jurisprudence (RAMA 1986 no K 654 pp. 4-5 consid. 4c) seule la moyenne arithmétique doit être prise en considération lors de la comparaison statistique du coût des traitements, ce qui a précisément été le cas en l'occurrence. En conséquence, on doit admettre, sur le vu des moyennes indiquées au consid. 2a ci-dessus, que le recourant a contrevenu au précepte de l'économie du traitement consacré par l'art. 23 LAMA. Il s'ensuit que le jugement attaqué n'est pas entaché d'erreur de droit ni d'arbitraire. Le recours est mal fondé.

6. a) La procédure n'est en l'occurrence pas gratuite (art. 134 OJ a contrario) et l'émolument judiciaire doit être calculé en fonction de la valeur litigieuse (art. 153a OJ), in casu 41'499 francs. Le recourant, qui succombe, supportera les frais de justice (art. 156 al. 1 OJ).

b) Aux termes de l'art. 159 al. 2 OJ in fine, aucune indemnité pour les frais de procès n'est allouée, en règle générale, aux organismes chargés de tâches de droit public (ATF 118 V 169 consid. 7). En l'espèce, il serait cependant inéquitable que les caisses intimées assument les frais du mandataire indépendant auquel elles ont confié la défense de leurs intérêts devant l'instance fédérale. Aussi ont-elles droit à une indemnité de dépens, à charge du recourant, conformément à la jurisprudence (RAMA 1984 no K 573 p. 83 consid. 7; RJAM 1982 no 505 p. 217 consid. 6).

Dispositiv

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce: I. Le recours est rejeté.
II. Les frais de justice, d'un montant total de 3'000 francs, sont mis à la charge du recourant et sont compensés avec l'avance de frais qu'il a effectuée. III. Le recourant versera aux intimées la somme de 2'000 francs à titre de dépens pour l'instance fédérale.