

Sondage SVM

Médecins vaudois pas épargnés par les procédures d'économicité

La SVM a diffusé un sondage à ses membres courant mars pour mieux évaluer dans quelle mesure la corporation médicale vaudoise est impactée par des procédures de contrôle de l'économicité. Pas moins de 75 médecins répondants ont été directement concernés au cours des cinq dernières années. Voici les principaux enseignements qui en découlent.

Plus de 380 membres de la SVM ont répondu à notre sondage sur le contrôle de l'économicité, parmi lesquels une très large majorité de médecins indépendants installés. La plupart sont des médecins de premier recours pratiquant la médecine interne générale (39%), la psychiatrie-psychothérapie (17%) ou encore la pédiatrie (8%). Environ 20% de ce panel a été « épinglé » par les assureurs-maladie pour des raisons d'économicité durant les cinq dernières années. Et ce à plusieurs reprises, pour près de la moitié de ces personnes.

Pris à partie dans un premier temps par un courrier standardisé, comment les médecins invités à rendre des comptes ont-ils réagi ? Près de la moitié (45%) déclare s'être justifiée directement auprès de l'assureur, en toute autonomie. Une personne sur cinq (19%) a préféré demander de l'aide à la SVM, par exemple via une analyse comparative des données de facturation récoltées par son Centre de Confiance. La même proportion a directement fait appel à sa protection juridique, alors que d'autres ont recherché un appui dans leur entourage professionnel (11%).

Beaucoup d'interpellé-es, peu de coupables

Fort heureusement, la procédure n'est pas allée au-delà d'une simple correspondance bilatérale avec l'assureur pour près de 7 sondé-es sur 10 (68%). Pour 1 personne sur 10, une séance de conciliation auprès de la sous-commission paritaire a été nécessaire, alors que dans une poignée de cas plus extrêmes, une procédure judiciaire a dû être déclenchée. L'investissement nécessaire est dans la plupart des cas loin d'être anecdotique, 4 répondant-es sur 10 jugeant que ce processus de justification a généré une charge de travail supplémentaire très conséquente.

Environ trois quarts (73%) des médecins concernés ont finalement été jugés dans leur bon droit et n'ont rien dû rembourser à l'assureur. Quelques-uns ont été amenés à rembourser partiellement (6%), ou, plus rarement encore, intégralement (3%) le montant réclamé initialement par les caisses-maladie. Une somme très variable selon les cas, pouvant aller de quelques milliers de francs à une somme à cinq chiffres. Les autres sondé-es sont encore dans l'expectative, la procédure suivant toujours son cours.

Une menace latente dont les patient-es font les frais

Cette douloureuse expérience a également laissé des traces au niveau psychologique pour la plupart des répondant-es. Pas loin de 6 médecins sur 10 avouent avoir très mal vécu cette situation, se sentant « particulièrement bouleversés » par cette remise en question de leur travail. A cela s'ajoute, pour 60% des sondé-es, le sentiment que les particularités de leur pratique (complexité des cas...) n'ont pas été suffisamment prises en considération.

Ces séquelles peuvent se répercuter dangereusement sur la patientèle. Si un tiers des répondant-es estime avoir modifié sa pratique de facturation depuis lors, un quart affirme même avoir renoncé à effectuer ou prescrire certains examens médicaux a priori pertinents pour des raisons financières. D'autres encore déclarent une tendance à la sous-facturation, à déléguer davantage de patient-es à des spécialistes, voire



même à renoncer à prendre en charge d'autres patient-es au profil coûteux.

La rédaction