

## Critères EAE (efficacité, adéquation, caractère économique)

### 1. Contexte

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) définit à l'art. 32 que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques en cas de maladie, de mesures de prévention, d'infirmité congénitale, d'accident, de maternité et de soins dentaires. Les trois critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique (**EAE**) jouent un rôle central tant pour la détermination et le contrôle des prestations obligatoires de l'AOS (art. 32 et 33 LAMal) que pour la fourniture de prestations médicales (recours et moyens) dans le cas particulier (art. 56 LAMal). Dans l'ensemble, ces critères fondamentaux de la LAMal doivent contribuer à protéger les assureurs-maladie, soit le système d'assurance-maladie basé sur la solidarité, contre le recours abusif aux prestations (voir aussi l'ATF 126 V 334 consid. 2c).

**Efficacité** : une prestation est efficace lorsqu'il est prouvé qu'elle est en mesure d'atteindre le but diagnostique ou thérapeutique recherché. L'efficacité doit être attestée par des méthodes scientifiques.

De plus, une prestation est efficace lorsque :

- la pratique est fondée sur des données probantes (evidence-based practice, EBP), c.-à-d. qu'on peut partir du principe qu'il est possible de transposer des résultats d'études dans la pratique clinique suisse.

**Adéquation** : une prestation est adéquate lorsqu'elle est appropriée pour les soins aux patient·e·s en comparaison avec les alternatives et qu'elle est conciliable avec les aspects juridiques, sociaux et éthiques. L'adéquation présuppose l'efficacité et se rapporte à l'application correcte de la prestation, au bon moment et auprès du bon patient, de la bonne patiente.

De plus, une prestation est adéquate lorsque :

- la qualité ainsi que l'application adaptée sont garanties dans la pratique.

**Caractère économique** : une prestation est économique lorsqu'elle présente un rapport coûts/bénéfices favorable en comparaison avec les alternatives ou que les coûts supplémentaires induisent des bénéfices supplémentaires correspondants. Le caractère économique présuppose l'efficacité et l'adéquation.

De plus, une prestation est économique lorsque :

- les tarifs et les prix sont calculés de façon compréhensible.

Les critères EAE couvrent des caractéristiques différentes d'une prestation lorsqu'ils sont considérés individuellement, mais ils sont simultanément hautement interdépendants et liés entre eux : ainsi, les critères de l'adéquation et du caractère économique présupposent d'une part que le critère de l'efficacité soit satisfait. D'autre part, l'adéquation – au sens d'un recours adapté à des moyens – influence fortement le critère du caractère économique.

Dans le cadre de la LAMal, il est admis pour les médecins que les prestations médicales satisfont les critères EAE (présomption légale) et doivent être remboursées par l'AOS (assurance obligatoire des soins) de ce fait. D'autres professionnel·le·s de la santé ne sont pas mentionné·e·s.

A priori, il est admis que la profession de médecin requiert une indépendance particulière pour les questions médicales. La liberté thérapeutique sert de base à la liberté de prescription médicale pour le choix parmi les méthodes possibles pour le traitement. D'autres professionnel·le·s de la santé ne sont pas mentionné·e·s.

## 2. Critères EAE pour les professionnel·le·s de la santé

Concernant les traitements fournis par des professionnel·le·s de la santé non-médecins, les prestations prises en charge figurent dans les listes positives exhaustives des art. 5 ss OPAS. Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a retenu en relation avec la **physiothérapie** dans un arrêt de 2010 (ATF 9C\_374/2010 du 23.12.2010) :

*« La présomption légale, selon laquelle le traitement d'une maladie satisfait aux principes légaux de l'efficacité, du caractère économique et de l'adéquation, s'applique aux médecins et chiropraticiens par principe (art. 33 al. 1 LAMal), pour les physiothérapeutes en revanche, uniquement lorsque leurs prestations (sur prescription médicale) sont incluses dans la liste positive selon l'art. 5 al. 1 OPAS (art. 33 al. 2 LAMal ; [ATF 129 V 167](#) consid. 3.2 p. 170 s et consid. 4 p. 174). De plus, cette présomption est limitée en nombre à 36 séances de physiothérapie en raison de l'exigence formelle définie à l'art. 5 al. 4 OPAS d'un contrôle par le médecin-conseil. »}*

Cet arrêt du Tribunal fédéral est important pour l'ergothérapie, car la teneur de l'art. 5 al. 4 OPAS est parfaitement identique à la teneur de l'art. 6 al. 4 OPAS applicable à l'ergothérapie. Il en résulte que jusqu'à la 36<sup>e</sup> séance, il existe une présomption du respect des critères EAE par les prestations fournies. Les conditions en sont que (1) les prestations de la prescription médicale concrète figurent sur les listes positives des art. 5 ss OPAS et (2) que leur exécution effective évolue dans le cadre prescrit.

## 3. Refus de prise en charge des coûts uniquement en cas de soupçon suffisant

L'assureur peut refuser la prise en charge des coûts uniquement en présence d'indices suffisants du fait que le choix de la thérapie ne correspond ni aux règles de l'art médical ni aux meilleurs intérêts des patient·e·s.

Il apparaît donc clairement que les assureurs peuvent intervenir dans la question de la durée et de la fréquence des séances tout au plus lorsque des indices concrets indiquent que la durée et la fréquence des séances ne sont ni adéquates ni économiques dans un cas concret. Il n'existe pas de base légale pour une limitation générale.

Le chiffre 4.2 de la convention tarifaire doit aussi être respecté dans ce contexte, à savoir que :

*a) L'ergothérapeute doit accorder l'attention nécessaire à l'exigence d'un traitement économique et approprié. Il est tenu de limiter le nombre de séances et la nature du traitement dans la mesure nécessaire à l'atteinte de l'objectif du traitement. De ce point de vue, une série de traitements prescrits ne doit pas nécessairement être effectuée intégralement.*

*b) Dans les cas douteux, l'ergothérapeute doit justifier, sur demande de l'assureur-maladie, les mesures de traitement prévues et/ou les positions tarifaires y relatives.*

Pour que les assureurs puissent exiger une justification, des « doutes » concrets concernant le setting doivent exister. Ils n'ont aucune liberté pour exercer une influence systématique.

## CONCLUSION

### **Pour les assureurs**

L'assureur peut refuser la prise en charge des coûts uniquement en présence d'indices suffisants du fait que le choix de la thérapie ne correspond ni aux règles de l'art médical ni aux meilleurs intérêts des patient·e·s.

Il apparaît donc clairement que les assureurs peuvent intervenir dans la question de la durée et de la fréquence des séances tout au plus lorsque des indices concrets indiquent que la durée et la fréquence des séances ne sont ni adéquates ni économiques **dans un cas concret. Il n'existe pas de base légale pour une limitation générale.**

### **Pour les ergothérapeutes**

Il faut prêter une due attention aux critères EAE. En conséquence, des renseignements doivent être fournis à la demande des assureurs.