

# **BGer 9C\_600/2023 vom 1. Oktober 2025**

Bundesgericht, 2025-10-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger\\_9C\\_600\\_2023](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_600_2023)

FR: TF 9C\_600/2023 du 1 octobre 2025

IT: TF 9C\_600/2023 del 1 ottobre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La désignation des parties a été adaptée d'office dans le rubrum, pour tenir compte des fusions ou des changements de nom des différentes caisses-maladie (cf. arrêt 9C\_128/2022 du 25 juin 2025 consid. 1 et la référence).

### **E. 2**

Les deux recours sont dirigés contre le même arrêt. Ils opposent les mêmes parties, portent sur le même complexe de faits et soulèvent les mêmes questions juridiques. Il se justifie de joindre les causes et de statuer à leur sujet dans un seul arrêt ( art. 24 al. 2 PCF [RS 273], en lien avec l' art. 71 LTF ).

### **E. 3**

Le recours en matière de droit public peut être formé notamment pour violation du droit fédéral ( art. 95 let. a LTF ), que le Tribunal fédéral applique d'office ( art. 106 al. 1 LTF ), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance ( art. 105 al. 1 LTF ), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte (c'est-à-dire arbitraire au sens de l' art. 9 Cst. ; ATF 150 II 346 consid. 1.6 et la référence) ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF ( art. 105 al. 2 LTF ). En particulier, il n'entre pas en matière sur les critiques appellatoires portant sur l'état de fait ou l'appréciation des preuves (cf. ATF 148 V 366 consid. 3.3 et les références).

### **E. 4.1**

Le litige porte en instance fédérale sur le bien-fondé de la condamnation de la psychiatre à restituer aux caisses-maladie le montant de 107'419 fr. 05 pour l'année statistique 2016, en raison du non-respect des exigences relatives au caractère économique des prestations de l'assurance obligatoire des soins. La psychiatre soutient qu'elle ne doit aucun montant au titre de la restitution de prestations de l'assurance obligatoire des soins, tandis que les caisses-maladie demandent à ce que le montant soit porté à 205'090 fr.

### **E. 4.2**

À cet égard, l'arrêt entrepris expose de manière complète les normes - dans leur teneur au moment où se sont produits les faits juridiquement déterminants ( ATF 146 V 364 consid. 7.1; 140 V 41 consid. 6.3.1) - et la jurisprudence sur le contrôle du caractère économique des prestations prises en charge par l'assurance obligatoire des soins et à la notion de polypragmasie (art. 56 al. 1 et 2 et 59 al. 1 let. b LAMal [RS 832.10]; arrêt 9C\_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2 et les références; cf. aussi ATF 150 V 129 consid. 4.1), ainsi que, dans ce contexte, de la portée de la maxime inquisitoire en lien avec le devoir de collaboration des parties ( art. 89 al. 5 LAMal ; cf. ATF 150 V 129 consid. 5.3.2). Il suffit

d'y renvoyer.

### **E. 4.3**

On rappellera qu'il y a "polypragmasie" ("Überarztung", "polipragmasia") lorsqu'un fournisseur de prestations facture des montants à l'assurance obligatoire des soins qui excèdent ceux des traitements plus économiques qu'il aurait pu dispenser, ou que des positions tarifaires sont elles-mêmes cumulées de façon prohibée, car les prestations ne sont alors plus limitées à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement ( art. 56 al. 1 LAMal ; arrêt 9C\_122/2023 du 23 août 2024 consid. 2.2 et la référence). Le constat de polypragmasie résulte de la mise en oeuvre de méthodes d'analyse spécifiques relatives à des périodes d'activité ( ATF 144 V 79 consid. 5). Pour les médecins, avant l'introduction de la méthode de screening (ou méthode de régression à deux niveaux respectivement méthode statistique de sélection) à partir de l'année statistique 2017, les méthodes statistiques et analytiques ou une combinaison de ces deux méthodes étaient admises pour établir l'existence d'une polypragmasie ( ATF 150 V 129 consid. 4.2). En particulier, la méthode statistique (ou méthode de comparaison des coûts moyens) consiste 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. Il y a polypragmasie 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 119 V 453 consid. 4b et les références). Pour présumer l'existence de la polypragmasie, il ne suffit pas que la valeur moyenne statistique (indice de 100, exprimé généralement en pour cent) soit dépassée. Il y a lieu de tenir systématiquement compte d'une marge de tolérance, ainsi que, cas échéant, d'une marge supplémentaire (ajoutée à l'indice-limite de tolérance; ATF 150 V 129 consid. 4.1; 144 V 79 consid. 6). Selon la jurisprudence, la marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130, afin de ne pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 ( ATF 137 V 43 consid. 2.5.6 et 3.1; arrêts 9C\_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3.5; K 150/02 du 18 mai 2004 consid. 6.2, non publié in ATF 130 V 377 ).

Si les tribunaux arbitraux restaient en principe libres de choisir la méthode d'examen, la préférence devait néanmoins être donnée à l'époque à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique qui était en règle générale appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens faisaient défaut ( ATF 151 V 30 consid. 5.7; 136 V 415 consid. 6.2; arrêt 9C\_485/2022 du 20 juin 2023 consid. 3.2 et les références). À partir de l'année statistique 2017, la méthode de screening vise à contrôler le caractère économique des prestations ( art. 56 al. 6 LAMal ; ATF 150 V 129 consid. 4.3. et 4.4; arrêt 9C\_795/2023 du 23 décembre 2024 consid. 5.2.2).

### **E. 5.1**

Dans un grief qu'il convient d'examiner en premier, la psychiatre invoque une violation de son droit d'être entendue ( art. 29 al. 2 Cst. ). Elle reproche au tribunal arbitral d'avoir arbitrairement refusé de mettre en oeuvre, d'une part, une expertise analytique de ses factures et, d'autre part, une expertise comparative visant à confronter le coût de sa patientèle à ceux de médecins exerçant avec un nombre comparable de patients. Elle fait

valoir qu'à l'opposé des psychiatres du groupe de référence, sa patientèle était majoritairement nouvelle (78 nouveaux patients sur 140 en 2016), se trouvait fréquemment en situation de crise (48 patients sur 140 en 2016), était plus jeune (36,8 ans en 2016 contre 45,5 ans en moyenne), n'était pas déléguée à des tiers et était plus nombreuse (140 en 2016 contre 107 en moyenne). Selon elle, il était dès lors inapproprié de la comparer à un collectif qui manquait d'homogénéité et à des psychiatres disposant de surcroît d'une patientèle plus stable et moins nombreuse. Elle ajoute qu'une expertise comparative des patientèles du collectif aurait permis de déterminer non seulement si les pathologies traitées étaient similaires, mais aussi le stade des traitements, l'ancienneté des patients influençant directement l'intensité du suivi.

## **E. 5.2**

Dans la mesure où le grief porte sur le résultat de l'appréciation anticipée des preuves opérée par la juridiction arbitrale, le grief de violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui de constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la psychiatre soulève également. Dès lors, il sera examiné avec le fond du litige.

## **E. 6.1**

En se fondant sur les données des statistiques des facteurs (RSS) de tous les psychiatres du canton de Neuchâtel (70 psychiatres, dont 53 avec un chiffre d'affaires de plus de 50'000 fr.), le tribunal arbitral a constaté que les indices de la psychiatre dépassaient de manière constante le seuil jurisprudentiel de 130 depuis l'ouverture de son cabinet en 2012 (163 en 2012, 230 en 2013, 225 en 2014, 189 en 2015 et 231 en 2016). Partant, il a examiné si des particularités de la pratique médicale de celle-ci étaient susceptibles de justifier un coût moyen par patient plus élevé.

### **E. 6.1.1**

À cet égard, il a jugé que l'expérience professionnelle, la durée d'activité (compte tenu de l'ouverture du cabinet en 2012), le nombre de patients (140 en 2016, contre 107 en moyenne), les formations complémentaires (en psychiatrie de l'adulte et en pédopsychiatrie), la moyenne d'âge des patients (36,8 ans en 2016, contre 45,5 ans en moyenne) et la proportion plus importante d'enfants et d'adolescents dans la patientèle (28 %) de la psychiatre ne s'écartaient pas de manière significative des caractéristiques observées dans le groupe de comparaison. Rien n'indiquait également que les pathologies traitées différaient fondamentalement de celles prises en charge par les psychiatres du groupe de comparaison.

S'agissant de l'approche psychothérapeutique et de la méthodologie de travail, caractérisée par des séances plus longues (surtout la première séance d'une durée de 1h30), le tribunal arbitral a retenu qu'elles ne constituaient pas des motifs suffisants pour justifier des coûts supplémentaires par rapport au groupe de comparaison. Selon les explications fournies par l'intéressée, la méthode thérapeutique ne découlait pas des spécificités de la patientèle, mais de ses préférences en lien avec ses formations. La liberté thérapeutique ne l'exonérait cependant pas du respect du principe d'économicité. L'argument tiré d'économies futures pour l'assurance obligatoire des soins n'était que pure conjecture, ce d'autant plus que les économies alléguées ne s'étaient concrètement pas réalisées, la psychiatre ayant systématiquement dépassé l'indice-limite de 130 depuis 2012. Il en allait de même de l'affirmation - non vérifiable - selon laquelle sa pratique aurait permis d'éviter plus d'hospitalisations que celle de ses confrères. Enfin, si la psychiatre présentait des coûts

indirects plus faibles que ceux du groupe de comparaison (indice 38), ce qui accréditait la thèse qu'elle mettait principalement l'accent sur les séances de psychothérapie personnelle, en limitant le recours aux médicaments ou à des tiers (laboratoires, etc.), les coûts directs élevés n'étaient pas compensés par ses coûts indirects. L'indice des coûts globaux (directs et indirects) se situait toujours au-dessus de la marge de tolérance. Enfin, l'absence de psychothérapie déléguée ne constituait pas une particularité déterminante, la majorité des psychiatres du canton de Neuchâtel n'y recourant pas.

#### **E. 6.1.2**

Ensuite, le tribunal arbitral a constaté que l'examen des factures de l'année 2016 révélait un usage massif de la position TARMED 02.0070 (prestation médicale en l'absence du patient, y compris l'étude du dossier, par le spécialiste en psychiatrie, par période de 5 minutes), facturée 6'236 fois pour un montant total de 101'890 fr. en 2016, soit près de dix fois plus que la moyenne cantonale (612 fois en 2016). Le tribunal arbitral a laissé ouverte la question de savoir si cette pratique violait par principe les normes de facturation TARMED. Au vu des explications données par la psychiatre, il a retenu que cette "réflexion spécifique et continue" n'était pas liée à des diagnostics particuliers auxquels ses confrères n'étaient pas confrontés, mais relevait exclusivement d'une approche thérapeutique, soumise au principe d'économicité. Cette réflexion devait donc être absorbée par la marge de tolérance de 130. Or aucune des circonstances invoquées par la psychiatre ne permettait de s'écarter de la marge de tolérance de 130. En outre, à supposer que la psychiatre ait utilisé la position 02.0080 (intervention de crise psychiatrique, par période de 5 minutes) plus souvent que ses confrères, le tribunal arbitral a retenu que cette circonstance ne constituait également pas une particularité de pratique pertinente pouvant justifier de déroger à la marge de tolérance de 130. La psychiatre avait une patientèle présentant un tableau clinique qui ne s'écartait pas notablement de celle de ses confrères en 2016. La majorité des factures produites montraient en particulier que le suivi "de crise" s'inscrivait dans le cadre d'une psychothérapie ordinaire, la psychiatre se limitant souvent à des séances hebdomadaires (sous réserve de quelques interventions de crise plus rapprochées).

#### **E. 6.1.3**

Enfin, le tribunal arbitral a jugé que les traitements spécifiquement approuvés par les caisses-maladie au-delà de 40 séances (au sens de l'art. 3b de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [OPAS; RS 832.112.31]) devaient être exclus du calcul du montant à restituer, car une telle approbation emportait reconnaissance de l'économicité du traitement pour la période concernée, sans toutefois couvrir les abus liés à la facturation de certaines positions du TARMED. Après un examen détaillé des factures produites, il a reconnu que le montant à restituer pouvait être réduit de 117'283 fr. 21.

#### **E. 6.2**

Dès lors, les coûts directs de la psychiatre s'élevant à 513'923 fr. en 2016, alors que le seuil admissible (indice 130) était de 289'220 fr. 75, le dépassement brut de 224'702 fr. 25 devait être ramené, après déductions, à 107'419 fr. 05 (513'923 fr. - 289'220 fr. 75 - 117'283 fr. 20). Le tribunal arbitral a partiellement admis la demande à concurrence de ce montant pour l'année 2016.

#### **E. 7.1**

Invoquant une violation des art. 56 et 59 LAMal, la psychiatre reproche au tribunal arbitral d'avoir prononcé une "sanction" en se fondant exclusivement sur les coûts directs RSS, sans tenir compte des économies indirectes (économie due aux médicaments) mises en évidence par la méthode ANOVA. Selon elle, le résultat de l'application de la méthode ANOVA avait conduit à la mise en évidence d'une diminution du montant de la restitution inférieure de 22'671 fr. 30 (224'702 fr. 30 - 202'031 fr.), "correspondant à l'économie due aux médicaments". Elle demande dès lors la prise en compte de ce montant (22'671 fr. 30) en déduction des données et calcul RSS. Elle soutient que le tribunal arbitral avait en outre omis de comptabiliser les prestations effectuées en 2015 (montant total 14'449 fr.), mais facturées et remboursées par les caisses-maladie en 2016 (positions TARMED 02.0070). La psychiatre reproche également à l'autorité précédente de n'avoir pas examiné de manière appropriée l'incidence d'une nouvelle patientèle sur la durée et la fréquence des séances, lesquelles étaient, selon elle, nécessaires pour prévenir une chronicisation des symptômes, notamment en situation de crise. Ainsi, elle avait recouru à la position TARMED 02.0080 pour mettre en évidence les suivis de crise. Le fait que cette position ait été facturée 90 fois au-delà de 75 minutes et 157 fois en deçà de 75 minutes ne permettrait pas, à son sens, de conclure à l'absence de besoin de traitement de crise, dès lors que 36,4 % des prestations dépassaient 75 minutes. Enfin, elle fait valoir que les prestations comptabilisées en 2016 ont été l'objet d'une reconnaissance par les caisses-maladie, en cours de traitement ou a posteriori. Elle conteste, partant, le retrait de la somme de 33'046 fr. 95 liée à la position TARMED 02.0070, estimant que le tribunal arbitral a procédé de manière arbitraire sans examiner si ces actes pouvaient, le cas échéant, être requalifiés sous les positions TARMED 02.0010 à 02.0060 ou 02.0080, voire sous la position TARMED 02.0040 (diagnostic et thérapie psychiatriques, thérapie familiale, par période de 5 minutes).

## **E. 7.2**

Dans leur réponse, les caisses-maladie exposent d'abord que la Commission paritaire d'interprétation TARMED (ci-après: la CPI) avait indiqué que la position TARMED 02.0070 (prestation en l'absence du patient) n'autorisait pas une facturation automatique de prestations fournies en l'absence du patient pour l'étude de ses propres documents. Elles soutiennent de plus, d'une part, qu'il n'appartient pas à un expert de corriger une facturation erronée et, d'autre part, que la psychiatre ne saurait "mélanger" deux méthodes en réclamant, au bénéfice de la méthode statistique, les déductions inhérentes à la méthode ANOVA. Elles rappellent ensuite que la marge de tolérance de 30 % a précisément pour fonction de neutraliser les particularités et les différences entre médecins ainsi que les imperfections inhérentes à la méthode statistique. Or, s'agissant de la patientèle prétendument nouvelle, les caisses-maladie relèvent que la psychiatre n'en a pas rapporté la preuve. L'argument n'est par ailleurs pas pertinent dès lors que l'examen repose sur des coûts moyens et que l'intéressée était confrontée aux mêmes tableaux cliniques et aux mêmes exigences diagnostiques et thérapeutiques que les autres psychiatres neuchâtelois.

Au demeurant, les caisses-maladie estiment qu'aucun motif pertinent ne commande de s'écarter de la méthode statistique largement reconnue depuis 1973 ( ATF 99 V 193 ). S'agissant de la patientèle, elles relèvent avoir produit les données montrant que la psychiatre demeurait quasiment toujours plus coûteuse dans toutes les tranches d'âge de 0 à 66 ans. En tout état de cause, cela revêtirait peu d'importance car la comparaison du coût des patients reposait sur des moyennes. Concernant les consultations de crise, leur valorisation était identique à celle des consultations ordinaires; seule différait la limitation

du nombre de périodes de cinq minutes admissibles. La psychiatre ne facturait toutefois que rarement des périodes plus longues que les séances ordinaires (15 x 5 minutes) en situation de crise. En définitive, les caisses-maladie considèrent que la psychiatre ne démontrait pas que son activité professionnelle se distinguait sensiblement de celle de ses confrères psychiatres neuchâtelois.

### **E. 8.1**

En l'occurrence, quoi qu'en dise la psychiatre, l'élément déterminant pour la méthode statistique n'est pas l'identité parfaite des différentes prises en charge médicale, mais la similitude des caractéristiques essentielles (consid. 4.3 supra). Or, comme l'a constaté sans arbitraire le tribunal arbitral, ces critères sont réunis. La psychiatre est une psychiatre généraliste traitant selon ses termes "le tout-venant âgé de plus de trois ans". Dès lors, elle a été comparée à juste titre à d'autres psychiatres neuchâtelois qui pratiquent dans des conditions semblables (même titre de spécialiste en psychiatrie, même zone géographique, même facturation tarifaire TARMED, etc.). Qu'il existe des différences au sein du groupe de comparaison est inhérent à tout collectif; ces différences relèvent non pas de la validité de la méthode, mais de la seconde étape de l'analyse, à savoir l'octroi, le cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance de 120 - 130 (consid. 4.3 supra). Cette marge de 20 - 30 % sert précisément à tenir compte des particularités et des différences entre médecins - qu'il appartient au médecin concerné d'alléguer et de prouver ( ATF 150 V 129 consid. 4.1 et les références; arrêt K 83/05 du 4 décembre 2006 consid. 7) - ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques, pour autant que ces particularités (p. ex. l'âge des patients) ne soient pas déjà intégrées dans la méthode appliquée. De tels éléments sont, par exemple, une proportion très élevée de patients suivis de longue date, un nombre de visites à domicile supérieur à la moyenne, une proportion significative de patients étrangers ou encore l'absence d'une permanence destinée à la prise en charge des situations d'urgence ( ATF 150 V 129 consid. 4.3.2 et la référence; arrêt 9C\_199/2022 du 29 avril 2025 consid. 4.5.2, destiné à publication). Enfin, l'indice repose sur un coût moyen par patient (ou par traitement; cf. ATF 135 V 237 consid. 4.6.4; arrêt 9C\_166/2022 du 9 décembre 2024 consid. 8.1.3 non publié in ATF 151 V 233 ). Dès lors, il neutralise l'effet de la taille de la patientèle, si bien que le nombre de patients, en tant que tel, n'est pas, à lui seul, déterminant. Aussi, s'agissant du refus de l'autorité précédente de mettre en oeuvre les expertises requises (consid. 5.1 supra), la psychiatre n'établit pas que sa patientèle se singulariserait au point de rendre impossible toute comparaison statistique avec le groupe de référence. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de la méthode statistique choisie par le tribunal arbitral.

### **E. 8.2**

Il convient ensuite de rappeler le cadre méthodologique dégagé par la jurisprudence en matière de contrôle de l'économocité, puis de confronter, successivement, les arguments tirés de la composition des coûts, des particularités de la patientèle et de la méthode thérapeutique, de l'usage des positions TARMED et des garanties de prise en charge au-delà de la 40

e séance.

#### **E. 8.3.1**

Tout d'abord, la méthode de screening a été introduite à partir de l'année 2017 et n'est, quoi qu'en dise la psychiatre, pas applicable pour ce motif au présent litige (consid. 4.3 supra).

Dans son écriture, la psychiatre ne remet en outre pas fondamentalement en cause le choix de la méthode statistique RSS pour l'année 2016, mais se limite à requérir l'application d'une réduction du montant de la restitution, à hauteur de 22'671 fr. 30, somme qu'elle rattache à l'économie générée par "l'économie due aux médicaments" révélée selon elle par la méthode d'analyse de variance ANOVA (s'agissant de la méthode ANOVA, voir ATF 144 V 79 ). Ainsi circonscrite, la critique de la psychiatre ne vise pas l'exercice du pouvoir d'appréciation du tribunal arbitral quant au choix de la méthode applicable, mais tend exclusivement à l'introduction d'un correctif issu d'un autre instrument statistique. Elle ne prétend en particulier pas qu'au regard des données à disposition l'application de la méthode ANOVA aurait dû s'imposer. Or, en l'absence de grief dirigé contre la méthode retenue, le Tribunal fédéral n'est pas habilité à substituer sa propre appréciation à celle du tribunal arbitral. Dès lors, la méthode RSS, sur laquelle se fonde l'arrêt attaqué, suit un enchaînement impératif: l'autorité examine d'abord l'indice global (coûts directs + indirects). Si cet indice dépasse la marge de tolérance, elle contrôle ensuite l'indice des coûts directs avec un indice-limite de 120 - 130 (consid. 4.3 supra).

À cet égard, la psychiatre ne conteste pas que son indice global (182) excédait la marge de tolérance en 2016 et que son indice des coûts directs atteignait 231. Dans une telle configuration, l'économie réalisée sur les coûts indirects (indice 38) ne neutralise pas le dépassement persistant des coûts directs. Tant que l'indice global dépasse la marge, il n'y a pas lieu de compenser mécaniquement les excès directs par des économies indirectes (coûts des médicaments). Ce qui vaut pour la méthode ANOVA, qui obéit à d'autres paramètres, ne se transpose pas à la méthode statistique RSS.

#### **E. 8.3.2**

Enfin, quoi qu'en dise la psychiatre, la comparaison statistique s'opère par année de référence. Que la psychiatre ait facturé en 2016 certaines séances réalisées en 2015 ne modifie pas le périmètre de l'examen. L'autorité précédente pouvait donc, sans violer le droit fédéral, vérifier et retrancher de l'examen les garanties de paiement se rapportant à des prestations antérieures (2015) à l'année de référence (2016). Seules les prestations relevant de l'année litigieuse (2016) sont déterminantes pour le calcul de l'indice et du dépassement.

#### **E. 8.4.1**

La psychiatre soutient ensuite que son installation récente (2012), conjuguée à une longue expérience préalable acquise au sein d'institutions publiques, aurait entraîné un afflux de nouveaux patients (78 sur 140 en 2016), notamment des enfants/adolescents, fréquemment en situation de crise, et nécessitant des séances d'une durée accrue (position TARMED 02.0080). Cette intensification thérapeutique initiale viserait à prévenir la chronicisation et expliquerait, selon elle, un coût moyen par patient supérieur à celui du groupe de comparaison. Elle en déduit l'existence d'une particularité de pratique justifiant un dépassement de l'indice-limite de 130.

#### **E. 8.4.2**

On rappellera tout d'abord que ces différents éléments, en particulier le fait qu'un médecin n'exerce à titre indépendant que depuis peu de temps (arrêts K 2/80 du 20 octobre 1981 consid. 4a, publié in RSKV 1982 N° 489 p. 119; K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.3, non publié in ATF 130 V 377 ) ainsi que la latitude inhérente au choix de la méthode thérapeutique ( ATF 150 V 129 consid. 5.4 et les références), entrent dans l'évaluation de l'indice-limite de 120 - 130 (cf. arrêt 9C\_199/2022 du 29 avril 2025 consid. 4.5.2, destiné à

publication). Les domaines de spécialisation d'un médecin ou le "profil de son cabinet" ne justifient toutefois une particularité que s'ils se traduisent objectivement par une plus forte proportion de cas onéreux pour l'assurance obligatoire des soins (structure de cas distincte, morbidité, scores cliniques, etc.). Une particularité statistique suppose ainsi, cumulativement, que la caractéristique en cause soit plus fréquente que dans la majorité du groupe de référence et qu'elle induise objectivement un besoin de prestations plus onéreux.

#### **E. 8.4.3**

Or, dans le cas présent, le tribunal arbitral a constaté, de manière à lier le Tribunal fédéral, que les indicateurs structurels de la psychiatre (nombre de patients, âge moyen, proportion de nouveaux patients et part d'enfants/adolescents) ne s'écartaient pas significativement de ceux du groupe de comparaison. Les troubles pris en charge (dépressions pour plus de la moitié des patients, puis troubles schizo-affectifs, burn-out, bipolarité, troubles psychotiques, troubles de la personnalité, etc.) relevaient également pour l'essentiel de la psychiatrie "ordinaire". La psychiatre se décrivait d'ailleurs elle-même comme traitant "le tout-venant âgé de plus de trois ans".

S'agissant des situations de crise (position TARMED 02.0080), la psychiatre ne s'en prend pas concrètement à l'appréciation de l'autorité précédente selon laquelle une part importante des suivis qualifiés "de crise" s'inscrivait en réalité dans un suivi hebdomadaire usuel, avec seulement 90 séances de plus de 75 minutes en 2016. Dès lors, elle n'établit pas que le tribunal arbitral en a déduit de manière arbitraire qu'elle n'avait pas démontré un volume de situation de crise supérieur à celui de ses confrères du groupe de comparaison. À l'inverse de ce que soutient la psychiatre, le tribunal arbitral n'a en outre pas nié qu'elle traitait des situations de crise mais a uniquement relativisé leur portée statistique. Dans ces conditions, l'autorité précédente n'a ni méconnu ni excédé son large pouvoir d'appréciation en considérant que les circonstances invoquées par la psychiatre ne dépassaient pas le champ de ce que la marge de tolérance absorbe déjà et ne constituaient pas des particularités statistiques aptes à majorer l'indice-limite au-delà de 130.

#### **E. 8.5.1**

La psychiatre soutient encore qu'elle pouvait facturer une "réflexion spécifique et continue" indispensable à sa méthode de travail au titre de la position TARMED 02.0070, faisant valoir que ses confrères imputaient un travail analogue sous les positions TARMED 02.0010 - 02.0060 ou 02.0080.

#### **E. 8.5.2**

Cet argument, au demeurant hypothétique, n'établit pas pourquoi un nombre considérable de séances devait être suivi, en sus, d'un temps facturable en l'absence du patient (6'236 positions TARMED 02.0070). Si, comme la psychiatre le prétend, ses confrères ventilaient un travail comparable sur d'autres positions, on observerait un effet compensatoire sur le coût moyen par patient. Or tel n'est manifestement pas le cas pour la psychiatre dont le coût moyen dépasse la marge de tolérance.

À cela s'ajoute que, selon l'interprétation donnée par la CPI du TARMED depuis le 10 juillet 2009 (confirmée pour la dernière fois le 1

er décembre 2020), la position TARMED 02.0070 vaut pour l'étude de documents tiers relatifs au patient, y compris l'étude des articles de référence. La CPI réserve certes une exception motivée par l'étude extensive de ses propres documents, mais exclut une

"facturation automatique" de prestations fournies en l'absence du patient pour l'étude de ses propres documents. Il s'ensuit que la position TARMED 02.0070 ne rémunère pas la tenue ordinaire du dossier ni l'examen de ses propres notes ou réflexions, mais vise l'étude de documents externes. À supposer que certains cas entrent dans le champ de cette position, ce qu'il appartenait à la psychiatre de démontrer par la production des documents en question, l'ampleur et le caractère systématique de l'application de cette position relevés (6'236 positions TARMED 02.0070 en 2016) révèlent une pratique tarifaire atypique. La méthode statistique et son indice-limite de 120 - 130 ont précisément pour fonction d'absorber de telles imperfections ou particularités découlant de la liberté de soins. Ils n'ont cependant pas vocation à couvrir une systématisation qui renchérit artificiellement les coûts de l'assurance obligatoire des soins. Il n'y a dès lors pas lieu de retrancher les 6'236 positions TARMED 02.0070, pour un total de 101'890 fr., de la base de calcul du contrôle de l'économicité.

#### **E. 8.6.1**

Enfin, la recourante fait valoir que certaines prestations ont fait l'objet d'une garantie de prise en charge par les caisses-maladie, en cours de traitement ou a posteriori. Elle conteste, partant, le retrait de la somme de 33'046 fr. 95 liée à la position TARMED 02.0070 pour lesdites prestations.

#### **E. 8.6.2**

D'après la jurisprudence, une pratique non économique constitutive de polypragmasie doit être niée dans le cas où les traitements ont été pour la plupart approuvés de manière spécifique par les caisses-maladie, singulièrement dans le cadre de la psychothérapie. Les garanties de prise en charge par l'assureur ne représentent pas seulement des garanties de remboursement des coûts, mais comprennent également la confirmation du caractère économique du traitement correspondant (arrêt 9C\_180/2021 et 9C\_194/2021 du 24 juin 2022 consid. 3.2 et les références).

Les garanties de prise en charge ne couvrent toutefois pas des pratiques tarifaires atypiques. Il faut ainsi distinguer le contrôle de facturation par les caisses-maladie, qui vérifient la conformité des positions tarifaires (minutage, cumuls, conditions particulières d'un traitement spécifique, etc.) aux conventions et aux prescriptions légales propres à certaines thérapies (cf. arrêts 9C\_201/2023 du 3 avril 2024 consid. 3.1, non publié in ATF 150 V 178 ; 9C\_663/2023 du 24 juin 2024 consid. 2.2.1 et 5.2), du contrôle d'économicité, lequel s'opère sur la base d'indices comparatifs (coût moyen par patient ou par thérapie). Le contrôle de facturation permet certes d'identifier une facturation "disproportionnée" par rapport à des valeurs de référence. Cependant, de tels coûts "hors-norme" n'impliquent pas encore une pratique non économique (au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal). Le contrôle des factures opéré par les caisses-maladie ne constitue qu'un premier filtrage, mais il ne saurait vider le contrôle institué par l'art. 56 LAMal de sa substance. Il en découle une méthode en trois temps: le tribunal arbitral doit délimiter les périodes et volumes couverts par la garantie expresse de prise en charge des caisses-maladie, neutraliser les coûts correspondant à ce périmètre et maintenir pour le reste le contrôle d'économicité.

#### **E. 8.6.3**

Il s'ensuit que l'approbation des séances vaut reconnaissance d'économicité des traitements désignés et pour la seule période couverte. Cette garantie de prise en charge repose sur un rapport synthétique du médecin-traitant et n'a ni pour objet ni pour effet de pré-valider, dans le détail, un catalogue de positions tarifaires hypothétiques. En particulier, la caisse-maladie

ne peut matériellement pas anticiper la part des séances qui donneront lieu à une facturation "en l'absence du patient" (position TARMED 02.0070) ni savoir si cette position, admissible ponctuellement (p. ex. pour l'étude de documents externes pertinents), sera utilisée de façon quasi systématique pour une "réflexion spécifique et continue". Au fil des remboursements, le flux de factures ne permet en outre pas de créer - sans agrégation statistique - un schéma de sur-utilisation d'une position TARMED particulière. Ce n'est qu'au niveau agrégé (indices RSS) que l'usage atypique d'une position TARMED émerge. Reconnaître un "blanc-seing" général sur la base d'autorisations cliniques ponctuelles créerait par conséquent une asymétrie: le prestataire pourrait multiplier les positions onéreuses non discutées, sans contrôle effectif, au détriment de la collectivité des assurés.

Dès lors, les garanties de prise en charge n'emportent ni validation d'un emploi atypique d'une position TARMED spécifique, ni portent effet au-delà de la période qu'elles couvrent. Partant, le tribunal arbitral pouvait sans arbitraire soumettre à un contrôle d'économicité l'usage de la position TARMED 02.0070 dans le périmètre des prestations bénéficiant d'une garantie de prise en charge spécifique (pour un montant total que la psychiatre chiffre elle-même à 33'046 fr. 95), en raison de son usage atypique, et considérer que les garanties de prise en charge ne s'étendaient pas à ces montants.

### **E. 8.7**

Au vu de ce qui précède, la psychiatre ne démontre pas que la démarche de l'autorité précédente procède d'une appréciation insoutenable et, partant, arbitraire au sens de l'art. 9 Cst. , ni qu'elle excède le large pouvoir d'appréciation qui lui est reconnu en la matière. Se bornant pour l'essentiel à substituer sa propre lecture des éléments au raisonnement circonstancié du tribunal arbitral, elle n'expose pas en quoi celui-ci aurait omis des facteurs pertinents, pris en compte des critères étrangers à la cause, ou encore apprécié les preuves de manière manifestement inexacte ( art. 97 al. 1 LTF ). Les griefs relatifs au choix de la base statistique, à l'appréciation des particularités de la pratique, à la qualification et à la volumétrie des positions tarifaires, ainsi qu'à l'effet des garanties de prise en charge sont mal fondés. La psychiatre n'a pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, des particularités pertinentes, objectivées et quantifiées propres à justifier un indice-limite au-delà de 130. Dans ces conditions, le tribunal arbitral pouvait en tout état de cause se dispenser des mesures d'instruction requises.

### **E. 9.1**

Invoquant une violation du principe de la proportionnalité ( art. 5 al. 2 Cst. ), la psychiatre soutient encore qu'on ne saurait lui reprocher d'avoir consciemment adopté une pratique comptable contraire aux obligations tarifaires prescrites par la LAMal. Elle affirme être restée "dans le flou" après l'échange de correspondances avec la commission paritaire en 2016 et assure qu'une communication plus explicite aurait évité l'ouverture des procédures engagées à son encontre. Elle ajoute devoir restituer un montant important alors même que certaines sommes n'avaient pas été encaissées auprès de ses patients (20'446 fr. 72 au 31 décembre 2016).

### **E. 9.2**

Le principe de proportionnalité gouverne aussi les mesures fondées sur les art. 56 et 59 LAMal . Bien qu'elle soit désignée sous le terme de "sanction" ( art. 59 al. 1 let. b LAMal ), l'obligation de restitution des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée ne présuppose toutefois aucune faute de la part du fournisseur de prestation (

ATF 141 V 25 consid. 8.4). L'obligation de restitution repose sur un constat objectif d'un dépassement statistique persistant, établi au moyen d'une méthode reconnue par la jurisprudence, non compensé par des particularités établies et quantifiées, et sur l'échec des explications à ramener l'indice dans la marge de tolérance ou à justifier le relèvement de l'indice-limite (120 à 130). Dans ce cadre, l'invocation d'une bonne foi subjective ou l'affirmation de l'absence d'intention sont sans pertinence. Le mécanisme est de nature corrective, destiné à rétablir l'économicité des prestations, et ne vise pas à sanctionner une culpabilité. Il s'agit uniquement de restituer la fraction d'honoraires excédant ce qu'un prestataire de soins économique aurait facturé. Cette finalité structure l'examen de proportionnalité.

### **E. 9.2.1**

D'abord, la méthode statistique opère par paliers (examen en cascade) et intègre un indice-limite (120 - 130) destiné à neutraliser les aléas et particularités. Cette méthode assure que la restitution ne frappe que des dépassements persistants. Lorsque l'indice global se situe dans la marge, il n'y a pas de restitution; lorsque l'indice global la dépasse, mais que les coûts directs restent dans la marge, il n'y a pas non plus de restitution. Ce mode de calcul respecte la proportionnalité au sens strict (pesée des intérêts). Il rétablit l'économicité au minimum nécessaire sans aller au-delà. La proportionnalité se reflète de plus dans le choix de la mesure. La restitution est moins intrusive que d'autres mesures prévues à l'art. 59 LAMal ; elle vise à corriger un écart objectivé par la statistique, sans sanction disciplinaire. Elle répond ainsi aux trois volets (cf. ATF 150 I 120 consid. 4.1.1 et les références) : aptitude (ramener le coût moyen dans la marge), nécessité (il n'existe pas de moyen aussi efficace et moins incisif pour corriger un dépassement structurel), et proportionnalité au sens strict (la part réclamée est strictement limitée à l'excédent objectivement mesuré).

### **E. 9.2.2**

Appliqué au cas d'espèce, ce cadre construit et limite la restitution de manière suffisamment prévisible et mesurée. L'examen en cascade a été respecté, l'indice-limite a joué en faveur de la psychiatre, seuls les coûts directs excédentaires ont été retenus et les prestations spécifiquement approuvées ont été neutralisées dans la mesure requise par la jurisprudence. Dans ces conditions, le montant arrêté procède d'un mécanisme de correction proportionné et ne révèle ni excès ni sévérité choquante.

### **E. 9.3**

L'obligation de restitution des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée ne requiert par ailleurs pas d'"avertissement préalable", en ce sens que les fournisseurs de prestations doivent connaître les exigences relatives au caractère économique prévue dans la loi ou dans une convention (art. 59 al. 1 LAMal). En tout état de cause, la psychiatre a été avertie par la commission paritaire le 7 mars 2016 que la comparaison de sa facturation avec celle d'un collectif de référence indiquait une pratique non économique en 2014. Quoi qu'il en soit, le contrôle statistique est conçu pour détecter, à large échelle et sans instruction exhaustive au cas par cas, des pratiques structurellement plus coûteuses. Soutenir qu'une communication plus incisive aurait "évité" la procédure revient à inverser la charge de prévenir et de corriger une pratique non économique. Il incombe au prestataire de soins, de surcroît déjà informé d'indices durablement élevés, d'adapter sa pratique au tarif et de collaborer activement à la procédure en documentant ses particularités objectives et leur impact sur le coût de sa patientèle. La correspondance

échangée en 2016 ne comporte, pour le surplus, aucune assurance selon laquelle la pratique de la psychiatrie, notamment l'usage intensif de la position TARMED 02.0070, serait, en tant que telle, économique au sens de l'art. 56 LAMal. Le fait que certaines explications de la psychiatrie aient été "utiles" à la commission paritaire, selon la communication de celle-ci du 30 mai 2016, ne vaut pas validation. Il en va de même des paiements ponctuels de factures ou l'absence d'objection immédiate par les caisses-maladie, qui ne sauraient être assimilés à une reconnaissance du caractère économique de l'ensemble de la pratique. L'examen de l'économicité se fonde enfin sur les coûts facturés à l'assurance obligatoire des soins, non sur l'état des encaissements du médecin auprès de ses patients. Le solde débiteur de certains patients relève de la relation privée médecin-assuré et reste sans incidence sur le calcul de la restitution due à l'assurance-maladie.

#### **E. 9.4**

En définitive, le prestataire de soins qui exerce à charge de l'assurance obligatoire accepte la structure TARMED et le contrôle de l'économicité prévu par la loi. Lorsque ses indices demeurent sensiblement supérieurs à l'indice-limite (120 - 130), il lui incombe de collaborer activement et d'apporter des éléments objectifs et quantifiés propres à expliquer l'écart. À défaut d'une telle démonstration, la restitution s'impose. Les différents griefs de la psychiatrie doivent être rejetés.

#### **E. 10.1**

Dans leur recours, les caisses-maladie reprochent au tribunal arbitral d'avoir retenu un montant de 117'283 fr. 20 au titre des garanties de prise en charge. Selon elles, seule la somme de 44'855 fr. 77 était couverte par des garanties de prise en charge, c'est-à-dire pour la période, la fréquence et la caisse-maladie. Elles dénoncent en particulier l'effet rétroactif et quasi général conféré aux garanties de prise en charge, qui ne sauraient pourtant ni valider l'historique complet d'un traitement, ni couvrir des pratiques tarifaires atypiques. Les caisses-maladie s'en prennent enfin à la méthode de calcul du tribunal arbitral. Le montant à restituer s'élèverait ainsi à 205'090 fr. et non à 107'419 fr. 05, comme calculé par le tribunal arbitral.

#### **E. 10.2**

Dans sa réponse, la psychiatrie soutient d'abord que les traitements psychothérapeutiques-psychiatriques intégrés (TPPI) n'entrent pas dans le cadre des psychothérapies pratiquées par un médecin et requérant une autorisation spécifique de prise en charge après 40 séances (au sens de l'art. 3b OPAS). Pour les TPPI, selon les directives émanant de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurance, il appartiendrait aux caisses-maladie de vérifier l'économicité des prestations. S'agissant du calcul du montant des garanties de prise en charge, elle soutient que si les caisses-maladie admettent une déduction des prestations autorisées pour 25 patients, elles ne pouvaient ensuite utiliser l'indice 231 pour définir l'étendue du dépassement non autorisé. En reconnaissant que les prestations avaient été autorisées à hauteur de 117'283 fr. (sur 513'923 fr.), seules les prestations pour les 115 autres patients (140 - 25) pourraient encore se révéler non économiques. En conséquence, la méthode de calcul du tribunal arbitral n'apparaissait pas choquante.

#### **E. 10.3**

En l'espèce, selon l'art. 3b OPAS, l'assureur communique à la personne assurée, avec copie au médecin traitant, s'il continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie

au-delà de la 40

e séance et pour quelle durée. Ces différentes garanties de prise en charge opèrent, pour la période et le volume qu'elles couvrent, une reconnaissance de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité du traitement. Dans ce périmètre autorisé, la caisse-maladie qui a approuvé par écrit et remboursé les séances sans réserve ne saurait, dans une procédure de restitution des prestations ultérieure, renier a posteriori l'effet utile de ces garanties. Les exigences de sécurité du droit et de bonne foi commandent que le prestataire de soins puisse organiser la continuité des soins sur la foi d'une garantie claire, sans craindre qu'elle soit remise en cause après coup. Il s'ensuit que les coûts approuvés doivent être neutralisés avant l'examen d'économicité. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des considérations du tribunal arbitral auxquelles on peut pour le surplus renvoyer.

#### **E. 10.4**

C'est en revanche à juste titre que les caisses-maladie soutiennent que le tribunal arbitral a surcorrigé la part des traitements couverts par une garantie spécifique de prise en charge au-delà de la 40

e séance.

##### **E. 10.4.1**

En 2016, les coûts directs de la psychiatrie s'élevaient à 513'923 fr. Avec un indice de 231 et une marge de tolérance fixée à 130, le seuil admissible était de 289'220 fr. 75. Le tribunal arbitral a ensuite retranché intégralement la part des coûts rattachée aux traitements approuvés (117'283 fr. 20), pour aboutir à un dépassement net de 107'419 fr. 05 (513'923 fr. - 289'220 fr. 75 - 117'283 fr. 20).

Une telle approche méconnaît la logique proportionnelle de la méthode statistique, car elle revient à considérer que tous les coûts étaient "en excès". On ne reproche cependant pas au médecin l'intégralité de ses coûts, mais uniquement la fraction qui excède l'indice-limite (130). Ainsi, lorsque l'on identifie un sous-ensemble de coûts qui a été expressément approuvé par les caisses-maladie (en l'espèce, le montant de 117'283 fr. 20), on ne peut pas soustraire ce sous-ensemble au nominal du dépassement. Seule sa part excédentaire doit être neutralisée.

##### **E. 10.4.2**

Dans le cas particulier, la part excédentaire à neutraliser est de 51'279 fr. 67 (117'283 fr. 20 x [231 - 130] / 231). Dès lors, le montant que la psychiatrie doit restituer est de 173'422 fr. 58 (224'702 fr. 25 - 51'279 fr. 67).

#### **E. 10.5**

Il s'ensuit que le recours des caisses-maladie doit être partiellement admis, en ce sens que le montant dû en restitution s'élève à 173'422 fr. 58.

##### **E. 11.1**

Compte tenu des éléments qui précèdent, le recours des caisses-maladie (cause 9C\_600/2023) est partiellement admis. Le montant dû par la psychiatrie en restitution s'élève à 173'422 fr. 58.

##### **E. 11.2**

Le recours formé par la psychiatrie est entièrement rejeté (cause 9C\_601/2023).

**E. 12**

Vu l'issue du litige, la psychiatre supportera les frais judiciaires des deux procédures (4'500 fr. et 5'000 fr.; art. 66 al. 1 LTF ). Les caisses-maladie intimées ne peuvent prétendre à des dépens ( art. 68 al. 3 LTF ; ATF 149 II 381 consid. 7.3). Succombant, la psychiatre n'a pas droit à des dépens.

La cause est renvoyée à l'autorité précédente pour nouvelle décision sur les frais et dépens de la procédure antérieure ( art. 68 al. 5 LTF ).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.