

BVGer C-2458/2019 vom 18. November 2025

Bundesverwaltungsgericht, 2025-11-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2458_2019

FR: TAF C-2458/2019 du 18 novembre 2025

IT: TAF C-2458/2019 del 18 novembre 2025

Regeste

Admission d'hôpitaux (MHS)

Erwägungen

E. 12

En outre, c'est également de manière arbitraire que l'organe de décision MHS reproche à la partie recourante de n'avoir pas satisfait l'exigence du nombre minimum de 12 cas par an.

E. 12.1

Selon la jurisprudence, le critère du nombre minimum de cas constitue un indicateur général permettant d'évaluer l'expertise d'un établissement hospitalier dans un domaine médical spécifique (ATF 145 V 170 consid. 6.3 ; ATAF 2018 V/3 consid. 7.6.6 ; arrêts du TAF C-224/2020 du 30 avril 2024 consid. 10.1, C-2731/2019 précité consid. 7.2.3.2 ; cf. également art. 58b al. 5 let. c OAMal ainsi que l'art. 58d al. 4 OAMal dans sa version en vigueur dès le 1er janvier 2022).

E. 12.1.1

Le Tribunal fédéral a récemment constaté que le nombre minimum de cas pour les traitements hospitaliers en Suisse est de plus en plus exigé. Diverses études scientifiques démontrent en effet qu'il existe un lien fondamental entre le nombre de cas et la qualité : plus le nombre de cas est élevé, plus la qualité est bonne. Toutefois, pour la plupart des traitements, il n'est pas possible de déterminer un seuil exact, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de déterminer à partir de quel nombre de cas la qualité augmente de manière significative ou en dessous de quel nombre de cas la qualité d'une intervention donnée ne sera très probablement plus suffisante (ATF 145 V 170 consid. 6.4). L'examen de ce critère est opéré à la lumière de l'activité de l'établissement hospitalier autant que de celle des chirurgiens (arrêts du TAF C-2585/2019 précité consid. 8.1.4, C, C-2731/2019 précité consid. 7.3.5, C-7017/2015 du 17 septembre 2021 consid. 9.3, C-5603/2017 du 14 septembre 2018 consid. 7.6.6. C-3413/2014 précité consid. 11.7.4).

E. 12.1.2

Dans ce contexte, il est constant que l'évaluation de l'offre des fournisseurs de prestations ne peut être effectuée que rétrospectivement et que la question de savoir quelle période d'évaluation doit être prise en compte constitue une question d'opportunité dépassant le pouvoir d'examen du tribunal de céans (arrêt du TAF C-2887/2019 du 26 janvier 2021 consid. 8.6). Toutefois, et bien que disposant d'une large marge de manoeuvre, l'autorité de planification n'en demeure pas moins tenue d'examiner toutes les circonstances pertinentes à la mise en oeuvre des exigences de qualité poursuivies par le critère du nombre minimum de cas. Si elle reste libre de définir les modalités de mise en oeuvre de ce critère, elle ne

saurait pour autant procéder trop schématiquement à son examen et doit tenir compte de l'ensemble des éléments pertinents à l'exercice de son pouvoir d'appréciation, à savoir des indices fondés laissant présager une évolution favorable et une satisfaction ultérieure du critère du nombre minimum de cas (cf. arrêt TAF C-3194/2019 consid. 7.25). Ainsi, même si pour des raisons inhérentes à la planification hospitalière l'évaluation de la couverture ne peut en principe se faire que rétrospectivement et les données les plus récentes ne doivent pas être prises en compte, la jurisprudence aménage toutefois une exception dans les cas où la planification hospitalière est appelée à être révisée peu de temps après son adoption en raison de modifications intervenues entre-temps (cf. arrêt du TAF C-2731/2019 consid. 7.2.3.1 avec références).

E. 12.2

Aux termes des décisions litigieuses, l'organe de décision MHS refuse un mandat de prestations à la partie recourante pour le motif qu'elle n'aurait pas rempli, de manière continue durant la période courant du 21 décembre 2013 au 20 décembre 2016, l'exigence du nombre minimum de 12 résections oesophagiennes par année, dès lors que les HUG n'auraient pratiqué que 8 résections oesophagiennes en 2014, 7 en 2015 et 10 en 2016 correspondant à une moyenne de 8 cas par année.

E. 12.2.1

D'emblée, le Tribunal constate que le critère de planification MHS afférant au nombre minimum de 12 cas par an et par hôpital a été défini par l'organe de décision MHS sans autre commentaire ni nuance. En particulier, l'autorité précédente n'a pas jugé relevant de spécifier si le nombre minimum de cas devait être atteint par un ou plusieurs chirurgiens. Or, si le nombre minimal de 12 résections oesophagiennes par an et par hôpital est retenu au titre d'indicateur de qualité, il paraît légitime d'exiger qu'un seul chirurgien remplisse ce critère d'évaluation en effectuant à lui seul un nombre de résections oesophagiennes suffisamment élevé en gage de qualité. Si par contre deux ou trois chirurgiens se partagent l'ensemble des cas dénombrés par l'hôpital, le nombre de cas traités par chirurgien sera nettement inférieur à la statistique réalisée par l'hôpital et, dans pareilles circonstances, il serait incohérent de conclure à la qualité des traitements. Tel que défini in casu par l'organe de décision MHS, le critère du nombre minimum de 12 cas par hôpital et par an paraît ainsi garantir avant tout la qualité de la prestation sous l'angle de la rentabilité (coûts par cas). Or, l'on peut légitimement douter qu'il soit réellement économique pour le système de santé, du point de vue des coûts, de retirer le mandat de prestations à un établissement hospitalier existant, fonctionnel et crucial dans la prise en charge des soins MHS en résections oesophagiennes, en lui reprochant une baisse temporaire du nombre de résections de l'oesophage résultant d'une cause légitime (durée de recrutement d'un chirurgien-remplaçant) et cela alors même qu'un besoin manifeste en soins est avéré.

E. 12.2.2

Par ailleurs, le Tribunal rappelle qu'après que les hôpitaux ont saisi leurs données (en particulier celles afférant au nombre minimum de résections oesophagiennes effectuées), l'organe de décision MHS a redéfini et réduit le nombre minimum de 15 cas en 2013 à 12 cas en 2016 et, pour se conformer au postulat de la concentration horizontale régissant la médecine hautement spécialisée, n'a attribué des mandats de prestations qu'aux quelques hôpitaux ayant atteint le nombre minimum de 12 cas par année au cours des trois années ayant précédé le dépôt des candidatures. Procédant ainsi, l'organe de décision MHS est

d'avis que sa planification couvrirait les besoins actuels et prévisionnels en soins de résections oesophagiennes (planification des besoins jusqu'en 2025). Or, il vient d'être établi que tel n'est manifestement pas le cas en l'espèce, dès lors que contrairement à l'affaire C-2731/2019 où aucune sous-couverture des besoins en soins n'a été constatée après que ceux-là sont assurés grâce à l'octroi de mandats en faveur de 7 prestataires établis en Suisse alémanique - le refus d'octroyer un mandat de prestations aux HUG consacre une sous-couverture manifeste des besoins en soins en Suisse romande, la sous-couverture de 79 cas relevée à l'échelle nationale ne se concentrant pas en Suisse alémanique, mais quasiment exclusivement en Suisse romande (cf. supra consid. 11). Le Tribunal ajoute que le processus de concentration horizontale de la médecine viscérale complexe rattachée en 2013 à la MHS en est encore à ses débuts et qu'après avoir exigé initialement un nombre minimum de 15 cas en 2013, l'organe de décision MHS en a réduit le nombre minimum à 12 cas en 2016. Dans ces circonstances aurait-il été indiqué que l'organe de décision MHS fit preuve de flexibilité plutôt qu'il n'imposât de manière rigide le respect de règles strictes. Enfin, il est rappelé que la jurisprudence définissant les caractéristiques pertinentes des établissements hospitaliers entrant en considération pour la couverture des besoins en soins ne constitue pas un fondement juridique suffisant pour une concentration de l'offre circonscrite de manière sommaire et indifférenciée aux seuls hôpitaux traitant le plus de cas. Aussi n'est-il pas admissible d'exclure de l'évaluation les hôpitaux intéressés couvrant une part importante des besoins en soins, en leur opposant le nombre minimum de cas traités et en s'écartant ainsi d'une planification fondée sur les critères de qualité et d'économicité (cf. ATAF 2019 V/6 consid. 13.5.4 in fine ; arrêts du TAF C-4467/2022 du 23 juillet 2025 consid. 4.4.4, C-224/2020 du 30 avril 2024 consid. 10.2).

E. 12.2.3

Comme déjà indiqué précédemment (cf. supra consid. 12.1.1), le Tribunal fédéral souligne que pour la plupart des traitements, il n'est pas possible de déterminer un seuil exact respectivement de déterminer à partir de quel nombre minimum de cas la qualité augmente de manière significative ou en dessous de quel nombre de cas la qualité d'une intervention donnée ne sera très probablement plus suffisante. La comparaison entre différents pays démontre d'ailleurs que le nombre minimum de cas peut varier considérablement pour des prestations identiques. Tant que des études fondées font défaut dans un domaine de prestations donné, il n'est pas admissible de prendre comme référence un nombre minimum de cas défini de manière abstraite. Sans études spécifiques, il n'est par conséquent pas possible, pour la plupart des traitements chirurgicaux, de déterminer le nombre minimum de cas au-dessous duquel la qualité de l'opération ne sera très probablement plus suffisante (ATF 145 V 170 consid. 6.4 et 7.5 avec référence). Tel est précisément le cas en l'espèce. S'il est juridiquement constant que le critère du nombre minimum de cas constitue un indicateur général permettant d'évaluer l'expertise d'un établissement hospitalier, il est également admis et notoire qu'un seuil minimum de cas aussi faible que celui oscillant entre 8 et 15 respectivement entre 8 et 12 cas par an ne permet pas de se prononcer de manière statistiquement fiable sur la qualité des interventions chirurgicales, que ce soit pour affirmer que leur exécution et leurs résultats sont bons ou pour affirmer le contraire.

E. 12.2.4

Sous cet aspect, l'instance précédente tombe par conséquent dans l'arbitraire en imputant au nombre minimum de 12 cas par an et par hôpital, une portée absolue en tant que *conditio sine qua non* à l'attribution d'un mandat de prestations et en circonscrivant son évaluation de

la planification hospitalière litigieuse uniquement à la période qu'elle a elle-même définie comme étant déterminante, sans tenir compte de circonstances pertinentes remplacement du chirurgien en chef et d'une sous-couverture manifeste des besoins en soins de résections oesophagiennes de 70 cas circonscrite à la Suisse romande. En ce sens, il ressort de la planification hospitalière litigieuse que l'organe de décision MHS a pris en considération comme période déterminante les trois années ayant précédé le dépôt des candidatures, soit la période courant du 21 décembre 2013 au 20 décembre 2016, cela notamment afin que l'attribution concrète des mandats de prestations ne repose pas sur des circonstances fortuites. Or, il est précisément établi en l'occurrence que durant la période déterminante en l'espèce, la partie recourante a été confrontée en avril 2012 au départ à la retraite de son chirurgien en chef du Service de chirurgie oeso-gastrique, dont le remplacement n'a pu être assuré qu'avec l'entrée en service du Professeur A. _____ en mai 2016. Pour cette raison, les HUG n'ont pu effectuer que 8 résections oesophagiennes en 2014, 7 en 2015 et 10 en 2016 selon les données produites au moment du dépôt de candidature. Toutefois, il ressort du dossier que depuis l'entrée en service du Professeur A. _____, les HUG ont pratiqué 12 résections oesophagiennes de mai à décembre 2016, 14 en 2017, 24 en 2018 et 22 en 2019 (cf. mémoire de recours ch. 49 ainsi que l'écriture du 18 mars 2020, ch. 124 et les pièces citées [TAF pces 1 et 24]). Ainsi, ils ont réalisé de manière constante le nombre minimum de 12 cas par an depuis 2016 déjà (CDS2-act. 4.005 ch. 3.a.), soit déjà pendant la dernière année de la période déterminante. Il est également constant qu'en sus du nombre minimum de 12 cas par an, les HUG sont aptes à exécuter 24 résections oesophagiennes supplémentaires par année (cf. recours p. 8), soit à en pratiquer au total 36 par an. Ils constituent ainsi un agent essentiel du réseau médical de Suisse romande, dès lors qu'ils sont à même, en collaboration avec le CHUV, de contribuer de manière décisive à combler la sous-couverture des besoins en résections oesophagiennes de la région. Dans ces circonstances, il est difficilement concevable qu'un hôpital dont la prestation de services fonctionne et revêt une importance systémique (rien au dossier n'indiquant que la partie recourante n'exercerait pas son mandat cantonal conformément à ses obligations) ne soit plus pris en considération, alors que les besoins en soins sont clairement établis, tant actuellement que pour l'avenir. Il importe encore de souligner ici que jusqu'à présent, aucun flux de patients n'a été enregistré en Suisse romande, de sorte que cette région s'est révélée à même d'assurer la prise en charge autonome des résections oesophagiennes de ses assurés AOS. Aussi, attendu que la procédure de planification a duré plus de deux ans après le dépôt des dossiers de candidature, que les données 2016-2018 des HUG étaient disponibles au moment où les décisions litigieuses ont été rendues les 31 janvier 2019 et 17 avril 2019, que l'exigence du nombre minimum de cas n'a pas été atteint durant une période temporaire liée au recrutement d'un chirurgien-remplaçant, que l'octroi de seulement 8 mandats de prestations dont un seul pour la région Romandie - entraîne une sous-couverture manifeste des besoins en soins dans cette région, force est d'admettre que des indices fondés laissent présager une évolution favorable du nombre de résections oesophagiennes effectuées par les HUG et une satisfaction ultérieure du critère relatif au nombre minimum de cas, de sorte que la présente planification hospitalière HSM était appelée à faire l'objet d'une révision anticipée afin de combler cette sous-couverture. Partant, l'instance précédente aurait dû prendre en compte dans son évaluation les données récentes fournies par la partie recourante. A défaut, elle a commis un abus négatif de son pouvoir d'appréciation en s'abstenant d'examiner le critère du nombre minimum de cas à l'aune des données récentes produites par les HUG. A l'aune de ce qui précède, l'autorité inférieure a manifestement

abusé du large pouvoir d'appréciation que lui confère son devoir d'assurer une couverture nécessaire des besoins en soins MHS et a, par conséquent, enfreint le droit fédéral.

E. 13

En résumé, le Tribunal retient que l'autorité précédente, liée par les besoins prospectifs en matière de soins qu'elle a concrètement déterminés dans le cadre de son évaluation des besoins, était légalement tenue d'attribuer les mandats de prestations nécessaires à la couverture des besoins en soins de résections oesophagiennes qu'elle a évalués. Etant donné que les besoins déterminés à l'échelle nationale sont largement couverts en Suisse alémanique par les 7 mandats de prestations délivrés et qu'ils ne le sont en revanche manifestement pas en Suisse romande, le refus d'octroyer un mandat à un second prestataire situé en Suisse romande consacre un abus de son pouvoir d'appréciation par l'organe de décision MHS. En effet, l'attribution d'un seul mandat de prestations ne permet manifestement pas de garantir la couverture des besoins en soins de cette région. D'une part, pratiquement aucun flux de patients n'a été précédemment observé en Suisse romande. D'autre part, les 7 établissements hospitaliers situés en Suisse alémanique et le seul en Suisse romande ne sont pas en mesure d'absorber de futurs flux de patients en provenance de Suisse romande compte tenu de l'importante sous-couverture des besoins en Suisse romande. L'exercice de son pouvoir d'appréciation par l'organe de décision MHS se révèle particulièrement arbitraire dans la mesure où les besoins en soins en Suisse romande ont été relativisés respectivement déniés par l'instance précédente et où la partie recourante a été écartée en tant que prestataire de soins pour le seul motif qu'elle n'a pas - toujours atteint le nombre minimum de 12 cas par année requis pendant la période déterminante, ceci sans que l'organe de décision MHS veille à ce que les besoins en soins soient couverts, soit en particulier sans que l'instance précédente ait également tenu compte de l'évolution du nombre des cas traités par les HUG à partir de 2017. Compte tenu des besoins actuels et futurs avérés en résections de l'oesophage en Suisse romande, la demande d'octroi d'un mandat de prestations déposée par les HUG qui ont enregistré au cours de la période déterminante de décembre 2013 à décembre 2016 une diminution passagère du nombre de résections oesophagiennes due au remplacement d'un spécialiste en chirurgie oeso-gastrique aurait dû être examinée au regard des données disponibles les plus récentes, à plus forte raison que l'organe de décision MHS aurait également dû tenir compte de la sous-couverture régionale des besoins en soins (cf. art. 58b, al. 4, let. b, OAMal) et qu'avec un nombre minimum de 12 cas par an et par hôpital qui n'est pas statistiquement significatif, la garantie de la qualité des prestations médicales n'est pas scientifiquement démontrée. La portée absolue accordée par l'organe de décision MHS au nombre minimum de 12 cas par année et par hôpital sans tenir compte des statistiques plus récentes, nonobstant une baisse temporaire du seuil minimum de cas résultant du recrutement d'un spécialiste-remplaçant, nonobstant une sous-couverture manifeste des besoins en soins de la région, nonobstant le rôle essentiel de la partie recourante avant, après et pendant la période définie comme déterminante, constitue un exercice manifestement arbitraire et donc illégal de son pouvoir d'appréciation par l'organe de décision MHS qui ne saurait être protégé. Dans ces circonstances, il se justifie, à titre exceptionnel, de réformer les décisions litigieuses en ce sens que le mandat de prestations litigieux est accordé aux HUG.

E. 14

Il reste à statuer sur les frais et dépens.

E. 14.1

La présente procédure est soumise à des frais de justice mis à la charge de la partie qui succombe (art. 63 al. 1 PA). Dès lors que la partie recourante obtient gain de cause, il n'y a pas lieu de mettre à sa charge les frais de procédure dans le cas d'espèce, de sorte que l'avance de frais de Fr. 5'000.- lui sera restituée (TAF C-1429/2019 pce 5). Aucun frais de procédure n'est non plus mis à la charge de l'autorité inférieure (art. 63 al. 2 PA).

E. 14.2

Conformément à l'art. 64 al. 1 PA, la partie qui obtient gain de cause a droit à une indemnité pour les frais indispensables et relativement élevés qui lui ont été occasionnés. Le dispositif indique le montant des dépens alloués qui, lorsqu'ils ne peuvent pas être mis à la charge de la partie adverse déboutée, sont supportés par la collectivité ou par l'établissement autonome au nom de qui l'autorité inférieure a statué (art. 64 al. 2 PA). Compte tenu de l'issue de la procédure, la partie recourante, représentée par un avocat, a droit à une indemnité de partie à la charge de l'autorité précédente. Le mandataire n'ayant pas présenté de note de frais, l'indemnité doit être déterminée sur la base du dossier (art. 14 al. 2 2ème phrase du règlement du 21 février 2009 concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF ; RS 173.320.2]). Compte tenu de l'importance du litige et de la difficulté de la procédure à juger en l'espèce, une indemnité de partie de Fr. 6'000.- semble appropriée. L'autorité inférieure n'a, quant à elle, pas droit à des dépens (art. 7 al. 1 FITAF a contrario).

E. 15

Le présent arrêt n'est pas sujet à recours, conformément à l'art. 83 let. r de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110), étant précisé que l'art. 34 LTAF, auquel l'art. 83 let. r LTF renvoie, a été abrogé, avec effet au 1er janvier 2009, par le ch. II de la loi fédérale du 21 décembre 2007 (Financement hospitalier) et remplacé par les art. 53 al. 1 et 90a LAMal (introduits selon le ch. I de la loi fédérale du 21 décembre 2007 ; arrêt du TF 9C_110/2020 du 9 mars 2020 consid. 2 et 4 et les références citées). Il entre en force dès sa notification (arrêt du TAF C-3997/2014 du 16 décembre 2016 consid. 11 et les références citées).

E. 16

Le présent arrêt concerne en principe tous les assurés ayant leur domicile en Suisse, raison pour laquelle une publication du dispositif s'impose. L'instance inférieure est donc invitée à publier le chiffre 1 du dispositif du présent arrêt dans la Feuille fédérale. (Le dispositif figure à la page suivante.)

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