

GE_GERICHTE ATAS/1012/2018 vom 19. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1012_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1012/2018 du 19 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1012/2018 del 19 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent

A/3915/2017 - 7/14 - (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) de la défenderesse n'est pas contestée. Quant aux demanderesses, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. Par ailleurs, le cabinet de la défenderesse, qui a a priori cessé d'exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire depuis le 1er octobre 2017, était installé à titre permanent dans le canton de Genève durant l'année statistique litigieuse 2016. Partant, le tribunal de céans est compétent pour juger du cas d'espèce.

E. 2

La demande respecte les conditions de forme prescrites par l'art. 45 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS J 3 05) et les articles 64 al. 1 et 65 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RSG E 5 10) applicable par renvoi de l'art. 45 al. 4 LaLAMal, étant précisé que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ne s'appliquent pas à la procédure auprès du tribunal arbitral cantonal (art. 1 al. 2 let. e LAMal). La demande est dès lors recevable.

E. 3

Préalablement, il convient de rejeter la nouvelle demande de report d'audience formulée par la défenderesse par courrier recommandé du 13 juin 2018, dans la mesure où cette requête apparaît dilatoire. En effet, en postant cette requête le lendemain (14 juin) seulement, soit la veille de l'audience du 15 juin, la défenderesse ne pouvait ignorer que le tribunal n'aurait ainsi pas été en mesure, le cas échéant, d'annuler ladite audience à temps. La défenderesse a du reste procédé avec la même désinvolture en demandant, par courrier du 13 décembre 2017, le report de l'audience de conciliation du 15 décembre suivant. L'intéressée n'a pas non plus justifié son absence lors de l'audience du 23 mars 2018. Elle n'a pas davantage donné suite à l'invitation, répétée, du tribunal de désigner son arbitre, contraignant celui-ci à lui en nommer un d'office. Sans compter que l'attestation médicale du 13 juin 2018, qui a apparemment été établie en l'absence de la patiente qui se trouvait à l'étranger, ne permet

pas de comprendre, vu son caractère succinct, en quoi l'affection médicale dont la défenderesse est atteinte l'aurait empêchée de prendre l'avion à son retour de l'étranger. Enfin, la défenderesse a déclaré elle-même qu'elle ne souhaitait pas « prendre position contre les accusations faites à (son) encontre », tout en se limitant néanmoins à affirmer que celles-ci étaient « infondées » (courrier du 7 février 2018). Dans ces conditions, on doit admettre que le refus du tribunal de convoquer une nouvelle fois une audience de comparution personnelle ne porte pas atteinte au droit d'être entendue de la

A/3915/2017 - 8/14 - défenderesse, étant au demeurant rappelé que l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (ATF 134 I 140 consid. 5.3).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si la restitution de CHF 76'284.- réclamée par les différentes caisses-maladie concernées, à raison de traitements jugés non économiques prodigués par la défenderesse et remboursés par l'assurance obligatoire des soins en 2016, est fondée. 5.1 De jurisprudence constante, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'assureur-maladie a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement des prestations (cf. art. 25 al. 2 LPGA). Le délai de péremption commence à courir au moment où la statistique des factureurs (RSS ; Rechnungssteller-Statistik) de SantéSuisse est portée à la connaissance des assureurs-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 du 15 décembre 2010, consid. 2.3 non publié à l'ATF 136 V 415 ; ATF 103 V 145 consid. 4). Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Si la demande de restitution a été formulée dans les délais, la péremption est définitivement exclue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2). Là où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire et où, par conséquent, une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est sauvegardé par un acte préalable par lequel le créancier (assureur-maladie) fait valoir de manière appropriée sa créance (en restitution des prestations) contre le débiteur (fournisseur de prestations) (ATF 133 V 579 consid. 4). Le canton de Genève connaît une tentative obligatoire de conciliation préalable par le dépôt d'une requête devant le Tribunal arbitral, si bien qu'un acte du droit de la poursuite ou une simple missive adressée au fournisseur de prestations ne permet pas, a contrario, de sauvegarder le délai de péremption (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 5 précité). S'agissant du point de départ du délai de péremption d'une année, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'était a priori pas arbitraire d'admettre que la date à laquelle les caisses ont eu connaissance des statistiques des factureurs correspond à celle de la "préparation des données" figurant sur ces mêmes statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 précité consid. 2.3). 5.2 In casu, SantéSuisse a déposé le 20 septembre 2017 sa requête devant le tribunal de céans, tendant au paiement de CHF 76'284.- pour l'année statistique 2016, en se fondant sur les statistiques pour 2016, préparées le 17 juillet 2017. Dans l'intervalle, elle a renoncé à réclamer le remboursement de CHF 108'437.- pour l'année statistique 2015. Force est ainsi d'admettre que les demanderesses ont fait valoir en temps utile leur créance en restitution litigieuse, au sens de la jurisprudence précitée.

A/3915/2017 - 9/14 -

E. 5

Il convient d'examiner maintenant si, comme le soutiennent les demanderesse, la facturation de la défenderesse pour l'année 2016 litigieuse relève de polypragmasie. 6.1 Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépasse cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort. L'obligation de restitution fondée sur l'art. 56 al. 2 LAMal ne peut englober que les coûts directement liés à la pratique du médecin (y compris les médicaments délivrés par lui ; ATF 137 V 43 consid. 2.5.1 - 2.5.5). L'exclusion des coûts indirects de l'obligation de restitution ne modifie en rien la pratique selon laquelle l'examen du caractère économique de la pratique médicale doit se faire sur la base d'une vision d'ensemble (au sens de l'ATF 133 V 37). En effet, une part plus importante que la moyenne de prestations directement délivrées par le médecin par rapport aux prestations déléguées peut s'expliquer par une pratique médicale spécifique pouvant justifier des surcoûts (ATF 137 V 43 consid. 2.5.6). Ainsi, il convient de prendre en considération pour l'examen de l'économicité l'indice de l'ensemble des coûts, à savoir aussi bien les coûts de traitement directs que de traitements indirects (coût des médicaments et autres coûts médicaux occasionnés par le médecin auprès d'autres fournisseurs de prestations), lorsque l'ensemble des coûts est inférieur aux coûts directs. Toutefois, lorsqu'il existe des indices concrets que les coûts inférieurs dans un domaine sont dus à des circonstances extérieures sans lien de causalité avec la façon de pratiquer du médecin, il n'y a pas lieu de procéder à une prise en compte de l'ensemble des coûts (ATF 133 V 37 consid. 5.3.2 à 5.3.5). 7.2 Pour établir l'existence d'une polypragmasie (Überarztung), le Tribunal fédéral admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (ATFA non publié K 6/06 du 9 octobre 2006, A/2819/2006 consid. 4.1 ; ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1; ATF 119 V 448 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (arrêt K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.1 non publié in ATF 133 V 37; arrêt K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.1 non publié in ATF 130 V 377; arrêt du Tribunal fédéral 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3.3). La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables (ATFA K 6/06 du 9 octobre 2006, consid. 4.2). Cette méthode est concluante et peut servir comme moyen de preuve, si les caractéristiques essentielles des pratiques comparées sont similaires, si le groupe de comparaison compte au moins dix médecins, si la comparaison s'étend sur une période suffisamment longue et s'il est pris en compte un nombre assez important de cas traités par le médecin contrôlé . Il y a donc polypragmasie

A/3915/2017 - 10/14 - lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin à une caisse maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles des autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coûts (ATF 119 V 448 consid. 4b ; arrêt K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.2, non publié in ATF 133 V 37 ; arrêt 9C_968/2009 du 15 décembre 2010 consid. 5.3 non publié aux ATF 136 V 415 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 7.1). Pour présumer l'existence d'une polypragmasie, il ne suffit pas que la valeur moyenne statistique (indice de 100, exprimé généralement en pour

cent) soit dépassée. Il faut systématiquement tenir compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 448 consid. 4c) et, cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice limite de tolérance (RAMA 1988 n° K 761 p. 92). 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 (ATFA non publié K 6/06 du 9 octobre 2006, consid. 4.2; ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1 ; SVR 1995 KV p. 125). La marge de tolérance sert à tenir compte des particularités et des différences entre cabinets médicaux ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_167/2010 du 14 janvier 2011 consid. 3.3). Le Tribunal fédéral a réaffirmé dernièrement le caractère admissible du recours à la méthode statistique comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère économique ou non des traitements prodigués par un médecin donné (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Outre le fait que la méthode n'a jamais été valablement remise en cause (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 et 9C_649/2007 du 23 mai 2008 ; ATFA non publiés K 130/06 du 16 juillet 2007, K 46/04 du 25 janvier 2006, K 93/02 du 26 juin 2003 et K 108/01 du 15 juillet 2003) et qu'il ne s'agit pas d'une preuve irréfragable, dans la mesure où le médecin recherché en remboursement a effectivement la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de confrères appartenant à son groupe de comparaison, on rappellera que cette méthode permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité (JUNOD, Polypragmasie, analyse d'une procédure controversée in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 40-2008, p. 140 ss) par rapport à une méthode analytique coûteuse, difficile à réaliser à large échelle et mal adaptée lorsqu'il s'agit de déterminer l'ampleur de la polypragmasie et le montant à mettre à charge du médecin (ATF 99 V 193 consid. 3 ; JUNOD, op. cit. p. 140 ss). On rappellera encore que la méthode statistique comprend une marge de tolérance qui permet de prendre en considération les spécificités d'une pratique médicale et de neutraliser certaines imperfections inhérentes à son application (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Selon la jurisprudence, les particularités suivantes liées à la pratique médicale du médecin peuvent justifier un coût moyen plus élevé : une clientèle composée d'un nombre plus élevé que la moyenne de patients nécessitant souvent des soins

A/3915/2017 - 11/14 - médicaux (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), un nombre plus élevé de la moyenne de visites à domicile et une très grande région couverte par le cabinet (SVR 1995 p. 125 consid. 4b), un pourcentage très élevé de patients étrangers (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), une clientèle composée d'un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (ATFA non publié K 152/98 du 18 octobre 1999) ou le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004) ou encore l'emploi d'appareils spéciaux, puissants et coûteux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_121/2012 du 22 août 2012 consid. 3.2.2). Pour une énumération des particularités justifiant une telle pratique, voir aussi arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.3, non publié in ATF 130 V 377; K 9/99 du 29 juin 2001 consid. 6c). 7.3 Dans la mesure où la méthode statistique consiste en une comparaison des coûts moyens, dont le second terme repose sur des données accessibles seulement aux assureurs maladie et à leur organisation faîtière, le médecin recherché en restitution doit avoir la possibilité de prendre connaissance des données mentionnées pour être à même de justifier les spécificités de sa pratique par rapport à celle des médecins auxquels il est comparé, faute de quoi son droit d'être entendu est violé. L'accès aux données des deux termes de la comparaison permet également aux

autorités arbitrales et judiciaires amenées à se prononcer d'exercer leur contrôle (ATF 136 V 415 consid. 6.3.1). A cet égard, les droits du médecin recherché pour traitements non économiques ont été renforcés. C'est ainsi qu'en plus des informations dont il a la maîtrise dans la mesure où elles résultent de sa propre pratique, le médecin considéré doit avoir accès à ses propres données traitées par Santésuisse, ainsi qu'à certaines données afférentes aux membres du groupe de comparaison, soit le nom des médecins composant le groupe de référence et, sous forme anonymisée, la répartition des coûts pour chaque médecin du groupe de comparaison, à savoir les mêmes données anonymisées que celles produites par Santésuisse le concernant pour chacun des médecins du groupe mentionné (« données du pool de données Santésuisse ») (ATF 136 V 415 consid. 6.3.2 et 6.3.3).

7.4 Contrairement à la méthode statistique qui s'appuie essentiellement sur la comparaison chiffrée des médecins, la méthode analytique entre dans le détail de la pratique du médecin soupçonné de polypragmasie (JUNOD, op. cit., p. 137). Lorsque le tribunal arbitral décide d'appliquer cette méthode, il ordonne la sélection d'un nombre représentatif de dossiers du médecin concerné (RAMA 1987 p. 349 s). Le tribunal décide s'il examine lui-même ces dossiers ou s'il les confie à un ou plusieurs médecins mandatés à titre d'expert. L'expert examine en détail le contenu des dossiers afin de déterminer si chaque décision du médecin était correcte dans le cas particulier. Le médecin mis en cause doit généralement soutenir activement le travail de l'expert. Il a ainsi l'opportunité de discuter les cas considérés a priori douteux par l'expert et d'apporter ses justifications (ATFA non publié K 124/03 du A/3915/2017 - 12/14 - 16 juin 2004, consid. 6 et 7 ; ATFA non publié K 130/06 du 16 juillet 2007, consid. 5; JUNOD, op. cit., p. 138 ; ATAS/1118/2012 précité, consid. 11e).

7.5 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

E. 8

En matière de polypragmasie, le Tribunal arbitral établit les faits d'office et apprécie librement les preuves (art. 45 al. 3 LaLAMal).

E. 9

En l'occurrence, afin de s'opposer aux prétentions des demanderesse pour l'année litigieuse 2016, la défenderesse s'est limitée à faire valoir que les « accusations » formulées contre elle était « infondées », sans préciser en quoi la nature particulière de sa patientèle engendrerait dans son cas personnel des coûts plus élevés que la normale. En particulier, elle n'a pas mentionné qu'elle ferait usage de méthodes médicales particulières ou qu'elle aurait eu recours à du matériel médical spécifique. Rien n'indique par ailleurs que les

pathologies traitées différencieraient fondamentalement de celles de ses collègues figurant dans son groupe de comparaison. On ne peut pas non plus affirmer que les coûts directs engendrés par la recourante (indice de 214) seraient compensés par des coûts indirects moindres (indices de 119). Faute d'arguments concrets plaidant en faveur de l'application de la méthode analytique, il y a donc lieu de confirmer l'application de la méthode statistique en l'espèce.

E. 10

Dans la mesure où le dossier ne contient aucun élément permettant de justifier un coût statistique moyen plus élevé et, partant, l'admission d'une marge supplémentaire ajoutée à la marge de tolérance de 130% retenue par Santéuisse en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant réclamé de CHF 76'284.- à titre de dépassement en coûts directs pour 2016, lequel a été calculé correctement, compte tenu d'un indice de 214 et d'un chiffre d'affaires de CHF 194'342.- réalisé cette année-là [$194'342 - (194'342 \times 130 : 214)$].

E. 11

Il conviendra dès lors de condamner la défenderesse à restituer CHF 76'284.- aux demanderesses pour l'année 2016.

A/3915/2017 - 13/14 -

E. 12

La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 LaLAMal, les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (cf. art. 46 al. 2 LaLAMal).

E. 13

Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 1'500.- et les frais du tribunal par CHF 2'905.- seront mis à la charge de la défenderesse (art. 46 al. 1 LaLAMal).

A/3915/2017 - 14/14 -

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