

GE_GERICHTE ATAS/1119/2010 vom 5. November 2010

GE Cour de justice, 2010-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1119_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1119/2010 du 5 novembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1119/2010 del 5 novembre 2010

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 (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) des physiothérapeutes n'est pas contestée. On spécifiera toutefois - pour faire suite aux remarques formulées par l'assureur dans ses dernières écritures - que la partie demanderesse, agissant par l'intermédiaire du cabinet X _____, est constituée des deux physiothérapeutes Z _____ et C _____. Certes, les factures émises par la première des deux prénommées ont été intégralement acquittées au tarif le plus élevé (correspondant à celui dont l'application est requise) et la cause pourrait apparaître sans objet à son propos. Cela étant, dans la mesure où l'issue du présent litige peut avoir une influence sur lesdites factures, dans le sens où l'assurance pourrait cas échéant demander le remboursement d'un trop perçu, ainsi qu'au vu de la possibilité, évoquée par X _____, que le règlement auquel a procédé MUTUEL consiste en une erreur, il y a lieu de considérer que les deux physiothérapeutes sont concernées par la procédure et ont un intérêt à agir devant la Juridiction de céans. Quant au défendeur, il entre dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise *ratione loci*, les physiothérapeutes y étant installés à titre permanent. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Doit être résolue en l'espèce la question de savoir quel est le tarif applicable aux séances de physiothérapie dispensées à Madame B _____, la question du nombre de séances annuelles n'étant pas litigieuse, vu que la défenderesse a admis un nombre de 54 séances annuelles à sec et 54 séances en piscine.

A/4563/2008 - 11/17 -

E. 3

Le 1er septembre 1997, la Fédération suisse des physiothérapeutes (FSP ; devenue depuis lors PHYSIOSWISS), le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS ; entre-temps devenu SANTESSUISSE), la Commission des tarifs médicaux LAA, l'assurance-invalidité et l'Office fédéral de l'assurance-militaire ont conclu une convention tarifaire (ci-après : la

convention). Cette convention a notamment pour but de régler les modalités de rémunération des prestations. La convention instaure (dans ses dispositions d'exécution), le système du tiers payant prévu par l'art. 42 al. 2 LAMal, en ce sens que le débiteur des physiothérapeutes pratiquant à charge de l'assurance obligatoire des soins (notamment) pour les prestations visées par la convention est l'assureur conventionné concerné. La convention en question s'étend à toutes les prestations fournies aux assurés par les physiothérapeutes en vertu de l'art. 43 LAMal (notamment) ; en sont expressément exclues les prestations non prises en charge et les séances manquées (art. 3 dispositions d'exécution). Il est constant que les parties à la procédure ont adhéré à la convention précitée.

E. 4

a) Le système du tiers payant (par opposition au système du tiers garant) est prévu à l'art. 42 al. 2 LAMal ; il en découle qu'assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur. Ce système est particulièrement avantageux pour le patient lorsque les montants à payer sont élevés, comme en cas d'hospitalisation par exemple. En cas de traitement hospitalier notamment, les conventions tarifaires prévoient, en règle ordinaire, un système de tiers payant conditionnel afin de permettre à l'assureur de vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont remplies : l'assureur dispose d'un certain délai, fixé dans la convention, pour signifier son refus de rembourser directement le fournisseur une prestation, si les conditions requises ne sont pas remplies (cf. arrêt non publié du TF du 12 août 2005, K 145/05, consid. 5.2 et les citations). Dans le cas d'espèce, la convention liant les parties ne prévoit aucun délai en faveur de l'assureur pour vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont réalisées et, éventuellement, refuser de rembourser directement le fournisseur de prestations. En principe donc, l'assureur apparaît tenu de rembourser les soins obligatoirement assurés et prodigués par un physiothérapeute.

A/4563/2008 - 12/17 - b) Selon l'accord, le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale et de ses connaissances professionnelles ; son choix est toutefois limité en ce sens qu'il doit tenir compte des critères d'économicité et d'efficacité (cf. Tarif, Généralités). Aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral a eu l'occasion de le relever à propos de l'art. 23 LAMA, dont le contenu était similaire, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui pourraient être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in : Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne

concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 95 consid. 2b et la jurisprudence citée). Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 n° KV 6 p. 12 consid. 7). Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal, cette dernière attribue un rôle important aux médecins-conseils des assureurs (cf. Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 172). A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale consacré à l'art. 57 LAMal. Il est notamment compétent pour donner son avis à l'assureur, en toute indépendance de celui-ci ainsi que des fournisseurs de prestations, sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs ; il examine en particulier si les conditions de la prise en charge d'une prestation sont remplies. Son rôle vise entre autres à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (sur le rôle du médecin-conseil, voir : EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, nos 1 ss ad art. 57 notamment). c) Contrairement à ce qui prévaut en matière de contrôle pour la rémunération d'un traitement et de soins en milieu hospitalier (cf. arrêt du TF du 21 mars 2001, K 87/00, consid. 2e) ou ce qui serait souhaitable lors de traitements médicamenteux coûteux pour lesquels la prescription ou la remise de médicaments abusive ne peut être exclue (arrêt du TF publié in RAMA 1984 n° K 566 p. 30 consid. 3b et c),

A/4563/2008 - 13/17 - l'efficacité du contrôle portant sur le caractère économique ne postule pas que ce dernier soit exercé préalablement au traitement, dans la mesure où il est limité, comme en l'espèce, à la détermination de la position tarifaire applicable. En effet, dès lors que tant la nécessité du traitement dans son principe que le nombre de séances ne sont pas litigieux, le contrôle de l'assureur, respectivement de son médecin-conseil, peut intervenir a posteriori. Une telle façon de faire ne crée pas de risque particulier pour le patient, la différence éventuelle de frais qui pourrait au final être mise à sa charge si le prestataire de soins venait à lui réclamer la différence entre le tarif admis par l'assureur et celui facturé n'étant pas d'une importance telle qu'elle pourrait causer des désagréments insurmontables sur le plan financier. d) Cela étant, il reste à se prononcer sur la position tarifaire applicable au cas d'espèce, c'est-à-dire trancher la question de savoir si le traitement de physiothérapie dispensé remplit les conditions de la position 7301 (forfait pour la physiothérapie générale) ou 7311 (forfait pour kinésithérapie complexe). d/aa) Aux termes du tarif annexé à la convention tarifaire et faisant partie intégrante de celle-ci, la position 7301 est décrite comme suit : « Forfait par séance pour physiothérapie générale (p. ex. kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies selon position 7320) : cette position tarifaire couvre tous les traitements uniques ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340. La physiothérapie générale comprend les méthodes de traitement suivantes : kinésithérapie (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à traiter l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine) ; massage manuel et kinésithérapie ; massage local ou général ; massage du tissu conjonctif ; massage réflexogène ; extensions vertébrales ; bains électriques ; massage au jet sous l'eau ; massage sous l'eau ; bains hyperthermiques ; douches médicales et bains médicaux ;

inhalations d'aérosols. La position 7301 comprend en outre : les combinaisons physiothérapie générale - électrothérapie ou thermothérapie ; la combinaison physiothérapie générale - instruction en cas de location d'appareils ». Il découle de ce texte que la position 7301 est applicable par défaut, soit lorsque, notamment, la position 7311 ne saurait être employée. d/bb) Quant à la position 7311, elle est décrite de la façon suivante : « Forfait par séance pour kinésithérapie complexe : kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale) ; traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies

A/4563/2008 - 14/17 - concomitantes ; thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire. Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications ». Le texte de la convention a pour but de limiter l'utilisation de la position tarifaire 7311 à des cas particuliers, dont la liste n'est toutefois pas exhaustive. d/cc) Pour que l'application de la position 7311 soit reconnue, il faut - à l'exclusion des cas de troubles graves de la fonction pulmonaire qui n'entrent pas en considération au cas d'espèce - que non seulement il y ait kinésithérapie complexe, mais que de surcroît la personne assurée soit atteinte de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires, de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles, présente un polytraumatisme accidentel, ait subi plusieurs interventions chirurgicales ou présente les symptômes de plusieurs maladies. Or, la description faite par la convention de la position litigieuse ne comporte pas de définition de la notion de kinésithérapie complexe. Une telle définition ressort toutefois de la version allemande de la convention tarifaire, dont le texte a valeur prépondérante (cf. remarque préliminaire à la convention tarifaire). En effet, sous le chiffre 7311, cette dernière parle de « aufwendige Bewegungstherapie », soit de thérapie par le mouvement (kinésithérapie) nécessitant un investissement important. Cet investissement important est consacré par les exemples donnés dans le tarif, auxquels s'applique la position 7311, à savoir des cas requérant plus de temps et d'énergie pour le traitement que les pathologies ordinaires (multiplicité des membres à soigner, des atteintes, des traumatismes ou sévérité de l'atteinte dans des circonstances pénibles qui, par définition, demanderont au thérapeute de consacrer plus de temps à son patient). La distinction établie entre la position 7301 et la position 7311 repose donc sur la volonté des parties à la convention de dédommager le physiothérapeute qui, eu égard à l'affection dont est atteint la personne assurée, doit consacrer plus de temps à celle-ci qu'à un patient « ordinaire ». Dans le cas d'espèce, l'assurée est atteinte d'un syndrome de Little. Cette affection - qui peut également être dénommée diplégie crurale ou rigidité spasmodique congénitale des membres - est caractérisée par une paraplégie spasmodique, apparaissant dès les premiers mois de la vie chez des enfants venus au monde avant terme ou en état d'asphyxie, ou par un accouchement difficile. Elle est due à des lésions cérébrales ; c'est une diplégie cérébrale infantile et elle entre dans le cadre des encéphalopathies infantiles (cf. GARNIER DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 25^{ème} éd., Paris 1998). Il s'agit donc d'une infirmité motrice cérébrale (cf. dictionnaire LAROUSSE). Les troubles moteurs (spasticité et parésie notamment) atteignent tous les membres, mais principalement les membres inférieurs. En outre, il est constant que l'intéressée présente un handicap rendant les conditions de trai-

A/4563/2008 - 15/17 - tement difficiles (cf. p. ex. aide impérative pour l'habillage et le déshabillage, les transferts). Les thérapeutes, ainsi que le médecin traitant de l'intéressée ont décrit les problèmes rencontrés par leur patiente et les soins qu'il était nécessaire de lui prodiguer, afin d'éviter une aggravation de la pathologie. En particulier, les physiothérapeutes ont exposé qu'il fallait compter une heure de séance pour effectuer le traitement, alors qu'une séance ordinaire n'était que de 30 minutes. Ni l'assureur ni ses médecins-conseil n'ont contesté le diagnostic retenu ou le traitement prodigué, de sorte que le Tribunal a finalement renoncé à mettre en œuvre l'expertise neuro- logique qui était envisagée. Le défendeur a principalement forgé son argumentation sur le fait que l'application de la position tarifaire 7311 relèverait du traitement dit « intensif », au contraire de la position 7301. Or, tel n'est manifestement pas le cas. La tarification particulière instituée par le chiffre 7311 a pour but de prendre en considération le surplus de temps dévolu à la thérapie qui se révèle par ailleurs complexe (eu égard au nombre de parties du corps devant être traitées, à l'aide et à l'assistance devant être apportées à la personne soignée et/ou à la prise en compte de plusieurs facteurs interagissant entre eux et compliquant par-là le choix des méthodes thérapeutiques). Le défendeur a encore fait valoir que si le traitement pouvait être adapté (ce qui n'est nullement contesté), il devait alors être possible d'adapter aussi le tarif. Cette remarque tombe à faux dans le cas d'espèce. En effet, les affections justifiant les séances de physiothérapie n'ont pas subi de modification sensible, au contraire. On ne voit donc pas ce qui permettrait de procéder à une modification de la tarification. Tel ne serait par contre pas le cas, par exemple, d'un patient polytraumatisé dont l'ensemble des atteintes auraient guéri, à l'exception d'une seule qui demanderait encore à être traitée. En effet, en pareil cas, la personne assurée ne devrait plus être considérée comme un polytraumatisé au sens de la convention. Il suit de ce qui précède que dans le cas d'espèce, les critères déterminants pour l'application de la position 7311 sont remplis. Non seulement l'assurée concernée est atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, mais le traitement qui doit lui être dispensé consiste en une kinésithérapie des quatre membres, une correction de positions déviantes, de la proprioception pour maintenir les fonctions d'équilibre, des exercices de marche, et un traitement (ponctuel) antidouleur et anti-inflammatoire, entre autres. On ajoutera encore que les soins sont prodigués dans des conditions difficiles au sens de la convention, puisque l'assurée ne peut assumer elle-même une grande partie des actes de la vie courante. Dans ces circonstances, c'est à tort que le défendeur a refusé d'appliquer la position 7311 pour le remboursement des séances de physiothérapies dispensées par les physiothérapeutes. La demande sera par conséquent admise.

E. 5

La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 LaLAMal ; J 3 05).

A/4563/2008 - 16/17 - Les frais du Tribunal, par 2'800 fr., et un émolument de 3'000 fr. seront mis à la charge du défendeur, qui succombe. Le demandeur n'étant pas représenté par un mandataire professionnellement qualifié, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, qui ne sont au demeurant pas demandés.

A/4563/2008 - 17/17 -