

GE_GERICHTE ATAS/1232/2011 vom 9. Dezember 2011

GE Cour de justice, 2011-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1232_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1232/2011 du 9 décembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1232/2011 del 9 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

L'objet du litige est la question de savoir si la pratique du défendeur, pendant les années 2004 à 2006, est conforme au principe de l'économicité, ainsi que si et dans quelle mesure les demanderessees sont habilitées à réclamer l'éventuel trop perçu.

E. 2

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 au sens de cette loi.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Le même délai s'applique aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 579 p. 582 consid. 4.1).

A/2801/2006 - 16/24 - b) Le défendeur persiste à considérer qu'il n'est pas établi que les demandes ont été introduites dans l'année dès la connaissance des statistiques le concernant, conformément à l'art. 25 al. 2 LPGA. Toutefois, cette question a déjà été examinée au consid. 2.3 de l'arrêt du 15 décembre 2010 du Tribunal fédéral rendu dans la présente cause. Notre Haute Cour a notamment retenu qu'aucune des pièces du dossier ne permettait d'évoquer sérieusement l'hypothèse suggérant que les dates en question auraient été manipulées par SANTESUISSE, et que le défendeur n'avait avancé aucun élément concret pouvant rendre vraisemblable une telle éventualité. Le défendeur n'ayant fourni aucune nouvelle information ou pièce permettant de douter des dates auxquelles les statistiques ont été communiquées aux assureurs, il n'y a pas lieu de réexaminer cette question. Il doit par conséquent être admis que le délai d'une année pour introduire les demandes a été respecté.

E. 4

Selon l'art. 56 al. 2 let. a LAMal ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou, conformément à l'art 89 al. 3 LAMal, l'assureur dans le système du tiers garant. Selon la jurisprudence en la matière, il s'agit de l'assureur qui a effectivement pris en charge la facture. Par ailleurs, les assureurs, représentés le cas échéant par leur fédération, sont habilités à introduire une action collective à l'encontre du fournisseur de prestations, sans spécifier pour chaque assureur les montants remboursés (ATF 127 V 286 consid. 5d).

Néanmoins, la prétention en remboursement appartient à chaque assureur-maladie, raison pour laquelle il doit être mentionné dans la demande, ainsi que dans l'arrêt (RAMA 2003, p. 221). Lorsqu'un groupe d'assureurs introduit une demande collective, il ne peut dès lors réclamer que le montant que les membres de ce groupe ont payé. Il n'est pas habilité d'exiger le remboursement d'un montant que d'autres assureurs, lesquels ne sont pas représentés par ce groupe, ont pris en charge.

E. 5

La question de la qualité pour agir des demanderesse a déjà été jugée par le Tribunal fédéral dans l'arrêt rendu dans cette cause (cf. consid. 3). Toutefois, dès lors qu'une instruction complémentaire a eu lieu concernant ce point, le Tribunal de céans en tiendra compte. a) Pour l'année 2004, il convient de constater que les demanderesse suivantes ont remboursé aux patients du défendeur la somme de 108'886 fr. Il s'agit de la CSS ASSURANCE, de PROVITA GESUNDHEITSVERSICHERUNG AG, de la KPT/CPT CAISSE-MALADIE, de SANITAS, d'ASSURA et d'HELSANA. Or, les demanderesse ont réclamer, dans le cadre de la première demande, la restitution de la somme de 165'134 fr. La somme remboursée par les demanderesse aux patients du défendeur ne représentant que 66 % du total de 165'134 fr., elles n'ont

A/2801/2006 - 17/24 - ainsi la légitimation active pour réclamer que ce pourcentage du montant éventuellement dû en raison d'une polypragmasie.

S'agissant du GROUPE MUTUEL, il convient de relever qu'il ne constitue pas une assurance autorisée à pratiquer l'assurance-maladie, mais une association d'assureurs. Partant, ce groupe n'a pas la légitimation active pour réclamer l'éventuel trop-perçu en raison d'une pratique médicale non économique. Enfin, il y a lieu de constater que les caisses-maladie AVANEX, MOVE SYMPANY, EGK GESUNDHEITSKASSE, ÖKK SCHWEIZ et SANSAN n'ont remboursé aucune facture aux patients du défendeur en 2004. Par conséquent, leurs demandes, ainsi que celle du GROUPE MUTUEL seront rejetées.

b) En ce qui concerne la deuxième demande, il appert que les demanderesse ont pris en charge, pour les patients du défendeur, la somme de 430'697 fr., à l'exclusion des caisses-maladie faisant partie du GROUPE MUTUEL et celles non expressément mentionnées dans la demande. Cela représente 98,6 % du total des sommes de 436'690 fr. remboursées par les assureurs-maladie en 2005. L'éventuelle somme à restituer devrait donc être limitée à ce pourcentage. Les caisses-maladie suivantes n'ont rien remboursé aux patients du défendeur en 2005: AVANTIS, CAISSE MALADIE DE TROISTORRENTS, MOVE SYMPANY, CAISSE-MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CAISSE-MALADIE EOS, FONDATION NATURA ASSURANCES et PANORAMA. Leurs demandes et celles du GROUPE MUTUEL sont par conséquent infondées.

c) En 2006, les demanderesse ont remboursé aux patients du défendeur la somme de 350'505 fr., soit 96 % du coût total de 364'744 fr. Ce pourcentage constitue également la limite de la créance éventuelle de restitution.

E. 6

Le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise comptable, afin d'établir, par une liste nominative des patients, une comparaison de la comptabilité interne de son cabinet et de celle de SANTESUISSE.

Toutefois, comme le Tribunal de céans l'a déjà expliqué dans son premier arrêt rendu dans la présente cause (consid. 9b), le chiffre d'affaires ressortant des statistiques et celui du cabinet du médecin en cause sont forcément différents, n'ayant pas été établis sur les mêmes bases. En effet, le chiffre d'affaires du cabinet repose sur la totalité des sommes facturées durant une année, ou du moins encaissées, tandis que le chiffre ressortant des statistiques prend en considération la totalité des factures adressées aux assureurs-maladie et relevant de l'assurance obligatoire des soins. Par conséquent, il n'y a aucun intérêt à établir par une expertise le chiffre d'affaires précis du cabinet du défendeur, qui n'est du reste pas mis en doute, et celui des factures transmises aux assureurs-maladie.

A/2801/2006 - 18/24 -

E. 7

Le défendeur réclame également la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire, afin d'évaluer sa pratique médicale par un examen analytique. a) Cependant, le Tribunal fédéral a encore rappelé, dans son arrêt du 15 décembre 2010, qu'il admet depuis longtemps le recours à la méthode statistique comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère économique ou non des traitements prodigués par un médecin et qu'il n'entend pas modifier sa pratique. Il n'a ainsi pas constaté une violation du droit d'être entendu en ce que le Tribunal arbitral a refusé de mettre en œuvre une expertise analytique, comme l'a fait valoir le défendeur dans le cadre du recours devant notre Haute Cour. b) Il convient également de relever que les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits, en vertu de l'art. 22 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10). L'autorité peut aussi inviter les parties à la renseigner, notamment à se prononcer sur les faits constatés ou allégués, selon l'art. 24 al. 1 LPA. La maxime d'office n'implique ainsi pas que l'autorité saisie doive établir seule les faits. L'instruction repose aussi sur la coopération des parties. Par ailleurs, selon la jurisprudence, le médecin faisant l'objet d'une procédure en remboursement en raison d'une polypragmasie, doit établir par des exemples concrets pourquoi une certaine catégorie de ses malades engendrerait un surcoût. Il ne suffit pas de l'affirmer, de requérir l'intervention d'un expert ou de produire une liste de patients. Il appartient au contraire au médecin de rendre vraisemblable que sa pratique diffère fondamentalement de celle des autres médecins composant son groupe (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4.6.2 et 4.7.3). Or, une collaboration du défendeur fait en l'occurrence défaut, dès lors qu'il n'a fourni pas même un début de preuve de ses allégués. Il est à cet égard à rappeler qu'il a essentiellement soutenu qu'il soignait beaucoup de patients pour des dépressions. Ces patients représenteraient 60% de sa clientèle. Le défendeur a fait également valoir qu'il traitait beaucoup de maladies chroniques, des lésions cutanées chroniques, des œdèmes pulmonaires, des maladies rhumatismales chroniques, des diabétiques, des troubles pulmonaires, des traumatismes divers, des examens ORL et ophtalmologiques. Cependant, il n'avance aucun élément concret pour établir que ces traitements sont particulièrement coûteux. Par ailleurs, contrairement à ce que le défendeur a allégué dans le cadre du recours devant notre Haute Cour, il est tout à fait possible de fournir au Tribunal les éléments concernant les pathologies les plus fréquentes ou les plus coûteuses, sans violer le secret médical. Ces informations peuvent en effet être données sous forme anonymisée. Enfin, si le défendeur tenait tellement à la mise en œuvre d'une expertise analytique et était même disposé à en assumer les frais, il lui aurait été loisible de la faire réaliser à ses frais et de la produire dans la présente procédure.

A/2801/2006 - 19/24 - La collaboration des parties étant exigible et celle du défendeur faisant en l'occurrence totalement défaut, il ne saurait être considéré qu'il y a un renversement du fardeau de la preuve. Partant, le Tribunal de céans n'entrera pas en matière sur la requête du défendeur d'ordonner une expertise judiciaire.

E. 8

Conformément à l'injonction faite par le Tribunal fédéral, le Tribunal de céans a ordonné la production des statistiques pour chaque médecin des groupes de comparaison, sous forme anonymisée, ainsi que des noms des médecins composant ces groupes. Les demanderesse ont fourni ces données. Toutefois, le défendeur n'en a tiré aucun nouveau moyen.

E. 9

En ce qui concerne les factures non encaissées, il ne peut en être tenu compte dans le cadre des procédures de restitution fondées sur une polypragmasie, seuls les montants facturés par le médecin aux assurés étant déterminants (EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, p. 285 n. 842). Par ailleurs, le fait qu'une facture soit impayée ne signifie pas automatiquement que le médecin ne pourra jamais l'encaisser. Tant qu'elle n'est pas enregistrée comme une perte sur débiteurs, elle constitue une source de revenu sous forme d'une créance, indépendamment du fait que l'assureur- malade a dû rembourser la facture à son assuré et qu'il a de ce fait subi un dommage. Enfin, le défendeur n'a pas établi quel pourcentage de son chiffre d'affaires du cabinet, selon sa comptabilité, représentent les factures impayées pour les années 2004 à 2006.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans maintient le calcul de la polypragmasie effectué dans son arrêt du 18 septembre 2009. a) Il résulte en l'espèce des statistiques RSS relatives à l'année 2004 que l'indice total des coûts directs et indirects par malade du défendeur était de 190 par rapport à la moyenne de 100. Comme relevé ci-dessus, c'est cet indice qu'il convient de prendre en considération pour la détermination des sommes facturées en trop en violation du respect du principe de l'économicité, dans la mesure où il est plus favorable que l'indice des seuls coûts directs par patient qui était de 208 en 2004. Ainsi, il y a lieu de déterminer, pour ce calcul, le coût par malade du défendeur à 190 % de la moyenne des seuls coûts directs par malade du groupe de comparaison, laquelle était de 468 fr. 70 fr. Le calcul de la polypragmasie s'établit ainsi de la façon suivante : Moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison (indice 100) Fr. 468,70 Coût par malade du défendeur (indice 190) Fr. 871,50

A/2801/2006 - 20/24 - Nombre de malades du défendeur: 446 Facturation par rapport au coût moyen : $446 \times 468,70 \text{ Fr.} = 209'040,20$ 30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet

Fr. 62'712,- Total admis

Fr. 271'752,20 Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 190 ($446 \times 871,50$)

Fr. 388'689,- Différence

Fr. 116'936,80 b) Des statistiques de l'année 2005 résulte que le défendeur a un indice de 166 en ce qui concerne les coûts totaux. Dès lors que son indice des coûts directs était supérieur (184), il y a lieu à nouveau de prendre en considération l'indice des coûts totaux.

Le coût par malade du défendeur doit ainsi être établi, pour ce calcul, à 166% de la moyenne des seuls coûts directs par malade du groupe de comparaison, laquelle était de 514 fr. 60 en 2005. Le calcul de la polypragmasie se présente ainsi comme suit:

Moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison (indice 100) Fr. 514,60 Coût par malade du défendeur (indice 166) Fr. 854,20 Nombre de malades du défendeur: 457

Facturation par rapport au coût moyen : $457 \times 514,60$ Fr. 235'172,20 30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet

Fr. 70'551,70 Total admis

Fr. 305'723,90 Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 166 ($457 \times 854,20$)

Fr. 390'369,40 Différence

Fr. 84'645,50 c) Pour 2006, Santésuisse a pris en considération l'indice des coût totaux ANOVA de 208. Selon les statistiques RSS, l'indice des coûts totaux par malade du défendeur étaient de 189. Dans la mesure où il faut admettre que les statistiques constituent certes un instrument valable pour procéder à la comparaison des médecins avec les confrères de leur groupe, mais où elles ne peuvent néanmoins pas prendre en considération la totalité des différences d'un médecin à l'autre, le

A/2801/2006 - 21/24 - Tribunal de céans est de l'avis qu'il y a lieu d'appliquer l'indice le plus favorable des statistiques ANOVA et RSS. Il résulte par ailleurs des statistiques RSS de 2006 que l'indice des coûts directs du défendeur était moins élevé que celui des coûts totaux. Il était en effet de 177. Au vu de ce qui a été exposé ci-dessus, il y a dès lors lieu de prendre en compte cet indice, et non pas celui des coûts totaux. Quant à la moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison 2006, il sied de se fonder également sur les statistiques RSS, l'indice en résultant étant plus favorable. Dans la mesure où le total des coûts directs par malade du défendeur était de 930 fr. 50 et qu'il avait un indice de 177, la moyenne des coûts par malade du groupe s'établit à 525 fr. 70 ($930,50 : 177 \times 100$). Ainsi, le calcul de polypragmasie s'établit comme suit: Moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison (indice 100) Fr. 525,70 Coût par malade du défendeur (indice 177) Fr. 930,50 Nombre de malades du défendeur: 392 Facturation par rapport au coût moyen : $392 \times 525,70$ Fr. 206'074,40 30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet

Fr. 61'822,30 Total admis

Fr. 267'896,70 Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 177 ($392 \times 930,50$)

Fr. 364'756,- Différence

Fr. 96'859,30

E. 11

Toutefois, dès lors que toutes les caisses-maladie qui ont remboursé des prestations aux patients du défendeur ne sont pas représentées dans la procédure, la totalité des sommes dépassant l'indice de 130 % ne peut être réclamée.

Ainsi, pour l'année 2004, seuls 66 % de la somme de 116'936 fr. 80 peuvent être réclamés, à savoir 77'178 fr. 30. Pour 2005, le défendeur doit restituer 98,6 % de la somme de 84'645 fr. 50, à savoir 83'460 fr. 50. En 2006, les demanderesses ne représentent que 96 % des assureurs-maladie qui ont remboursé des prestations aux patients du défendeur. Ainsi, elles ne peuvent réclamer que 96 % de la somme de 96'859 fr. 30, à savoir 92'985 fr. Le

défendeur sera ainsi condamné au paiement de la somme totale de 253'623 fr. (arrondie au chiffre entier inférieur).

A/2801/2006 - 22/24 -

E. 12

Les demandes seront donc partiellement admises, à l'exception de celles du GROUPE MUTUEL, de la première demande des caisses-maladie AVANEX, MOVE SYMPANY, EGK GESUNDHEITSKASSE, ÖKK SCHWEIZ et SANSAN, ainsi que la deuxième demande des caisses-maladie AVANTIS, CAISSE MALADIE DE TROISTORRENTS, MOVE SYMPANY, CAISSE- MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, CAISSE-MALADIE EOS, FONDATION NATURA ASSURANCES et PANORAMA. Ces dernières demandes seront rejetées.

E. 13

La procédure par devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Ainsi, les frais du Tribunal de 6'087 fr. 50 et un émolument de 3'000 fr. seront mis à la charge des demanderesses déboutées à raison de 20%, des demanderesses qui ont obtenu partiellement gain de cause à raison de 48% (60% de 80%) et du défendeur à raison de 32% (40% de 80%), les demanderesses obtenant seulement environ 40% de la somme réclamée de 625'268 fr. Les dépens seront compensés en ce qui concerne les demandes partiellement admises. Les demanderesses déboutées seront condamnées à verser au défendeur une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

A/2801/2006 - 23/24 -

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