

GE_GERICHTE ATAS/204/2026 vom 12. März 2026

GE Cour de justice, 2026-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_204_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/204/2026 du 12 mars 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/204/2026 del 12 marzo 2026

Erwägungen

E. 19

décembre 2008 (CPC - RS 272). Selon cette disposition, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et que la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a) ou que la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b). Toutefois si la demande s'écarte du contenu de l'autorisation de procéder par de nouvelles conclusions, la modification est admise en application de l'art. 227 CPC, sans qu'il soit exigé que la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (CR CPC-Denis TAPPY, ad art. 227 ch. 13). 11.2 En l'espèce, dans la mesure où SANTÉSUISSE a formulé une conclusion nouvelle, tendant à l'exclusion temporaire du défendeur de l'AOS, lors de l'audience de conciliation et ainsi avant l'autorisation de procéder, ladite conclusion peut être admise en application de l'art. 227 al. 1 CPC a contrario.

A/2558/2019 - 23/28 - 12. Aux termes de l'art. 59 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de qualité des prestations prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat font l'objet de sanctions. Celles-ci sont : a. l'avertissement ; b. la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée ; c. l'amende ; d. en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Tribunal arbitral prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs (cf. art. 59 al. 2 LAMal ; voir aussi Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 258). Il sied en effet de rappeler que les assureurs-maladie sont tenus, de par la loi, de veiller eux-mêmes à ce que les prestations allouées soient efficaces, appropriées et économiques (cf. François-X. 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 Tribunal fédéral des assurances, Berne 1992, p. 537). S'agissant de la mesure de la sanction, il convient d'appliquer le principe de proportionnalité (ATF 120 V 481 consid. 4 ; 106 V 43 consid. 5c). L'art. 59 al. 3 LAMal précise que constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles : a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 al. 1 ; b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information au sens de l'art. 57 al. 6 ; c. l'obstruction aux mesures de garantie de la qualité prévue à l'art. 58 ; d. le non-respect de la protection tarifaire visé à l'art. 44 ; e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56 al. 3 ; f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité. Selon l'art. 59 al. 1 let. d et al. 3 let. a LAMal, les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal s'exposent

ainsi, en cas de récidive, à l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'AOS. L'exclusion, temporaire ou définitive, de pratiquer à la charge de la LAMal consacre la rupture du lien de confiance qui doit exister entre les caisses-maladie et les médecins

A/2558/2019 - 24/28 - pratiquant à leur charge (ATF 120 V 481 consid. 2b). Elle doit être justifiée par des motifs importants ; par le passé de tels motifs avaient été admis notamment en cas de prolongation injustifiée de certificats d'incapacité de travail, d'établissement non conforme à la vérité ou tardif de rapports ou de notes d'honoraires, de tromperie ou de condamnation pénales (ATF 106 V 40 consid. 5a/aa, jurisprudence applicable également sous l'empire de la LAMal, arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 45/04 du 25 janvier 2006 consid. 3.2 et 3.3). Une exclusion à caractère de mesure disciplinaire est indépendante d'une procédure pénale et ne suppose pas nécessairement l'existence d'une faute qualifiée (ATF 120 V 481 consid. 2b). Le but en est notamment d'amener son destinataire à modifier son comportement pour qu'il se conforme à l'avenir aux exigences légales de sa profession ; il ne vise pas, au premier plan, à punir le médecin concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_774/2020 du 31 janvier 2022 consid. 3.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2016 du 20 avril 2017 consid. 3.4). Dans un arrêt du 25 janvier 2006 (K 45/04), le Tribunal fédéral des assurances a confirmé une exclusion de deux ans à l'encontre d'un médecin ayant fréquemment pratiqué de manière polypragmasique entre 1976 et 2001 et ayant fait l'objet d'une demi-douzaine d'arrêts. Il a tenu compte de ce que le médecin, après avoir été condamné pour polypragmasie, n'avait pas encore eu la possibilité d'adapter son comportement en conséquence et de restructurer sa pratique jusqu'à l'introduction de l'action de la caisse d'assurance-maladie portant sur l'année statistique suivante, ce qui était une condition préalable à l'imposition d'une sanction plus sévère. Le Tribunal fédéral a confirmé la suspension du droit de pratiquer à la charge de l'AOS d'une durée de six mois, compte tenu de la pratique dispendieuse de la médecin, aussi bien dans sa durée que dans son importance, ainsi que l'attitude de celle-ci qui n'entendait pas changer sa méthode de travail contraire au principe de l'économicité des prestations pour laquelle elle avait précédemment été condamnée et qui s'était désintéressée du procès en renonçant à collaborer à l'instruction de la cause (arrêt du Tribunal fédéral 9C_776/2016 du 20 avril 2017). Dans une autre affaire, le Tribunal fédéral a réduit la sanction de cinq à trois ans, s'agissant d'une situation dans laquelle le comportement du recourant avait eu des suites pénales, où la pratique dispendieuse avait porté sur une période relativement courte de 3 ans et où le recourant s'était engagé à ne plus exercer la médecine à titre indépendant dès la fin de cette période (arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2021 du 14 octobre 2022). Dans un arrêt du 3 novembre 2020, le Tribunal arbitral genevois a fixé à deux ans la durée de l'exclusion d'un médecin, qui avait certes pratiqué de manière non économique depuis 1996, mais qui avait démontré avoir pris conscience de ce que sa pratique avait été constitutive de polypragmasie (ATAS/1043/2020).

A/2558/2019 - 25/28 - Le Tribunal fédéral a confirmé, dans son arrêt 9C_776/2016 du

E. 22

septembre 2021 consid. 6.3), il a retenu qu'une exclusion de trois ans du droit de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins était disproportionnée dans le cas d'un médecin qui avait fait preuve d'une pratique dispendieuse durant trois années et pour lequel la sanction constituait dans les faits une exclusion définitive en raison de son âge avancé (77 ans). Dans la cause jugée par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 45/04 du 25

janvier 2006, une exclusion du droit de pratiquer à la charge de l'assurance a été prononcée pour une durée de deux ans, s'agissant d'un médecin dont la pratique contraire au principe de l'économicité s'était étendue sur des dizaines d'années (consid. 4.3). Comme l'intéressé avait poursuivi une pratique dispendieuse, son exclusion définitive avait été prononcée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_513/2015 du 9 décembre 2015). Dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_774/2020 du 31 janvier 2022, une exclusion d'une année a été prononcée concernant un médecin en âge avancé qui semblait avoir admis devoir changer sa pratique et se conformer aux exigences y relatives à partir de 2017, en l'absence de condamnation en restitution pour polypragmasie depuis l'année statistique 2007 – avant celle pour l'année 2016 faisant l'objet du litige. Si le fournisseur de prestations modifie sa pratique, qu'il sait ne pas être économique, au plus tard à compter de la notification de l'arrêt du Tribunal arbitral le condamnant pour polypragmasie, il n'encourt en principe pas le risque de se voir reprocher une récidive. Lorsqu'aucun arrêt pour polypragmasie n'a été rendu, les années pour lesquelles une demande de restitution n'a pas été déposée, mais au cours desquelles une pratique non économique est néanmoins avérée, sont toutefois prises en considération par la jurisprudence lors de l'examen de la sanction prévue par l'art. 59 LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_774/2020 du 31 janvier 2022). 13. En l'espèce, le défendeur a été interpellé par SANTÉSUISSE depuis 2000 en raison de ses indices trop élevés par rapport au groupe de comparaison de sa spécialité. Il n'a toutefois fait l'objet pour la première fois d'une demande en restitution pour polypragmasie que pour l'année statistique 2011, mais n'a pas été condamné, dans la mesure où il s'est avéré qu'il devait être placé dans le groupe

A/2558/2019 - 26/28 - des médecins pratiquant la médecine interne générale. Or, les indices du défendeur pour ce groupe de comparaison se situaient dans la marge admissible pour les coûts totaux en 2011, de sorte qu'une polypragmasie n'était pas présumée. Pour l'année statistique 2016, le défendeur a été condamné à restituer la somme de CHF 458'607.-, sur la base de l'indice ANOVA, par arrêt du 16 janvier 2020 du tribunal de céans (ATAS/27/2020), confirmé le 12 juin 2020 par le Tribunal fédéral. Cette procédure avait été introduite en juillet 2018. Par la suite, le défendeur a fait l'objet de demandes de restitution en raison d'une surfacturation chaque année, soit la présente procédure concernant 2017 et 2018, puis pour 2019 (procédure A/2114/2021), ainsi que pour 2020 et 2021 (procédure A/2731/2023). Il s'avère ainsi que le défendeur n'a pas changé sa pratique médicale fondamentalement depuis sa première condamnation pour l'année 2016. Toutefois, il obtient partiellement gain de cause dans la présente procédure. Par ailleurs, le défendeur a fait un effort pour l'année 2021, dans la mesure où son indice de régression des coûts totaux est descendu à 146, même si cela est toujours au-dessus de la marge admissible.

Vraisemblablement, son indice RSS aurait été dans la marge admissible de 130. Enfin, il a fermé son cabinet fin janvier 2022 et ne travaille désormais qu'à 20% dans une petite salle de consultation, selon ses dires – non contestés par les demanderesses. La fermeture de son précédent cabinet est au demeurant confirmée par ses patients. Cela étant, dans la mesure où aucune infraction ne peut être reprochée au défendeur, une exclusion de pratiquer à la charge de l'AOS, en plus de la restitution des sommes importantes au paiement desquelles le défendeur est condamné, ne se justifie pas. En effet, il a diminué de lui-même son activité médicale à partir de 2022. 14. La demande sera par conséquent partiellement admise et le défendeur condamné à la restitution de CHF 381'620.-. 14.1 La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), les frais du Tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers

(notamment indemnités de témoins, port, émoluments d'écritures), ainsi qu'un émoulement global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le Tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (art. 46 al. 2 LaLAMAL). En l'occurrence, SANTÉSUISSE obtient gain de cause à raison de 60% du total de ses conclusions de CHF 643'383.- pour 2017 et 2018. Par conséquent, les frais seront mis à sa charge à raison de 40% et à la charge du défendeur à raison de 60%. Ceux-ci comprennent, pour la totalité de la procédure, un émoulement de justice de CHF 6'000.-, les frais d'expertise de CHF 27'629.- et les frais du Tribunal de

A/2558/2019 - 27/28 - CHF 12'543.-, soit un total de 46'172.-. Ces frais seront mis à la charge du défendeur à raison de CHF 27'703.- et à la charge des demandesses à raison de CHF 18'469.-. 14.2 Le défendeur obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui est octroyée à titre de dépens. 14.3 SANTÉSUISSE réclame également des dépens. Toutefois, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, les assurances-maladie qui obtiennent gain de cause ne peuvent pas prétendre à une indemnité à ce titre dans les procédures de polypragmasie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2023 du 18 septembre 2023 consid. 7.3).

A/2558/2019 - 28/28 -

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