

## **GE\_GERICHTE ATAS/227/2008 vom 20. Februar 2008**

GE Cour de justice, 2008-02-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_227\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_227_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/227/2008 du 20 février 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/227/2008 del 20 febbraio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

a) Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), 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). b) 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) du défendeur n'est pas contestée. Quant aux demandresses, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise *ratione loci*, dans la mesure où le cabinet du défendeur y est installé à titre permanent. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

Les demandes respectent les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), lesquels s'appliquent par analogie.

A/2792/2006 - 12/18 - En ce qui concerne la recevabilité des conclusions des demandresses tendant à la constatation d'une polypragmasie, cette question est sans importance dans la présente procédure, dès lors que celles-ci ont également pris des conclusions en paiement à l'encontre du défendeur, ce qui présuppose la constatation d'une pratique non conforme au principe de l'économicité. Partant, la recevabilité des demandes sera admise.

#### **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 (ci-après LPGA), 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. Il s'agit d'une question qui doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (ATFA non publié du 24 avril 2003, cause K 9/00, consid. 2). Avant l'entrée en vigueur de la LPGA en date du 1er janvier 2003, l'art. 47 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après LAVS) était applicable par analogie pour ce qui concerne la prescription des prétentions en restitution, selon la jurisprudence (ATF 103 V 153, consid. 3). Cette disposition avait la même teneur que l'art. 25 al. 2 LPGA, de sorte que l'ancienne jurisprudence concernant la prescription reste valable. Selon cette jurisprudence, les délais

de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 119 V 433, consid. 3a). L'expiration de ce délai est empêché lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande, dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques, par devant l'organe conventionnel, l'instance de conciliation légale ou le Tribunal arbitral (RAMA 2003, p. 218, consid. 2.2.1). Le délai commence à courir au moment où les statistiques déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (ATFA non publié du 16 juin 2004, cause K 124/03, consid. 5.2). b) En l'espèce, les statistiques de Santésuisse concernant l'année 2004 ont été portées à la connaissance des demanderesses au plus tôt le 28 juillet 2005, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur ces statistiques, et celles de 2005 au plus tôt le 3 juillet 2007. Dans la mesure où les demandes ont été déposées le 28 juillet 2006 et le 2 juillet 2007, il sied de constater qu'elles ne sont pas périmées.

#### **E. 4**

L'objet du litige est la question de savoir si la pratique du défendeur en 2004 et 2005 respecte le principe de l'économicité.

#### **E. 5**

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.

A/2792/2006 - 13/18 -

#### **E. 6**

Conformément à l'art. 56 al. 2 let. b LAMal ont qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant. 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. 7**

Il résulte de ce qui précède que les demanderesses sont tout à fait habilitées à se faire représenter dans la présente procédure par Santésuisse, ainsi qu'à introduire une action collective à l'encontre du défendeur. Toutefois, celui-ci relève à raison qu'elles devraient justifier d'avoir remboursé des factures à ses patients, ce qui n'est pas le cas d'une partie des demanderesses du groupe I. Il convient toutefois de noter que le défendeur ne conteste pas formellement que la totalité des demanderesses du groupe I aient remboursé des prestations à ses patients. En tout état de cause, au vu de ce qui suit, la question de la qualité pour agir des demanderesses du groupe I peut rester ouverte.

#### **E. 8**

a) Pour établir l'existence d'une polypragmasie, le Tribunal fédéral des assurances admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 119 V 453 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 (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 98 V 198). b) La méthode statistique consiste à comparer la statistique des frais moyens de traitement auprès du médecin en cause avec celle concernant les traitements auprès d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables, à condition que la comparaison s'étende sur une période assez longue et que les éléments statistiques soient rassemblés d'une manière analogue. Une polypragmasie doit être admise lorsqu'un nombre considérable de notes d'honoraires émises par un médecin à une caisse-maladie est en moyenne sensiblement plus élevé que celles d'autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable, alors qu'aucune circonstance particulière ne le justifie (ATF 119 V 453 consid. 4b). Il y a

A/2792/2006 - 14/18 - toutefois lieu de tenir systématiquement compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 454 consid. 4c in fine), ainsi que le cas échéant d'une marge supplémentaire (RAMA 1988 K 761, p. 92 consid. 4c ; SVR 2001 KV n° 19, p. 52 consid. 4b). 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 (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377). c) Lorsque l'existence de particularités du cabinet médical est établie, la jurisprudence admet l'utilisation de deux méthodes. La première consiste à ajouter un pourcentage supplémentaire à la marge de tolérance admise. Il est cependant également possible de déterminer les particularités spécifiques et de les quantifier, puis de déduire le montant ainsi déterminé des coûts directs totaux du cabinet médical, tels qu'ils résultent des statistiques RSS (ATF non publié du 30 juillet 2001, cause K 50/00, consid. 4b/bb et les références y citées). A cet égard, il n'est pas nécessaire de contrôler toutes les positions de l'ensemble des factures du groupe des patients pour lesquels un surcoût est allégué (ATF précité, consid. 5a; ATF 119 V 453, consid. 4b). Ainsi, le Tribunal fédéral a jugé conforme à sa jurisprudence de déduire les frais relatifs aux patients toxicomanes, avec des diagnostics psychiatriques, des coûts directs du médecin en cause et d'admettre une marge de tolérance de 20% pour le coût moyen des autres patients (ATF non publié précité, consid. 6a). d) Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral des assurances, 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 39 ss consid. 5.3.2 à 5.3.5).

## **E. 9**

En l'occurrence, le défendeur conteste l'utilisation des statistiques de Santésuisse en ce qui le concerne. En premier lieu, il met en cause leur fiabilité. La valeur probante des statistiques établies par Santésuisse a été cependant expressément reconnue par le Tribunal

fédéral des assurances. Notre Haute Cour a ainsi jugé que seules les statistiques RSS fournissaient les données qui permettaient une comparaison valable entre les différents fournisseurs de prestations et ainsi de se prononcer sur le respect ou la violation du principe de l'économicité (ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03, consid. 6.4.2). De surcroît, la jurisprudence a développé des moyens pour compenser les défauts des statistiques RSS (ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03, consid. 6.4.1).

A/2792/2006 - 15/18 -

#### **E. 10**

Se pose cependant la question de savoir si des particularités dans la pratique du défendeur justifient un coût moyen plus élevé. a) 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 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 grand nombre de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (ATFA non publié du 18 octobre 1999, K 152/98), le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03), un grand nombre de patients toxicomanes ou présentant des atteintes psychiques (ATF non publié du 30 juillet 2001, cause K 50/00, consid. 6).

#### **E. 11**

En l'espèce, le défendeur fait en particulier valoir qu'il traite de nombreux toxicomanes qui présentent, de surcroît, des pathologies associées lourdes. A l'appui de ses dires, le défendeur a produit l'ensemble des notes d'honoraires établies pour ses 23 patients toxicomanes. Il résulte de celles-ci qu'il a facturé en 2004 des honoraires d'un montant de l'ordre de 150'000 fr., ce qui représente un coût par patient d'environ 6'500 fr., montant qui est largement supérieur au coût par patient ressortant des statistiques RSS, lequel était de 491 fr.79 en 2004 et de 509 fr. 66 en 2005. Il convient de relever à cet égard que les demanderesses n'ont pas contesté le coût moyen pour le traitement des toxicomanes. Par ailleurs, comme le fait valoir à juste titre le défendeur, les coûts forfaitaires admis selon la convention GPMA sont bien supérieurs aux coûts moyens directs par malade tels qu'ils résultent des statistiques RSS. En effet, rien que pour la prise en charge médico-pharmacopsychothérapeutique, un coût moyen de 108 fr. 33 par semaine est admis, ce qui représente un coût annuel, en admettant une ouverture du cabinet pendant 44 semaines par an, de 4'766 fr. 70. Cette somme est presque dix fois supérieure au coût moyen direct par patient de l'ensemble des médecins de la catégorie des généralistes de 491 fr. 79 en 2004. Il est également établi par les statistiques produites par Santésuisse pour les médecins prescripteurs de méthadone que les indices de ceux-ci sont notablement plus élevés que ceux des autres médecins de leur catégorie. En ce qui concerne le fait que le défendeur traite plus que dix patients toxicomanes, notamment également ceux pour lesquels une autorisation de dispensation de stupéfiants a été octroyée à son épouse travaillant dans le même cabinet, la question de savoir si cette façon de faire est conforme au règlement relatif à l'application de la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotiques n'est pas pertinente

A/2792/2006 - 16/18 - dans la présente procédure. Il n'appartient en effet pas au Tribunal de céans de contrôler si le défendeur a éventuellement enfreint ce règlement. Seul importe de constater le nombre de patients toxicomanes qu'il a traité pendant les années litigieuses. Or, au vu des pièces produites, il peut être admis que le défendeur a suivi en 2004 et 2005 un nombre très élevé de patients toxicomanes, par rapport aux autres médecins, et que ces patients ont engendrés des coûts moyens par patient énormes, sans aucune comparaison avec le coût moyen par patient de l'ensemble des médecins de sa spécialité. Cela étant, il y a lieu de faire application de la méthode mixte, à savoir de déduire le coût relatif à ces patients des coûts totaux figurants dans les statistiques RSS. Pour ce faire, il convient en premier lieu de déterminer le pourcentage des honoraires relatifs à ces patients par rapport à l'ensemble du chiffre d'affaires du cabinet. Dans la mesure où le compte de pertes et profits du défendeur est fondé sur les honoraires encaissés, seuls les honoraires encaissés pour les patients toxicomanes sont à prendre en considération, à savoir la somme de 109'369 fr. 70 en 2004, conformément aux informations communiquées par le défendeur par son courrier du 29 août 2007. Par rapport à son chiffre d'affaires en 2004, à savoir les honoraires encaissés de 278'997 fr. 99, les honoraires relatifs aux pharmacodépendants représentent 39,2%. 60,8% concernent dès lors les autres patients. Ce pourcentage des coûts directs et indirects du cabinet du défendeur de 586'134 fr. en 2004, selon les statistiques RSS, représente 356'369 fr. 50. Cette somme divisée par le nombre des patients non toxicomanes de 247 (270-23 patients) donne un coût global par patient non toxicomane de 1'442 fr. 80. Selon les statistiques RSS, le coût moyen total par patient était en 2004 de 1'418 fr. 87 (coût total par malade du défendeur de 2'170 fr. 87 divisé par son indice de coûts globaux de 153 et multiplié par 100). Il appert ainsi que le coût par malade non toxicomane du défendeur, sur la base des indices des coûts directs et indirects, était en 2004 à peine supérieur au coût global par patient résultant des statistiques RSS. Au vu de ce qui précède, une violation du principe de l'économicité ne peut être établie pour 2004.

#### **E. 12**

S'agissant de l'année suivante, il sied de se fonder sur le même pourcentage de patients toxicomanes qu'en 2004, dans la mesure où il ne semble pas que le défendeur ait changé de pratique. 60.8% de 584'478 fr., soit des coûts globaux du cabinet en 2005, représentent 355'362 fr. 60. En divisant ce chiffre par le nombre des patients non toxicomanes de 247, le coût total moyen par patient s'établit à 1'438 fr. 70.

A/2792/2006 - 17/18 - En 2005, le coût total moyen par patient des médecins de la même spécialité du défendeur était de 1'454 fr. 60 (coût total par patient du défendeur de 2'385 fr. 63 divisé par son indice de 164 en 2005 et multiplié par 100). Ainsi, en 2005, le coût total moyen par patient du cabinet du défendeur était même inférieur au coût moyen des médecins de sa spécialité, en ce qui concerne les patients non toxicomanes. Par conséquent, aucune polypragmasie ne saurait non plus être retenue pour 2005.

#### **E. 13**

Au vu de ce qui précède, les demandes seront rejetées.

#### **E. 14**

L'émolument de justice de 4'000 fr. sera mis à la charge des demanderesse, prises conjointement.

#### **E. 15**

Celles-ci succombant, elles seront également condamnées à verser au défendeur une indemnité de 4'000 fr. à titre de dépens.

A/2792/2006 - 18/18 -

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