

GE_GERICHTE ATAS/380/2026 vom 4. Mai 2026

GE Cour de justice, 2026-05-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_380_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/380/2026 du 4 mai 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/380/2026 del 4 maggio 2026

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'art. 89 LAMal, les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral (al. 1). Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Selon l'art. 39 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, lorsqu'elle exerce les compétences visées à l'art. 134A de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), constitue le Tribunal arbitral instauré par le droit fédéral (ci-après : tribunal).

E. 2

Selon l'art. 134A al. 1 LOJ le tribunal connaît des litiges opposant assureurs et fournisseurs de prestations. Sa compétence s'étend aux contestations entre assureurs et fournisseurs de prestations ayant trait aux assurances complémentaires (art. 2 al. 2 de la loi fédérale sur la surveillance de l'assurance-maladie sociale du 26 septembre 2014 [LSAMal - RS 832.12]). Sa composition et son fonctionnement sont alors régis par la LaLAMal (art. 134A al. 1 LOJ).

E. 2.1

La demanderesse, en qualité d'assureur LAMal, a pris en charge les frais de traitement fournis par le défendeur (système du tiers-garant selon l'art. 42 al. 1 LAMal). Il s'agit d'un litige entre assureurs et prestataire de soins soumis à la compétence du tribunal. Le défendeur pratique dans le canton de Genève et y facture ses prestations. Le tribunal, constitué par la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, est compétent *ratione materiae* et *ratione loci* pour juger du cas d'espèce. Le tribunal siège dans la composition d'un juge de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, qui le préside, et de deux arbitres représentant l'un les assureurs et l'autre les fournisseurs de prestations désignés, de cas en cas, par les parties (art. 42 LaLAMal).

E. 2.2

La demande respecte les conditions de forme prescrites par l'art. 45 al. 1 LaLAMal et les art. 64 al. 1 et 65 LPA, applicables par renvoi de l'art. 45 al. 3 LaLAMal et elle est donc recevable.

E. 2.3

Selon l'art. 41 LAMal, le tribunal ne peut entrer en matière avant que le cas ait été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention ou à une tentative de conciliation par un juge de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. En l'occurrence, le tribunal a procédé à une audience de conciliation le 16 avril 2025 et il a constaté l'échec de

celle-ci le 10 juillet 2025.

A/669/2025 - 16/26 -

E. 3

Le litige porte sur le bien-fondé de la prétention en restitution de CHF 42'345.- de la demanderesse pour cause de surfacturation des positions 00.2285 et 00.2295 du TARMED du 11 mars 2020 au 7 février 2025.

E. 4.1

Les prestations facturées à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). 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. L'obligation de restitution est applicable par analogie à d'autres situations où des prestations de l'assurance-maladie obligatoire ont été touchées de manière indue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_258/2010 du 30 novembre 2011 consid. 5.4 et la référence). Selon cette disposition ont qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant. La jurisprudence a précisé qu'il s'agit de l'assureur qui a effectivement pris en charge la facture. Selon 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), dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, 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 V 579 consid. 4.1). Depuis le 1er janvier 2021, le délai de péremption a été porté à trois ans (art. 25 al. 2 LPGA). L'application du nouveau délai de péremption aux créances déjà nées et devenues exigibles sous l'empire de l'ancien droit est admise, dans la mesure où la péremption était déjà prévue sous l'ancien droit et où les créances n'étaient pas encore périmées au moment de l'entrée en vigueur du nouveau droit (ATF 134 V 353 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_540/2014 du

E. 4.2

Les prestations facturées à la charge de l'assurance obligatoire des soins doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à ce qui est dans l'intérêt de l'assuré et nécessaire pour atteindre le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). Parmi différentes mesures appropriées, celle qui présente le meilleur rapport coût-efficacité pour un bénéfice médical comparable est considérée comme économique (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3). Les mesures thérapeutiques ou diagnostiques inutiles sont inappropriées et donc également non économiques (ATF 151 V 30 consid. 2.2.1.1). Des sanctions sont prises à l'encontre des fournisseurs de prestations qui enfreignent les exigences légales en matière d'économicité et de qualité. Elles comprennent le remboursement total ou partiel des honoraires perçus pour des prestations non appropriées (art. 59 al. 1 let. b et al. 3 let. a LAMal). Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Selon l'art. 43 al. 2 LAMal, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, le tarif est une base de calcul de la rémunération ; il peut notamment : a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré) ; b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point

(tarif à la prestation) ; c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) ; d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la formation de base, de la formation post-graduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

A/669/2025 - 18/26 - Selon l'art. 43 al. 4 LAMal, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion. Selon l'art. 43 al. 5 LAMal dans sa teneur dès le 1er janvier 2023, les tarifs à la prestation et les tarifs des forfaits par patient liés aux traitements ambulatoires doivent chacun se fonder sur une seule structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe. Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2023, l'art. 43 al. 5 énonçait que les tarifs à la prestation devaient se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne pouvaient s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixait. Selon l'art. 43 al. 5ter LAMal, en vigueur dès le 1er janvier 2023, s'il existe, dans un domaine, une structure tarifaire approuvée ou fixée par le Conseil fédéral pour les tarifs forfaitaires par patient liés aux traitements ambulatoires, celle-ci doit être appliquée par tous les fournisseurs de prestations pour les traitements correspondants. Selon l'art. 43 al. 6 LAMal, les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible. Selon l'art. 44 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire). La disposition sur la rémunération des moyens et des appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52 al. 1 let. a ch. 3) est réservée. La protection tarifaire s'applique aux prestations légalement obligatoires en vertu de la LAMal (ATF 134 V 269 consid. 2.4) La facturation des médecins est fondée sur un tarif à la prestation et reposait jusqu'au 31 décembre 2025, sur une structure tarifaire uniforme, le TARMED. Dès le 1er janvier 2026, le système tarifaire global (composé de TARDOC et de forfaits ambulatoires) remplace le TARMED. En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle qui était en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de

A/669/2025 - 19/26 - fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Le TARMED était en vigueur lors des faits juridiquement déterminant de la présente cause, de sorte qu'il s'applique au cas d'espèce. L'interprétation du chapitre 00.06 du TARMED (www.tarmed-browser.ch/fr/chapitres/00.06-certificats-medicaux-rapports-lettres) précise : - au ch. 1 que tous les rapports doivent être remis à l'assureur ou au médecin- conseil de l'assureur, s'il les demande; dans ce cas, les dispositions de la protection des données sont applicables. - au ch. 2 que les certificats,

rapports et autres documents rédigés par le spécialiste (correspondance entre médecins, rapports exigés par l'assureur, etc.) doivent s'avérer nécessaires sur le plan médical et/ou administratif. - au ch. 3 que le temps consacré à la documentation et au rapport est inclus dans les positions diagnostiques et thérapeutiques. Cette règle vaut notamment pour les rapports d'opération et les rapports ou procès-verbaux relatifs aux interventions et aux prestations à l'aide de moyens techniques. - au ch. 4 que l'étendue d'un rapport rédigé sans formulaire (00.2285, 00.2295) est déterminée d'après le nombre de lignes ou de caractères. Seul le texte rédigé (bloc de texte) est déterminant pour le calcul du nombre de lignes ou de caractères. Font partie d'un bloc de texte les diagnostics (ou listes de diagnostics) nouvellement rédigés ou les parties de diagnostics (ou de listes de diagnostics) remaniées. Les coordonnées personnelles du patient, l'adresse, les diagnostics (ou listes de diagnostics) ou les parties de diagnostics (ou de listes de diagnostics) déjà existants et mentionnés une nouvelle fois, l'appel, les salutations, le titre préimprimé, etc., ne font pas partie du bloc de texte. La documentation écrite est indemnisée indépendamment de la mise en page. L'étendue d'une page est calculée soit en lignes (35 lignes à 60 caractères) soit en caractères (2'100 caractères). - au ch. 7 que les certificats d'incapacité de travail à l'intention de l'assureur, les communications au patient ainsi que tous les autres petits rapports (jusqu'à 10 lignes de texte sur une page A4) font partie intégrante des « Prestations de base générales », voir 00.2255. Cette règle ne s'applique pas aux rapports médicaux, rapports intermédiaires rédigés sur formulaire, voir 00.2206.

A/669/2025 - 20/26 - S'agissant de la position 00.2285 du TARMED (www.tarmed-browser.ch/fr/prestations/00.2285-rapport-redige-sans-formulaire-11-a-35-lignes-de-texte), il est indiqué que la rédaction d'un tel rapport est libre dans la forme. Cela vaut aussi pour l'échange de correspondance entre médecins au sujet du bilan, du diagnostic, des thérapies, du pronostic de guérison et d'autres mesures concernant le patient. Ces documents doivent être fournis gratuitement à l'assureur s'il les demande (voir à ce sujet aussi 00.06-8 et GI-14). Il n'est pas possible de facturer les petits certificats, les communications brèves aux patients et tous les autres petits rapports (jusqu'à 10 lignes de texte sur une feuille A4) ; ces documents font partie des « prestations de base générales », (voir 00.06-7 et 00.2255). S'agissant de la position 00.2295 relative au rapport rédigé sans formulaire, par 35 lignes de texte supplémentaires du TARMED (www.tarmed-browser.ch/fr/prestations/00.2295-rapport-redige-sans-formulaire-par-35-lignes-de-texte-supplementaires), sa rédaction est libre dans la forme, chaque nouvelle section comprend jusqu'à 35 lignes de texte et ne peut être entamée que si la (les) page(s) précédente(s) contient(ent) au moins 35 lignes de texte. Les petits rapports rédigés sans formulaire de moins de 11 lignes (cf. position tarifaire 00.2255 « Petits rapports médicaux demandés par l'assureur ») font partie des prestations générales. Cela signifie que le temps mis par un médecin pour rédiger un petit rapport sans formulaire de moins de 11 lignes est facturé en tant que prestation de base générale ; la prestation correspondante n'apparaît pas dans la facture ; la facturation se fait dans le cadre d'une consultation (00.0010 ss) ou d'une visite (00.0060 ss) (FAQ Frequently Asked Questions TARMED - Les questions les plus fréquentes Dernière mise à jour : 17.08.2022). La position TARMED 00.0010 est facturée pour la première période de 5 minutes des consultations (consultation de base). Selon l'interprétation médicale, cette position comprend toutes les prestations médicales fournies au patient par le spécialiste dans son cabinet ou, pour des patients ambulatoires à l'hôpital, par le médecin, que le spécialiste fournit au patient dans son cabinet, sans moyens auxiliaires ou avec des moyens simples (par exemple le contenu de la trousse médicale),

pour les troubles et symptômes que le patient présente à sa venue chez lui et ceux qui apparaissent durant le traitement. Elle comprend les salutations à l'arrivée et au départ du patient, les discussions, examens et actes médicaux ne faisant pas l'objet d'une tarification spéciale (par exemple: injections spécifiques, pansements, etc.), l'accompagnement du patient pour le confier au personnel soignant (instructions comprises) en vue de tâches administratives, de prestations techniques et curatives et de la remise de médicaments (cas d'urgence et/ou dispensation initiale), la lecture du dossier médical et les annotations immédiatement avant et après la consultation (www.tarmed-browser.ch/fr/prestations/00.0010-consultation-premiere-periode-de-5-min-consultation-de-base).

A/669/2025 - 21/26 - Selon les objectifs de formations de la FMH (www.siwf.ch/files/pdf17/allg_Iz_f.pdf et pièce 16), le médecin documente à fur et à mesure l'évolution de la maladie, les décisions prises, les informations transmises au patient, les points de vue du patient sur sa maladie et les options diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les décisions prises en commun. Il formule objectivement toutes les notes et les accompagne d'une date, ainsi que de l'heure et d'un visa si cela se justifie. Il rapport de manière claire et compréhensible les résultats d'examens, l'évolution de la maladie et ses appréciations. Le Tribunal fédéral a jugé qu'un fournisseur de prestations ne peut en aucun cas appliquer par principe une position tarifaire par analogie, même s'il n'existe pas de position tarifaire adéquate (arrêt du Tribunal fédéral 9C_524/2013 du 21 janvier 2014 consid. 6). L'examen de l'économicité porte sur l'ensemble des prestations facturées et remboursées sous un numéro du registre des codes créanciers (ci-après : RCC) conformément à l'art. 24 ss LAMal. Le principe de l'économicité des prestations est violé lorsqu'un fournisseur de prestations facture par patient un montant nettement plus élevé que les autres fournisseurs de prestations de la même spécialité (groupe de référence) sans que ce surcoût soit couvert par la liberté de traitement médical ou par des particularités (en termes d'offre de prestations, de composition du collectif de patients, etc.) (cf. ATF 150 V 129 consid. 4.1). Le numéro RCC, associé à la base de données de SASIS SA, une filiale de l'association des caisses-maladie SANTÉSUISSE, sert de base à l'identification des différents fournisseurs de prestations, du nombre de leurs patients et des coûts occasionnés (cf. <https://www.sasis.ch/kategorie/dp/>; Dario PICECCHI, *Das Wirtschaftlichkeitsgebot im Krankenversicherungsrecht*, 2022, ch. 527). Cette base de données regroupe les informations des assureurs sur les prestations remboursées sous un numéro RCC (Larisa PETROV, *Weiterentwicklung der Wirtschaftlichkeitskontrolle nach KVG*, 2024, ch. 131). Les coûts supportés par l'assureur-maladie pour les prestations fournies par le fournisseur de prestations contrôlé pendant une période déterminée, en moyenne par patient, à titre propre ou par des tiers (valeur individuelle du cas), sont comparés aux coûts moyens correspondants du groupe de référence (valeur collective du cas, correspondant à une valeur indice de 100 points [pourcentage]) (ATF 150 V 129 consid. 4.4.1). La composition du groupe de référence doit être suffisamment similaire à celle du fournisseur de prestations contrôlé (ATF 150 V 129 consid. 4.1 ; 137 V 43 consid. 2.2).

E. 4.3

Conformément à l'art. 56 al. 6 LAMal, les fournisseurs de prestations et les assureurs-maladie fixent contractuellement une méthode de contrôle de l'économicité. Conformément au mandat légal, les associations concernées (partenaires tarifaires) ont convenu le 20 mars 2018 de la méthode de screening. Celle-ci s'applique à toutes les

procédures de contrôle de l'économicité à partir de l'année statistique 2017 (cf. désormais également la version actualisée du contrat

A/669/2025 - 22/26 - du 1er février 2023, en vigueur depuis le 1er janvier 2023). La procédure de screening sert à identifier les prestataires dont la structure des coûts inhabituelle laisse supposer un traitement potentiellement non économique (ATF 150 V 129 consid. 5.3.1). Des coûts inhabituels ne sont toutefois pas synonymes de traitement non économique : les partenaires tarifaires stipulent dans le préambule du contrat relatif à la méthode de contrôle que celle-ci « s'applique comme première étape du contrôle d'économicité ». L'objet direct de l'accord est uniquement l'analyse de régression, qui sert « de méthode de contrôle pour détecter les médecins dont les coûts sont inhabituels ». La question de savoir si un médecin dont les coûts sont élevés travaille de manière non économique doit être clarifiée au cas par cas (chiffres 1 et 2 du contrat). Le dépistage standardisé permet d'attirer rapidement l'attention des prestataires dont les coûts sont élevés sur le fait qu'ils pourraient enfreindre les exigences légales en matière d'économicité (cf. arrêt K 57/95 du 5 juillet 1996 consid. 4). Cela s'impose en toute bonne foi, ne serait-ce que parce qu'une demande de remboursement au sens de l'art. 59 al. 1 let. b LAMal ne présuppose aucune faute du prestataire (ATF 141 V 25 consid. 8.4 ; cf. Gebhard EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2ème éd. 2018, n° 2 ad art. 59 LAMal ; Isabelle HÄNER, in : Commentaire bâlois de la LAMal/LCA, 2020, nos 12 et 28 ad art. 59 LAMal ; Dario PICECCHI, op. cit., n° 579).

E. 4.4

L'art. 89 al. 5 LAMal prescrit que les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le Tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige ; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans les litiges ressortant de la compétence du Tribunal arbitral (cf. art. 89 al. 5 LAMal), exclut que la charge de l'apport de la preuve (« Beweisführungslast ») incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Partant, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6). La maxime inquisitoire ne dispense pas les parties de collaborer à l'établissement des faits et il leur incombe d'étayer leurs propres thèses, de renseigner le juge sur les faits de la cause et de lui indiquer les moyens de preuves disponibles, spécialement lorsqu'il s'agit d'élucider des faits qu'elles sont le mieux à même de connaître. En l'absence de collaboration de la partie concernée par de tels faits et d'éléments probants au dossier, l'autorité qui met fin à l'instruction en considérant qu'un fait ne peut être considéré comme établi, ne tombe ni dans l'arbitraire ni ne viole l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210) relatif au fardeau de la preuve (ATF 148 II 465 consid. 8.3).

A/669/2025 - 23/26 - La collaboration des parties prévue par l'art 89 al. 5 LAMal s'étend à tous les éléments essentiels pour la prise de décision et implique l'obligation pour les parties de fournir les documents qui se trouvent en leurs mains, en particulier ceux que l'autorité ne peut pas recueillir ou ne pourrait qu'au prix d'efforts disproportionnés. Ce devoir de

collaborer est en particulier d'importance dans les procédures d'action selon l'art. 89 LAMal, dès lors que les parties sont le mieux à même de contribuer à l'établissement des faits déterminants (arrêt du Tribunal fédéral K 150/03 du 10 mai 2004 consid. 5.1 non publié in ATF 130 V 377). En particulier, c'est au médecin qu'il revient d'amener les éléments de fait susceptibles d'entrer dans le catalogue des particularités de sa pratique. Il ne lui suffit pas d'inviter le Tribunal arbitral à mandater un expert pour établir celles-ci. Au contraire, il doit démontrer dans quelle mesure (si possible chiffrée) ces particularités débouchent sur des coûts supplémentaires. Autrement dit, le médecin doit se prévaloir des particularités de sa pratique, de manière à ce que le Tribunal arbitral ait des motifs raisonnables de considérer que la question mérite d'être éclaircie. Si le médecin ne fournit pas au Tribunal cantonal des éléments pour quantifier l'effet de ces particularités sur son coût moyen, le tribunal appréciera lui-même cet effet (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 113/03 du 10 août 2004 consid. 7.2). Pour le cas où, malgré des investigations supplémentaires, il n'est pas possible de retenir que la particularité invoquée influence réellement les statistiques, le médecin supporte en tous les cas le fardeau de la preuve (arrêt du Tribunal fédéral K 83/05 du 4 décembre 2006 consid. 7).

E. 5

janvier 2015, consid. 3.1). Si, au moment de l'entrée en vigueur de la nouvelle loi, le délai de péremption relative ou absolue en vertu de l'ancien art. 25 al. 2 LPGA a déjà expiré et que la créance est déjà périmée, celle-ci reste périmée. La question de la péremption doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (ATF 140 V 521 consid. 2.1). Le délai de péremption commence à courir dès le moment où les assureurs auraient dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elles (ATF 122 V 270 consid. 5a). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde – quant à son principe et à son

A/669/2025 - 17/26 - étendue – la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 148 V 217 consid. 5.1.1 et 5.2.1 et les références ; 146 V 217 consid. 2.1 et les références ; 140 V 521 consid. 2.1 et les références). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires (ATF 133 V 579 consid. 5.1 non publié). À défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (arrêt du Tribunal fédéral 9C_454/2012 du 18 mars 2013 consid. 4 non publié in ATF 139 V 106).

E. 5.1

En l'espèce, la demanderesse a procédé à un contrôle des factures du défendeur et constaté qu'il facturait les positions 00.2285 et/ou 00.2295 lors de chaque consultation, ce qui était inhabituel. Elle a produit à l'appui de sa demande les extraits de ses données du 11 mars 2020 au 15 décembre 2021 en lien avec les positions 00.0010, 00.2285 et 00.2295 et les extraits « Tarifpool » de 2022 à 2024, sur la base desquels elle est arrivée à ce constat, qui peut ainsi être reconnu comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante. La demanderesse a commencé à instruire la question de savoir si la pratique spécifique du

défendeur justifiait cette particularité dans la facturation le

E. 5.2

Il convient de constater que le défendeur n'a pas pleinement collaboré à l'établissement des faits, dès lors qu'il a tardé à produire les rapports requis par la

A/669/2025 - 24/26 - demanderesse, sans explication, en dépit des nombreuses relances dont il a fait l'objet de sa part. Il a finalement, et seulement après le dépôt de la demande auprès du tribunal de céans, produit sept rapports médicaux sur les 22 requis par la demanderesse. Même s'il a perdu des documents à l'occasion d'un déménagement, comme il l'a allégué, on s'étonne qu'il ne l'ait pas indiqué plus tôt et il aurait pu démontrer le bien-fondé de sa facturation sur d'autres cas, même plus récents, comme cela lui a été proposé par la demanderesse, ce qu'il n'a pas fait. Le manque de collaboration du défendeur permet de fonder des doutes sur l'existence des rapports facturés. Cela étant, même si l'on considère, sur la base des rapports qu'il a transmis au tribunal de céans et ses explications, qu'il avait réellement pour pratique de rédiger les rapports facturés sur les positions 00.2285 et 00.2295 du TARMED, celle-ci n'apparaît pas conforme aux règles applicables en la matière. En effet, la rédaction de tels rapports ne se justifiait pas sur le plan médical ou administratif, dès lors qu'ils ne s'adressaient pas à un médecin en particulier et ne répondaient pas à une demande de rapport d'un médecin traitant des patients concernés. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu de retranscrire en détail dans un rapport facturé le résumé de la situation des patients, ni les explications données oralement aux patients par le défendeur. Les rapports produits constituent davantage des comptes-rendus de ses consultations. Ils répondaient ainsi à l'obligation des médecins de documenter au fur et à mesure l'évolution de la maladie, les décisions prises, les informations transmises au patient, les points de vue du patient sur sa maladie et les options diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les décisions prises en commun (référence faite aux objectifs de formations de la FMH). Cette prestation est incluse dans le coût des consultations et ne justifiait pas l'établissement d'un rapport facturé sur les positions 00.2285 et 00.2295 du TARMED. Le défendeur aurait pu et dû réduire le contenu des rapports transmis aux patients à des brèves communications sur le traitement à suivre, ce qui fait partie des prestations de base générales, selon le ch. 7 de l'interprétation du chapitre (IC 00.06) du TARMED. S'agissant des rapports rédigés lors des seconds rendez-vous avec les patients, qui avaient notamment pour but de commenter les résultats des analyses, rien ne justifiait non plus que le défendeur établisse des rapports facturés selon les positions 00.2285 et 00.2295, car ils n'étaient pas non plus adressés à un médecin traitant du patient. Par ailleurs, les résultats de laboratoire et les instructions prérédigées de régime alimentaire n'avaient pas à être intégrés dans un rapport facturé, alors qu'une simple copie des documents originaux pouvait être transmise au patient.

A/669/2025 - 25/26 - Le défendeur ne saurait se prévaloir d'une facturation par analogie dès lors qu'un tel mode de faire est proscrit par la jurisprudence (arrêt 9C_524/2013 précité). Le défendeur a encore fait valoir que sa pratique spécifique diminuait les coûts de la santé. Le tribunal de céans observe à cet égard que quel que soit sa pratique, elle ne saurait justifier une facturation non conforme aux règles de facturations liées au TARMED. En conséquence, faute d'être convaincants, les éléments apportés par le défendeur permettent de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la particularité de sa pratique ne justifiait pas sa facturation quasiment systématique de rapports sur les positions 00.2285 et 00.2295. C'est donc à juste titre que la demanderesse lui a demandé le remboursement de CHF 42'345.-, correspondant aux positions 00.2285 et 00.2295 facturées

par celui-ci du 11 mars 2020 au 7 février 2025. Le montant de CHF 42'345.- ressort des pièces produites par la demanderesse et n'a pas été contesté par le défendeur. 6.

La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 LaLAMal, dans sa version en vigueur à compter du 11 mai 2024, les frais du tribunal sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment les indemnités des arbitres, des témoins, et les frais d'expertise), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas CHF 50'000.-. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (art. 46 al. 2 LaLAMal). Les indemnités des arbitres sont fixées par voie réglementaire (art. 46A LaLAMal et

E. 8

du règlement concernant les indemnités allouées à divers magistrates et magistrats du pouvoir judiciaire, aux membres du Tribunal arbitral et aux membres du conseil supérieur de la magistrature du 25 avril 2012 [RIPJ - E 2 40.03]. 6.1 Dès lors que la demanderesse obtient totalement gain de cause, il se justifie de condamner le défendeur aux frais du tribunal de CHF 450.- ainsi qu'à un émolument de justice de CHF 2'000.-, soit un total de CHF 2'450.-. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les assureurs-maladie qui obtiennent gain de cause ne peuvent pas prétendre à une indemnité à ce titre dans les procédures portant sur l'activité non rentable d'un médecin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2023 du 18 septembre 2023 consid. 7.3). Il en résulte que la demanderesse n'a pas droit à des dépens.

A/669/2025 - 26/26 -

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