

GE_GERICHTE ATAS/877/2025 vom 17. November 2025

GE Cour de justice, 2025-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_877_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/877/2025 du 17 novembre 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/877/2025 del 17 novembre 2025

Erwägungen

E. 8

Le défendeur fait valoir qu'il a agi de bonne foi, et qu'il n'a commis ni faute intentionnelle, ni abus de facturation.

E. 8.1

L'art. 56 al. 2 LAMal règle l'obligation de restitution du fournisseur de prestations, tandis que l'art. 25 LPGA a trait à l'obligation de restitution de l'assuré ou d'un tiers (Gebhard EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, 2016, ch. 919 p. 686). Selon cette dernière disposition, les prestations indûment touchées doivent être restituées, à moins que l'intéressé ait été de bonne foi et que la restitution le mettrait dans une situation difficile. Dans un arrêt du 23 juillet 2020, le Tribunal fédéral a confirmé que la base légale pour la restitution des prestations indûment perçues par des fournisseurs de

A/2905/2019 - 19/36 - prestations était l'art. 56 al. 2 LAMal, même si l'économicité de la pratique médicale n'était pas en cause (9C_571/2019 consid. 2.2). Il a ajouté que l'obligation de restitution était toutefois limitée par la protection de la bonne foi (arrêt précité consid. 5.5). C'est ainsi que, constatant que les assureurs-maladie avaient accepté pendant des années de prendre en charge des prestations facturées par la société mise en cause, au sein de laquelle plusieurs médecins travaillaient sous le numéro RCC du médecin répondant, il a considéré que cette société pouvait croire, de bonne foi, que ces médecins n'avaient pas besoin d'une autorisation individuelle de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (9C_571/2019). Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 129 I 161 consid. 4.1 ; 128 II 112 consid. 10b/aa ; 126 II 377 consid. 3a et les arrêts cités). De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées), ainsi qu'à l'encontre des assureurs (arrêts du Tribunal fédéral 9C_571/2019 du 23 juillet 2020 ; 9C_528/2016 du 28 février 2017). Selon la jurisprudence, le droit à la protection de la bonne foi est soumis à la réalisation de cinq conditions cumulatives. Un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que : a) l'autorité ait donné un renseignement sans aucune réserve ; b) le renseignement se réfère à une situation concrète touchant l'administré personnellement ; c) l'autorité ait agi dans les limites de ses compétences ou l'administré eût des raisons

suffisantes de la tenir pour compétente ; d) l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ; e) l'administré se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice ; f) la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée ; g) l'intérêt au respect du droit objectif n'est pas prépondérant par rapport à la protection de la bonne foi (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2 ; 137 I 69 consid. 2.5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8D_2/2021 du 15 mars 2022 consid. 6.2). Une autorité ne peut toutefois pas valablement promettre le fait d'une autre autorité (arrêt du Tribunal fédéral K 7/04 du 27 janvier 2005 consid. 3.1).

E. 8.2

Il convient de déterminer si les conditions susmentionnées sont ou non réalisées.

A/2905/2019 - 20/36 -

E. 8.2.1

Les prestations ont été remboursées dans des situations concrètes, sur la base de notes d'honoraires mentionnant le n° RCC du défendeur et portant sur des traitements dispensés par celui-ci (cf. consid. supra 8.1, conditions let. a et b).

E. 8.2.2

L'assureur est compétent pour rembourser les frais médicaux de ses assurés aux fournisseurs de prestations (cf. consid. supra 8.1, condition let. c).

E. 8.2.3

Il s'agit ensuite de déterminer si le défendeur pouvait ou non se rendre compte immédiatement que l'assureur lui remboursait à tort les factures de prestations qu'il lui adressait (cf. consid. supra 8.1, let. d).

E. 8.2.3.1

Le défendeur conteste avoir eu une facturation excessive, insistant sur le fait qu'il n'avait fait que se conformer aux recommandations du Dr C_____. Il convient à cet égard de rappeler que la période concernée par le litige commence en août 2014 déjà, alors que le colloque du Dr C_____ s'est déroulé bien plus tard, le 19 janvier 2018. Aussi les erreurs de facturation commises d'août 2014 à janvier 2018 ne sauraient être imputables à d'éventuelles recommandations erronées du Dr C_____. Il n'apparaît par ailleurs pas des déclarations de ce médecin en audience qu'il ait, d'une façon générale, livré des informations inadéquates lors de son colloque. On ne saurait retenir que le défendeur ait été de bonne foi sur la base de cet argument. À noter au surplus que le Dr C_____ n'a pas été en mesure de communiquer au tribunal de céans le contenu de son séminaire du 19 janvier 2018, expliquant à cet égard que « des questions étaient posées, j'y répondais. Il n'y avait pas de structure particulière. Je n'ai pas gardé les slides. ». On ne peut ainsi avoir connaissance de ce qui s'est précisément dit lors du colloque. Il s'avère difficile dans ces conditions de vérifier complètement les allégations du défendeur selon lesquelles il aurait suivi les explications du Dr C_____.

E. 8.2.3.2

À la question 4 de l'ordonnance d'expertise, libellée comme suit : « Est-il vraisemblable que le défendeur ait pu croire, de bonne foi, qu'il respectait les exigences TARMED ? », l'expert a indiqué qu'il en doutait. Selon lui en effet, « la facturation excessive et

systematique sur une longue période suggère une connaissance de cette non-conformité. (...) Les informations fournies par TARIFSUISSE et les comparaisons cantonales et nationales ne confirment pas que les coûts étaient contrôlés ; au contraire, elles indiquent que les coûts étaient supérieurs à la moyenne, bien que dans une marge que pourrait juger acceptable le contrôleur ». L'expert a ajouté que la majorité des médecins et cardiologues libéraux en Romandie adhèrent à des services de contrôle de données TARMED et de facturation indépendante, tels que le Trust Center H_____ SA, ce que l'Association des médecins du canton de Genève encourage vivement. Le défendeur l'avait toutefois informé qu'il ne connaissait pas de tels services.

A/2905/2019 - 21/36 -

E. 8.2.3.3

Le défendeur considère que les erreurs de facturation relevées par l'expert sont dues à des divergences d'interprétation du TARMED et rappelle du reste qu'il avait proposé à plusieurs reprises qu'un cardiologue soit mandaté, avec l'accord de TARIFSUISSE SA, afin de réaliser une expertise de l'ensemble des rapports médicaux relatifs aux factures produites. Il n'aurait pas soumis une telle proposition s'il avait eu une quelconque faute à se reprocher. On ne saurait se fonder sur cette seule allégation pour admettre que le défendeur ait été de bonne foi. Elle ne suffit pas. Elle vient quoi qu'il en soit en contradiction avec son refus de transmettre aux demanderesses les rapports médicaux relatifs à ses factures, refus qu'il a réitéré dans son mémoire de réponse déposé le 18 septembre 2020 auprès du tribunal de céans, lorsqu'il a conclu au rejet de la demande de production de l'ensemble des rapports médicaux. On peut rappeler que, par arrêt sur partie du 25 août 2021, le tribunal de céans a considéré qu'il se justifiait d'ordonner l'apport des rapports médicaux relatifs à toutes les factures établies entre le 14 août 2014 et le 30 juin 2019.

E. 8.2.3.4

Le défendeur observe qu'il a facturé de la même façon pendant des années, ce qui « démontre des habitudes de pratique plutôt, et non une intention de maximiser artificiellement les revenus ». Il est possible que le défendeur ait adopté une méthode de facturation au cours des années sans trop y réfléchir. Mais c'est précisément ce qui peut lui être reproché. Il est en effet exigé d'un fournisseur de prestations qu'il manifeste un minimum de diligence avec lequel il n'aurait pas manqué de se rendre compte que les demanderesses lui remboursaient à tort certaines de ses prestations. On peut à l'inverse se demander si le fait que les factures qu'il avait adressées à l'assureur du 1er août 2014 au 30 juin 2019 avaient sans autre été remboursées avait pu le conforter dans l'idée qu'il respectait la structure tarifaire TARMED. Il est vrai qu'il appartient aux caisses-maladies de contrôler les factures établies par les fournisseurs de prestations, afin de vérifier notamment qu'elles émanent de médecins autorisés à facturer à la charge de la LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C_252/2022 du 15 mai 2023 consid. 7.5). Le système du code RCC vise toutefois à les dispenser de l'examen étendu des conditions d'admission. Elles peuvent ainsi présumer que les fournisseurs de prestations, qui disposent d'un code RCC et leur soumettent une facture, satisfont aux conditions d'admission pour effectuer leurs activités à la charge de l'assurance obligatoire des soins (ATF 135 V 237 consid. 2 ; 132 V 303 consid. 4.4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_214/2017 du 2 février 2018). En l'espèce, TARIFSUISSE SA a requis du défendeur, à plusieurs reprises, depuis 2018, qu'il lui communique les rapports médicaux relatifs aux factures qu'elle souhaitait contrôler. Constatant que le défendeur utilisait parfois

une facturation de type « bloc » et pour la grande majorité de ses consultations, un schéma tarifaire quasi forfaitaire, elle lui a demandé des éclaircissements, et a attiré son

A/2905/2019 - 22/36 - attention sur le fait qu'il n'utilisait pas les positions tarifaires adéquates. Elle n'a pas reçu de réponse à ses questions. (cf. pièces 11 à 28 du chargé demanderesse du 9 août 2019). On ne saurait dans ces conditions reprocher aux demanderesse d'avoir failli à leur devoir de contrôle et de n'avoir pas saisi le tribunal de céans plus tôt.

E. 8.2.4

Le défendeur n'allègue pas avoir pris des dispositions auxquelles il ne peut plus renoncer sans subir de préjudice (cf. consid. supra 8.1, let. e).

E. 8.2.5

Enfin, aucun changement susceptible d'avoir une influence sur la présente question litigieuse n'est intervenu depuis le moment où l'assureur a remboursé les factures du défendeur (cf. consid. supra 8.1, let. f).

E. 8.2.6

Reste à relever que l'intérêt au respect des dispositions du TARMED, du concept et de son règlement, afin de réduire les frais médicaux à la charge des assurés, n'apparaît pas prépondérant par rapport à la protection de la bonne foi. (cf. consid. supra 8.1 let. g).

E. 8.3

Il résulte de ce qui précède que les conditions cumulatives auxquelles est soumis le droit à la protection de la bonne foi ne sont pas réunies. Aussi le défendeur ne peut-il se prévaloir du principe de bonne foi pour nier le droit de l'assureur de lui réclamer la restitution des montants qui lui ont été versés.

E. 9

Le défendeur a contesté le bien-fondé des prétentions des demanderesse, insistant sur le fait que son indice des coûts totaux par patient se situait dans les limites de tolérance admises.

E. 9.1

Il importe de rappeler que lors de l'examen de la question de l'économicité, l'indice de l'ensemble des coûts était en principe déterminant (ATF 133 V 37 consid. 5.3). Lorsque ces coûts se situaient dans la marge de tolérance de 30, le principe de l'économicité était respecté. Dans la négative, il convenait alors d'examiner si l'indice des coûts directs dépassait la marge de tolérance. Une violation de ce principe était alors présumée. Tel n'est plus le cas depuis l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral en décembre 2023 (9C_135/2022, publié : ATF 150 V 129). Celui-ci a en effet considéré que selon la nouvelle méthode de régression applicable à compter de 2017, l'établissement de l'indice de régression constituait la première phase et avait uniquement pour but de détecter le fournisseur de prestations hors normes. Il ne permet pas de considérer que la pratique de celui-ci est non économique et n'instaure pas de présomption dans ce sens. Un résultat hors normes selon la méthode de régression ne constitue pas la preuve d'une pratique médicale non économique.

E. 9.2

En l'espèce, dans son ordonnance d'expertise du 21 mai 2024, le tribunal de céans a constaté que l'indice des coûts totaux par patient du défendeur restait dans l'indice de tolérance, le plus élevé se limitant à 128 pour l'année 2014, de sorte qu'il pourrait être considéré que le principe de l'économicité avait été respecté (ATAS/349/2024 consid. 5.2).

A/2905/2019 - 23/36 - Il a alors souligné que le contrôle de l'économicité, pour lequel il s'agit d'examiner si le fournisseur de prestations a dépassé la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal), se distinguait en principe du contrôle des factures, qui consiste à vérifier si les différentes positions de la note d'honoraires correspondent aux conventions tarifaires et aux conditions légales, auxquelles le remboursement de certains traitements est soumis, mais que la facturation de positions tarifaires plus chères que celles à disposition d'un coût inférieur ou le cumul prohibé de positions tarifaires pouvait également être considérée comme un dépassement de la mesure de ce qui est nécessaire au sens de l'art. 56, al. 1 LAMal et ainsi constituer une polypragmasie (arrêts du Tribunal fédéral K 116/03 du 23 novembre 2004 ; K 124/03 du 16 juin 2004 consid. 6.1.2 ; K 108/1 et K 118/1 du 15 juillet 2003 consid. 3b et consid. 4.2 avec réf. à Gebhard EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, p. 86 ch. 211). Le tribunal de céans a également rappelé que les deux types de contrôle, celui de l'économicité et celui des factures, étaient différents, en ce sens que pour le premier, les statistiques servent de comparatif pour évaluer l'activité économique d'un fournisseur de prestations, sans pour autant instaurer de présomption dans ce sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_135/2022 du 12 décembre 2023, publié in ATF 150 V 129), alors qu'elles sont inutiles pour le second, qui consiste avant tout à examiner la conformité des différentes positions des factures d'honoraires avec les conventions tarifaires et les prescriptions légales. Aussi le tribunal de céans a-t-il considéré que le fait que l'indice des coûts totaux par patient du défendeur soit en deçà de la limite de tolérance, et que celui des coûts directs ne dépasse que de peu cette limite, n'importait pas à ce stade, puisqu'il s'agissait en l'espèce d'examiner la conformité de la facturation à la structure tarifaire TARMED, et non de contrôler le respect du principe de l'économicité (ATAS/349/2024 du 21 mai 2024 consid. 5.5). Il a en conséquence laissé en suspens la question de l'influence de ces indices, en tant qu'éléments de contrôle de l'économicité, précisant qu'elle serait prise en considération, dans l'arrêt au fond, lorsque la conformité des différentes positions des factures d'honoraires du défendeur avec les conventions tarifaires et les prescriptions légales aurait été examinée (ATAS/349/2024 du 21 mai 2024 consid.5.5). Le contrôle des factures peut en effet aussi comprendre des éléments de contrôle de l'économicité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 124/03 du 16 juin 2004 consid. 6.2.1 ; ATAS/856/2015 du 13 novembre 2015).

E. 9.3

Le défendeur a fait valoir que son indice RSS des coûts totaux, respectivement de 128 pour chacune des quatre premières années, de 119 pour 2015, de 115 pour 2016, de 114 pour 2017, de 117 pour 2018 et de 96 pour 2019 était resté largement en deçà de l'indice de tolérance de 130.

A/2905/2019 - 24/36 - TARIFSUISSE SA, se fondant sur les indices RSS coûts directs et sur les indices ANOVA sans médicaments, a au contraire relevé que le coût moyen par malade était au-dessus de la norme tolérée de 130 pour 2014, 2015, 2017 et 2018 et à la limite supérieure du tolérable pour 2016.

E. 9.3.1

Selon la jurisprudence, c'est l'indice des coûts totaux qui est en principe déterminant (ATF 133 V 37 consid. 5.3 changement de jurisprudence) lors de l'examen de l'économicité. Un indice des coûts totaux inférieur à l'indice de tolérance de 120-130, tel que l'indique le défendeur, devrait permettre de considérer qu'il a respecté une pratique économique.

E. 9.3.2

En l'occurrence, la conformité des positions utilisées par le défendeur dans ses factures avec les directives TARMED a été examinée au considérant supra 7.

E. 9.3.3

Reste à savoir si l'indice des coûts totaux par patient du défendeur peut être pris en considération et avoir un impact sur la question de l'économicité. Les deux types de contrôle sont distincts. On peut ainsi parfaitement concevoir, par exemple, qu'un fournisseur de prestations applique de façon non conforme les directives TARMED, tout en restant dans la norme statistique. Force est d'observer que la demande déposée par les assureurs vise la condamnation du défendeur à la restitution d'un montant perçu en vertu d'une mauvaise application du système de facturation TARMED. L'objet du présent litige est ainsi la conformité de la facturation du défendeur à la structure tarifaire TARMED. Le tribunal de céans ne saurait aller au-delà. Or, selon le Tribunal fédéral en effet, le Tribunal arbitral va au-delà de l'objet du litige s'il examine la demande des assureurs sous l'angle du contrôle « statistique » selon la méthode de régression, alors que c'est le contrôle des factures qui est invoqué (K 124/2003). Rien n'empêche en revanche que le contrôle des factures comprenne des éléments de contrôle de l'économicité d'un traitement, ce qui englobe l'efficacité et l'adéquation. On peut également rappeler que, dans le cadre d'une expertise analytique, il ne s'agit pas de faire référence aux médecins du groupe de comparaison, mais d'examiner les dossiers in concreto, afin de vérifier que le fournisseur de prestations incriminé n'a pas multiplié les prestations inutilement ou abusé dans la facturation de celles-ci. Les particularités peuvent tout au plus expliquer et permettre de comprendre pourquoi, globalement, le coût moyen par patient du fournisseur de prestations est supérieur au coût moyen de son groupe de comparaison, selon les statistiques. Le Tribunal arbitral ne saurait par conséquent entrer en matière sur l'examen de la question de savoir si oui ou non les éléments relevés dans la pratique du défendeur diffèrent de celle de ses confrères et constituent ainsi des particularités (ATAS/856/2015 du 13 novembre 2015). Il y a enfin lieu de constater que les demanderesses ne se sont pas fondées, à juste titre, sur les indices des coûts totaux du défendeur pour lui réclamer quoi que ce soit en restitution.

A/2905/2019 - 25/36 -

E. 9.3.4

Il s'avère en conséquence que les indices des coûts totaux du défendeur, bien qu'ils soient inférieurs à la valeur de tolérance, ne peuvent être pris en considération dans le cadre d'un litige portant sur la conformité de la facturation de celui-ci au système TARMED.

E. 10

Le défendeur a fait valoir que les prétentions des demanderesses étaient prescrites.

E. 10.1

Dans son arrêt sur partie du 25 août 2021 (ATAS/863/2021), le tribunal de céans, après avoir rappelé que selon le Tribunal fédéral, le point de départ du délai de péremption d'un an devait être fixé selon le moment où les statistiques des factureurs de SANTÉSUISSE sont portées à la connaissance des assureurs-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2), quelle que soit la méthode – statistique ou analytique – sur laquelle se fonde la remise en cause du caractère économique des prestations dispensées (arrêts K 116/03 du 23 novembre 2004 consid. 4.4 et K 39/95 du 11 juillet 1996 consid. 5g), a retenu comme point de départ du délai de péremption d'un an la date à laquelle les statistiques avaient été portées à la connaissance des assureurs- maladie, soit au plus tôt le 15 juillet de l'année qui suit l'année statistique analysée, ce qui correspond à la date de la préparation des données figurant sur ces statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2 ; ATAS/1155/2022). Le tribunal de céans a ainsi constaté que, la demande ayant été déposée le 9 août 2019, le délai légal d'une année, courant à compter du 15 juillet au plus tôt de l'année suivant l'année statistique visée, était dépassé, s'agissant des prétentions en remboursement relatives aux factures établies entre août 2014 et août 2018 (cf. ATAS/863/2021 du 25 août 2021 consid. 9 let.f.). Il a en revanche reporté au présent arrêt sur le fond l'examen du délai de prescription plus long du droit pénal, dès lors que cet examen s'avérait prématuré au moment où l'arrêt sur partie a été rendu, aucun rapport médical relatif aux factures litigieuses n'ayant alors été produit.

E. 10.2

Reste ainsi, à ce stade, à examiner si l'art. 25 al. 2 LPGA, stipulant que « si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant », est en l'espèce applicable.

E. 10.2.1

Lorsqu'il statue sur la créance de l'institution d'assurance en restitution de prestations indûment versées, le juge doit examiner, à titre préjudiciel, si les circonstances correspondant à une infraction pénale sont réunies et, partant, si un délai de péremption plus long que les délais relatifs et absolus prévus par l'art. 25 al. 2 LPGA est applicable dans le cas particulier. Pour que le délai de péremption plus long prévu par le droit pénal s'applique, il n'est pas nécessaire que l'auteur de l'infraction ait été condamné (ATF 118 V 193 consid. 4a p. 197 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2007 du 20 août 2008 consid. 5.3 et les références). Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai plus long, celui-ci est déterminant (art. 25 al. 2, 2ème phr., LPGA).

A/2905/2019 - 26/36 - En l'absence d'un jugement pénal, il appartient au juge administratif d'examiner à titre préjudiciel si les circonstances correspondant à une infraction pénale sont réunies. Ce faisant, ce sont les exigences en matière de preuve dans la procédure pénale qui sont applicables, de sorte que le degré de vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales ne suffit pas. L'autorité qui invoque le délai de prescription pénale doit en tous les cas produire des éléments démontrant le comportement punissable (ATF 138 V 74 consid. 6.1). Un acte punissable au sens de l'art. 25 al. 2, 2ème phr. LPGA, suppose la réunion des éléments tant objectifs que subjectifs de l'infraction (arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2016 du 4 novembre 2016 consid. 5.2).

E. 10.2.2

Ce sont principalement les infractions réprimées aux art. 146, 148a et 251 CP qui entrent en considération dans le cas d'espèce au titre d'infractions pouvant impliquer l'application d'un délai de péremption plus long. Aux termes de l'art. 146 CP, « Quiconque, dans le dessein de se procurer ou de procurer à un tiers un enrichissement illégitime, induit astucieusement en erreur une personne par des affirmations fallacieuses ou par la dissimulation de faits vrais ou la conforte astucieusement dans son erreur et détermine de la sorte la victime à des actes préjudiciables à ses intérêts pécuniaires ou à ceux d'un tiers, est puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire ». L'art. 148a CP, entré en vigueur le 1er octobre 2016, sanctionne celui qui, par des déclarations fausses ou incomplètes, en passant des faits sous silence ou de toute autre façon, induit une personne en erreur ou la conforte dans son erreur, et obtient de la sorte pour lui-même ou pour un tiers des prestations indues d'une assurance sociale ou de l'aide sociale. L'art. 148a CP trouve application lorsque l'élément d'astuce, typique de l'escroquerie, n'est pas réalisé. L'infraction englobe toute tromperie. Elle peut être commise par le biais de déclarations fausses ou incomplètes ou en passant sous silence certains faits. Sous l'angle subjectif, l'art. 148a CP décrit une infraction intentionnelle et suppose, s'agissant de la variante consistant à « passer des faits sous silence », que l'auteur ait conscience de l'existence et de l'ampleur de son devoir d'annoncer, ainsi que la volonté de tromper. Le dol éventuel suffit (arrêt du Tribunal fédéral 6B_886/2022 du 29 mars 2023 consid. 2.1.3 et les références). L'art. 251 CP dispose que : « Celui qui, dans le dessein de porter atteinte aux intérêts pécuniaires ou aux droits d'autrui, ou de se procurer ou de procurer à un tiers un avantage illicite, aura créé un titre faux, falsifié un titre, abusé de la signature ou de la marque à la main réelles d'autrui pour fabriquer un titre supposé, ou constaté ou fait constater faussement, dans un titre, un fait ayant une portée juridique, ou aura, pour tromper autrui, fait usage d'un tel titre, sera puni d'une peine privative de liberté de cinq ans au plus ou d'une peine pécuniaire ».

A/2905/2019 - 27/36 - L'art. 92 al. 1 let. b LAMal enfin vise « celui qui obtient pour lui-même ou pour autrui, sur la base de la présente loi, une prestation qui ne lui revient pas, par des indications fausses ou incomplètes ou de toute autre manière ».

E. 10.2.3

Selon la jurisprudence, la feuille de maladie constitue un titre propre à établir l'exactitude des indications que le médecin y a inscrites. La seule production des factures, lesquelles constituent des faux intellectuels, dans le but avéré de procurer un avantage illicite au médecin, suffit à fonder sa condamnation pour faux dans les titres au sens de l'art. 251 CP. Il y a faux dans les titres lorsqu'un médecin établit une feuille de maladie ou une facture mensongère et fait valoir pour lui ou son patient des prestations auprès d'une caisse-maladie, dès lors que ces documents émanent d'un professionnel qui bénéficie d'une position privilégiée et jouit de ce fait d'une confiance particulière (ATF 117 IV 165 consid. 4 ; 103 IV 178 consid. 2c ; 6B.491/1999 consid. 7 ; 6B.22/2007 consid. 9.2 ; 6B 589/2009 consid. 2.1.1). Le Tribunal fédéral, dans un arrêt du 14 septembre 2009 (6B 589/2009), a traité le cas d'un fournisseur de prestations qui avait facturé aux caisses-maladie, des assistances opératoires, alors que celles-ci n'avaient pas été effectuées et n'avaient, partant, pas à être comptabilisées. Ce faisant, il avait induit les assureurs en erreur par des affirmations fallacieuses. Le Tribunal fédéral a considéré que la question de savoir si ces protocoles opératoires – qui n'étaient pas transmis aux assureurs avec les factures d'honoraires et restaient dans les dossiers des patients – constituaient réellement des titres au sens de l'art. 251 CP pouvait rester ouverte, dès lors que la seule production des factures,

lesquelles constituent des faux intellectuels dans le but avéré de procurer un avantage illicite au centre médical, suffit à fonder la condamnation du médecin pour faux dans les titres au sens de l'art. 251 CP. Dans un arrêt plus récent rendu le 17 octobre 2017 (6B_50/2017), le Tribunal fédéral a rappelé que commet une escroquerie (146 CP) et un faux dans les titres (251 CP), le médecin qui utilise faussement le code TARMED dans ses factures afin d'en justifier le remboursement par l'assurance obligatoire des soins, cette tromperie devant être qualifiée d'astucieuse, puisqu'il agit en sa qualité de médecin.

E. 10.2.4.1

En l'espèce, les demanderesse considèrent qu'elles ont respecté le délai de prescription plus long du droit pénal, par le dépôt de leur demande du 9 août 2019. Elles citent plus particulièrement un arrêt rendu par le Tribunal correctionnel de l'Est vaudois le 31 août 2020 condamnant un médecin notamment pour faux dans les titres en raison d'une facturation indue aux assurances maladie.

E. 10.2.4.2

Le défendeur, quant à lui, soutient au contraire que son comportement n'est en aucun cas constitutif d'une infraction pénale réprimée à l'art. 92 LAMal.

A/2905/2019 - 28/36 - Il considère que la référence de TARIFSUISSE SA à l'arrêt vaudois du 31 août 2020 n'est pas pertinente, dans la mesure où cet arrêt concerne un médecin qui avait facturé des prestations sans les exécuter réellement, ce qui n'est précisément pas son cas, puisqu'il a effectué toutes les prestations facturées.

E. 10.2.5.1

Dans son rapport du 20 août 2024, l'expert a relevé une utilisation systématiquement erronée du TARMED, non économique, et menant à une surfacturation notable (cf. consid. supra 7). Il a en substance considéré, sur la base de trois constatations, que le défendeur avait appliqué le système de facturation TARMED de façon non conforme, (cf. question 7 expertise), à savoir : - un temps de consultation excessif - une facturation exagérée et - l'absence de documentation adéquate pour justifier les interventions facturées. Il a conclu à une pratique non économique constitutive d'une polypragmasie (cf. question 3). Selon le Dr D_____, confirmant du reste les constatations du Dr B_____, de nombreux actes n'étaient pas documentés, de sorte qu'il ne peut précisément pas être admis, contrairement à ce que le défendeur allègue quant à l'arrêt vaudois cité par TARIFSUISSE SA, qu'ils ont été véritablement effectués. L'expert a relevé que plusieurs positions tarifaires avaient été utilisées de façon non conforme au système TARMED (cf. consid. supra 7). S'agissant de la facturation des consultations selon un schéma tarifaire quasi forfaitaire sans utilisation des positions tarifaires adéquates, il s'est certes montré nuancé, indiquant qu'il lui « semblait » que tel était le cas jusqu'en 2018, il a toutefois ajouté qu'ensuite, il avait observé des facturations sur deux jours différents pour des prestations clairement documentées comme ayant eu lieu le même jour dans les dossiers, ce qui n'est pas autorisé, et a finalement déclaré que « ce qui frappe, c'est le caractère systématique des facturations et les montants presque identiques pour chaque consultation, ce qui n'est pas conforme à une facturation basée sur les prestations réellement fournies ». (cf. consid. supra 7). Au vu de ce qui précède, on doit conclure que les éléments objectifs des art. 148a et 251 CP sont remplis. L'application de l'art. 146 CP dans le cas d'espèce peut être laissée ouverte.

E. 10.2.5.2

Sur le plan subjectif, il convient d'examiner si le défendeur a agi intentionnellement, c'est-à-dire avec conscience et volonté, étant précisé que le dol éventuel, lequel suppose que l'auteur envisage le résultat dommageable et s'en accommode, voire l'accepte comme tel, suffit (ATF 138 V 74 consid. 8.2 p. 83 et les références citées).

A/2905/2019 - 29/36 - Il importe de rappeler à cet égard qu'il a été considéré que le défendeur ne pouvait se prévaloir du principe de la bonne foi pour nier le droit des demandresses de lui réclamer la restitution des montants qui lui ont été versés (cf. consid. supra 8). L'expert a indiqué qu'il doutait que le défendeur ait pu croire, de bonne foi, qu'il respectait les exigences TARMED, précisant que « la facturation excessive et systématique sur une longue période suggère une connaissance de cette non-conformité » (cf. question 4). Il résulte également de la partie en fait qui précède que TARIFSUISSE SA a attiré l'attention du défendeur, à plusieurs reprises, sur le fait qu'il n'utilisait pas les positions tarifaires adéquates. Il ne pouvait ainsi ignorer qu'il appliquait de façon non conforme les règles du TARMED. Il n'a du reste pas répondu à ces demandes d'éclaircissements. Il sied, par conséquent, d'admettre que l'élément subjectif de l'infraction est réalisé.

E. 10.2.5.3

Il ressort des constatations et conclusions de l'expert qu'une grande partie des factures du défendeur constituait sans aucun doute des faux intellectuels produits dans le but avéré de se procurer un avantage illicite, justifiant une condamnation pour faux dans les titres au sens de l'art. 251 CP, selon la jurisprudence susmentionnée. Il y a lieu de retenir, au terme de cet examen préjudiciel, que le défendeur, par son utilisation du système tarifaire TARMED, a réalisé les éléments constitutifs objectifs et subjectifs de l'art. 251 CP, ainsi que l'infraction pénale réprimée à l'art. 148a CP depuis le 1er octobre 2016, à tout le moins par dol éventuel.

E. 10.2.6

TARIFSUISSE SA était en conséquence fondée à se prévaloir du délai de prescription plus long du droit pénal. En l'occurrence, et conformément à l'art. 97 al. 1 let. d CP, le délai de prescription de l'action pénale, au vu des peines encourues en cas d'infractions à l'art. 251 CP, ainsi qu'à l'art. 148a CP depuis le 1er octobre 2016, est de sept ans (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 6.6).

E. 10.2.7.1

En renvoyant, à l'art. 25 al. 2, 2ème phr., LPGA, au délai de prescription plus long prévu par le droit pénal, le législateur avait pour but d'éviter la péremption d'une créance en restitution de prestations indûment versées, en raison d'un acte punissable, aussi longtemps que l'auteur de l'infraction reste exposé à une poursuite pénale, généralement plus lourde de conséquences. Il est conforme à cet objectif que le point de départ du délai au sens de l'art. 25 al. 2, 2ème phr., LPGA, se détermine selon les critères établis à l'art. 98 CP (cf. ATF 138 V 74 consid. 5.2 p. 79 ; 126 III 382 consid. 4a/bb p. 383 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_592/2007 du 20 août 2008 consid. 5.4.3). Ainsi, le délai commence à courir dès le jour où l'auteur a exercé son activité coupable (let. a) ; dès le jour du dernier acte si cette activité s'est exercée à plusieurs reprises (let. b) ; dès le jour où les

A/2905/2019 - 30/36 - agissements coupables ont cessé s'ils ont eu une certaine durée (let. c). En cas de délit d'omission, le début de la prescription coïncide avec le moment où l'auteur aurait dû agir (voir FRANZ WERRO, in Commentaire romand, Code des obligations I, 2ème éd. 2012, n. 35 ad art. 60 CO ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_213/2016

du 4 novembre 2016).

E. 10.2.7.2

En l'espèce, le délai de 7 ans n'était à l'évidence pas échu au moment où TARIFSUISSE SA a déposé le 9 août 2019 sa demande en restitution relative aux factures établies par le défendeur entre août 2014 et juin 2019, que l'on applique l'art. 98 let. a CP (le délai court à partir d'août 2014) ou l'art. 98 let. b CP (le délai court à partir d'août 2019). Il est inutile dans ces conditions d'examiner l'allégation des demanderesse selon lesquelles le défendeur semblant continuer à facturer ses prestations « en bloc », par analogie aux cas de délit continu du droit pénal, le délai de prescription/péremption ne peut commencer à courir qu'à partir de la commission de la dernière infraction (Christian FAVRE/Marc PELLET/Patrick STUDMANN code pénal annoté art. 98 N. 1.10).

E. 10.3

Force est en conclusion de constater que la demande en restitution des montants remboursés à tort au défendeur d'août 2014 à juin 2019, déposée par TARIFSUISSE SA le 9 août 2019, l'a été en temps utile.

E. 11

Il résulte de ce qui précède, et plus particulièrement du considérant supra 7, que le défendeur n'a pas appliqué de façon conforme le système de facturation TARMED, de sorte qu'il y a lieu d'admettre la demande de TARIFSUISSE SA tendant à la restitution des montants qui ont été remboursés à tort. Reste à déterminer si les calculs auxquels l'expert a procédé pour évaluer le montant à restituer peuvent être retenus.

E. 11.1

Il sied préalablement de rappeler que le degré de preuve dans les actions selon la LAMal, en particulier celle pour la polypragmasie, est celui de la vraisemblance prépondérante. Ce standard est plus élevé que la simple vraisemblance, mais nettement moins élevé que la preuve exigée en matière civile et a fortiori pénale (Valérie JUNOD, Polypragmasie, analyse d'une procédure controversée in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n. 40-2008, p. 33).

E. 11.2

TARIFSUISSE SA a, dans sa demande du 9 août 2019, réclamé au défendeur le paiement d'une somme à préciser après l'administration des preuves, mais au moins de CHF 664'633.-, somme qu'elle a finalement fixée, dans ses écritures du 22 février 2022, à CHF 921'837.-, au vu des pièces produites et du rapport du Dr B_____ du 11 janvier 2022 et sur la base d'un tableau établi pour chacune des trois périodes concernées. Le premier de ces tableaux permet de constater un total de CHF 366.94 par facture et par année, de 2014 (dès le 1er août) à 2017, le second, de CHF 207.31, pour 2018 et le troisième, de CHF 243.42, pour 2019 (jusqu'au 30 juin).

A/2905/2019 - 31/36 -

E. 11.3

Le Dr D_____ a expliqué, dans son rapport d'expertise, la méthodologie globale qu'il avait utilisée pour calculer le montant à restituer, s'agissant des 3'046 dossiers critiqués par les demanderesse (cf. expertise p. 9 question 5). Il s'y réfère à nouveau dans le complément d'expertise, tout en tenant compte au surplus des factures complémentaires transmises par

TARIFSUISSE le 2 décembre 2024. Constatant que son évaluation de la restitution financière théorique s'avère alors différente de la précédente, « notamment en raison d'éléments laissant présumer l'existence de doubles facturations systématiques pour l'année 2018 », il a modifié son calcul du montant à restituer. Finalement, ce montant, selon l'expert, est de CHF 276.81 par facture et par année de 2014 à 2017, de CHF 129.89 pour 2018, et de CHF 121.13 pour 2019. Les CHF 593'918.-, initialement prévus dans l'expertise, ont ainsi été augmentés à CHF 643'955.82 dans le complément d'expertise, (cf. tableaux récapitulatifs in expertise p. 11 et complément d'expertise p. 4).

E. 11.4

Dans sa réponse du 18 septembre 2020, le défendeur a fait valoir qu'il n'était redevable d'aucun montant en faveur des demanderesse. Après avoir pris connaissance de l'expertise du Dr D_____, le défendeur a, dans ses écritures du 2 décembre 2024, contesté les calculs en résultant, considérant qu'ils reposent sur « une interprétation biaisée et insuffisamment contextualisées » et qu'ils ne tiennent pas compte « des spécificités culturelles et organisationnelles de la pratique médicale genevoise ». Le défendeur ne précise toutefois pas pourquoi les calculs de l'expert seraient erronés. Il n'explique pas non plus comment des particularités genevoises pourraient avoir une influence sur ces calculs. On peut quoi qu'il en soit rappeler que selon l'expert, rien ne permet de conclure à une différence significative à Genève par rapport aux standards en vigueur en Suisse (cf. consid. supra 7. 3). À noter au surplus que le défendeur ne s'est pas déterminé après avoir eu connaissance du complément d'expertise

E. 11.5

Dans leurs écritures du 2 décembre 2024, les demanderesse font état d'erreurs de calcul commises par l'expert et d'omissions. Des tableaux comparatifs entre l'expert et son médecin-conseil qu'elles ont dressés pour chaque période concernée, il résulte les montants suivants : Années Expert Dr B_____ 2014-2017 CHF 311.93 CHF 366.94 2018 CHF 139.37 CHF 222.76 2019 CHF 121.13 CHF 274.31 Il est intéressant de rappeler que selon l'expert, et ce quand bien même il qualifiait le rapport du Dr B_____ de détaillé et de bien structuré, certaines nuances

A/2905/2019 - 32/36 - pouvaient y être apportées, notamment en ce qui concernait les recommandations de tarification. On peut précisément se demander si ces nuances étaient de nature à venir expliquer les différences entre les montants réclamés par TARIFSUISSE SA et ceux avancés par l'expert. Il est vrai par ailleurs que les explications données par les demanderesse pourraient paraître fondées, à quelques exceptions près, ce qui justifierait le cas échéant que l'on corrige les résultats obtenus par l'expert. Il s'avère toutefois inutile de se déterminer à cet égard, dès lors que l'expert les a de lui-même modifiés dans son complément d'expertise, d'une part, et que les demanderesse ne se sont finalement pas opposées aux nouveaux chiffres retenus, d'autre part, et ce, quand bien même ceux-ci restaient inférieurs aux leurs. Elles ont en effet pris acte du montant « de l'ordre de » CHF 645'000.-.

E. 11.6

Les chiffres donnés par l'expert pour évaluer le surcoût sont clairs, convaincants, et résultent de commentaires motivés de manière convaincante. Il a pris soin de souligner, tant dans son rapport d'expertise que dans son complément d'expertise, qu'il s'agissait-là d'estimations. Il emploie les verbes au conditionnel pour le confirmer. Il démontre ce faisant

combien il est soucieux de tenir compte de tous les éléments. Le fait de se montrer aussi modéré est du reste à mettre en lien avec l'absence de documentation relevée à plusieurs reprises. Aussi, par exemple, l'expert a-t-il confirmé l'observation du Dr B_____ selon laquelle la documentation est souvent absente ou incomplète, ajoutant toutefois qu'il était possible qu'une partie des prestations ait été effectivement réalisée. À noter enfin que le tribunal de céans, dans son ordonnance d'expertise, lui avait confié le mandat d'« évaluer le montant à restituer par le défendeur aux demandresses, ce par extrapolation ». Il a ainsi respecté les instructions qui lui ont été données. Les chiffres retenus par l'expert tiennent ainsi compte des précautions qu'il a prises. On peut quoi qu'il en soit constater que l'estimation à laquelle a procédé l'expert n'apparaît au demeurant pas arbitraire en l'état du dossier.

E. 11.7

Le tribunal de céans retient en conséquence, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, et en l'absence d'éléments pertinents propres à remettre en doute les chiffres énoncés par l'expert dans son complément d'expertise, les montants à restituer de CHF 475'283.- pour la période de 2014 à 2017, de CHF 114'043.- pour 2018, et de CHF 54'630.- pour 2019, soit au total CHF 643'956.- (montants arrondis). Le défendeur doit en conséquence aux demandresses, représentées par TARIFSUISSE SA, et prises conjointement et solidairement, le montant de CHF 643'956.-.

E. 12

Il y a lieu de considérer que la demande est en l'espèce admise, ce même si le montant à restituer retenu est celui articulé par l'expert de CHF 643'955.82, et non celui figurant dans la demande du 9 août 2019, puis rectifié par les conclusions du

A/2905/2019 - 33/36 - 22 février 2022. TARIFSUISSE SA ne s'est en effet pas opposée, dans sa détermination du 19 mai 2025, au montant auquel a conclu l'expert.

E. 13

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), dans sa version en vigueur à compter du 11 mai 2024, les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers, 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). Eu égard au sort du litige, les frais du Tribunal, y compris les frais d'expertise, par CHF XXX, ainsi que l'émolument fixé à CHF 2'000.-, sont mis à la charge du défendeur.

E. 14

Me SURCHAT, au nom et pour le compte des demandresses, a réclamé l'octroi de dépens, dont elle a établi le montant sur la base de time sheets qu'elle produit. L'art. 87 al. 2 LPA prévoit en effet que la juridiction administrative peut, sur requête, allouer à la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause, une indemnité pour les frais indispensables causés par le recours. L'art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03) prescrit que la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10 000.-. Toutefois, selon la jurisprudence constante de la chambre

administrative de la Cour de justice de Genève, seuls les plaideurs privés ou les entités publiques trop modestes pour se défendre par eux-mêmes (par ex. les communes en-dessous de 10'000 habitants) ont droit à une indemnité. Les collectivités publiques qui possèdent un service juridique et sont susceptibles d'être couramment confrontées à des problèmes, sont considérées comme étant capables de traiter elles-mêmes les procédures (Stéphane GRODECKI/Romain JORDAN, ch. 1041, p. 272 s. et les références citées). Or, comme le Tribunal fédéral l'a confirmé encore récemment, les assurances qui pratiquent l'assurance obligatoire des soins sont qualifiées d'organisations chargées de tâches de droit public. À ce titre, les demanderessees ne peuvent prétendre à une participation à leurs honoraires d'avocat (ATF 149 II 381 consid. 7.3 p. 382 ss).

E. 15

Enfin, TARIFSUISSE SA a demandé au tribunal de céans qu'il avertisse formellement le défendeur qu'en cas de nouveau manquement à son obligation de collaborer avec les assureurs et de respecter les exigences TARMED relatives à la facturation de ses prestations, il sera définitivement exclu de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

E. 15.1

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

A/2905/2019 - 34/36 - 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, à 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 visées à l'al. 1 : 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'assurance obligatoire des soins. 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 pratiquant à leur charge (ATF 120 V 481 consid. 2b). Le but en est notamment d'amener son destinataire à modifier son comportement pour qu'il

A/2905/2019 - 35/36 - 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).

E. 15.2

En l'espèce, TARIFSUISSE SA, craignant que le défendeur continue à facturer de manière non conforme au système de tarification TARMED, a sollicité du tribunal de céans qu'il lui adresse formellement un avertissement au sens de l'art. 59 al. 1 let. a LAMal. On peut comprendre l'importance pour les assureurs que le défendeur soit rendu attentif au lien de confiance indispensable qui doit exister entre eux. Avertir le défendeur qu'en cas de nouveau manquement à son obligation de collaborer avec les assureurs ou aux exigences relatives à la facturation, il pourrait être exclu de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour une période à définir est en effet de nature à créer chez le médecin une prise de conscience utile si l'on craint qu'il demeure hermétique à toute forme de remise en question. Un avertissement pourrait en l'occurrence paraître redondant, dès lors que le tribunal de céans a admis la demande en restitution du 9 août 2019 et condamné le défendeur à verser aux demanderesse la somme de CHF 643'956.-. Il s'agit toutefois d'attirer l'attention du défendeur sur le risque d'une exclusion de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins s'il ne procédait pas à un changement sensible de sa pratique. Un avertissement lui est donc adressé, selon lequel il pourrait être exclu de toute activité à charge de l'assurance obligatoire des soins, ce quand bien même le prononcé d'un avertissement ne constitue pas une mesure obligatoire avant l'exclusion elle-même. Le médecin doit être conscient qu'il risque l'exclusion s'il est à nouveau établi que sa pratique a été polypragmasique. Il ne saurait en revanche être question de prévoir d'ores et déjà une exclusion définitive. La durée de l'exclusion sera si nécessaire examinée en temps voulu et dans le respect du principe de la proportionnalité.

A/2905/2019 - 36/36 -

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