

GE_GERICHTE A/908/2007 vom 12. Juli 2013

GE Cour de justice, 2013-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_908_2007

FR: GE_GERICHTE A/908/2007 du 12 juillet 2013

IT: GE_GERICHTE A/908/2007 del 12 luglio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.07.2013
A/908/2007

A/908/2007 ATAS/738/2013 du 12.07.2013 (ARBIT) , PARTIELMNT ADMIS En fait
En droit Par ces motifs RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR
JUDICIAIRE A/908/2007 ATAS/738/2013 ARRET DU TRIBUNAL ARBITRAL DES
ASSURANCES du 12 juillet 2013 En la cause SWICA ORGANISATION DE SANTE,
sise p.a. SWICA ASSURANCE-MALADIE, Direction régionale de Lausanne, Mme
J_____, à LAUSANNE demanderesse contre X_____ S.A., sise à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET défenderesse
EN FAIT 1. Madame F_____ (ci-après: l'assurée), née en 1967, est assurée
auprès de SWICA ORGANISATION DE SANTE (ci-après: l'assureur ou la demanderesse)
depuis le 1 er janvier 1996 au titre de l'assurance obligatoire des soins (AOS).! [endif]>! [if>
2. À compter du mois d'avril 2000, l'assurée a fréquemment recouru aux services de
X_____ SA (ci-après: le fournisseur de prestations ou la défenderesse) pour apaiser
les migraines dont elle souffrait. Le traitement prodigué entre les mois de mars 2005 et de
mars 2006 a essentiellement consisté en des injections de Péthidine (analgésique
opiacé).! [endif]>! [if> 3. Entre le 31 mars 2005 et le 26 mars 2006, le fournisseur de
prestations a établi quatre cent quarante-trois notes d'honoraires pour un montant total de
110'747 fr. 65. Pour ces factures, l'assurée a cédé aux différents médecins intervenants ses
prétentions en remboursement du traitement par l'assureur. ! [endif]>! [if> 4. Suite à un
échange de courriers entre le fournisseur de prestations et l'assureur visant à apprécier le
caractère efficace, approprié et économique du traitement prodigué, l'assureur a sollicité
l'avis de son médecin-conseil, le Dr L_____, qui a procédé à un examen de l'assurée
le 11 avril 2006. Dans son rapport établi le 24 avril 2006, le médecin-conseil a
substantiellement relevé que l'assurée avait développé une sévère dépendance aux opiacés à
la suite de l'administration régulière par le fournisseur de prestations de Péthidine destinée
initialement à soulager les céphalées dont celle-ci souffrait.! [endif]>! [if> 5. Par
décision du 18 mai 2006, confirmée par décision sur opposition du 15 août 2006, l'assureur
a refusé de prendre en charge ces quatre cent quarante-trois factures, au motif que le
traitement prodigué était inefficace, inapproprié et non-économique.! [endif]>! [if> Le
fournisseur de prestations a déféré la décision sur opposition au Tribunal cantonal des
assurances sociales (ci-après TCAS ; la Chambre des assurances sociales de la Cour de
justice depuis le 1 er janvier 2011), lequel a rejeté son recours par arrêt du 20 mai 2010 (
ATAS/620/2010 ; cause A/3413/2006). Saisi à son tour, le Tribunal fédéral a également
rejeté le recours du fournisseur de prestations par arrêt du 6 juin 2011 (9C_561/2010).
Notre Haute Cour a jugé que le traitement prodigué à l'assurée devait être considéré dans
son ensemble, et non comme une succession d'interventions en urgence, indépendantes les
unes des autres. L'administration de Péthidine était un traitement inefficace, inapproprié et

non-économique. 6. En parallèle, l'assureur a saisi, le 6 mars 2007, le Tribunal arbitral des assurances d'une action, en concluant, préalablement, à la suspension de la procédure arbitrale jusqu'à droit connu dans la cause A/3413/2006 et, principalement, à ce que le fournisseur de prestations soit condamné, sous suite de frais et dépens, à lui rembourser un montant de 19'752 fr. 95. 7. Sur le fond, la demanderesse relève que le fournisseur de prestations a établi - outre les factures objet de la procédure A/3413/2006 - septante-six factures en tiers-payant pour le traitement dispensé à l'assurée pendant la même période pour un montant total de 19'752 fr. 95. Ces factures avaient été traitées automatiquement par le système informatique de l'assureur et prises en charge par erreur. En effet, en l'absence de convention, le fournisseur de prestations n'était pas autorisé à en demander le remboursement. De surcroît, ces factures n'étaient pas dues, dès lors que le traitement entrepris n'était ni efficace, ni approprié, ni économique. La demanderesse s'était rendu compte de cette erreur lors de l'établissement de sa décision du 18 mai 2006. 8. Invitée à se déterminer, la défenderesse, par pli du 20 mars 2007, ne s'est pas opposée à la demande de suspension, tout en réservant ses droits sur le fond. 9. Par ordonnances du 28 mars 2007, du 9 mai 2008, du 22 juin 2009 et du 22 juillet 2010, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause. 10. Par ordonnance du 5 juillet 2011, le Tribunal de céans a repris l'instruction de la cause, suite à l'arrêt précité du Tribunal fédéral, et a octroyé aux parties un délai pour se déterminer quant à la suite de la procédure. 11. Par écriture du 19 juillet 2011, la défenderesse conclut, sous suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité et au rejet de la demande du 6 mars 2007 pour les motifs suivants. La défenderesse considère que l'assureur aurait dû saisir le Tribunal cantonal des assurances sociales en restitution du montant de 19'752 fr. 95, alléguant que les septante-six factures en question n'ont pas été remboursées en tiers-payant. Sur le fond, la défenderesse est d'avis que l'action en répétition de l'indu serait périmée. En effet, les factures contestées ont été remboursées en 2005 et l'action déposée le 6 mars 2007, soit postérieurement au délai de péremption d'une année. Par ailleurs, les conditions posées par les art. 62 ss de loi fédérale du 30 mars 1911, complétant le Code civil suisse (CO, Code des obligations ; RS 220) relatives à l'obligation de restituer l'indu n'étaient pas remplies. Ainsi, la demanderesse ne pouvait se prévaloir de son erreur dans le paiement de ces factures, puisque depuis le début de l'année 2005 les parties échangeaient des courriers concernant le traitement prodigué à l'assurée. La défenderesse estime en outre que si la demanderesse a remboursé les septante-six factures en question, c'est bien qu'elle considérait, alors, que les soins prodigués à l'assurée répondaient aux conditions légales pour être prises en charge. Nonobstant l'arrêt du Tribunal fédéral, des soins peuvent être, durant une période, efficaces, appropriés et économiques et ne plus l'être ultérieurement. Enfin, la défenderesse et l'assurée avaient été de bonne foi, et celle-ci se trouverait dans une situation difficile si elle devait être amenée à rembourser les factures. 12. Par pli du 14 juillet 2011, la demanderesse a maintenu sa demande du 6 mars 2007, faisant remarquer que la restitution des prestations était sollicitée pour les mêmes raisons que celles ayant fait l'objet de l'arrêt du Tribunal fédéral rendu le 6 juin 2011 (9C_561/2010) dans la cause A/3413/2006. La demanderesse sollicitait l'apport de cette cause dans la présente procédure. 13. Par écriture du 12 août 2011, la demanderesse a estimé que la compétence du Tribunal de céans était donnée. 14. Une audience s'est tenue le 2 septembre 2011, à l'issue de laquelle le Tribunal de céans a constaté l'échec de la tentative de conciliation. Il a ordonné la production des septante-six factures litigieuses et a octroyé aux parties un délai pour désigner les arbitres et se prononcer à nouveau sur la

recevabilité.![endif]>![if> 14. Le 7 septembre 2011, la demanderesse a produit les septante-six factures litigieuses établies par la défenderesse pour les traitements prodigués à l'assurée entre le 8 juin et le 13 août 2005.![endif]>![if> 15. Par mémoire du 30 septembre 2011, la demanderesse a rappelé que la défenderesse ne pouvait pas se prévaloir de cessions de créances en sa faveur pour ces septante-six factures, de sorte que la compétence du Tribunal arbitral était manifestement donnée. Pour le surplus, la demanderesse a désigné son arbitre en la personne de Monsieur G_____![endif]>![if> 16. Dans son écriture du 30 septembre 2011, la défenderesse a fait valoir qu'une des factures produites par la demanderesse (pièce n° 104, facture de 177 fr. 80) n'aurait jamais été remboursée, de sorte que dans l'hypothèse où le Tribunal arbitral devait admettre la demande, ce montant devrait être déduit des prétentions réclamées. Pour le surplus, elle a désigné son arbitre en la personne de Monsieur H_____![endif]>![if> 17. Par pli du 27 octobre 2011, la demanderesse a indiqué que la facture de 177 fr. 80 a bien été remboursée à la défenderesse. Elle faisait en effet partie d'un bordereau de paiement d'un montant total de 422 fr. 75 qui comportait une facture pour un autre assuré.![endif]>![if> 18. Le 20 juillet 2012, le Tribunal a invité la défenderesse à désigner un nouvel arbitre, Monsieur H_____ n'étant plus domicilié à Genève, de sorte qu'il ne pouvait plus délibérer. Le 7 août 2012, la défenderesse a désigné son arbitre en la personne de Monsieur I_____![endif]>![if> 19. Par arrêt incident du 14 septembre 2012, le Tribunal arbitral a déclaré recevable la demande du 6 mars 2007 et a rejeté l'exception d'incompétence à raison de la matière invoquée, se déclarant ainsi compétent pour trancher sur le fond (ATAS/1194/2012).![endif]>![if> 20. Par ordonnance du 23 novembre 2012, le Tribunal arbitral a ordonné l'apport du dossier A/3413/2006 et a octroyé un délai aux parties pour consulter le dossier et déposer d'éventuelles observations sur le fond. ![endif]>![if> 21. Par écriture du 18 décembre 2012, la demanderesse conclut à la restitution de 19'752 fr. 95 plus intérêts à 5% dès le 6 mars 2007. Elle rappelle notamment que ce n'est que lors de l'établissement de la décision du 18 mai 2006 qu'elle s'était rendu compte que la défenderesse lui avait également facturé électroniquement septante-six factures. Par ailleurs, l'échange de correspondance avec la défenderesse depuis le début 2005 portait uniquement sur les autres factures que celle-ci lui avait adressées par courrier accompagnées de cessions. Enfin, si la défenderesse était tenue à restitution, le paiement des factures n'incomberait pas à l'assurée dès lors que le Tribunal fédéral avait considéré que la rémunération des prestations, prises dans leur ensemble et non en partie, dépasse la mesure exigée par l'intérêt de l'assurée et le but du traitement.![endif]>![if> 22. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la défenderesse, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce a déjà été admise par arrêt du 14 septembre 2012, de même que la recevabilité de la demande du 6 mars 2007, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.![endif]>![if> 2. Est litigieux le droit de la demanderesse à la restitution par la défenderesse des prestations reçues en remboursement des coûts du traitement prodigué à l'assurée entre le 8 juin et le 13 août 2005. ![endif]>![if> 3. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). ![endif]>![if> Les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1, 1 ère phrase LAMal). L'art. 56 LAMal prévoit notamment que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi. Ont

qualité pour demander la restitution, l'assuré ou, conformément à l'art. 89 al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 56 al. 2 let. a). Selon la loi et la jurisprudence, l'assureur a un droit propre à exiger du fournisseur de prestations la restitution des sommes qu'il a perçues indûment, même lorsque celles-ci lui ont été versées par l'assuré et non par l'assureur et fût-ce contre la volonté de l'assuré (ATF 127 V 281 consid. 5c). 4. En l'occurrence, il n'est pas contesté par les parties, ni contestable au vu de la teneur des factures litigieuses (pièces 1a à 76a, chargé demanderesse) que la défenderesse a obtenu le remboursement des prestations effectuées auprès de l'assurée entre le 8 juin et le 13 août 2005, lesquelles ont consisté en l'administration de Péthidine, soit le même traitement qui a fait l'objet de la procédure A/3413/2006 opposant les mêmes parties et concernant la même assurée. Soumis à l'examen du Tribunal fédéral, ce traitement a été jugé comme n'étant ni efficace, ni approprié, ni économique, de sorte que la défenderesse n'avait pas droit au remboursement par la demanderesse des coûts du traitement effectué entre le 31 mars 2005 et le 26 mars 2006 (ATF non publié 9C_561/2010 du 6 juin 2011).!endif]>![if> Compte tenu du jugement rendu par notre Haute Cour, force est de retenir que la défenderesse a reçu à tort le montant de 19'752 fr. 95 à titre de remboursement du même traitement prodigué à l'assurée entre le 8 juin et le 13 août 2005. Contrairement à ce que fait valoir la défenderesse, le Tribunal de céans ne saurait procéder au réexamen des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité du traitement prodigué pendant la période précitée, puisque cette question a déjà été définitivement tranchée par l'arrêt du Tribunal fédéral et que la présente procédure concerne le traitement effectué entre le 8 juin et le 13 août 2005, soit pendant la période des faits qui a été précisément soumise à notre Haute Cour (du 31 mars 2005 au 26 mars 2006). Qui plus est, le Tribunal fédéral a estimé que le traitement prodigué par la défenderesse à l'assurée devait être considéré dans son ensemble et non pas comme une succession d'interventions en urgence, indépendantes les unes des autres (ATF non publié 9C_561/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.3.2). Reste à examiner si les prétentions de la demanderesse sont périmées. 5. Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Le même délai s'applique aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 V 579 consid. 4.1). Il s'agit d'un délai de péremption (ATF 119 V 431 consid. 3a) et cette question doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (ATF 133 V 579 , consid. 4.1).!endif]>![if> Avant l'entrée en vigueur de la LPGA en date du 1 er janvier 2003, l'art. 47 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10) était applicable par analogie pour ce qui concerne la prescription des prétentions en restitution, selon la jurisprudence (ATF 103 V 145 consid. 4). 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 la jurisprudence relative à ces dispositions, qu'il convient également d'appliquer à l'art. 25 al. 2 précité, le délai de péremption d'une année commence à courir dès le moment où l'assurance sociale aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (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 étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3). 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. A 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 (ATF non publié 9C_632/2012 du 10.1.2013, consid. 4.2). Lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai le moment où la faute a été commise, mais bien celui auquel l'administration aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle comptable), se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise (ATF 124 V 380 consid. 1 ; ATFA non publié C 80/05 du 3 février 2006). Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Si la demande de restitution a été formulée dans les délais, la péremption est définitivement exclue (ATF non publié 9C_821/2012 du 12 avril 2013, consid. 4.2). Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 6. Il convient ainsi de déterminer à partir de quel moment la demanderesse aurait dû connaître les faits fondant éventuellement une obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. En l'occurrence, la demanderesse explique avoir remboursé à tort les factures litigieuses adressées en 2005 par la défenderesse, alors qu'en l'absence de convention ou de cession de créances, celle-ci n'était pas autorisée à en demander le remboursement. La demanderesse indique s'être rendu compte de son erreur, le 18 mai 2006, soit au moment où elle a rendu sa décision de refus de prise en charge des quatre cent quarante-trois autres notes d'honoraires et qui ont fait l'objet de la procédure A/3413/2006. Le Tribunal de céans relèvera qu'aucune pièce versée au dossier ne permet de retenir le 18 mai 2006 comme étant la date à laquelle la demanderesse aurait effectivement constaté avoir procédé à tort au remboursement des factures en faveur de la défenderesse. Au demeurant, il n'y a pas lieu de déterminer le moment auquel la demanderesse aurait dû se rendre compte qu'elle avait versé des prestations par erreur à la défenderesse, faute de cession de créances ou de convention. En effet, le seul fait de constater que le remboursement des prestations a été effectué en faveur de la défenderesse, alors que celle-ci n'était pas autorisée à en demander le remboursement, ne suffisait pas encore à établir le bien-fondé de la créance en restitution, à savoir le caractère indu des prestations. Ainsi, il y a lieu de considérer que ce n'est qu'à partir du moment où le médecin-conseil de la demanderesse a examiné l'assurée et rendu son rapport - soit le 24 avril 2006 - que la demanderesse disposait des éléments décisifs et suffisants à établir le bien-fondé de sa créance en restitution, à savoir que le traitement ne remplissait pas les conditions posées par la LAMal pour être pris en charge. En effet, le médecin-conseil a relevé qu'à la suite de l'administration régulière par la défenderesse de Péthidine, destinée à soulager les migraines dont souffrait l'assurée, celle-ci avait développé une sévère dépendance aux opiacés (ATF

non publié 9C_561/2010 du 6 juin 2011, consid. A). Le Tribunal fédéral a d'ailleurs retenu, au considérant précité, que la demanderesse s'était essentiellement fondée sur l'avis de son médecin-conseil pour refuser la prise en charge du traitement prodigué par la défenderesse (décision du 18 mai 2006), étant donné que cette dernière s'était jusqu'alors prévalu du secret professionnel pour refuser la transmission d'informations précises sur le motif des consultations, leur caractère d'urgence et le projet thérapeutique suivi. Dès lors qu'elle disposait, dès le 24 avril 2006, de toutes les informations utiles et nécessaires pour fonder la créance en restitution à l'encontre de la défenderesse, en ouvrant action devant le Tribunal de céans en date du 6 mars 2007, la demanderesse, dont la qualité pour demander la restitution des prestations n'est au demeurant pas contestable, a agi dans le délai d'un an dès la connaissance des faits déterminants et dans le délai de cinq ans dès le versement des prestations, celui-ci étant survenu en 2005. La défenderesse soutient que le dies a quo du délai de péremption d'un an doit être fixé antérieurement au 6 mars 2006 (soit largement plus d'une année avant la demande de restitution du 6 mars 2007). Selon elle, le délai de péremption aurait commencé à courir en 2005, soit à la date à laquelle les factures ont été remboursées. Or, contrairement à ce que fait valoir la défenderesse, le délai de péremption d'un an ne court pas à compter du paiement des prestations indues, mais dès la connaissance des faits fondant l'obligation de restituer. En outre, la défenderesse fait valoir que les conditions pour l'action en restitution de l'enrichissement illégitime, telles que prévues par les art. 62 et ss CO, ne seraient pas remplies. Si le principe général de la restitution de l'indu, codifié à l'art. 62 al. 2 CO pour le droit privé, vaut certes également dans le cadre du droit public (ATF 135 II 274 consid. 3.1), il n'en demeure pas moins que l'obligation de restituer l'indu se fonde en premier lieu sur les dispositions des lois spéciales qui la prévoient et, à défaut, sur les règles générales de l'enrichissement illégitime au sens des art. 62 à 67 CO (ATF 138 V 426 consid. 5.1 et les arrêts cités). En l'occurrence, dans la mesure où l'art. 56 al. 2 LAMal permet à la demanderesse de réclamer à la défenderesse la restitution des prestations versées à tort, cette disposition exclut l'application des art. 62 ss CO. Il s'ensuit que le fait que la demanderesse ait payé volontairement et en connaissance de cause les factures litigieuses, n'est pas un élément pertinent au regard de l'obligation de restituer au sens de l'art. 56 LAMal, tout comme ne l'est pas le fait que l'assurée et la défenderesse aient été de bonne foi lors du remboursement des prestations ou le fait que l'assurée se retrouverait dans une situation financière difficile si la défenderesse devait restituer le montant reçu à tort. Au demeurant, l'assurée ne saurait, quoi qu'il en soit, être amenée à payer les prestations effectuées par la défenderesse, puisque le traitement prodigué a été jugé inefficace, inapproprié et non-économique. Compte tenu de ce qui précède, en déposant le 6 mars 2007 sa demande en restitution du montant de 19'752 fr. 95 versé à titre de remboursement des coûts du traitement prodigué par la défenderesse à l'assurée, la demanderesse a agi en temps utile. 7. La demanderesse conclut enfin au paiement d'intérêts moratoires de 5 % dès le 6 mars 2007. La LAMal ne prévoit pas le paiement d'intérêts moratoires dans les contestations portées devant le tribunal arbitral et opposant un fournisseur de prestations à un assureur. Quant à la LPGA, l'art. 26 LPGA dispose que seules des créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires (al. 1); il en va de même pour toute créance de prestations d'assurances sociales en faveur de l'assuré (al. 2). Force est de constater que l'art. 26 LPGA ne saurait constituer une base légale pour l'octroi d'intérêts moratoires dans le présent litige. Demeure réservée une éventuelle convention des parties sur ce point (ATF 117 V 352 consid. 2; ATFA non publié K 152/98 du 18 octobre 1999, consid. 7) ou des circonstances

particulières qui justifieraient d'admettre, à titre exceptionnel, lorsque le sentiment du droit est heurté de manière particulière, une obligation de verser des intérêts moratoires (ATF 119 V 81 consid. 3a; RAMA 2000 U 360 p. 35 consid. 3a in fine). En l'occurrence, il n'apparaît pas qu'une convention ait été conclue par les parties sur ce point. Par ailleurs, l'existence de circonstances particulières n'est ni établie, ni même alléguée. On relèvera à cet égard que la durée de la procédure a été causée en majeure partie par le temps dont le Tribunal cantonal des assurances sociales puis le Tribunal fédéral ont eu besoin pour statuer sur les recours successifs qui leur ont été soumis dans le cadre de la procédure parallèle A/3413/2006. La défenderesse n'a, par ailleurs, pas usé de manœuvres illicites ou purement dilatoires lors du traitement du présent dossier. Enfin, le sentiment du droit n'est pas non plus heurté de manière particulière par l'absence de paiement d'intérêts moratoires. Il s'ensuit que la demanderesse ne peut prétendre au versement d'intérêts moratoires. Au vu de ce qui précède, la demande de restitution sera partiellement admise, la défenderesse étant condamnée à payer à la demanderesse le montant de 19'752 fr. 95. 8. La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 de la loi cantonal d'application de la LAMal du 29 mai 1997 – LaLAMal; J 3 05), les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas 15'000 fr. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (cf. art. 46 al. 2 LaLAMal). Les frais du Tribunal, par 775 fr. et un émolument de 2'000 fr. sont mis à la charge de la défenderesse. Enfin, la demanderesse, qui n'est pas représentée, n'a pas droit à des dépens (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RSG E 5 10). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES: Statuant Au fond :

1. Admet partiellement la demande de restitution des prestations et condamne X_____ S.A. à payer à SWICA ASSURANCE-MALADIE la somme de 19'752 fr. 95.
2. Déboute les parties de toutes autres ou plus amples conclusions.
3. Met à la charge de X_____ S.A. les frais du Tribunal de 775 fr. et un émolument de 2'000 fr.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Florence SCHMUTZ La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le