

VD_FINDINFO Jug / 2025 / 120 vom 8. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Jug___2025___120

FR: VD_FINDINFO Jug / 2025 / 120 du 8 avril 2025

IT: VD_FINDINFO Jug / 2025 / 120 del 8 aprile 2025

Regeste

AM, ASSURANCE-MALADIE PRIVÉE, ÉCONOMIE DU TRAITEMENT | 32 LAMal, 43 LAMal, 56 LAMal, 89 LAMal

Erwägungen

E. 8

avril 2025 _____ Composition : M. Piguet , président
Mme Heidi Baumgartner et M. Marc Bonard, arbitres Greffière : Mme Simonin
***** Cause pendante entre : CSS ASSURANCE-MALADIE SA , à Lucerne (également en tant que successeure en droit d' INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA et de SANAGATE SA), SUPRA-1846 SA , à Lausanne, CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENT SA , à Lucerne, Atupri assurance de la santé SA , à Berne, AVENIR ASSURANCE MALADIE SA , à Martigny, Kpt caisse-maladie sa , à Berne, VIVAO SYMPANY SA à Bâle (également en tant que successeure en droit de MOOVE SYMPANY SA et de KOLPING CAISSE-MALADIE SA), EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA , à Martigny, SWICA ASSURANCE-MALADIE SA , à Winterthur, GALENOS SA , à Berne (en tant que successeure en droit de Galenos Assurance-maladie et accidents), MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA , à Martigny, AMB ASSURANCES SA , à Le Châble, SANITAS ASSURANCES DE BASE SA , à Zurich (également en tant que successeure en droit de COMPACT ASSURANCES DE BASE SA), PHILOS ASSURANCE MALADIE SA , à Martigny, ASSURA-BASIS SA , à Pully, VISANA SA , à Berne, HELSANA ASSURANCES SA , à Zurich (également en tant que successeure en droit de PROGRES ASSURANCES SA), SANA24 SA , à Berne, VIVACARE SA , à Berne, demanderesses, toutes représentées par santésuisse, à Soleure, elle-même représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, et P. _____ , à [...], défendeur, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne. _____ Art. 32, 43, 56 al. 1, 89 LAMal E n f a i t : A. a) P. _____ est titulaire d'un diplôme de médecine obtenu en [...] et exerce depuis 2011 la médecine en Suisse en qualité de médecin praticien indépendant. En 2016, il exploitait, sous le numéro de registre des comptes-créanciers (RCC) [...], un cabinet médical situé à [...]. b) Par courriers des 17 novembre 2014 et 11 janvier 2016, santésuisse a remis à P. _____ ses statistiques relatives aux années 2013 et 2014 et l'a rendu attentif au fait que ses indices coûts totaux par malade étaient supérieurs à la marge de tolérance admis par la jurisprudence. Elle l'a invité à lui communiquer par écrit les particularités de sa pratique en relation avec sa patientèle, susceptibles d'expliquer le dépassement d'indice constaté. c) Par courrier du 31 mai 2016, P. _____ s'est déterminé de la manière suivante : Je voudrais tout d'abord m'excuser pour les reports successifs à vous répondre. Comme je vous l'ai déjà expliqué dans mes courriels précédents, ce retard est dû à une surcharge de travail qui fait qu'il m'a

été difficile jusqu'à ce jour de trouver le temps nécessaire permettant de répondre de façon adéquate à votre attente. Et, en raison de la charge de travail trop importante qui est la mienne, je dois vous avouer que j'ai finalement opté de vous répondre simplement, en optant de décrire la réalité de ma pratique, sans regarder et analyser les graphiques dont vous m'avez fait part et qui évoquent les caractéristiques de ma pratique. Mon retard s'explique en partie par le fait que je voulais vous adresser un courrier détaillé et « technique » ; j'y ai finalement renoncé pour éviter encore un autre report. Aussi, à travers le présent courrier, je voudrais tout simplement apporter les éléments de réponse concernant la réalité de ma pratique en 2013, 2014, 2015 voire 2016, à travers les points suivants : A. Du temps de travail journalier presté et du point de vue du déroulement de la journée de travail : En moyenne 14 à 16h par jour, le lundi, mardi, mercredi et vendredi, soit de 6h (arrivée au cabinet) à 20h (départ du cabinet) avec une pause de 30 min environ entre 12h00 et 14h00 ; - Entre 6h et 8h, tâches administratives diverses et parfois, consultation de certains patients pour des situations particulières ; - De 8h à 12h30 puis de 14h à 18h30, consultation au cabinet ; - En général, entre 12h30 et 14h00 ou 18h30 et 20h, visite de patients impotents à domicile (VAD) et dans les établissements médico-sociaux (EMS) notamment, la Fondation [...], La [...], Le [...] etc ; - Joignable au téléphone à partir de 20h jusqu'au lendemain matin, je demeure joignable après mon départ du cabinet, par mes patients en général et par les patients impotents suivis à domicile et, surtout par les équipes soignantes de nuit pour les patients résidant en EMS ; En moyenne 14h, le jeudi qui est souvent réservé, en dehors des réunions et formations diverses aux activités suivantes : - Tâches administratives diverses à savoir, la rédaction de certains rapports de consultation, les demandes d'avis spécialisé, les rapports pour la SUVA et les assurances etc ; - La présentation de cas de patients présentant des pathologies complexes ou nécessitant une intervention urgente (urgence cardiologique, cas oncologique, cas d'endocrinologie et diabétologie, cas orthopédiques, cas de psycho-gériatrie, cas de psychiatrie etc) nécessitant un avis spécialisé dans le cadre d'un consilium par un spécialiste ou groupe de spécialiste ou service spécialisé à l'hôpital ([...], Hôpital [...], Centre de la mémoire de l'Hôpital [...], Hôpital psychiatrique [...]) etc ; - Les VAD et les visites dans les EMS. Durant le weekend, en moyenne 8 à 12h par jour, le samedi et le dimanche : - Garde pour les EMS avec visite sur place si nécessaire ; - Les VAD ; - Les tâches administratives diverses. B. Le type de population constituant mes patients : - La majorité de mes patients est âgée, en moyenne entre 65 et 80 ans et il s'agit le plus souvent de patients poly-morbides ayant en général de nombreuses pathologies actives. La consultation de ces patients durent en général facilement plus de 40 min en moyenne, que ce soit au cabinet, à domicile ou à l'EMS - des exemples précis sont nombreux ; - Le 2^{ème} groupe en nombre d'importance, âgé de 20 ans à 40 ans comprend des patients qui constituent des cas lourds, souffrant de pathologies particulières pour lesquelles, bien souvent les spécialistes et les hôpitaux ne trouvent souvent pas de réponse aux problèmes qu'ils posent, des cas psychiatriques complexes, des cas d'addictions sévères à diverses drogues illicites à l'alcool etc. Pour la plupart, ce sont des patients qui « atterrissent » à ma consultation parce qu'ils ont appris que j'acceptais tout type de patient et surtout que je prenais du temps nécessaire pour mes patient et leur réservais une écoute attentive. A noter que ces patients pour la plupart ont été récusés par certains confrères. Ces cas qui sont le plus souvent à l'AI, demande du temps et un investissement important du médecin. Ces cas imposent souvent de participer à des concilia avec des spécialistes en vue d'une prise en charge thérapeutique adéquate - ici également, les exemples précis sont nombreux. - Le 3^{ème} groupe qui se situe entre 40 et 50 ans, me consulte en général soit pour un bilan de

santé de la quarantaine, de la cinquantaine pour les bien-portants et pour une prise en charge optimisée pour ceux qui souffrent déjà d'une pathologie quelconque. Il est à noter que dans le cadre de la médecine préventive, la plupart de mes patients qui arrivent à la cinquantaine sont instruits dans le sens de pratiquer une colonoscopie. Dans cette même idée, les fumeurs qui n'ont pas eu droit à une radiographie du thorax durant les 5 à 10 dernières années sont encouragés à faire cet examen. - Le 4^{ème} groupe, plus faible, comprend des étrangers d'origines diverses et notamment africaine. Bien souvent, il s'agit de population de réfugiés qui ne parlent pas français ; ce qui nécessite la présence d'un interprète durant la consultation. Ce type de consultation prend donc du temps qui excède facilement les 40 min. Il est à noter que c'est mon origine étrangère notamment africaine qui fait que ce groupe de patients fait le choix de leur suivi à ma consultation. C. Des prestations particulières qui tendent à être de moins en moins pratiquées et encore au cœur de ma pratique - Les VAD - La plupart de patients devenus impotents qui ne peuvent plus être suivis par leur médecin traitant me font souvent la demande d'un suivi à domicile ; - Les visites dans les EMS comme médecin consultant ([...], la visite de patients sollicitée par les patients résidents ou par les équipes de soins des EMS, etc. D. Des prestations particulières imposées par une rigueur personnelle dans la tenue des dossiers de patients - Bilan d'entrée incluant une prise de sang, un ECG pour les patients âgés de plus de 40 ans avec en plus, une radiographie du thorax pour les patients fumeurs en l'absence d'une radiographie durant les 5 dernières années ; - Conseils de voyage et conseil de vaccination ; - Petite chirurgie (ongle incarné, thrombose hémorroïdaire, excision de lipome, kyste épidermoïde, et autres petites interventions de dermatologie) ; - Transfert de dossier accompagné d'un rapport médical détaillé et élément du dossier classé en différentes rubriques pour une meilleure compréhension ; Bilan radiologique complémentaire en général - Radiographie simple et ultrason - CT-Scan et IRM souvent complémentaire sur conseil des radiologues et de spécialistes consultés Actes techniques - Ponction lombaire ; - Infiltration articulaire etc E. Pour la facturation des prestations Celle-ci répond à un ordre constant est à comprendre de la façon suivante. La facturation n'est pas toujours détaillée en vue de simplifier le travail de saisie des prestations par l'assistante médicale et surtout de minimiser les erreurs de facturation. En réalité voici comment se décompose habituellement, la facturation des consultations : - Consultation de 30 min en général répartie en 1^o, 0 à 5 min pour l'accueil ; 2^o,

E. 10

à 15 min pour motif de consultation et anamnèse ; 3^o, 5 à 10 min pour l'examen clinique (petit à grand status) 4^o, 5 à 10 min pour expliquer les hypothèses diagnostiques plausibles ou les diagnostics retenus, élaboration du bilan complémentaire ou des stratégies de traitement ; 5^o, Rédaction du rapport de consultation en présence ou plus souvent en l'absence du patient, sur la base de notes prises durant la consultation. Au total, la consultation dure en moyenne, soit entre 20 min et 40 min + 5 min pour le rapport, soit plus souvent, entre 30 et 45 min, car il s'agit le plus souvent de patients poly-morbides (plusieurs pathologies avec bien souvent au moins 3 à 5 motifs de consultation par séance) ; - La consultation de cas complexes de patients âgés, poly-morbides et de patients relevant de la psychogériatrie (souvent dément) avec dossier (souvent volumineux) reçu au préalable ou non du médecin traitant prenant initialement en charge le patient ou de l'EMS : Durée en moyenne de 45 min, avec dossier reçu au préalable Durée en moyenne supérieure à 45 min, en l'absence de dossier ; - Consultation de cas psychiatriques ou d'addiction Durée en moyenne entre 30 min et 1 h voire d'avantage pour certains cas très complexes ; - Petite

chirurgie : selon le cas, entre 30 min et 1h00 de temps ; - La pratique de désensibilisation au cabinet, en collaboration avec mes collègues immuno-allergologues, qui nécessite la commande de produits de désensibilisation - bien souvent coûteux - pour chaque patient. Voici, cher Monsieur, ce que je peux globalement dire sur ma pratique. J'espère avoir répondu à votre attente. Dans le cas contraire et dans tous les cas, je reste disposé à vous éclairer davantage et à apporter plus de détails sur ma pratique, dans le cas où cela vous semblerait encore nécessaire. d) Par courrier du 14 août 2017, lequel faisait suite à un entretien entre P._____ et des représentants de santésuisse au sujet des statistiques relatives à l'année 2015, santésuisse a notamment souligné la surfacturation de la position TARMED 00.0140 (prestation médicale en l'absence du patient [y compris l'étude du dossier], par période de 5 min) et la longueur des consultations. Elle l'a averti qu'elle analyserait en détail les statistiques de l'année 2016 et qu'il n'était pas exclu qu'elle dépose une demande de remboursement de ses honoraires pour non-respect du caractère économique des prestations. e) Le 26 juin 2018, santésuisse a saisi la Commission paritaire SVM-santésuisse d'une requête de conciliation. A cette occasion, elle a pris des conclusions à l'encontre de P._____ tendant au remboursement, pour l'année statistique 2016, d'un montant de 230'324 fr. (calculé selon l'indice RSS), respectivement d'un montant de 217'418 fr. (calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]). f) La séance de conciliation s'est déroulée le 4 septembre 2018 et n'a pas abouti. B. a) Par demande du 5 juillet 2019 (enregistrée sous le n° de référence T. arb. 10/19), CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-trois autres assureurs-maladie, tous représentés par santésuisse, ont ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce qu'P._____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2017, le montant de 155'409 fr. (calculé selon l'analyse de régression en deux étapes), respectivement le montant de 273'280 fr. (calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]). b) Par ordonnance du 6 août 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a, avec l'accord des parties, suspendu la procédure T. arb. 10/19 jusqu'à l'issue de la procédure de conciliation introduite simultanément devant la Commission paritaire SVM-santésuisse. c) Par demande du 14 octobre 2019 (enregistrée sous le n° de référence T. arb. 20/19), CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-et-un autres assureurs-maladie, tous représentés par santésuisse, ont ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que P._____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2016, le montant de 217'418 fr. (calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]). d) Le 15 novembre 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a ordonné la reprise de la procédure T. arb. 10/19 à la suite de l'échec de la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse. Dans le même temps, il a ordonné la jonction des procédures T. arb. 10/19 et T. arb. 20/19 pour faire l'objet d'une instruction et d'un jugement communs. e) Dans ses réponses du 13 janvier 2020 (relative à l'année statistique 2016) et 25 janvier 2021 (relative à l'année statistique 2017), P._____, représenté par Me Nelly Iglesias, avocate à Genève, a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité des demandes, respectivement à leur rejet. Il estimait, sur le plan formel, que plusieurs assureurs parties à la procédure n'étaient pas valablement représentés par une procuration, de sorte que les conclusions les concernant devaient être retranchées. Les conclusions portant sur l'année 2016 étaient par ailleurs irrecevables dans leur totalité en raison de la violation du délai de trois mois pour introduire action devant le tribunal arbitral à la suite de la délivrance de l'autorisation de procéder. Pour le reste, il considérait en substance que ni la méthode

statistique ni la méthode ANOVA n'étaient applicables pour l'analyse de sa pratique, compte tenu des spécificités de cette dernière (notamment la part importante de cas lourds dans sa patientèle, laquelle générait des coûts considérables). f) Le 9 septembre 2021, le président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à l'issue de laquelle aucun accord n'a pu être trouvé entre les parties. A cette occasion, le président du Tribunal arbitral des assurances a invité les demanderessees à déposer une réplique. g) Dans leur réplique du 3 décembre 2021, les demanderessees, désormais représentées par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, ont reformulé leurs conclusions de la manière suivante : Année statistique 2016 : 1. Principalement : 1.1 Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 160'371 calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans qu'il ne dispose des valeurs intrinsèques requises. 1.2 Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 159'748 calculé selon l'indice ANOVA (montant réduit selon les prestations facturées à l'assurance obligatoire avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans les valeurs intrinsèques requises). Subsidiatement : 1.1 Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 217'418 calculé selon l'indice ANOVA. 2. Il est pris acte que les demandeurs se réservent le droit de modifier le montant de la prétention en restitution après la fin de la procédure. 3. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur. Année statistique 2017 : 1. Principalement : Principalement : 1.1 Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 206'586 calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans qu'il ne dispose des valeurs intrinsèques requises. 1.2 Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 106'723 calculé selon l'analyse de régression (montant réduit selon les prestations facturées à l'assurance obligatoire avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans les valeurs intrinsèques requises). Subsidiatement : 1.1 Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 155'409 calculé selon l'analyse de régression. 2. Subsidiatement : Principalement : 2.1 Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 206'586 calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans qu'il ne dispose des valeurs intrinsèques requises. 2.2 Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 187'668 calculé selon l'indice ANOVA (montant réduit selon les prestations facturées à l'assurance obligatoire avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans les valeurs intrinsèques requises). Subsidiatement : 2.1 Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 273'280 calculé selon l'indice ANOVA. 3. Il est pris acte que les demandeurs se réservent le droit de modifier le montant de la prétention en restitution après

la fin de la procédure. 4. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur. Tout en répondant aux griefs soulevés par P. _____ dans ses réponses, les demanderesse ont justifié la modification de leurs conclusions par le fait que P. _____ avait facturé plusieurs positions tarifaires qu'il n'était pas en droit de facturer. h) Dans ses dupliques du 30 mars 2023, P. _____, désormais représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, a, en substance, maintenu ses conclusions tendant à l'irrecevabilité des demandes, respectivement au rejet de celles-ci. Il a remis une nouvelle fois en question la qualité pour agir de SantéSuisse dans le cadre de la présente procédure, respectivement le défaut de représentation de certaines demanderesse, et rappelé que sa pratique présentait des spécificités qui devaient faire l'objet d'une approche individualisée. Aussi requérait-il la mise en œuvre d'une expertise analytique de sa pratique afin d'examiner les spécificités de sa patientèle. La production de diverses pièces était par ailleurs requise de la part des demanderesse. i) Les 6 et 27 juillet 2023, les demanderesse ont produit des déterminations spontanées. j) Par courrier du 22 janvier 2024, la Fédération des médecins suisses (FMH) a produit, à la demande du président du Tribunal arbitral des assurances, l'attestation de valeurs intrinsèques de P. _____. k) Dans leurs déterminations du 2 février 2024, les demanderesse ont relevé que P. _____ n'était, faute de disposer des valeurs intrinsèques nécessaires, pas en droit de dispenser et de facturer les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. l) Dans ses déterminations du 22 avril 2024, P. _____ a indiqué que, dans la mesure où il bénéficiait de formations continues dans le domaine de la médecine interne, il était en droit de facturer toutes les positions du TARMED relevant de ce domaine. Au surplus, la FMH lui avait expliqué qu'il n'était pas nécessaire de disposer du titre de spécialiste pour pratiquer la médecine interne générale au cabinet comme médecin de premier recours. De son point de vue, il était par conséquent en droit d'utiliser son titre et ses formations continues pour facturer les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. m) Dans leurs déterminations du 26 avril 2024, les demanderesse ont relevé que P. _____ ne disposait que du titre de « médecin praticien » ainsi que de l'attestation « pratique du laboratoire au cabinet médical », si bien qu'il n'était pas autorisé, en 2016 et 2017, à facturer les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. n) Par courrier du 30 mai 2024, P. _____ a versé à la procédure une copie d'un arrêté ministériel de [...] du 17 mai 2024 l'autorisant à porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine interne. o) Dans un courrier du 2 octobre 2024, P. _____ a produit une décision du 24 septembre 2024 de la Commission des professions médicales MEBEKO, rattachée au Département fédéral de l'intérieur, reconnaissant le titre postgrade de médecin spécialiste en médecine interne délivré par la Belgique susmentionné comme équivalant au titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale. p) Par courrier du 4 mars 2025, P. _____ a relevé que la reconnaissance de son titre de médecin spécialiste en médecine interne modifiait profondément sa situation, en ce sens qu'elle remettait en question les arguments antérieurs de SantéSuisse quant à la durée et la nature de sa formation et imposait une réévaluation de ses statistiques en l'intégrant rétroactivement au groupe de comparaison des médecins spécialistes. q) Le

E. 12

a) En définitive, la demande doit être partiellement admise et le défendeur condamné au paiement en faveur des demanderesse, d'une part, d'un montant de 160'371 fr. pour l'année 2016 et, d'autre part, d'un montant de 206'586 fr. pour l'année 2017. b) Les frais de procédure sont fixés à 9'200 fr., compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28

avril 2015 ; BLV 173.36.5.1], en corrélation avec les art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, ces frais seront mis à la charge des demanderessees, pour moitié, soit 4'600 fr., et du défendeur, pour moitié, soit 4'600 francs. Les frais sont compensés avec les avances de frais versées par les demanderessees. c) Le défendeur versera aux demanderessees la somme de 5'000 fr. à titre de dépens partiels (art. 11 al. 1 et 2 TFJDA, en corrélation avec l'art. 55 LPA-VD), ainsi que la somme de 4'600 fr. à titre de remboursement de l'avance de frais versée.

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