

# VD\_GERICHTE ZK18.011670 vom 21. August 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-08-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZK18.011670](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZK18.011670)

FR: VD\_GERICHTE ZK18.011670 du 21 août 2024

IT: VD\_GERICHTE ZK18.011670 del 21 agosto 2024

## Erwägungen

### E. 21

septembre 2023. E n d r o i t : 1. a) Selon l'art. 57 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les litiges entre assureurs et personnes exerçant une activité dans le domaine médical, laboratoires, hôpitaux, établissements de cure et entreprises de transport ou de sauvetage sont jugés par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton (al. 1). Le tribunal compétent est celui du canton dans lequel se trouve l'installation permanente d'une de ces personnes ou d'un de ces établissements (al. 2). Les cantons désignent le tribunal arbitral et fixent la procédure. A moins que le cas n'ait déjà été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention, le tribunal arbitral ne peut être saisi sans procédure de conciliation préalable. Le tribunal arbitral se compose d'un président neutre et de représentants des parties en nombre égal (al. 3). b) Dans le canton de Vaud, le Tribunal arbitral des assurances est rattaché à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 36 al. 2 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 ; BLV 173.31.1]). Il est présidé par un juge cantonal désigné par le président du Tribunal cantonal, ainsi que par deux arbitres désignés pour chaque affaire par son président (art. 114 al. 1 à 3 LPA-VD [loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). En pratique, le président du Tribunal arbitral désigne généralement un arbitre parmi ceux proposés par la partie demanderesse et un arbitre parmi ceux proposés par la partie défenderesse. Pour le surplus, la procédure est régie par l'art. 115 LPA-VD et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action

- 13 - de droit administratif (par renvoi de l'art. 116 LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile ordinaire (art. 109 al. 2 LPA-VD et art. 243 al. 3 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Compte tenu de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche de la procédure simplifiée prévue par le CPC, selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Il n'examine pas d'office toutes les hypothèses de fait ni tous les arguments juridiques envisageables à l'appui des conclusions de l'une ou l'autre des parties, mais se limite aux faits allégués et arguments soulevés et, à défaut, n'examine d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier. c) En l'occurrence, le litige oppose un fournisseur de prestations à un assureur-accidents et porte sur la prise en charge de factures fondées sur la LAA, de sorte que la compétence matérielle du tribunal arbitral est donnée. La demande a été présentée dans les formes prévues par la procédure civile, devant le

Tribunal arbitral des assurances du lieu où le fournisseur de prestations est installé à titre principal. Elle est donc recevable à la forme et a été introduite devant l'autorité compétente *ratione loci*. d) Comme mentionné ci-dessus, l'art. 57 al. 3 LAA prévoit la mise en œuvre d'une procédure de conciliation préalable, à moins que le cas n'ait déjà été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention. Ainsi que la CNA l'évoque dans sa réponse du 20 août 2018, la Commission paritaire de confiance aurait pu être saisie préalablement en vue d'une conciliation. L'art. 24 al. 1 de la Convention TARMED LAA/LAM/LAI du 28 décembre 2001 conclue notamment entre les assureurs selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, représentés par

- 14 - la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), et la Fédération des médecins suisses (FMH), prévoit en effet que la Commission paritaire de confiance TARMED intervient en tant qu'instance de médiation lors de litiges entre parties à la convention, relevant de la convention en question ou des conventions annexes, que les parties ne sont pas parvenues à régler directement, ainsi que lors de litiges entre répondants des frais et médecins conventionnés (voir également la Convention concernant la Commission paritaire de confiance TARMED [CPC] du 16 septembre 2009). Cela étant, les parties au litige ont, en l'occurrence, expressément renoncé à une telle procédure de conciliation conventionnelle (demande p. 2 et réponse p. 3). Dans la mesure où le droit cantonal vaudois prévoit en tous les cas une conciliation préalable devant le tribunal arbitral et que la conciliation a effectivement été tentée lors de l'audience du 7 février 2019, les exigences de l'art. 57 al. 3 LAA ont, en l'espèce, été respectées (cf. ATF 119 V 309 consid. 1a et ATF 103 V 150 consid. 2, et les références ; voir également TF 9C\_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 5.3). Au surplus, il convient de rappeler qu'avant de saisir le tribunal arbitral, les parties se sont rencontrées à plusieurs reprises afin de discuter de la problématique qui les opposait et que ces rencontres ont d'ailleurs permis de régler une partie du différend. 2. Le litige porte sur le point de savoir si la CNA est tenue de prendre en charge les factures listées dans les conclusions de la réplique, singulièrement si les prestations du Dr O.\_\_\_\_\_ faisant l'objet de ces factures respectent le principe d'économicité. 3. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, en particulier, au traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a), aux médicaments et analyses (let. b) et au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c). L'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches (art. 48 al. 1 LAA).

- 15 - b) Sous le titre « Limites du traitement », l'art. 54 LAA prévoit que : « [I]orsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement ». En d'autres termes, les médecins et autres membres du personnel soignant doivent respecter les principes d'économie et de proportionnalité. En cas d'infraction à ces principes, l'assureur peut refuser la prise en charge du traitement ou réclamer la répétition de l'indu au fournisseur de soins (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., Bâle 2016, ch. 647 p. 1074s.). La référence au but du traitement permet également de conclure qu'il doit s'agir d'une mesure adéquate, c'est-à-dire adaptée au cas d'espèce. Enfin, le libellé de l'art. 54 LAA implique qu'il doit s'agir globalement d'une mesure efficace, qui

doit en principe être appropriée pour atteindre le but du traitement. Les trois principes fondamentaux du droit des prestations médicales – efficacité, adéquation et économicité – ne sont pas expressément mentionnés dans une disposition, comme c’est le cas à l’art. 32 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l’assurance-maladie ; RS 832.10). Ils s’appliquent néanmoins à l’ensemble du droit des prestations en nature de l’assurance- accidents (Thomas Gächter/Sarah Hack-Leoni in Marc Hürzeler [édit.], UVG : Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 2018, nos 1 et 2 ad art. 54 ; Kurt Pärli/Laura Kunz in Frésard-Fellay/Leuzinger/Pärli [édit.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, nos 10ss ad art. 54 ; sur ces trois principes, cf. ATF 145 V 116 consid. 3.2). Aux termes de l’art. 67 OLAA, introduit le 1er janvier 2017, les assureurs garantissent aux assurés des soins suffisants, de qualité et appropriés, au coût le plus avantageux possible (al. 1). Le traitement et les moyens auxiliaires sont appropriés lorsque, en fonction des circonstances concrètes du cas d’espèce, ils sont adéquats et propres à atteindre le but légal dans un rapport coût-bénéfice raisonnable (al. 2).

- 16 - c) Le système mis en place confère un grand pouvoir à l’assureur-accidents. Ce dernier exerce un contrôle sur le traitement en cours qu’il garantit à l’assuré à titre de prestation en nature. Ce contrôle ne s’exerce pas directement à l’endroit du patient, mais à l’égard du fournisseur, notamment le médecin traitant. L’indemnisation a lieu selon le système du tiers payant. Dans une certaine mesure, les fournisseurs de prestations se trouvent dans une situation de dépendance à l’égard de l’assureur LAA. La responsabilité ultime pour le traitement appartient à l’assureur et c’est auprès de lui, en principe tout au moins, qu’ils doivent demander l’autorisation de prendre les mesures qui leur paraissent indiquées pour le traitement du patient. Le principe des prestations de soins en nature – où l’assureur est censé fournir lui-même le traitement médical même s’il le fait par l’intermédiaire d’un médecin ou d’un hôpital – implique en outre que les médecins et autres fournisseurs soient tenus de communiquer à l’assureur les données médicales indispensables. C’est la raison pour laquelle l’entrée en vigueur de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD ; RS 235.1) a nécessité ultérieurement l’introduction d’une base légale formelle dans la LAA relative à la communication des données. Le législateur l’a fait en adoptant l’art. 54a LAA, en vigueur depuis le 1er janvier 2001 et qui, sous le titre « Devoir d’information du fournisseur de prestations » prévoit que le fournisseur de prestations remet à l’assureur une facture détaillée et compréhensible ; il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu’il puisse se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération ou le caractère économique de la prestation (ATF 136 V 141 consid. 4.2 et les références). Les indications à fournir comprennent toutes celles qui permettent d’établir les faits déterminants pour le droit aux prestations (ATF 134 V 189 consid. 3.2 in fine). Après la survenance d’un cas d’assurance, il s’établit donc entre le fournisseur de prestations et l’assureur-accidents un rapport particulier de droits et d’obligations fondé sur la LAA et qui repose notamment sur le fait que le premier fournit les prestations en nature pour le compte et sous la responsabilité du second (ATF 136 V 141 consid. 4.3 et les références).

- 17 - d) Les assureurs peuvent passer des conventions avec les personnes exerçant une activité dans le domaine médical, le personnel paramédical, les hôpitaux, les établissements de cure et les entreprises de transport ou de sauvetage afin de régler leur collaboration, de fixer les tarifs et de définir les mesures de gestion des prestations d’assurance ou des coûts de celles-ci (art. 56 al. 1, première phrase, LAA). Dans ce contexte, les assureurs selon la loi

fédérale sur l'assurance-accidents, représentés par la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), ainsi que l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) et l'Assurance-invalidité, représentée par l'Office fédéral des assurances sociales, d'une part, et la Fédération des médecins suisses (FMH), d'autre part, ont conclu la Convention tarifaire TARMED (LAA/LAM/LAI) en date du 28 décembre 2001. L'art. 15 de cette convention a la teneur suivante : 1 Est débiteur de la rémunération de la prestation médicale fournie dans le cadre de la LAA, de la LAM et de la LAI, l'assureur concerné (tiers payant). 2 La valeur du point tarifaire est fixée sur le plan suisse dans une convention séparée. 3 A la fin du traitement médical, le médecin établit sa facture dans un délai de 30 jours. La facture doit contenir au moins les indications suivantes : a) nom et adresse du médecin et son numéro EAN ; b) nom, adresse, date de naissance et N° d'assuré du patient, pour autant qu'il soit connu ; c) raison du traitement (maladie, accident, maternité, infirmité congénitale) ; d) calendrier des prestations ; e) positions tarifaires, N° et désignation ; f) points tarifaires, valeur(s) du point tarifaire ; g) diagnostic selon l'art. 69, let. a, OLAA, l'art. 94a OAM et l'art. 79 OAI ainsi que selon la convention concernant l'indication du diagnostic et du code de diagnostic ; h) date de la facture ; i) durée et étendue de l'incapacité de travail ; j) thérapies prescrites avec indication du fournisseur de prestations et de son N° EAN, si disponible par voie électronique ; k) médicaments prescrits. Les détails concernant la transmission de ces indications sont consignés dans la convention concernant le transfert électronique des données.

- 18 - 4 Les assureurs s'engagent à régler les factures dans les 30 jours, pour autant qu'ils soient en possession des documents nécessaires et que l'obligation de paiement soit donnée. Si le délai de paiement ne peut pas être respecté, il convient d'en indiquer sans tarder les raisons au médecin. 5 Avant l'introduction du tarif, les parties s'entendent sur un formulaire de facturation unifié. Le 28 décembre 2001, les organes précités ont également signé une Convention concernant les exigences de qualité et les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. e) Les méthodes statistique et analytique ou une combinaison de ces deux méthodes sont admises par le Tribunal fédéral comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère économique ou non des traitements prodigués par un médecin donné. La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les coûts moyens causés par la pratique du médecin concerné avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables (TF 9C\_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3.3 et 3.4 et les références, notamment ATF 136 V 415 consid. 6.2). La méthode analytique consiste à examiner concrètement dans divers cas si les mesures diagnostiques et thérapeutiques entreprises étaient justifiées, si elles n'ont pas été répétées au-delà du nécessaire ou si le choix d'une mesure plus onéreuse était commandé par les circonstances (TF 6B\_656/2010 du 17 février 2011 consid. 2.1 et les références). La méthode analytique est en règle générale appliquée lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (TF 9C\_570/2015 précité consid. 3.3). f) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres

- 19 - possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées ; voir également TF 9C\_16/2022 du 21 mars 2022 consid. 4.1.2). 4. A titre liminaire, il convient d'écarter un certain nombre de critiques ou de griefs, faute d'être suffisamment étayés ou d'être pertinents dans le cadre du présent litige, qui vise à déterminer si les factures impayées respectent le principe d'économicité posé à l'art. 54 LAA. a) Dans sa duplique, la CNA relève que son refus de prester serait également lié au fait que la pratique du demandeur ne serait parfois pas adéquate ni efficace. Elle n'apporte cependant aucun élément qui rendrait plausible que l'adéquation et l'efficacité de la pratique du demandeur devraient être remises en cause et permettraient de justifier le non-paiement des factures établies. Il apparaît d'ailleurs que les refus de factures émis par la CNA concernent quasi exclusivement la durée des consultations ou l'absence de droit à des prestations (pièces 124 et 141). En outre, la CNA n'expose pas, dans des cas concrets, pour quelle(s) raison(s) le traitement prodigué n'aurait pas été efficace ou adéquat. Il convient également de souligner que l'expert n'a soulevé aucun problème concernant l'efficacité et l'adéquation du traitement en lien avec les dix cas analysés, dans lesquels il a relevé à chaque fois la procédure de traitement mise en place par le Dr O. \_\_\_\_\_ (cf. tableau annexé à l'expertise) sans émettre de critique à son encontre. b) Dans le contexte des factures contestées par la CNA, le Dr O. \_\_\_\_\_ a demandé à ses patients de confirmer la durée des consultations pendant une période et a d'ailleurs produit un certain nombre de ces attestations. Il convient de préciser que le litige ne concerne pas la question d'une surfacturation contraire à la réalité, mais uniquement le respect du principe d'économicité (voir également le rapport d'entretien du 7 juillet 2017, pièce 115).

- 20 - c) Contrairement à ce semble soutenir la CNA, le Tarmed ne limite pas d'emblée la durée des consultations à 20 minutes en l'espèce. La version 01.09 du Tarmed à laquelle elle se réfère prévaut en effet en assurance-maladie. Dans le domaine de l'assurance-accidents, le « supplément de consultation, par période de 5 min en plus » ne fait pas l'objet d'une restriction dans la quantité facturable pour les spécialistes facturant par voie électronique (cf. position 00.0020 du Tarmed 01.08). d) Les comparaisons que le demandeur fait avec les statistiques de l'assurance-maladie, dans sa demande du 16 mars 2018, ainsi qu'avec les autres assureurs-accidents, dans sa réplique, sont un indice allant dans le sens du caractère économique de sa pratique, lequel semble reconnu par les autres assureurs, mais ne suffit pas à poser des conclusions générales, en l'absence d'informations plus précises, comme le relève la CNA dans sa duplique. 5. Afin d'examiner si les durées de consultation facturées étaient justifiées ou non sur la base des dossiers des patients, le président du Tribunal arbitral a décidé de mettre en œuvre une expertise. a) Dans son écriture du 24 février 2023, la CNA a émis de nombreux griefs, de nature formelle, à l'encontre des annexes transmises par le Dr O. \_\_\_\_\_ au Dr C. \_\_\_\_\_ en vue de l'expertise. b) Ces derniers demeurent pour la plupart sans influence sur le fond du litige et ne sont, en tous les cas, pas susceptibles de remettre en cause le contenu et la valeur probante de l'expertise. Il en va ainsi du fait que le texte utilisé par le Dr O. \_\_\_\_\_ pour la levée du secret médical a varié et que les copies des radiographies ne sont pas nommées dans certaines annexes. Tel est également le cas des considérations au sujet des signatures des attestations relatives à la durée des consultations, des quelques erreurs de date, ainsi que de l'absence de distinction entre les factures « retournées » ou « suspendues ». Il est vrai que les heures exactes des consultations retranscrites dans le récapitulatif du Dr O. \_\_\_\_\_ figurant dans les annexes 3, 4 et 8 ne correspondent pas

- 21 - totalement avec celles des confirmations signées des patients M. C., L. E. et A. B. Cela étant, il faut constater que les durées facturées correspondent, pour chacune des consultations citées par la CNA, à la durée de séance la plus courte notée, que ce soit celle figurant dans le récapitulatif ou dans la confirmation signée du patient. Il convient de préciser, en lien avec la consultation de M. C. du 10 août 2016, que la patiente a attesté d'une durée de 14h32 à 15h15 (43 minutes) et le Dr O. \_\_\_\_\_ de 14h39 à 15h19 (40 minutes à tout le moins) : le fait que 45 minutes ont au final été facturées n'apparaît pas abusif dans la mesure où la facturation des 5 dernières minutes se fait de manière globale avec la position Tarmed 00.0030, de sorte qu'une minute entamée après la dernière période de 5 minutes intermédiaire suffit à facturer cette position (expertise ch. 2.2 ; TF 9C\_322/2018 du 20 février 2019 consid. 4.3.1). 6. Dans le cadre de l'expertise, le Dr C. \_\_\_\_\_ a été invité à analyser vingt factures du Dr O. \_\_\_\_\_ (en majorité impayées) concernant dix de ses patients. a) Parmi les factures analysées, deux concernent le patient P. A., à savoir les n° 4 64 506 645 et 4 64 970 417 (produites notamment sous pièce 36a). La première, relative à une consultation du 1er novembre 2016, a été retournée au Dr O. \_\_\_\_\_ avec pour motif « Merci de procéder à la correction selon courrier du 23 novembre 2015 » (pièce 170). La CNA indique que la seconde facture, qui concerne une consultation du 2 décembre 2016, a également été retournée pour correction au Dr O. \_\_\_\_\_ (pièces 124 et 141). Dans les conclusions du demandeur se trouve une troisième facture concernant P. A., portant le n° 4 71 476 157 (pièce 36a), qui n'a pas été soumise à l'expert, le motif de refus n'étant pas lié à la durée de la consultation. La CNA a en effet refusé de prendre en charge cette troisième facture, relative à une consultation du 13 février 2017, au motif qu'elle avait mis fin à ses prestations au 30 juin 2016 (cf. courrier du 22 juin 2016 [pièce 157] et décision sur opposition du 2 février 2018 [pièce

- 22 - 158], prise sur la base de l'appréciation du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du 31 janvier 2018 [pièce 130]). Il se trouve que la CNA a finalement réglé ces trois factures le 17 mai 2021 (allégués 474ss des déterminations du demandeur du 29 octobre 2021). Dans sa lettre du 13 août 2021, la CNA a toutefois précisé qu'elle avait payé la facture n° 4 64 506 645 à bien plaisir uniquement et qu'elle la considérait comme non justifiée sur le plan tarifaire. Dans son expertise (partie 4, ch. 1), le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que les factures n° 4 64 506 645 (de 187 fr. 90) et n° 4 64 970 417 (de 155 fr. 20) étaient correctes, en tenant compte de l'anamnèse, des constatations médicales et de la procédure mise en place. Dans la mesure où ces factures ont été payées et ne font dès lors plus partie de l'objet du litige, il ne se justifie pas d'examiner plus en détails la situation du patient P. A., ni les griefs de la CNA du 24 février 2023. Tout au plus, peut-on constater que cette dernière tente d'opposer sa propre vision de la situation à celle de l'expert. b) S'agissant de la facture n° 4 62 524 157 relative au patient A. B. (pièce 36b entre autres), l'expert a constaté que celle-ci était relative à une consultation du 11 mai 2016 en lien avec le retrait du matériel d'ostéosynthèse d'une fracture de la jambe gauche (partie 4 de l'expertise, ch. 2). Il s'agissait d'une fracture avec complications neurologiques chez un expatrié vivant provisoirement en Suisse en tant que scientifique. La durée de la consultation du 11 mai 2016 avait été chiffrée à 56 minutes et confirmée par le patient. La facture comprenait une consultation de 30 minutes, avec un examen orthopédique documenté, et un entretien d'information avant l'intervention prévue, de 30 minutes également. La différence entre la durée effective et celle facturée s'expliquait par la position Tarmed 00.0030, applicable à la dernière période de « 5 minutes » de consultation, pour laquelle la durée effective de consultations pouvait, dans le cas concret, être inférieure de 1 à 5 minutes aux prestations

facturées selon cette position (partie 4 de

- 23 - l'expertise, ch. 2.2). Aux yeux du Dr C. \_\_\_\_\_, la durée de la consultation et de l'information du patient était justifiée au vu des antécédents. Dans son appréciation (pièce 131), le Dr M. \_\_\_\_\_ se prononce sur le délai de 16 mois et 2 semaines qu'il y a eu entre l'opération d'ostéosynthèse (le 12 février 2015) et le retrait du matériel d'ostéosynthèse (le 30 juin 2016), sachant que le Dr V. \_\_\_\_\_ avait évoqué un possible conflit avec le matériel d'ostéosynthèse en date du 23 avril 2015. Il indique que, selon la consolidation du tibia, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse peut être effectuée à environ une année et qu'il aurait été justifié dans ce cas de procéder à une révision locale précoce. Il ressort des notes du Dr O. \_\_\_\_\_ qu'il a informé le patient du risque de nouvelle fracture dans la mesure où le délai habituel de 18 mois pour l'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'était pas encore échu et que la date de l'intervention avait été déterminée par le prochain départ à l'étranger du patient (pièce 36b). Les parties n'ont pas requis que l'expert soit invité à se déterminer sur cette question. Le point de vue du Dr M. \_\_\_\_\_ ne suffit pas à établir que la facturation faite par le Dr O. \_\_\_\_\_ serait inadéquate ou contraire au principe d'économicité. Invité à se prononcer sur la durée de la consultation du 11 mai 2016, en tenant compte d'éventuelles autres consultations concernant la même atteinte à la santé, l'expert indique qu'au vu des antécédents, la durée de la consultation et de l'information du patient (consentement éclairé) est compréhensible (réponse à la question 2.3/e). Il ne fait cependant état que d'une consultation « préalable » chez le Dr O. \_\_\_\_\_ le 26 mars 2015, qui correspond effectivement à la première consultation chez le demandeur, mais ne mentionne pas les autres consultations qui ont eu lieu jusqu'à la consultation litigieuse du 11 mai 2016 (à savoir 9 consultations au total du 26 mars 2015 au 2 décembre 2015 selon l'allégué 341 de la duplique [voir également le tableau « liste des factures » figurant dans l'annexe 8 des pièces transmises par le Dr O. \_\_\_\_\_ à l'expert]). Il convient de constater que les factures relatives à ces consultations ont été payées par la CNA (allégué 341 de la duplique) et qu'un délai de plus de cinq mois s'était écoulé depuis la dernière

- 24 - consultation (2 décembre 2015) jusqu'à la consultation litigieuse (11 mai 2016), jugée correcte par l'expert, de sorte qu'on ne voit pas, dans le contexte d'un processus de consolidation de fracture et d'une intervention d'ablation de matériel d'ostéosynthèse, la nécessité d'interpeller l'expert afin de tenir compte des consultations antérieures. C'est de manière pertinente que la CNA mentionne, dans ses déterminations du 24 février 2023, la confusion de l'expert au sujet de la date de l'opération d'ostéosynthèse (le 12 décembre 2015 au lieu du 12 février 2015) et c'est effectivement de manière erronée qu'il qualifie la consultation du 26 mars 2015 de « préalable » alors qu'elle a eu lieu après l'intervention. Cet élément n'a toutefois aucune influence sur son appréciation relative à la facture litigieuse. c) La consultation du 7 juin 2016 de la patiente M. B. a fait l'objet d'une facture n° 4 62 861 535 de 106 fr. 20 (pièce 36c entre autres), retournée au Dr O. \_\_\_\_\_ par la CNA le 23 juin 2016 avec la mention « Merci de procéder à la correction selon courrier du 23 novembre 2015 » (pièce 176). L'expert constate qu'il s'agit d'une consultation initiale auprès du Dr O. \_\_\_\_\_ pour une fracture au coude diagnostiquée avec retard, la patiente ayant été auparavant suivie par son médecin de famille. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a chiffré à 32,5 minutes la durée de la consultation. La différence entre cette durée et celle facturée (35 minutes) s'explique à nouveau par la position Tarmed 00.0030. Aux yeux de l'expert, il est compréhensible que la fracture au coude manquée ait nécessité un entretien plus long, de sorte que cette durée lui paraît adéquate (partie 4 de l'expertise, ch. 3). Dans son

appréciation du 3 juillet 2019 (pièce 132), le Dr M. \_\_\_\_\_ indique que la durée de 35 minutes facturée pour cette première consultation ne le surprend pas au vu des circonstances, nécessitant un bilan plus global et des explications à la patiente. Malgré la prise de position de son médecin d'arrondissement, il n'apparaît pas que la CNA aurait réglé cette facture (allégué 351 de la duplique du 30 avril 2021).

- 25 - Il ressort des pièces 124 et 141 ce qui suit à propos de cette facture : « Facture retournée le 27.06.16 pour correction. Reçu facture n° 4 63 074 539 CHF 89.95 qui a été retournée par l'agence de [...]. Demande faite à l'agence pour pmt de la facture (selon accord du 07.07.17) ». Selon la CNA, il s'agit d'un doublon de factures. Dans ses tableaux, elle indique avoir traité et payé la seconde facture le 7 août 2018 par le biais de son agence de Genève. Cette seconde facture, qui faisait partie des conclusions dans la demande, n'a pas été reprise dans les conclusions de la réplique, ce dont on peut déduire qu'elle a effectivement été réglée. Les pièces au dossier ne permettent cependant pas d'établir qu'il s'agit d'un « doublon » de la facture n° 4 62 861 535, laquelle porte d'ailleurs sur un montant différent. Tout porte plutôt à croire que la facture n° 4 63 074 539 concerne en réalité la consultation suivante de la patiente M. B. auprès du Dr O. \_\_\_\_\_, qui a eu lieu le 1er juillet 2016, comme cela ressort des pièces remises à l'expert par le Dr O. \_\_\_\_\_ (cf. annexe 9). Dans son appréciation, le Dr M. \_\_\_\_\_ relève que la durée de cette seconde consultation, soit 30 minutes, lui paraît excessive pour ce qui devrait être un simple contrôle du résultat de la physiothérapie. La CNA reprend cet élément dans ses écritures (allégué 358 de la duplique). Or, malgré le flou qui règne sur l'objet de cette facture, il est admis par les deux parties qu'elle a été payée et sort donc de l'objet du litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant son bien-fondé. S'agissant finalement de la remarque de la CNA dans son écriture du 24 février 2023 en lien avec le retard dans le diagnostic de la fracture, il convient de préciser que les raisons de ce retard sont sans pertinence dans le présent litige puisque le Dr O. \_\_\_\_\_ a constaté l'existence de cette fracture lors de la consultation initiale de la patiente, auparavant suivie par son médecin de famille. d) Dans son expertise (partie 4, ch. 4), le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que le cas de la patiente M. C. était complexe. Cette dernière a

- 26 - subi, à la suite d'un accident de la circulation routière survenu en France, une lésion du ligament croisé antérieur gauche, une déchirure du ligament croisé postérieur et des ligaments latéraux et une petite lésion du ménisque médial, avec une évolution marquée par une algodystrophie. Une expertise médicale a été réalisée en France le 15 novembre 2016 (pièce 36d). Il est admis que les six factures du Dr O. \_\_\_\_\_ mentionnées ci-après restent impayées. aa) La facture n° 4 62 037 092 de 138 fr. 85 pour la consultation du 2 mars 2016 (pièce 36d notamment) a été renvoyée par la CNA au Dr O. \_\_\_\_\_ le 10 juin 2016 avec la mention « Merci de procéder à la correction selon courrier du 23.11.15 et celui du 8.6.16. Merci » (pièce 179). La durée de la consultation (45 minutes) a été jugée compréhensible par le Dr C. \_\_\_\_\_, au vu des antécédents et de la complexité du cas (partie 4 de l'expertise, ch. 4.1.3). bb) La facture n° 4 62 524 172 de 187 fr. 90 concernant une consultation du 20 avril 2016 et une prestation médicale en l'absence du patient le 22 avril 2016 (pièce 36d notamment) a été renvoyée par la CNA au Dr O. \_\_\_\_\_ le 10 juin 2016 avec la mention « Merci de procéder à la correction selon courrier du 23.11.15 et celui du 8.6.16. Merci » (pièce 180). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a jugé que le temps de la consultation était compréhensible (partie 4 de l'expertise, ch. 4.2.3e). Dans cette facture, le Dr O. \_\_\_\_\_ a facturé deux fois la position Tarmed 00.00140, soit 10 minutes pour un montant de 32 fr.

68, expliquant qu'il avait envoyé plusieurs copies de documents à la Clinique L. \_\_\_\_\_ pour l'organisation de l'opération. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que la facturation de copies de documents dans le cadre de la préparation d'une opération était une question d'interprétation du Tarmed (partie 4 de l'expertise, ch. 4.2.4). Dans le chiffre 3.2 de son expertise, il expose ce qui suit : A la date de la facture en question, la version du Tarmed 01.08.01\_BR était en vigueur.

- 27 - Les positions pertinentes 24.5610 « Arthroscopie du genou » et 24.5780 « +Traitement d'une rupture du ligament croisé antérieur » prévoient 11 minutes de préparation et de finition. Cela s'applique cependant aux préparatifs dans la salle d'opération le jour de l'opération. Les interprétations générales IG-14 « Documentation et rapport » et IG-15 « Planification de l'intervention » ne fournissent pas d'éclaircissements sur le problème décrit ci-dessus. Les IG-15 stipulent que les interventions chirurgicales et interventionnelles comprennent également la planification nécessaire et que celle-ci est indemnisée avec elles. Elles précisent en outre que les prestations pour lesquelles une indemnisation séparée de la planification est expressément mentionnée et tarifée demeurent réservées. Il faudrait que la Commission paritaire d'interprétation Tarmed (CIP [recte : CPI]) examine si l'envoi de documents médicaux à la Clinique L. \_\_\_\_\_ est réputé préparation de l'intervention ou prestation séparée. Les IG-14 se réfèrent principalement aux échanges de correspondance entre le fournisseur de prestations et l'assurance mais non à l'échange de documents entre fournisseurs de prestations. Le Tarmed (version 01.08.01\_BR) décrit comme suit la position 00.0140 : Vaut pour toute prestation médicale servant au traitement du patient, effectuée en son absence (excepté la consultation téléphonique) et nécessairement par le spécialiste, verbalement ou par téléphone, par exemple: obtention d'informations auprès de tiers, renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, discussions avec des thérapeutes et des soignants, envoi chez un médecin consultant, établissement d'ordonnances ou prescriptions en dehors des consultations, visites et consultations téléphoniques. Vaut aussi comme consultation dans les instituts de pathologie (au max. 1 x par envoi). Dans ses déterminations du 24 février 2023 (ch. 4.2.4), la CNA estime que tout ce qui concerne la préparation de l'opération est « compris dans l'IG-15 ». Les interprétations générales pour l'ensemble du Tarmed (IG) prévoient effectivement, comme relevé par le Dr C. \_\_\_\_\_, que les prestations chirurgicales et interventionnelles comprennent également la planification nécessaire, que cette dernière fait partie intégrante de la prestation et est indemnisée avec elle, sous réserve des prestations pour

- 28 - lesquelles une indemnisation séparée de la planification est expressément mentionnée et tarifée. A l'instar de la CNA, on ne voit pas pour quelle raison il y aurait lieu de s'écarter du principe général selon lequel les positions tarifaires pour les interventions comprennent également la planification nécessaire. C'est d'ailleurs dans ce sens que la Commission paritaire d'interprétation a jugé les prestations additionnelles en cas de prise en charge périopératoire par un anesthésiste (décision n° 07002 - Prise en charge périopératoire et prestations additionnelles) : L'étude de dossier et l'administration/préparation pour l'opération (annonce pour la narcose, évaluation des formulaires relatifs à la préparation de la narcose, prescriptions de laboratoire et de radiologie, examens spécifiques pour patients à risques et patients dans un contexte difficile, etc.) font partie intégrante de la prestation d'anesthésie et de la prise en charge périopératoire. Le médecin spécialiste en anesthésie ne peut pas facturer la position tarifaire 00.0140 « Prestation médicale en l'absence du patient

(y compris étude de dossier) » en sus de ces prestations. Le Dr O. \_\_\_\_\_ n'expose par ailleurs aucun motif particulier qui justifierait de s'écarter de ce qui précède. Dans ses déterminations du 9 décembre 2022, il précise qu'à son souvenir, il s'agit d'une des seules fois où il a utilisé ce concept de facturation, lequel honore un temps alloué au dossier du patient et devrait donc faire l'objet d'une prestation facturable. La facturation du temps consacré à l'envoi de documents pour l'organisation de l'opération est toutefois déjà comprise dans celle de l'opération, qui comprend la planification. La facture n° 4 62 524 172 est dès lors correcte pour ce qui concerne le temps facturé pour la consultation du 20 avril 2016, mais ne l'est pas s'agissant des 32 fr. 68 facturés en application de la position Tarmed 00.0140. cc) La facture n° 4 62 861 538 de 220 fr. 60 pour une prestation médicale en l'absence du patient le 1er juin 2016 et une consultation du 15 juin 2016 (pièce 36d notamment) a été renvoyée par la CNA au Dr O. \_\_\_\_\_ le 25 juillet 2016 avec la mention « consultations hors normes. Veuillez vous référer à nos différents courriers et rectifier votre facture. Merci » (pièce 181). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé que la prestation médicale en l'absence du patient correspondait, selon les indications du Dr O. \_\_\_\_\_, à la rédaction d'une information au patient en

- 29 - vue du consentement éclairé avant l'opération du 8 juin 2016 et qu'il s'agissait d'une prestation compréhensible. Il a estimé qu'une durée de 40 minutes pour le premier contrôle post-opératoire n'était pas compréhensible, que selon son expérience, 20 à 30 minutes étaient adéquates et qu'il appartenait au Dr O. \_\_\_\_\_ de justifier plus précisément le temps facturé (partie 4 de l'expertise, ch. 4.3.3). L'expert a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente exigeante et compliquée, qui pourrait avoir nécessité un entretien d'une certaine durée. Dans ses déterminations du 9 décembre 2022, le Dr O. \_\_\_\_\_ s'est déterminé en rappelant tout d'abord que la durée de la consultation avait été validée par la patiente. Il a repris les indications figurant dans le dossier remis au Dr C. \_\_\_\_\_ (annexe 3), à savoir qu'il a observé un hématome important le long de la cuisse, lié à la chirurgie, qu'il a procédé à l'ablation des fils, refait les pansements, constaté que l'extension du genou était complète et la flexion à angle droit, qu'il a prescrit un arrêt de travail et discuté de l'évolution post-opératoire, qui paraissait sans complications majeures immédiates. Il a précisé qu'une discussion avait eu lieu sur l'option de prolonger l'arrêt de travail jusqu'à la fin du mois de juillet et au sujet de la rééducation (mise en route de la physiothérapie), laquelle devrait impliquer des déplacements et qu'il a expliqué à la patiente les exercices faisables et nécessaires, étant relevé qu'il convenait de faire attention à ne pas prendre davantage de risque de raideur que nécessaire chez cette patiente, qui avait déjà présenté de telles raideurs après la survenance de l'accident. Il a finalement exposé qu'il s'agissait d'une patiente âgée de plus de 50 ans avec un excès pondéral et que le temps alloué était motivé par le souci d'éviter des complications dans le concept de la rééducation. Il a en outre relevé que les frais liés à ce dossier avaient été imputés à l'assurance responsabilité civile du responsable de l'accident dont sa patiente avait été victime. Les explications apportées par le Dr O. \_\_\_\_\_ ne permettent qu'en partie de justifier le temps alloué à cette consultation, au regard du critère d'économicité. On peine notamment à comprendre la nécessité de discuter le 15 juin 2016, seulement une semaine après l'opération, de la

- 30 - possibilité de prolonger l'arrêt de travail jusqu'à fin juillet 2016 alors que des contrôles post-opératoires sont encore prévus les semaines suivantes, ce dont la patiente avait par ailleurs été informée par le biais des explications écrites qui lui ont été remises (cf. informations destinées aux patients, dans l'annexe 3 des pièces transmises à l'expert). Il est

compréhensible que le Dr O. \_\_\_\_\_ ait eu comme but d'éviter des complications dans la rééducation, que ce soit en mettant en place des séances de physiothérapie ou en expliquant les exercices à faire (étant précisé que deux exercices sont déjà expliqués dans la feuille d'informations destinées aux patients précitée). Le temps consacré paraît cependant excessif au vu de l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_ et des pièces au dossier. Il convient de s'en tenir à la durée maximale jugée adéquate par le Dr C. \_\_\_\_\_, à savoir 30 minutes. L'existence d'un cas de responsabilité civile en lien avec l'accident n'est par ailleurs pas un motif susceptible de justifier la durée d'une consultation au regard du critère d'économicité. dd) La facture n° 4 63 074 541 de 334 fr. 90 relative à des consultations des 22 juin, 29 juin et 6 juillet 2016 (pièce 36d notamment) a été renvoyée par la CNA au Dr O. \_\_\_\_\_ le 5 août 2016 avec la mention « Veuillez vous référer à nos différents courriers et vous prions de corriger votre facture. Merci » (pièce 182). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a estimé que la facturation de ces consultations était correcte (partie 4 de l'expertise, ch. 4.4). Pour les deux premières, il a relevé que la patiente était compliquée et qu'il fallait manifestement du temps pour lui donner les explications. Il a précisé qu'un contrôle hebdomadaire était compréhensible, compte tenu de l'infection de la plaie. ee) La facture n° 4 63 501 299 de 138 fr. 85 concernant une consultation du 10 août 2016 (pièce 36d notamment) a été renvoyée par la CNA au Dr O. \_\_\_\_\_ le 13 septembre 2016 avec la mention « Veuillez vous référer à nos différents courriers et vous prions de corriger votre facture. Merci » (pièce 183). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a précisé que ce contrôle, intervenu deux mois après l'opération du ligament croisé, avait pris du temps au vu de l'évolution compliquée avec une infection. La durée de la

- 31 - consultation selon le Dr O. \_\_\_\_\_ était de 40 minutes et 29 secondes et avait été correctement facturée à 45 minutes, étant rappelé que la dernière période de 5 minutes entamée n'était rémunérée qu'à moitié dans le Tarmed (partie 4 de l'expertise, ch. 4.5). ff) La facture n° 4 64 031 500 de 241 fr. 80 pour des consultations des 31 août et 28 septembre 2016 ainsi qu'un rapport médical en date du 24 septembre 2016 (pièce 36d notamment) a été renvoyée par la CNA au Dr O. \_\_\_\_\_ le 2 novembre 2016 avec la mention « durée de consultation longue durée, veuillez vous référer à nos différents courriers. Merci » (pièce 184). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a qualifié la facturation de correcte. Il a relevé que la première consultation, qui avait duré 26 minutes, aurait pu être facturée sur une base de 30 minutes au lieu des 25 facturées, et que la seconde, facturée à hauteur de 45 minutes, avait duré 77 minutes selon le Dr O. \_\_\_\_\_, précisant qu'il y avait des indices qu'il s'agissait d'une patiente compliquée et exigeante. Le fait d'effectuer des contrôles environ 3 et 4 mois après une opération du ligament croisé était médicalement plausible (partie 4 de l'expertise, ch. 4.6). gg) Dans ses écritures du 24 février 2023, la CNA considère que le fait de retenir que la patiente serait « exigeante et compliquée » n'est pas un critère objectif et qu'il n'y a donc pas lieu de le prendre en compte. Il convient de rappeler que la mise en œuvre de l'expertise avait pour but qu'un spécialiste du domaine se prononce, de manière neutre et impartiale, sur la facturation faite par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans les cas choisis. Dans ce contexte, il paraît difficile de remettre en cause un critère utilisé par l'expert – dont ni les qualifications, ni la neutralité et l'impartialité ne sont contestées – au motif que le critère en question ne serait pas adéquat. Par ailleurs, il n'apparaît pas arbitraire de tenir compte, dans des cas spécifiques, de l'impact du caractère compliqué et exigeant du patient sur la durée de la consultation, étant également rappelé que lorsqu'un patient demande des informations très complètes, voire exhaustives, le médecin doit respecter ce vœu (cf. Fédération des médecins suisses [FMH])

- 32 - / Académie Suisse des sciences médicales, Bases juridiques pour le quotidien du médecin, Un guide pratique, 3e éd. 2020, p. 40). hh) Dans ses déterminations du 24 février 2023, la CNA soutient que l'expert ne s'est pas prononcé sur le fait que les consultations sont intervenues quasi hebdomadairement dès juin 2016, ni sur le fait qu'il y en a eu près d'une dizaine entre juin et septembre 2016. S'agissant des consultations du mois de juin 2016, le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a pas contesté l'utilité d'un contrôle post-opératoire le 15 juin 2016, mais a remis en question la durée de celui-ci (partie 4 de l'expertise, ch. 4.3.3d). Concernant la fréquence des consultations suivantes, du 22 juin au 6 juillet 2016, il a explicitement précisé qu'un contrôle serré était médicalement indiqué compte tenu de l'infection de la plaie à l'endroit du prélèvement du transplant (ch. 4.4.3c). L'expert a également précisé que les consultations subséquentes, à savoir des consultations deux, trois et quatre mois après l'opération du ligament croisé étaient compréhensibles, respectivement médicalement plausibles (ch. 4.5.3d et 4.6.3f). e) La CNA a refusé le paiement de la facture n° 4 63 074 547 concernant le patient L. E., adressé au Dr O. \_\_\_\_\_ par son médecin de famille. Cette facture concerne la consultation initiale auprès du Dr O. \_\_\_\_\_ en date du 23 février 2016 avec examen et radiographies, des consultations des 25 février 2016, 1er mars 2016 (par téléphone) et 4 mars 2016, ainsi qu'un rapport rédigé sans formulaire le 25 février 2016 (pièce 36e notamment). La facture a été retournée au Dr O. \_\_\_\_\_ le 4 août 2016 avec l'indication : « Merci de procéder à la correction selon nos courriers des 23 novembre 2015 et 8 juin 2016 et nous faire parvenir une copie du rapport du 25.02.2016 » (pièce 185). L'expert a jugé que la durée des différentes consultations (à savoir 25 minutes, 50 minutes, 15 minutes et 35 minutes) était compréhensible et adéquate (partie 4 de l'expertise, ch. 5). La facturation d'un examen par le spécialiste en orthopédie de 14 minutes, de la radiographie et celle d'un rapport rédigé sans formulaire étaient également jugées correctes par l'expert (tableau de l'expertise, ch. 5).

- 33 - Comme la CNA le relève (allégué 370 de la duplique), c'est de manière erronée que le Dr O. \_\_\_\_\_ fait état de deux consultations en date du 23 février 2016 dans sa réplique (allégué 242), la deuxième consultation s'étant tenue le 25 février 2016, ce que le demandeur reconnaît dans ses déterminations du 29 octobre 2021. La CNA conteste le fait qu'il s'agirait d'une lésion peu fréquente selon les dires du Dr O. \_\_\_\_\_ (allégué 239 de la réplique) et se prévaut de l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_, selon laquelle il s'agissait d'une fracture in situ, pour conclure qu'il n'y avait absolument rien de complexe dans le cas de ce patient (allégué 374 duplique). En dépit des allégations de la CNA, il faut constater que le Dr M. \_\_\_\_\_ a confirmé que la fracture de la tête du péroné isolée était peu fréquente (pièce 133). Cette question n'a toutefois pas à être examinée plus avant dans la mesure où le Dr C. \_\_\_\_\_ a, en toute connaissance du dossier, jugé que la facture litigieuse était correcte. Dans ses déterminations du 24 février 2023, la CNA s'interroge sur le positionnement de l'expert du fait que trois consultations supplémentaires – qu'il n'évoque pas – ont suivi celle du 4 mars 2016. Il faut constater que ces consultations des 11 mars, 18 mars et 4 avril 2016 ont été mentionnées tant par le demandeur (déterminations du 29 octobre 2021, allégué 503) que par la CNA (duplique, allégué 371) et que la facture relative à ces trois consultations figure parmi les pièces transmises en vue de l'expertise (annexe 4, dernière page), de sorte que l'expert en avait connaissance au moment où il a réalisé l'expertise. La CNA a également produit cette facture avec son écriture du 17 avril 2023 (pièce 213), en précisant que celle-ci avait été payée, ce qui n'est pas contesté (allégué 503 des déterminations du 29 octobre 2021). Or la contestation porte sur la facture n° 4 63 074 547 concernant les premières consultations de L. E. auprès du demandeur, que la CNA

estime d'une durée excessive, de sorte qu'on peine à voir quelle influence pourrait avoir sur cette question l'existence de consultations subséquentes, qui ont été réglées par la CNA.

- 34 - f) Quatre factures demeurent impayées concernant la patiente D. F. : les factures n° 4 71 937 035, 4 73 179 186, 4 73 657 215 et 4 74 368 465 (produites sous pièce 36f entre autres). aa) La facture n° 4 71 937 035, d'un montant de 500 fr. 55, concerne deux consultations du 28 février 2017, un examen spécialisé le même jour, un rapport rédigé sans formulaire le 24 mars 2017 et des consultations des 10 et 21 mars 2017. Cette facture a été retournée au Dr O. \_\_\_\_\_ le 24 mai 2017 avec le texte suivant : « Merci de nous justifier la facturation des positions 00.0010 et 00.0030 deux fois en date du 28.02.2017, de nous faire parvenir une copie du rapport du 04.03.2017 et du rapport des consultations des 10.03 et 21.03.2017, merci » (pièce 189). La facture a de nouveau été retournée le 25 juillet 2017 avec comme motif : « Durée de consultation supérieur[e] à 30 minutes. Merci d'en expliquer les raisons » (pièce 189bis), puis une nouvelle fois le 8 mars 2018 avec l'indication : « Malgré votre explication, nous vous informons que seule une durée de 30 minutes peut être indemnisée. Nous vous prions de modifier votre facture » (pièce 190). Le Dr C. \_\_\_\_\_ relève, sur la base des notes du Dr O. \_\_\_\_\_, que deux consultations ont eu lieu le 28 février 2017, car l'IRM a été effectuée entre les deux, ce qui est une procédure avantageuse. Il estime que les temps de consultation sont plausibles, relevant que les 40 minutes facturées pour la deuxième consultation sont compréhensibles au vu du diagnostic initial (lésion du ligament croisé antérieur et lésion du ménisque médial) et du caractère manifestation exigeant de la patiente. Il a également relevé la quasi-urgence du diagnostic et du traitement initial. L'expert a également jugé correcte la durée des deux autres consultations, soit 40 minutes le 10 mars 2017 et 45 minutes le 21 mars 2017, compte tenu de l'évolution plutôt compliquée, avec une arthrofibrose présumée (partie 4 de l'expertise, ch. 6.1.3). S'agissant du rapport rédigé sans formulaire facturé, il s'agit selon le Dr O. \_\_\_\_\_ d'une correspondance envoyée au médecin de famille. L'expert relève que le procédé est en soi correct, mais qu'il manque au dossier une copie de ce courrier (tableau de l'expertise, ch. 6.1). Il s'avère cependant que le

- 35 - rapport en question a été produit, mais qu'il figure de manière erronée parmi les pièces de l'annexe 3, relatives à la patiente M. C., et non dans celles de l'annexe 7 concernant D. F. Le demandeur en a par ailleurs produit une nouvelle copie le 9 décembre 2022 (pièce 54). Dans sa duplique, la CNA relève qu'elle n'a jamais reçu la facture de l'IRM effectuée le 28 février 2017, ni le rapport y relatif, et que cette information figure dans un rapport établi par un autre médecin (produit sous pièce 186). Cet élément est toutefois sans incidence sur le caractère économique de la facture litigieuse. Le rapport de cette IRM figure au demeurant dans l'annexe 7, dans laquelle le Dr O. \_\_\_\_\_ indique que cet examen a, semble-t-il, été organisé par le médecin traitant de la patiente. bb) La facture n° 4 73 179 186 de 163 fr. 35 concerne une consultation de 40 minutes le 16 juin 2017, une consultation téléphonique le 13 juillet 2017 et une prestation médicale en l'absence du patient le 13 juillet 2017 également. Cette facture a été renvoyée en date du 9 mars 2018, à l'évidence pour la seconde fois, avec le texte suivant : « Malgré vos explications, nous vous informons que seule une durée de 30 minutes peut être indemnisée. Nous vous prions de modifier votre facture » (pièce 191). L'expert a jugé que le temps consacré aux consultations était compréhensible au vu des documents produits dans l'annexe 7. La prestation médicale en l'absence du patient concernait la recherche d'une autre place de thérapie pour la patiente, de sorte que la facturation était correcte (tableau de

l'expertise, ch. 6.2). cc) La facture n° 4 73 657 215 d'un montant de 122 fr. 55 concerne une consultation de 40 minutes du 8 septembre 2017. Elle a été retournée par la CNA le 9 mars 2018 avec la mention : « Malgré vos explications, nous vous informons que seule une durée de 30 minutes peut être indemnisée. Nous vous prions de modifier votre facture » (pièce 192). L'expert estime que celle-ci est correcte, relevant qu'il n'y a pas eu de consultation depuis deux mois, que les constatations du Dr O. \_\_\_\_\_ sont

- 36 - documentées, de même que la procédure, en particulier la discussion d'une opération (tableau de l'expertise, ch. 6.3). dd) La facture n° 4 74 368 465 d'un montant de 274 fr. 45 concerne deux consultations, qui ont eu lieu les 6 et 16 octobre 2017 et duré respectivement 45 et 35 minutes, ainsi qu'un rapport médical sur formulaire le 16 octobre 2017. Elle a été retournée par la CNA le 5 décembre 2017 avec pour motif : « Durée de consultation supérieur[e] à 30 minutes. Merci d'en expliquer les raisons », et à nouveau le 9 mars 2018 avec la mention : « Malgré vos explications, nous vous informons que seule une durée de 30 minutes peut être indemnisée. Nous vous prions de modifier votre facture » (pièce 193). L'expert constate que l'assurée, qui souffrait d'une lésion du ligament croisé antérieur droit et du ménisque médial droit, s'est à nouveau blessée et qu'elle présente également une lésion du ménisque latéral. Selon lui, ce nouvel événement rend la situation complexe et implique des décisions difficiles sur la procédure à suivre. Il estime par conséquent que les temps facturés sont compréhensibles, relevant également qu'il s'agit d'une patiente exigeante. Il mentionne que le rapport facturé se trouve dans le dossier (partie 4 et tableau de l'expertise, ch. 6.4). Dans sa duplique, la CNA mentionne que la lecture du rapport de l'IRM réalisée le 28 septembre 2017 est à facturer selon la position à disposition dans le Tarmed. Le Dr C. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur cette question, mais n'a pas non plus relevé de problématique à ce sujet, après avoir pris connaissance du dossier. Ce grief, motivé très succinctement et qui n'a pas été soulevé dans les deux retours de facture effectués par la CNA, n'apparaît ainsi pas propre à remettre en cause la facture établie. ee) Dans sa duplique, la CNA estime, sur la base de la prise de position du Dr M. \_\_\_\_\_ (pièce 134), qu'après la consultation initiale, un contrôle de 15 à 20 minutes tous les deux mois aurait été largement suffisant pour constater une évolution favorable. Le Dr C. \_\_\_\_\_ s'est

- 37 - toutefois prononcé de manière détaillée sur chacune des consultations et a jugé que leur durée était compréhensible. Aux yeux du Dr M. \_\_\_\_\_, le Dr O. \_\_\_\_\_ aurait dû poser l'indication opératoire lors de la consultation du 6 octobre 2017. On ne peut que constater, à la lecture des notes remises par le Dr O. \_\_\_\_\_ (annexe 7), que celui-ci a envisagé une intervention chirurgicale à ce moment-là, ce dont il a discuté avec la patiente, l'avertissant notamment qu'une telle intervention ne reconstituerait pas un genou normal et qu'il n'était pas du tout garanti qu'elle pourrait reprendre une activité telle que le badminton. Le Dr C. \_\_\_\_\_ ne critique nullement la démarche du Dr O. \_\_\_\_\_ et confirme au contraire que la nouvelle situation complexe impliquait des décisions difficiles quant à la procédure à suivre (partie 4 et tableau de l'expertise, ch. 6.4). Dans sa duplique également, la CNA a procédé à une comparaison de la durée des consultations auprès du Dr O. \_\_\_\_\_ et du médecin auprès de qui la patiente a ensuite été suivie et par qui elle a été opérée (pièces 186 et 187). On ne saurait toutefois mettre en parallèle des consultations intervenues à des moments différents de l'évolution médicale et dans un contexte de traitement différent (traitement conservateur puis intervention chirurgicale). ff) Dans ses déterminations du 24 février 2023, la CNA indique ne pas se laisser convaincre par le fait

que la durée des consultations s'expliquerait par le caractère manifestement exigeant de la patiente, au motif que cet argument manque d'objectivité. Elle s'interroge sur quels critères l'expert se fonde pour retenir une telle affirmation. Il faut constater à cet égard que dans ses explications (pièce 36f), le Dr O. \_\_\_\_\_ précise qu'il s'agit d'une « patiente avec une formation de psychologue et de statisticienne [qui] est demandeuse d'explications dans un monde qui n'est pas le sien ». L'expert a par ailleurs confirmé sa position dans le complément d'expertise (cf. consid. 6f/gg infra). Quant à l'utilisation d'un tel critère, rien ne justifie de remettre en cause l'appréciation de l'expert (cf. consid. 6d/gg supra).

- 38 - La CNA relève en outre que l'expert ne s'est pas prononcé sur la fréquence des consultations, dont certaines (des 7 et 28 avril 2017) n'étaient pas mentionnées dans son expertise. Dans la duplique, la défenderesse citait en effet l'existence d'une consultation de 35 minutes en date du 7 avril 2017 et d'une autre de 30 minutes le 28 avril 2017, qui avaient été payées (allégué 385). Il est vrai que l'expert ne les mentionne pas (partie 4 expertise, ch. 6.2.3b, 6.3.3b et 6.4.3b) alors qu'elles figurent dans les notes du Dr O. \_\_\_\_\_ (annexe 7). La CNA a produit la facture relative à ces deux consultations le 17 avril 2023 (pièce 214). gg) Un complément d'expertise a été fait le 5 juillet 2023 en lien avec la situation de D. F. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a confirmé, sur la base des éléments au dossier, que des consultations avaient également eu lieu les 7 et 28 avril 2017, en lien avec l'accident du 20 février 2017, mais que celles-ci ne changeaient rien aux réponses en lien avec la facture n° 4 73 657 215 (cf. consid. 6f/cc ci-dessus). Dans ce complément, l'expert a également été invité à motiver sa remarque relative au caractère exigeant de la patiente. Il a indiqué qu'après avoir réexaminé l'ensemble des documents médicaux concernant le cas D. F., les nouvelles pièces (annexe 7, consultations des 7 et 28 avril 2017) confirmaient l'impression qu'il s'était agi d'un cas complexe médicalement avec une évolution changeante et une patiente nécessitant un investissement plus important. g) Deux factures demeurent impayées s'agissant du patient D. G. aa) La facture n° 4 54 361 002, d'un montant de 640 fr. 20, porte sur une consultation de 40 minutes, un entretien d'information de 25 minutes et une radiographie de l'épaule le 14 septembre 2015, ainsi que deux consultations de 35 minutes et deux radiographies de la clavicule les 29 septembre et 23 octobre 2015 (pièce 36g notamment). Cette facture a été retournée à son expéditeur par la CNA avec pour indication : « Merci

- 39 - de procéder à la correction selon courrier du 23 novembre 2015 » (pièce 196). La durée de la consultation initiale est compréhensible selon l'expert, de même que celle de l'entretien d'information avant l'opération à effectuer, qui a eu lieu le 17 septembre 2015. Le nombre et la fréquence des contrôles post-opératoires sont compréhensibles et leur durée jugée adéquate. Les différentes radiographies étaient également compréhensibles et des copies figurent au dossier (partie 4 et tableau de l'expertise, ch. 7.1). bb) La facture n° 4 73 179 187 de 168 fr. 30 est relative à une consultation de 45 minutes en date du 27 juin 2017 et à un rapport médical sur formulaire du 13 juillet 2017 (pièce 36g entre autres). Cette facture a été retournée par la CNA le 6 octobre 2017 afin que le Dr O. \_\_\_\_\_ explique les raisons de la durée supérieure à 30 minutes de la consultation (pièce 197). Elle lui a été à nouveau retournée le 9 mars 2018 au motif que malgré ses rapports, seule une durée de 30 minutes pouvait être indemnisée (pièce 199). L'expert relève que, selon les pièces produites sous annexe 5, il s'agit d'une rechute avec une fonction limitée de l'épaule gauche, qui faisait suspecter une épaule gauche gelée, survenant près de deux ans après le traitement précédent. Il considère la facturation comme correcte, relevant que la prestation effectuée

est documentée et qu'une copie du rapport figure dans le dossier (partie 4 et tableau de l'expertise, ch. 7.2). cc) Dans sa duplique, la CNA s'étonne du fait que l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été réalisée en séjour stationnaire du 3 au 4 mai 2016 plutôt qu'en ambulatoire, que la consultation précédant cette intervention est intervenue deux mois et demi auparavant, le 15 janvier 2016, et relève que, dans le cadre de Santé 2020, la nécessité de pratiquer des ablations du matériel d'ostéosynthèse a été réévaluée (allégués 392 à 394). Elle mentionne en outre n'avoir reçu aucune facture pour la consultation du 1er juillet 2016 et pour les séances de physiothérapie prescrites le 15 mars 2018, ni aucun rapport d'examen radiologique datant de 2017 (allégués 396 et 397). Ces griefs sont

- 40 - toutefois sans rapport avec les factures contestées et n'ont dès lors pas à être examinés. On peine en outre à suivre la défenderesse en tant qu'elle compare les risques de complications pouvant intervenir à la suite d'un traitement chirurgical, mentionnés par le Dr O. \_\_\_\_\_, avec le caractère complexe ou non d'une atteinte à la santé (allégués 399 et 400). Elle se prévaut à cet égard de l'appréciation du Dr M. \_\_\_\_\_ (pièce 136), qui indique que le cas n'a aucun caractère de complexité. Elle omet cependant de citer le passage de cette appréciation dans lequel le médecin d'arrondissement reconnaît que le traitement chirurgical d'une fracture de la clavicule est grevé d'un taux de complications relativement élevé qui peut aller, selon certaines études, jusqu'à 30 % de pseudarthroses. Cela ne fait que confirmer les indications du Dr O. \_\_\_\_\_. Dans son écriture du 24 février 2023, la CNA mentionne que d'autres consultations ont eu lieu pour D. G. (les 30 novembre et 24 décembre 2015, ainsi que les 15 janvier, 10 mai, 29 août et 1er novembre 2016) et que l'expert ne s'est pas exprimé sur leur fréquence. Dans ses déterminations du 17 avril 2023, la CNA précise qu'il s'agit de consultations pour lesquelles les factures ont été réglées. Elle a produit la facture relative aux consultations des 30 novembre et 24 décembre 2015 et a renvoyé à l'allégué 398 de la duplique pour la liste des autres consultations. On constate que le Dr C. \_\_\_\_\_ avait connaissance de cette liste lors de son expertise, ainsi que des notes du Dr O. \_\_\_\_\_ figurant dans l'annexe 5, qui résument l'ensemble de ces consultations, hormis celle téléphonique du 24 décembre 2015 et celle du 29 août 2016. Dans l'expertise, l'expert ne mentionne toutefois que les consultations concernées par les factures sur lesquelles il a été invité à se déterminer. Certes, il aurait été possible d'interroger l'expert sur l'ensemble des consultations réalisées pour le patient D. G. et leur fréquence. Cette question n'est toutefois pas en lien avec le refus de la CNA de s'acquitter des factures n° 4 54 361 002 et 4 73 179 187 litigieuses. Celles-ci concernent en effet le début du traitement de D. G. à la suite de son accident, survenu le 12 septembre 2015, puis de la rechute qu'il a

- 41 - annoncée en juin 2017. Le non-paiement de la part de la CNA ne peut ainsi clairement pas être justifié par le fait que la fréquence des consultations subséquentes aurait été trop importante. Il ressort par ailleurs des demandes de justification faites par la CNA, lorsqu'elle a retourné ces factures au demandeur, que son refus de les payer était lié à la durée des consultations, ce sur quoi l'expert s'est prononcé. h) La facture n° 4 72 327 125 concernant le patient L. L. porte sur une consultation du 29 mars 2017 avec un examen par le spécialiste en orthopédie, une consultation du 5 avril 2017, un consilium téléphonique du 6 avril 2017, une consultation du 12 avril 2017 avec une ponction dans l'articulation, une consultation du 26 avril 2017 et un rapport sur formulaire établi le 29 avril 2017 (pièce 36h entre autres). La CNA a retourné cette facture à la Caisse des médecins en date des 15 mai, 25 juillet et 8 mars 2018 (pièces 202 à 204) et jugé que les explications données par le Dr

O.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de justifier la durée de la consultation du 5 avril 2017. Ces consultations se sont inscrites dans le cadre d'une évolution défavorable après une ménisectomie médiale effectuée par un autre médecin, le 26 janvier 2017. Il s'agit d'un cas complexe selon l'expert. Celui-ci a jugé la durée de la première consultation adéquate, de même que la facturation de l'examen par le spécialiste en orthopédie, qui se justifiait compte tenu des antécédents du patient. S'agissant de la consultation suivante, d'une durée de 80 minutes, il relève que le patient a confirmé qu'elle avait duré 1h25 et que les documents mis à sa disposition « documentent qu'un nouvel accident s'était produit », de sorte qu'il s'agissait quasiment d'un traitement initial et d'un cas complexe (expertise, partie 4, ch. 8.3). Contrairement à ce qui est indiqué, il n'est pas question d'un nouvel accident, mais il y a eu, lors de la deuxième consultation, une reprise de l'anamnèse de manière plus détaillée (cf. annexe 6). Le Dr C.\_\_\_\_\_ a cependant corrigé cette inexactitude dans le tableau récapitulatif d'analyse des factures qu'il a établi. Il y précise qu'il s'agit en fait d'une nouvelle consultation initiale et

- 42 - qu'au vu de l'anamnèse, la durée est explicable et la facturation correcte (tableau de l'expertise, ch. 8). Le consilium téléphonique concerne la communication au patient des résultats de laboratoire. Le reste de la facture est jugé correct, étant relevé qu'un rapport à la CNA daté du 5 juillet 2017 se trouve au dossier et qu'on peut supposer qu'il a été facturé le 29 avril 2017 (ibidem). La CNA fait remarquer qu'une telle facturation n'aurait pas pu être acceptée (déterminations du 24 février 2023). Le rapport du 5 juillet 2017 (pièce 36h) que mentionne l'expert n'apparaît cependant pas être le rapport facturé le 29 avril 2017 : il se trouve en effet qu'un rapport a effectivement été établi par le Dr O.\_\_\_\_\_ le 29 avril 2017, lequel se trouve parmi les pièces produites par la CNA (pièce 200). Dans sa duplique, la CNA a allégué qu'elle n'avait pas reçu les résultats des analyses faites, ni d'ordonnance ou de facture pour les talonnettes de décharge prescrites à l'assuré. Elle a relevé que le Dr O.\_\_\_\_\_ mentionnait, dans son rapport du 29 avril 2017, que la physiothérapie aidait alors que la dernière séance datait du 17 février 2017 et qu'il n'avait fait aucune prescription de physiothérapie. Ces arguments n'ont rien à voir avec la facture contestée et n'ont dès lors pas à être examinés. Sur la base de l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ (pièce 137), la CNA reproche au Dr O.\_\_\_\_\_ d'avoir multiplié les IRM de contrôle évolutif de l'œdème spongieux de manière contestable (en date des 31 mai 2017, 5 juillet 2017, 23 août 2017 et 23 novembre 2017), puisque l'évolution d'une probable algoneurodystrophie était basée sur l'examen clinique uniquement. L'on ne peut que constater que les factures de ces IRM ne font pas l'objet de la contestation. Dans ses déterminations du 24 février 2023, la CNA souligne que l'expertise mentionne que le dossier ne contient pas d'indication sur le statut clinique au 29 mars 2017 (expertise, partie 4, ch. 8.3a). Or, dans le tableau récapitulatif (ch. 8), l'expert liste les constatations faites lors de la consultation du 29 mars 2017 en précisant que celles-ci sont

- 43 - documentées. L'indication contenue dans le rapport d'expertise résulte probablement de l'appréciation initiale faite par le Dr C.\_\_\_\_\_ alors qu'il n'avait pas encore reçu les pièces complémentaires fournies par le Dr O.\_\_\_\_\_ dans les annexes produites. La CNA reproche à l'expert de retenir l'existence d'un cas complexe sans l'étayer. Il ressort de l'expertise que le Dr C.\_\_\_\_\_ rattache le caractère complexe au fait que l'évolution de l'opération effectuée est défavorable (partie 4, ch. 8.3d) et qu'un traitement par Miacalcic et vitamine D a été nécessaire (partie 4, ch. 8.3e). Les raisons qui ont amené l'expert à retenir l'existence d'un cas complexe ont par conséquent été indiquées. On peut en outre relever

que la CNA indiquait, dans sa duplique, que son médecin d'arrondissement avait validé le suivi médical sur le long terme en date du 19 septembre 2018 car l'assuré avait présenté une ostéonécrose après méniscectomie (allégué 401), ce qui n'apparaît guère compatible avec une absence de complexité. Toujours dans ses déterminations des 24 février et 17 avril 2023, la CNA relève que l'expert n'a pas pris en compte les autres consultations qui ont eu lieu ultérieurement et qui sont listées à l'allégué 414 de la duplique. Si le Dr O. \_\_\_\_\_ n'a pas remis le détail de l'ensemble des consultations à l'expert, comme s'y attendait la CNA, il ne les a pas pour autant cachées, au vu du tableau récapitulatif figurant sous pièce 36h. Non seulement, il convient de rappeler que les factures relatives à ces consultations ont été réglées par la CNA (allégué 414 duplique et ch. 8.3 de l'écriture du 17 avril 2023) et ne font donc pas partie de l'objet du litige, mais, de plus, que la facture contestée portait sur les premières consultations effectuées par L. L. auprès du Dr O. \_\_\_\_\_. Le non-paiement de la part de la CNA ne peut ainsi clairement pas être justifié par le fait que la fréquence des consultations subséquentes aurait été trop importante. Il ressort par ailleurs des demandes de justification faites par la CNA lorsqu'elle a retourné la facture n° 4 72 327 125 au demandeur que son refus de la payer était lié à la durée de consultation, ce sur quoi l'expert s'est prononcé.

- 44 - i) Une facture est impayée s'agissant du patient F. V. Il s'agit de la facture n° 4 74 368 545, d'un montant de 260 fr. 40, portant sur une consultation du 18 octobre 2017, avec un examen par le spécialiste en orthopédie et un rapport rédigé sans formulaire le même jour (pièces 36i notamment). Elle a été retournée par la CNA le 5 décembre 2017 avec la demande d'expliquer les raisons de la durée de consultation supérieure à 30 minutes (pièce 211), puis à nouveau le 9 mars 2018 au motif que, malgré les explications du Dr O. \_\_\_\_\_, seule une durée de 30 minutes pouvait être indemnisée (pièce 212). L'expert constate qu'il s'agit d'un patient précédemment traité ailleurs qui a consulté le Dr O. \_\_\_\_\_ en raison d'une évolution défavorable persistante. Le diagnostic retenu était une algodystrophie au genou après une entorse du genou le 15 novembre 2015, avec une plastie du ligament croisé, puis une formation d'un cyclope et une nouvelle opération en 2016. Les 45 minutes facturées pour la consultation initiale du 18 octobre 2017 sont jugées adéquates par l'expert au vu de la complexité du cas et des antécédents. Les critères pour facturer l'examen par le spécialiste en orthopédie étaient remplis. Le Dr C. \_\_\_\_\_ relève que l'indication du côté lésé manque dans le rapport détaillé du Dr O. \_\_\_\_\_, mais qu'on déduit du rapport du médecin d'arrondissement qu'il s'agit du genou gauche (expertise, partie 4, ch. 9). L'expert confirme en outre que la facturation du rapport établi à l'attention de la CNA est correcte. Ce rapport figure dans l'annexe 10 et la pièce 36i. Dans son écriture du 24 février 2023, la CNA expose que l'indication du côté est essentielle pour décider de la prise en charge d'une facture qui lui est transmise et qu'à défaut, elle requiert l'information auprès du prestataire de soin. Cependant, comme le fait valoir le Dr O. \_\_\_\_\_ dans ses déterminations du 9 décembre 2022, cette imprécision n'est pas déterminante pour juger du caractère économique de la facture. S'il s'agit en effet d'une information importante dans le cadre des rapports médicaux établis, elle n'influence toutefois pas la facturation des soins effectués. Dans sa duplique, la CNA indique que le rapport de sortie établi à l'issue du séjour de F. V. à la Clinique romande de réadaptation

- 45 - (pièce 138) ne stipule nullement l'algodystrophie retenue par le Dr O. \_\_\_\_\_ et s'étonne qu'il ait conclu à un tel diagnostic sans être en possession de tous les documents médicaux existants, dans la mesure où il demandait au médecin d'arrondissement de lui

transmettre une copie du dossier médical. La CNA relève en outre qu'elle n'a reçu aucune facture ni prescription pour le Miacalcic que le Dr O. \_\_\_\_\_ estimait justifié de prescrire au vu du diagnostic retenu. Ces arguments sont sans pertinence sur la question litigieuse, à savoir le bien-fondé de la facture n° 4 74 368 545. Dans ce contexte, le fait que le Dr O. \_\_\_\_\_ est seul à poser un diagnostic d'algodystrophie ne saurait justifier le non-paiement de sa facture. On peut au demeurant relever que, dans la réplique, s'il est noté que le Dr O. \_\_\_\_\_ a introduit un traitement médicamenteux (allégué 284), la lecture du rapport adressé par ce médecin à la CNA le 18 octobre 2017 ne permet toutefois pas d'affirmer qu'il a prescrit du Miacalcic. Le Dr O. \_\_\_\_\_ ne fait en effet que décrire la prise en charge qui lui semble indiquée, pour laquelle il demande l'aval de la CNA, et, dans ce contexte, mentionne que la douleur et le concept dystrophique- algodystrophique justifient la prescription de Miacalcic. j) L'expert s'est également prononcé sur le bien-fondé de la facture n° 4 74 368 454 concernant le patient O. C., d'un montant de 504 fr. 60 (pièces 29 et 34bis). Le patient avait subi en 1986 une entorse de l'articulation du genou gauche avec lésion du ligament croisé antérieur et a consulté le Dr O. \_\_\_\_\_ en raison de l'apparition de douleurs, d'épanchements et de limitations fonctionnelles. Cette facture a été retournée par la CNA le 7 décembre 2017 au motif que la durée de consultation était supérieure à 30 minutes et qu'elle souhaitait en connaître les raisons (annexe 1). Le Dr C. \_\_\_\_\_ a jugé qu'il s'agissait d'une situation complexe compte tenu de l'affection préexistante, qui nécessitait une clarification et a rendu nécessaire la réalisation d'une IRM. Il estime que les 25 minutes facturées pour la consultation initiale du 19 septembre 2017 sont compréhensibles, mais qu'au vu des résultats mentionnés dans l'annexe 1, les critères pour la facturation de la position

- 46 - « Examen par le spécialiste en orthopédie » (position Tarmed 24.0010) pour un montant de 56 fr. 15 ne sont pas remplis. La facturation de la radiographie du 19 septembre 2017 est correcte selon l'expert. La facturation de 35 minutes pour les consultations suivantes des 25 septembre et 30 octobre 2017 est jugée compréhensible et adéquate, l'expert relevant toutefois une inexactitude de date pour la première entre l'annexe 1 (29 septembre 2017) et la facture (25 septembre 2017). La facturation d'un rapport médical sur formulaire le 16 octobre 2017 est jugée correcte également. Dans ses déterminations du 9 décembre 2022, le Dr O. \_\_\_\_\_ a indiqué s'être concentré sur la problématique du genou, mais avoir inclus, lors de l'examen clinique, la mobilité globale du rachis ainsi que celle des deux membres inférieurs, ce qui avait justifié la facturation de la position 24.0010. Etant donné qu'il ne s'agissait pas de facteurs déterminants médicalement, ils n'avaient pas été expressément spécifiés. Cette explication ne saurait être suivie. Soit l'examen par le spécialiste en orthopédie s'avérait nécessaire et devait être intégralement documenté, soit certains facteurs n'étaient pas déterminants médicalement et ne justifiaient donc pas la facturation d'un tel examen. Dans son écriture du 24 février 2023, la CNA a relevé que les consultations suivantes (4 et 19 décembre 2017, 5 février, 9 avril et 22 mai 2018) n'avaient pas été prises en compte et que l'expert ne s'était pas exprimé sur la question du bien-fondé de la fréquence des consultations. Il faut constater que l'existence de ces consultations ne ressortait que partiellement des pièces produites par les parties. Dans l'annexe 1, le Dr O. \_\_\_\_\_ évoque uniquement les consultations des 4 décembre 2017 et 9 avril 2018. La CNA a produit, en date du 17 avril 2023, les factures relatives aux consultations du 4 décembre 2017 au 22 mai 2018 (pièces 225 à 228). Il en ressort que les consultations des 19 décembre 2017 et 5 février 2018, non évoquées par le Dr O. \_\_\_\_\_, étaient des consultations téléphoniques. Comme déjà mentionné par le président du Tribunal arbitral

dans son avis du 8 mai 2023 relatif au complément d'expertise, il faut constater qu'il s'agit de consultations pour

- 47 - lesquelles les factures ont été payées et qui sont notablement postérieures aux consultations ayant fait l'objet d'une contestation de la part de la CNA. 7. Au vu des constats qui précèdent, il convient de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_. a) L'expert s'est notamment prononcé en tenant compte de la complexité des cas. A cet égard, il n'est pas possible de conclure au caractère complexe d'un cas uniquement sur la base du diagnostic posé, comme l'invoque le Dr O.\_\_\_\_\_ dans sa réplique, ni sur le fait que les positions facturées concernent à 85 % des consultations et contiennent très peu d'exams pratiqués en vue de déterminer l'éventuelle nécessité d'une intervention chirurgicale, comme le soutient la CNA dans sa réponse. Il convient en effet de prendre en compte l'ensemble des circonstances pour déterminer la complexité d'une situation, ce qu'a fait le Dr C.\_\_\_\_\_ dans son expertise. Contrairement à ce que soutient la CNA, il est inexact de dire que l'expert se serait basé sur des constats subjectifs du Dr O.\_\_\_\_\_ pour conclure à la présence d'un cas complexe. Il ressort de l'expertise qu'il a, au contraire, fondé son appréciation sur la situation médicale des patients, de manière objective. b) Il résulte de cette expertise que les durées des consultations effectuées par le Dr O.\_\_\_\_\_ ne sont, dans leur ensemble, pas critiquables. Sur les 20 factures analysées, l'expert a estimé nécessaire, dans un seul cas, des explications complémentaires pour justifier la durée d'un contrôle post-opératoire (cf. consid. 6d/cc). Expressément interrogé sur cette question, l'expert n'a pas non plus relevé de problématique en lien avec la fréquence des consultations faites par le Dr O.\_\_\_\_\_. L'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ permet dès lors d'écarter l'appréciation du Dr M.\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2019, produite par la CNA à l'appui de sa duplique. Dans ce document, le médecin d'arrondissement mentionne que le demandeur a tendance à prolonger les consultations à la

- 48 - fois en fréquence et en durée, comparativement à des confrères de spécialité équivalente, étant précisé que les cas qu'il suivait n'apparaissent pas plus complexes. Cette appréciation n'est toutefois basée sur aucune statistique concrète et détaillée fondée sur un groupe de comparaison valide, sur la base de laquelle une comparaison objective pourrait être valablement effectuée. L'expertise permet par ailleurs de conclure que, de manière générale, la durée des consultations prodiguées par le Dr O.\_\_\_\_\_ reste dans une limite admissible et qu'on ne peut lui reprocher d'enfreindre le principe d'économicité en lien avec ses consultations. Cela étant, il n'y a pas lieu d'examiner les autres factures dont le paiement est réclamé. c) L'expert a cependant constaté, dans trois factures différentes, un problème avec la facturation de positions Tarmed, à savoir une question d'interprétation de ce tarif en lien avec la facturation de copies de documents dans le cadre de la préparation d'une opération (consid. 6d/bb supra) et la facturation d'un examen par le spécialiste en orthopédie non justifiée (consid. 6j supra). Il apparaît que les deux points relevés par l'expert en lien avec des positions Tarmed non justifiées ne sont pas représentatifs d'une problématique générale de facturation que l'on pourrait reprocher au Dr O.\_\_\_\_\_. La CNA est en droit de contrôler les positions Tarmed facturées et de solliciter des justifications si nécessaire. Il appartiendra au Dr O.\_\_\_\_\_ de répondre à ces demandes et d'apporter les pièces justificatives utiles. 8. Pour le surplus, il n'y a pas lieu de compléter l'expertise, respectivement de procéder aux compléments d'instruction sollicités par la CNA. a) Dans ses déterminations du 8 septembre 2023, la CNA a requis que l'expert soit invité à se prononcer sur les autres cas (soit pour L. E., D. G., L. L. et O. C.)

dans lesquels d'autres consultations sont intervenues, ainsi qu'elle l'avait déjà sollicité dans ses lignes du 30 mai

- 49 - 2023. L'existence de consultations subséquentes, payées par la CNA, a été traitée ci-dessus au consid. 6 en lien avec l'analyse des différents cas. Un complément d'expertise sur ce point ne se justifie par conséquent pas. b) Dans son écriture du 8 septembre 2023, la CNA a également regretté que l'expert n'ait jamais pris position sur les arguments du Dr M.\_\_\_\_\_. Ce faisant, elle omet que, lors de l'audience du 11 novembre 2021, elle avait explicitement accepté que les pièces 131 à 140, contenant les avis du Dr M.\_\_\_\_\_, ne soient pas transmises à l'expert. c) Dans sa réponse, la CNA a requis l'audition du Dr M.\_\_\_\_\_. L'expertise du Dr C.\_\_\_\_\_ permet cependant au Tribunal de statuer en pleine connaissance de cause, sans qu'il apparaisse nécessaire d'entendre le Dr M.\_\_\_\_\_, dont les appréciations figurent par ailleurs déjà au dossier (pièces 131 à 134, 136-137, 139). d) Pour la même raison, il ne se justifie pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise comme requis par la défenderesse, une telle mesure d'instruction n'apparaissant pas nécessaire au vu de l'expertise déjà réalisée (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1). 9. a) Il résulte de ce qui précède que la CNA est tenue de régler les factures énumérées dans les conclusions de la réplique, dont le paiement a été jusque-là suspendu uniquement en raison de la durée des consultations. Il s'agit des factures suivantes : Numéro Montant Date 4 54 072 546 Fr. 122.55 08.10.2015 4 54 072 659 Fr. 285.90 08.10.2015 4 54 072 720 Fr. 245.05 08.10.2015 4 54 072 727 Fr. 372.40 08.10.2015 4 54 360 977 Fr. 147.05 06.11.2015 4 54 361 002 Fr. 640.20 06.11.2015 4 54 600 836 Fr. 106.20 30.11.2015 4 54 600 839 Fr. 122.55 30.11.2015 4 54 600 862 Fr. 520.15 30.11.2015 4 54 993 918 Fr. 402.50 30.12.2015

- 50 - 4 54 993 930 Fr. 122.55 30.12.2015 4 54 993 954 Fr. 235.85 30.12.2015 4 54 993 963 Fr. 391.05 30.12.2015 4 54 993 974 Fr. 106.20 30.12.2015 4 61 276 728 Fr. 138.85 01.02.2016 4 61 638 285 Fr. 274.50 07.03.2016 4 61 638 335 Fr. 138.85 07.03.2016 4 61 638 348 Fr. 253.60 07.03.2016 4 61 638 370 Fr. 151.95 07.03.2016 4 61 638 390 Fr. 138.85 07.03.2016 4 61 638 392 Fr. 122.55 07.03.2016 4 61 638 397 Fr. 366.55 07.03.2016 4 61 638 414 Fr. 443.60 07.03.2016 4 61 638 421 Fr. 309.40 07.03.2016 4 61 638 446 Fr. 106.20 07.03.2016 4 61 638 456 Fr. 138.85 07.03.2016 4 62 037 092 Fr. 138.85 05.04.2016 4 62 037 096 Fr. 451.35 05.04.2016 4 62 037 105 Fr. 244.05 05.04.2016 4 62 037 127 Fr. 138.85 05.04.2016 4 62 037 140 Fr. 122.55 05.04.2016 4 62 037 180 Fr. 440.25 05.04.2016 4 62 037 201 Fr. 168.30 05.04.2016 4 62 352 260 Fr. 212.40 03.05.2016 4 62 352 267 Fr. 464.60 03.05.2016 4 62 352 287 Fr. 122.50 03.05.2016 4 62 352 294 Fr. 138.85 03.05.2016 4 62 352 319 Fr. 106.20 03.05.2016 4 62 524 157 Fr. 187.90 23.05.2016 4 62 524 175 Fr. 409.00 23.05.2016 4 62 524 191 Fr. 138.85 23.05.2016 4 62 861 529 Fr. 269.55 23.06.2016 4 62 861 531 Fr. 122.55 23.06.2016 4 62 861 535 Fr. 106.20 23.06.2016 4 62 861 539 Fr. 318.35 23.06.2016 4 62 861 572 Fr. 122.55 23.06.2016 4 63 074 534 Fr. 106.20 07.07.2016 4 63 074 536 Fr. 291.40 07.07.2016 4 63 074 541 Fr. 334.90 07.07.2016 4 63 074 547 Fr. 556.85 07.07.2016 4 63 074 572 Fr. 245.05 07.07.2016 4 63 501 299 Fr. 138.85 30.08.2016 4 63 501 301 Fr. 122.55 30.08.2016 4 63 501 381 Fr. 106.20 30.08.2016 4 63 501 394 Fr. 138.85 30.08.2016 4 64 031 500 Fr. 241.80 04.10.2016 4 64 031 508 Fr. 178.70 04.10.2016 4 64 031 528 Fr. 245.05 04.10.2016 4 64 506 646 Fr. 204.25 21.11.2016 4 64 506 660 Fr. 122.55 21.11.2016

- 51 - 4 64 506 670 Fr. 358.40 21.11.2016 4 64 506 671 Fr. 273.45 21.11.2016 4 64 970 425 Fr. 155.20 23.12.2016 4 64 970 433 Fr. 470.50 23.12.2016 4 69 075 538 Fr. 485.85

30.12.2016 4 71 242 341 Fr.1009.80 30.01.2017 4 71 242 348 Fr. 155.20 30.01.2017 4 71 476 161 Fr. 288.80 20.02.2017 4 71 476 175 Fr. 162.35 20.02.2017 4 71 476 195 Fr. 195.00 20.02.2017 4 71 476 197 Fr. 138.85 20.02.2017 4 71 937 013 Fr. 284.90 31.03.2017 4 71 937 035 Fr. 500.55 31.03.2017 4 71 937 045 Fr. 170.80 31.03.2017 4 72 327 112 Fr. 235.85 02.05.2017 4 72 327 123 Fr. 122.55 02.05.2017 4 72 327 124 Fr. 195.00 02.05.2017 4 72 327 125 Fr. 632.35 02.05.2017 4 72 517 894 Fr. 208.30 22.05.2017 4 72 517 925 Fr. 245.10 22.05.2017 4 72 706 408 Fr. 187.90 06.06.2017 4 72 706 468 Fr. 245.05 06.06.2017 4 72 806 093 Fr. 212.40 15.06.2017 4 73 179 176 Fr. 122.55 19.07.2017 4 73 179 186 Fr. 163.35 19.07.2017 4 73 179 187 Fr. 168.30 19.07.2017 4 73 179 199 Fr. 106.20 19.07.2017 4 73 453 790 Fr. 138.85 21.08.2017 4 73 657 208 Fr. 212.40 11.09.2017 4 73 657 215 Fr. 122.55 11.09.2017 4 73 657 218 Fr. 106.20 11.09.2017 4 73 657 258 Fr. 187.90 11.09.2017 4 74 060 466 Fr. 122.55 05.10.2017 4 74 060 470 Fr. 285.90 05.10.2017 4 74 368 456 Fr. 187.90 02.11.2017 4 74 368 465 Fr. 274.45 02.11.2017 4 74 368 545 Fr. 260.40 02.11.2017 b) Il convient de préciser que les factures n° 4 54 993 930, n° 4 54 993 974 et n° 4 71 476 175 n'ont pas été produites par le demandeur. Leur existence n'est toutefois pas contestée par la CNA, qui a admis les avoir retournées pour correction (pièces 124 et 141). c) A noter que selon les indications de la CNA (pièce 141), la facture n° 4 62 352 260 établie le 3 mai 2016 porte notamment sur une consultation du 21 octobre 2015, qui aurait été facturée à double dans la

- 52 - facture n° 4 54 601 114. Cette deuxième facture ne figure pas dans les conclusions de la réplique et n'a pas été produite. Il va de soi que la facture n° 4 62 352 260 ne doit être intégralement réglée par la CNA que pour autant que les prestations sur lesquelles elle porte n'aient pas déjà été prises en charge dans le cadre d'une autre facture. On peut également noter que, selon la CNA, les factures nos 4 63 074 534, 4 63 074 536 et 4 63 501 394 sont respectivement un doublon des factures nos 4 62 841 414, 4 53 459 346 et 4 63 141 769. Ces trois dernières factures ont toutefois été retirées des conclusions entre la demande et la réplique, et la CNA ne fait pas valoir qu'elles auraient été payées. d) S'agissant de la facture n° 4 73 179 200, la CNA fait valoir, dans ses déterminations (pièces 124 et 141), que le rapport facturé le 20 juin 2017 est déjà compris dans le forfait DRG puisque le patient a été hospitalisé du 20 au 25 juin 2017. Le Dr O. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur ce point. Outre le fait qu'aucun document ne figure au dossier concernant cette hospitalisation, le forfait DRG applicable est payé à l'hôpital, de sorte qu'on peine à voir pour quelle raison le Dr O. \_\_\_\_\_ ne pourrait pas être indemnisé pour un rapport qu'il a établi, dont l'existence n'est pas contestée et qui apparaît avoir été rédigé en son nom et non pour le compte de l'hôpital. L'argumentation très succincte et dénuée de moyens de preuve de la CNA ne permet dès lors pas de s'opposer au paiement de l'intégralité de la facture suivante : Numéro Montant Date 4 73 179 200 Fr. 613.05 19.07.2017 e) On ne peut que déplorer l'absence de déterminations précises des parties au sujet du règlement ou non des factures suivantes. Celles-ci doivent être payées par la CNA si tel n'a pas déjà été le cas : Impayée selon Payée selon les Numéro Montant Date les pièces ou pièces ou allégués allégués

- 53 - suivants suivants Fr. Pièces 124 et Pièces 17 et 124bis 4 54 361 041 06.11.2015 135.60 141 4 54 993 978 Fr. 30.12.2015 Pièces 124 et Pièce 124bis 212.40 141 Fr. Pièce 34bis Allégué 180 4 73 657 203 11.09.2017 106.20 réplique f) Certaines des factures listées dans les conclusions de la réplique n'ont pas à être payées intégralement par la CNA. aa) Ainsi, comme jugé ci-dessus (consid. 6d/cc), seule une durée de consultation de 30 minutes (au lieu de 40) doit être à charge de la CNA dans la facture n° 4 62 861 538. Celle-ci doit

dès lors être payée dans la mesure suivante : Numéro Date Montant à Détail du calcul payer  
6 86 Fr. 187.92 Fr. 220.60 - Fr. 32.68 4 538 23.06.2016 2 1 De même, comme examiné  
ci-dessus (consid. 6d/bb), il convient de déduire de la facture suivante le montant relatif à la  
position Tarmed 00.0140 : Numéro Date Montant à Détail du calcul payer Fr. 155.22 Fr.  
187.90 - Fr. 4 62 524 172 23.05.2016 32.68 Il y a également lieu de soustraire le montant  
facturé pour l'examen par le spécialiste en orthopédie (position Tarmed 24.0010) dans la  
facture suivante (consid. 6j) : Numéro Date Montant à Détail du calcul payer Fr. 448.45 Fr.  
504.60 - Fr. 4 74 368 454 02.11.2017 56.15

- 54 - bb) Il ressort des pièces 124bis (CD-rom) et 141 que, pour les factures suivantes, la  
CNA a requis du demandeur une justification sur certaines positions Tarmed facturées,  
respectivement la transmission de documents facturés, comme elle est en droit de le faire.  
Le demandeur ne fait pas valoir qu'il aurait apporté les justifications demandées et n'a, en  
particulier, produit aucune pièce devant le Tribunal de céans exposant les raisons des  
positions Tarmed facturées. Cela étant, en l'absence de justification au dossier, le montant  
relatif à ces positions doit être déduit des factures en question. La CNA est donc invitée à  
payer les factures précitées pour les montants suivants : Numéro Montant Date Positions  
Montant Montant réclamé Tarmed contesté à payer concernées Fr. 00.2260 Fr. 9.81 Fr. 4 53  
459 464 27.08.2015 145.40 135.59 Fr. 24.0010 Fr. 56.15 Fr. 4 54 600 841 30.11.2015  
298.55 242.40 Fr. 24.0010 Fr. 56.15 Fr. 4 61 638 391 07.03.2016 219.50 163.35 Fr.  
07.03.2016 24.0010 Fr. 56.15 Fr. 4 61 638 442 129.65 73.50 Fr. 00.2260 Fr. 9.81 Fr. 4 62  
524 229 23.05.2016 39.20 29.39 Fr. 00.2205 Fr. 29.41 Fr. 4 63 501 333 30.08.2016 230.35  
(25.08.2016) 200.94 Fr. 00.2205 et Fr. 39.22 Fr. 4 64 970 435 23.12.2016 112.75 00.2260  
73.53 Fr. 00.2260 Fr. 9.81 Fr. 4 64 970 442 23.12.2016 267.95 258.14 Fr. 00.2260 Fr. 9.81  
Fr. 4 72 517 872 22.05.2017 186.25 176.44 Fr. 00.2260 Fr. 9.81 Fr. 4 72 706 458  
06.06.2017 275.05 265.24 Fr. 00.2205 (août Fr. 29.41 Fr. 4 73 453 805 21.08.2017 58.80  
2017) 29.41 Fr. 24.0130 Fr. 56.64 Fr. 4 73 657 256 11.09.2017 226.65 170.01 g) Il convient  
de rejeter la demande en paiement du Dr O. \_\_\_\_\_ relative à certaines factures listées  
dans les conclusions de la réplique.

- 55 - aa) Il apparaît que la facture n° 4 61 276 751 établie le 1er février 2016 pour un  
montant de 171 fr. 55 (pièces 34bis et 142) a été – après avoir été retournée par la CNA –  
remplacée par une nouvelle facture portant le n° 4 61 638 336 et ayant pour montant celui  
de 106 fr. 20 (pièce 144), laquelle a été payée par la CNA. Dans ses déterminations du 29  
octobre 2021, le Dr O. \_\_\_\_\_ relève que la facture initiale, qui porte sur le temps réel de  
consultation, demeure impayée (allégué 450). Il reconnaît cependant avoir établi une  
nouvelle facture pour les mêmes prestations, qui a été réglée (allégué 453). Dans la mesure  
où il est admis que les deux factures portent sur les mêmes prestations, il se justifie de  
considérer que la facture initiale n° 4 61 276 751 n'a plus de raison d'être. Il convient en  
effet de prendre acte du fait que le Dr O. \_\_\_\_\_ a consenti à établir une nouvelle facture  
portant sur une durée de consultation moins longue, alors qu'il aurait pu, comme il l'a fait  
pour d'autres factures, exiger le paiement de la facture initiale. La facture initiale n'a donc  
pas à être payée : Numéro Montant Date 4 61 276 751 Fr. 171.55 01.02.2016 bb) La facture  
suivante concerne un cas bouclé depuis le 16 mai 2016 selon les indications de la CNA. Le  
demandeur n'a pas répondu à cet argument, ni produit aucun document établissant que cette  
facture serait à la charge de la CNA. Il n'y a par conséquent pas lieu d'ordonner son  
paiement : Numéro Montant Date 4 64 031 494 Fr. 29.40 04.10.2016 cc) De même, la  
facture suivante concerne un cas clos, dans lequel la CNA a mis fin à ses prestations le 30

septembre 2016 (pièces 141 et 160). Contrairement à ce qu'indique le Dr O. \_\_\_\_\_ dans ses déterminations du 24 octobre 2021, cette facture ne concerne pas le patient P. A., de sorte qu'on peut douter qu'elle ait effectivement été réglée par la CNA comme il l'indique. Quoi qu'il en soit, compte tenu de la

- 56 - fin du droit aux prestations, il n'y a pas lieu d'ordonner le paiement de cette facture : Numéro Montant Date 4 64 206 365 Fr. 73.50 24.10.2016 dd) La facture n° 4 64 506 669 porte sur des prestations qui ont été également facturées dans la facture n° 4 69 075 538 (voir pièces 34bis et 150). Le paiement de cette seconde facture ayant été ordonné ci-dessus, la première facture n'a pas à être réglée : Numéro Montant Date 4 64 506 669 Fr. 363.30 21.11.2016 ee) Les factures concernant le patient P. A. ont été réglées par la CNA, si bien qu'il n'y a pas lieu d'en ordonner le paiement. Il s'agit des factures suivantes : Numéro Montant Date 4 64 506 645 Fr. 187.90 21.11.2016 4 64 970 417 Fr. 155.20 23.12.2016 4 71 476 157 Fr. 244.25 20.02.2017 h) Il reste encore à examiner la facture n° 4 54 993 915, établie le 30 décembre 2015 pour un montant de 70 fr. 25. Selon la CNA, il s'agit d'un cas clos, pour lequel aucune rechute n'a été annoncée (pièces 124, 141, 161 et 161bis). Or il s'avère que cette facture s'inscrit en réalité en lien avec l'assurance militaire, comme mentionné par le Dr O. \_\_\_\_\_ dans ses déterminations du 29 octobre 2021 et qu'elle fait suite à une acceptation de prise en charge par la CNA, que celui-ci a produite sous pièce 52. C'est de manière manifestement erronée que le demandeur attribue cette facture au patient P. A. dans ces mêmes déterminations (allégué 576), le nom et les autres indications figurant sur la facture ne correspondant pas. Force est de constater que la CNA ne s'est pas déterminée sur le paiement de cette facture au regard de l'assurance- militaire.

- 57 - La CNA gère l'assurance militaire comme une assurance sociale à part entière avec une comptabilité distincte (art. 67 al. 1 LAA ; art. 81 al. 2 LAM [loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance militaire ; RS 833.1] en lien avec l'art. 35a al. 1 OAM [ordonnance du 10 novembre 1993 sur l'assurance militaire ; RS 833.11]). Le système de l'assurance militaire diffère passablement de celui de l'assurance-accidents, mais, à l'instar de la LAA, la LAM prévoit que lorsqu'il ordonne ou exécute des mesures à des fins thérapeutiques ou diagnostiques, le personnel médical doit se limiter aux mesures exigées par le but du traitement, à défaut de quoi l'assurance militaire peut réduire, voire refuser à ces personnes les sommes versées au titre de prestations qui dépassent cette limite ou en exiger d'elles la restitution (art. 25 LAM). Dans ce contexte, le fournisseur de prestations remet à l'assurance militaire une facture détaillée et compréhensible ; il lui transmet aussi toutes les indications dont elle a besoin pour se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération ainsi que le caractère économique des prestations (art. 25a LAM). Les litiges entre l'assurance militaire et les personnes exerçant une activité dans le domaine médical sont de la compétence du tribunal arbitral (art. 27 al. 1 LAM). Il n'apparaît pas que le non-paiement de la facture n° 4 54 993 915 puisse être justifié par le caractère non économique des prestations, qui consistent en une consultation de 15 minutes et un rapport médical sur formulaire. Il faut bien plutôt constater que cette facture n'a pas été établie correctement puisqu'elle indique la LAA comme loi applicable en lieu et place de la LAM et qu'elle n'a pas été adressée, comme il se doit, en vue d'une prise en charge par l'assurance militaire. On ne peut que regretter que ces erreurs, qui auraient aisément pu être vues et corrigées par les parties, à tout le moins en cours de procédure, aient conduit le Tribunal de céans à devoir prendre position sur le non-paiement de cette facture. Au final, il appartiendra à la CNA de payer cette facture dans le cadre de l'assurance militaire : Numéro

Montant Date 4 54 993 915 Fr. 70.25 30.12.2015

- 58 - 10. Le demandeur conclut à l'octroi d'intérêts moratoires de 5 % dès le 31e jour après l'établissement des factures. a) Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il n'y avait en principe pas place, jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, pour des intérêts moratoires dans le domaine du droit des assurances sociales, dans la mesure où ceux-ci n'étaient pas prévus par la loi. Des exceptions se justifiaient toutefois en cas de manœuvres illicites ou purement dilatoires de la part du débiteur (ATF 131 V 358 consid. 1.2 et les références ; cf. également ATF 145 V 18 consid. 4.1). Ces principes étaient également valables – et le sont toujours – en ce qui concerne les intérêts moratoires réclamés sur des prétentions pouvant donner lieu à un litige devant un tribunal arbitral ; dans ce cas, il y a lieu toutefois de tenir compte d'un accord éventuel intervenu entre les parties à une convention quant aux conséquences d'un retard dans le paiement (ATF 119 V 78 consid. 3a et les références). b) En l'espèce, dans la mesure où la LPGA n'est pas applicable et qu'il n'existe pas de dispositions dans la LAA prévoyant le paiement d'intérêts moratoires dans les contestations portées devant le tribunal arbitral, ni dans la Convention Tarmed LAA, il y a lieu de s'en tenir à la jurisprudence précitée, selon laquelle des intérêts moratoires ne sont pas dus, sauf circonstances particulières. De telles circonstances ne sont en l'occurrence pas présentes, de sorte qu'il ne se justifie pas d'ordonner le paiement d'intérêts moratoires sur les factures à régler. 11. a) La globale conformité des durées des consultations analysées au principe d'économicité n'empêche pas la CNA de pouvoir continuer, lorsque cela paraît justifié, à solliciter des explications de la part du Dr O. \_\_\_\_\_ dans le cadre du contrôle des factures auquel elle procède. Il lui appartient de déterminer, sur la base de l'ensemble des pièces au dossier, les cas dans lesquels elle estime qu'un complément d'information est nécessaire de la part du demandeur, mais elle ne saurait systématiquement lui retourner les factures portant sur des consultations supérieures à 30 minutes. A ce sujet, même si la CNA se défend d'avoir

- 59 - procédé à un refus systématique lié à la durée de la consultation, il n'en demeure pas moins qu'elle avait fixé, dans son courrier du 20 juillet 2017, une limite de temps pour le paiement des factures, au-delà de laquelle une justification serait nécessaire. b) Il est également rappelé au Dr O. \_\_\_\_\_ l'obligation de se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (art. 54 LAA) et, partant, l'obligation qui lui incombe de fournir à la CNA toutes les indications nécessaires pour qu'elle puisse se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération ou le caractère économique de cette dernière (ATF 136 V 141 consid. 4.2 et les références). Les parties ont, à ce sujet, fait part de points de vue opposés, la CNA reprochant au demandeur de ne pas répondre à ses demandes de justification, respectivement d'apporter des explications lacunaires (réponse, duplicata et courrier du 24 février 2023), et le Dr O. \_\_\_\_\_ estimant que la CNA n'avait pas justifié ses refus de prise en charge malgré les explications qu'il avait apportées et de ne pas avoir soumis au médecin d'arrondissement les dossiers contestés (réplique), la CNA s'en défendant en alléguant qu'elle soumettait au médecin d'arrondissement les cas qui nécessitaient un avis médical (duplicata). Le demandeur est invité, dans les cas où la CNA lui en fera la demande, à exposer de manière précise les motifs médicaux justifiant des durées de consultation plus longues et à transmettre les pièces y relatives, et la CNA est invitée à examiner attentivement les explications et pièces apportées, au besoin en les soumettant à son médecin d'arrondissement, dont elle ne s'écartera pas sans raison de l'appréciation (cf. à cet égard consid. 6c supra). 12. a) Au vu de ce qui précède, la demande

est partiellement admise. La CNA est invitée à régler les factures dans la mesure précisée sous consid. 9 ci-dessus. Il en résulte que la défenderesse doit immédiatement paiement au demandeur d'un montant de 26'547 fr. 35. Il convient également de lever l'opposition totale formée par la défenderesse à l'encontre du commandement de payer dans la poursuite n° [...] de l'Office des poursuites du district de [...] à hauteur de ce montant.

- 60 - b) Les frais de procédure sont fixé à 20'000 fr., compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA [tarif cantonal vaudois 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). Ils comprennent 9'625 fr. de frais d'expertise et 4'750 fr. 58 de frais de traduction. Vu l'issue du litige, ces frais seront mis à la charge du demandeur, pour un quart, soit 5'000 fr., et de la défenderesse, pour trois quarts, soit 15'000 francs. S'y rajoutent, pour la CNA, les 200 fr. mis à sa charge dans l'ordonnance du 22 mars 2019 relative à la requête de mesure provisionnelle. Les frais sont en partie compensés avec les avances de frais versées par le demandeur pour un montant de 10'900 fr. (900 fr. + 6'000 fr. + 4'000 fr.) et par la défenderesse pour un montant 2'500 francs. Le solde de 6'800 fr. devra être payé au Tribunal arbitral par la CNA. c) La défenderesse versera au demandeur 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 5'900 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.