

# **VD\_GERICHTE ZK23.039115 vom 11. Februar 2025**

VD Tribunal cantonal, 2025-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZK23.039115](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZK23.039115)

FR: VD\_GERICHTE ZK23.039115 du 11 février 2025

IT: VD\_GERICHTE ZK23.039115 del 11 febbraio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Le litige porte sur le point de savoir si les demandereses sont en droit d'exiger le remboursement, par le défendeur, d'un montant de 99'234 fr. (conclusion 1.1 de la demande), étant rappelé qu'elles ont retiré leur conclusion 1.2. qui tendait au paiement, en sus, du montant de 24'688 fr. 55, calculé selon l'indice de régression.

### **E. 3**

A titre liminaire, il convient d'examiner si le droit de demander la restitution des prestations est intervenu dans le délai prévu à cet effet. a) L'art. 25 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'applique par analogie à la péremption du droit de demander la restitution de sommes d'argent versées à tort dans des affaires opposant, comme en l'occurrence, des assureurs et des fournisseurs de prestations (TF 9C\_525/2018 du 21 novembre 2018 consid. 3 et les arrêts cités). L'alinéa 2 de cette disposition a été modifié avec effet au 1er janvier 2021 (RO 2020 5137) ; à compter de cette date, cette disposition prévoit que le droit de demander la restitution s'éteint trois ans après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Malgré la terminologie légale, il s'agit de délais de péremption relatif et absolu (TF 9C\_593/2021 du 6 septembre 2021 consid. 3.3.2). Jusqu'au 31 décembre 2020, l'art. 25 al. 2 prévoyait un délai relatif pour demander la restitution d'un an. b) Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les fait juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1). D'après la jurisprudence, le délai pour demander la restitution commence à courir au moment où les statistiques

- 7 - des facteurs de santésuisse sont portées à la connaissance des assureurs-maladie (TF 9C\_135/2022 du 12 décembre 2023 consid. 2.2, 9C\_593/2021 précité consid. 3.3.2 et les références), c) Vu ce qui précède, il se justifie d'appliquer l'art. 25 al. 2 LPGA dans sa teneur en vigueur au moment de la connaissance par les demandereses des statistiques de santésuisse concernant le défendeur pour l'année 2020, c'est-à-dire le 16 juillet 2021 (cf. pièce 6, rapport de régression pour l'année statistique 2020) ; l'art. 25 al. 2 LPGA dans sa teneur en vigueur à partir du 1er janvier 2021 est donc applicable. Dès lors que les demandereses ont déposé leur demande devant le tribunal arbitral, respectivement leur requête de conciliation devant la commission paritaire SVM-santésuisse le 13 septembre 2023, le délai relatif de trois ans est respecté.

### **E. 4**

a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

Seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal. Le fournisseur de prestation doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56 al. 2 LAMal). Outre l'obligation de restituer tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée, l'art. 59 al. 1 LAMal prévoit la possibilité, pour le Tribunal arbitral des assurances, de sanctionner le fournisseur de prestations qui ne respecte pas les exigences relatives au caractère économique et à la qualité des prestations par un avertissement, une amende et, en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 59 al. 1 let. a à d LAMal). Le Tribunal arbitral prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs (art. 59 al. 2

- 8 - LAMal). Cette dernière disposition implique que le Tribunal arbitral doit être saisi par un assureur ou une fédération d'assureurs pour prononcer une sanction contre un médecin. Une fois saisi, il n'est en revanche pas lié par la mesure proposée par la partie demanderesse, l'objectif du législateur en introduisant le catalogue de sanctions de l'art. 59 LAMal étant de laisser davantage de marge de manœuvre aux tribunaux (sur cet objectif : Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [liberté de contracter] du 26 mai 2004, FF 2004 p. 4077). Le Tribunal arbitral veillera toutefois au respect du droit d'être entendu du fournisseur de prestations concerné et ne prononcera pas, sans lui laisser l'opportunité de se déterminer, une sanction à laquelle il n'a pas à s'attendre au regard du déroulement de la procédure et, notamment, de l'échange d'écritures entre les parties. b) D'après l'art. 35 al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal. Ces fournisseurs de prestations sont notamment les médecins (art. 35 al. 2 let. a LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), s'ils sont titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral (art. 36 al. 1 LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

## **E. 5**

a) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Il peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 4 LAMal). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe

- 9 - (art. 43 al. 5 LAMal). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43 al. 6 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger

de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire) (art. 44 al. 1 LAMal). b) Conformément à ce qui précède, la Fédération des médecins suisses et santé suisse ont adopté le 5 juin 2002 la Convention- cadre Tarmed, qui introduit une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse (ci-après : structure tarifaire Tarmed), pour les prestations des médecins exerçant en pratique privée et ceux fournissant des prestations selon les formes d'assurance particulière (HMO, modèle de médecin de premier recours, etc.) (art. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed). En raison de différends entre les partenaires tarifaires sur l'adaptation de la convention, le Conseil fédéral a édicté, le 20 juin 2014, l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), qu'il a par la suite adaptée régulièrement. Cette ordonnance définit la Convention-cadre Tarmed, avec les adaptations apportées par le Conseil fédéral, selon son annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse (art. 2 de l'ordonnance). La structure tarifaire Tarmed contient des dispositions qui garantissent la qualité des prestations non seulement en termes d'économicité, mais également d'efficacité et d'adéquation, notamment en réservant certaines prestations à des médecins disposant d'une formation spécialisée. Le chiffre 10 du chapitre « Interprétations Générales » précise ainsi, sous le titre « Valeur intrinsèque », que « Les prestations ne peuvent être facturées que par les spécialistes répondant aux exigences de valeur intrinsèque qualitative et, le cas échéant, quantitative liées à ces prestations (exigences de formation postgraduée et continue, notamment titre de spécialiste et formations approfondies, attestations de formation complémentaire et certificats d'aptitude technique) ». La structure tarifaire Tarmed à laquelle se réfère l'Ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie répond ainsi

- 10 - également au mandat donné par le législateur fédéral au Conseil fédéral de prendre les mesures nécessaires à garantir la qualité et l'adéquation des prestations (art. 58 al. 1 à 3 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mars 2021 ; voir également art. 58h LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er avril 2021). c) aa) La structure tarifaire Tarmed prévoit que les différentes prestations relevant de la psychiatrie et de la psychothérapie (sous chiffre 02), ne peuvent être facturées que par des médecins disposant d'un titre FMH de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ou d'un titre étranger reconnu comme équivalent en Suisse. Des prestations de psychothérapie déléguée, effectuées par un psychologue, peuvent par ailleurs être facturées aux conditions prévues par le chiffre 2.03. La psychothérapie déléguée est notamment limitée « au maximum par médecin à 4 thérapeutes et/ou 100 heures par semaine ». La Commission paritaire d'interprétation (CPI), constituée conformément à l'art. 16 de la Convention-cadre Tarmed, a précisé cette condition en ce sens que la limitation concerne uniquement l'aspect temporel (maximum 100 heures par semaine), indépendamment du nombre de thérapeutes (décision I-13001 « Adaptation de l'IC-02.03-1 [Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical], valable dès le 1er avril 2013 ; cf. pièce D 17, ainsi que la liste des décisions de la CPI sur le site internet de la FMH [[www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/groupes-travail.cfm](http://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/groupes-travail.cfm), consulté le 11 février 2022]). bb) Les médecins disposant d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale peuvent également facturer certaines prestations dans le domaine psychiatrique, sous la position tarifaire 00.0520 : consultation psychiatrique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 minutes. Cette position peut être utilisée pour une intervention de crise, le traitement de comportements addictifs et des addictions (substances psychotropes, alcool, nicotine), pour la prise en charge lors

d'affections fonctionnelles ou psychosomatiques, de troubles du développement psychique de l'enfant

- 11 - ou de l'adolescent, ou encore lors d'affections psychiques chroniques. Les médecins ne disposant pas d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, et notamment les médecins praticiens, ne peuvent pas facturer la position Tarmed 00.0520. Le fait que Tarmed mentionne sous cette position, sous « remarques », un point médical de 9.69 pour les médecins praticiens, au lieu de 10.42, découle uniquement de l'application d'une réduction linéaire (« facteur d'échelle ») de 0.93 des points médicaux pour les médecins disposant uniquement d'un diplôme de médecin praticien (Tarmed, Interprétation générale 52). Pour des raisons techniques, cette réduction a été reportée sous « remarques » pour toutes les positions tarifaires Tarmed, y compris celles qui ne peuvent pas être facturées par les médecins ne disposant pas d'autre diplôme que celui de médecin praticien (Office fédéral des assurances sociales, Réponses aux questions fréquemment posées sur les adaptations apportées à la structure tarifaire TARMED au 1er janvier 2018, Foire aux questions [FAQ], version du 5 juillet 2019, consulté sur le site de l'Office fédéral des assurances sociales [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) le 6 décembre 2024, sous la rubrique Assurances sociales/Assurance-maladie et accidents/Informations concernant l'assurance-maladie/Prestations et tarifs/Prestations médicales/Tarmed/documents). On ne peut pas en déduire qu'un médecin praticien sans titre de spécialiste en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, est en droit de fournir et de facturer des prestations relevant de la position 00.0520.

#### **E. 6**

Le Dr A. \_\_\_\_\_ est inscrit au Registre des professions médicales, tenu par le Département fédéral de l'intérieur conformément à l'art. 51 LPMéd (loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires ; RS 811.11), comme titulaire d'un diplôme fédéral de médecin depuis 1994 et comme titulaire du titre postgrade fédéral de médecin praticien, depuis 2009. Il ressort des données statistiques produites par les demanderesses (pièce 14), ainsi que de leurs allégations non contestées, qu'il facture 77,28 % de ses prestations sous la position tarifaire 00.0520. Il contourne très probablement, par ce moyen, l'exigence d'un titre postgrade fédéral de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nécessaire pour dispenser et facturer des prestations

- 12 - relevant des positions tarifaires mentionnées sous le chapitre 2 de Tarmed. A cela s'ajoute qu'il ne dispose pas d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, de sorte qu'il n'est pas en droit de dispenser et facturer des prestations relevant de la position tarifaire 00.0520, même de manière moins importante quantitativement. Les prestations correspondantes ne peuvent ainsi pas être qualifiées d'adéquates, efficaces et économiques et ont été facturées et payées à tort. Les demanderesses sont en droit d'exiger la restitution des montants payés ensuite de factures fondées sur cette position tarifaire, sur la base des art. 56 al. 2 et 59 al. 1 let. b LAMal. Le montant total des prestations facturées à tort s'élève à 125'740 fr. pour l'année 2020, comme cela ressort des données statistiques produites par les demanderesses (pièce 14). Compte tenu de la part du marché des demanderesses en 2020 qui était de 78,92% (cf. pièce 5), le montant à restituer par le défendeur s'élève à 99'234 fr. (125'740 fr. x 78,92 %).

#### **E. 7**

Au vu de la pratique du défendeur, la question d'une interdiction de pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins se pose très sérieusement. Il ressort toutefois du texte clair de l'art. 59 al. 1 let. d LAMal qu'une telle exclusion ne peut être prononcée qu'en cas de récidive. Or, si le défendeur a déjà été rendu attentif par le tribunal de céans, dans deux arrêts des 13 avril 2022 (T. arb. 12/20 – 3/2022) et 22 août 2022 (T. arb. 6/21 – 7/2022), que sa pratique posait problème et si, en outre, il a reçu un avertissement formel dans le deuxième arrêt précité, il n'en demeure pas moins que lesdits arrêts lui ont été notifiés postérieurement à l'année 2020 à laquelle remonte sa pratique mise en cause dans la présente procédure. On ne peut donc pas parler de récidive après avoir été mis en garde. Par ailleurs, compte tenu de ce raisonnement déjà appliqué par le Tribunal arbitral des assurances dans son précédent jugement du 22 août 2022, les demanderesses ont renoncé à requérir le prononcé d'une interdiction de pratiquer. Il convient en revanche d'avertir une nouvelle fois le Dr A. \_\_\_\_\_ qu'une telle récidive pourrait entraîner, à l'avenir, une exclusion de son droit de pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins en cas de maladie.

- 13 -

#### **E. 8**

Les demanderesses obtiennent gain de cause. Les frais de procédure, par 5'000 fr., sont donc entièrement mis à la charge du défendeur, mais sont compensés avec les avances de frais effectuées par les demanderesses. Le défendeur versera à ces dernières une indemnité de dépens de 7'000 fr. Ce montant comprend des débours de 5'000 fr. pour les frais avancés par les demanderesses.

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