

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 14 décembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Dupont et Baumgartner, arbitres assesseurs
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

V._____, **I.**_____ **et J.**_____, à (...), demanderesses, représentées par
Groupe Mutuel, Association d'assureurs, à Martigny,

et

GSMN Suisse SA, à T._____, représentée par Me Luc André, avocat à
Lausanne, défenderesse.

Art. 9 Cst. ; 32, 33 et 89 LAMal

E n f a i t :

A. **a)** M._____ (jusqu'au 13 avril 2014 : M._____) a pour but social l'exploitation d'établissements sanitaires médicalisés ou sécurisés. Elle exploite notamment la Clinique de L._____, au [...], à [...]. Le siège social de M._____ se trouve à la [...], à [...].

M._____ est membre de l'association [...], qui a adhéré à la convention-cadre TARMED du 13 mai 2002 (Convention-cadre TARMED) ainsi qu'à la Convention relative à la valeur du point taxe TARMED, du 8 février 2008 (Convention relative à la valeur du point TARMED). I._____, V._____ et J._____ y ont également adhéré.

b) Le 19 juillet 2013, le Dr P._____, spécialiste en neurochirurgie, a traité un patient par discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT, à la Clinique de L._____, en ambulatoire. Le 29 août 2013, M._____ a facturé ce traitement à I._____, pour un montant de 4'033 fr. 20 (facture no 4107350/1). I._____ a payé cette facture le 26 septembre 2013.

Le 24 juillet 2013, le Dr P._____ a traité un patient par discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT, à la Clinique de L._____, en ambulatoire. Le 29 août 2013, M._____ a facturé ce traitement à V._____, pour un montant de 4'006 fr. 80 (facture no 4107351/1). V._____ a payé cette facture le 26 septembre 2013.

Le 18 octobre 2013, le Dr P._____ a traité un patient par discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT, à la Clinique de L._____, en ambulatoire. Le 13 novembre 2013, M._____ a facturé ce traitement à J._____, pour un montant de 3'973 fr. 15 (facture no 4111476/1). J._____ a payé cette facture le 18 décembre 2013.

Le 8 novembre 2013, le Dr P._____ a traité un patient par discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT, à la Clinique de L._____, en ambulatoire. Le 13 novembre 2013, M._____ a facturé ce

traitement à J._____, pour un montant de 4015 fr. 55 (facture no 4113108/1). J._____ a payé cette facture le 8 janvier 2014.

Les quatre factures mentionnées ci-avant se réfèrent à la position 06.0230 («Discectomie percutanée, toute méthode») de la Convention-cadre TARMED.

c) Le 1^{er} janvier 2014, une révision de l'annexe 1 à l'Ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins [OPAS] ; RS 832.112.31) est entrée vigueur. Alors qu'elle ne mentionnait auparavant pas la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT, l'OPAS mentionne désormais cette prestation comme n'étant pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

d) Le 21 février 2014, Groupe Mutuel, Association d'assureurs (ci-après : Groupe Mutuel), a écrit à la Clinique de L._____ pour lui demander d'annuler les quatre factures no 4107350/1, 4107351/1, 4111476/1 et 4113108/1 mentionnées ci-avant, au motif que l'intervention facturée ne remplissait pas les conditions d'efficacité, d'adéquation, et d'économicité mentionnées par l'article 32 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10). Un échange de courrier électronique a suivi, au terme duquel les parties n'ont pu se mettre d'accord.

Le 27 août 2014, le Dr S., médecin-conseil de Groupe Mutuel, a exposé que de son point de vue, la discectomie percutanée était une méthode novatrice qui ne répondait pas aux exigences de l'art. 32 LAMal, son efficacité n'ayant pas été démontrée. Le Dr S. se référait sur ce point à plusieurs études scientifiques.

Le 28 août 2014, Groupe Mutuel, agissant pour V._____, I._____ et J._____, a adressé une demande à la Commission paritaire cantonale vaudoise, contre la Clinique L._____.

B. a) Par acte du 19 août 2014, Groupe Mutuel, pour V._____, I._____, et J._____, a ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances contre «Clinique de L._____, [...]». Elle conclut à la condamnation de la Clinique de L._____ au paiement d'un montant de 16'028 fr. 70, avec intérêts à 5 % l'an, sous suite de frais et dépens. En substance, les demanderesses demandent le remboursement des factures no 4107350/1, 4107351/1, 4111476/1 et 4113108/1, au motif qu'elles ne correspondent pas à un traitement efficace, économique et adéquat. L'allégué 4 de la demande indique que la Clinique de L._____ est membre de Vaud-Cliniques et fait partie du « [...]», dont le but serait l'exploitation d'établissements sanitaires médicalisés ou sécurisés. Les demanderesses se sont notamment référées, sur ce point, à la pièce 4 de leur bordereau de pièce, indiquant sous cette référence «Extrait du Registre du Commerce de la Clinique de L._____». En réalité, la pièce 4 en question correspond toutefois à un extrait du registre du commerce relative à M._____. A titre préalable, les demanderesses ont requis la suspension de la cause «jusqu'à droit connu dans la procédure devant la Commission paritaire cantonale vaudoise».

Le 4 septembre 2014, le Président du Tribunal des assurances a accusé réception de la demande et a exposé partir du principe, au vu de l'allégué 4 et de la pièce 4, que l'action était en réalité dirigée contre M._____, [...]. Le 12 septembre 2014, les demanderesses ont confirmé que tel était bien le cas.

b) Le 20 novembre 2014, le Président du Tribunal arbitral des assurances a écrit à « [...]», à la [...], à [...], que V._____, I._____ et J._____ lui avaient adressé une demande contre M._____. Un exemplaire du mémoire-demande était joint à cette lettre, de même que la lettre du 12 septembre 2014 par laquelle les demanderesses confirmaient diriger leur action contre M._____.

Le Président du Tribunal arbitral des assurances a suspendu la procédure jusqu'à la clôture de la procédure pendante devant la

Commission paritaire cantonale, étant précisé que si les parties devaient rester en litige par la suite, la défenderesse serait invitée à déposer un mémoire-réponse.

c) La tentative de conciliation devant la Commission paritaire cantonale n'a pas abouti. M._____ a adressé sa réponse au Tribunal arbitral des assurances le 17 avril 2015, en concluant, principalement, à l'irrecevabilité de la demande, subsidiairement à son rejet, sous suite de frais et dépens. En substance, M._____ a mis en évidence que la demande initiale était dirigée contre Clinique de L._____, qui n'est pas une personne juridique et n'a donc pas la capacité d'être partie en justice. La communication de cette demande à [...] par le tribunal, le 20 mars 2015, avec la mention d'une procédure ouverte par V._____ et consorts contre M._____, n'avait pas suffi à lever le doute sur l'identité de la partie défenderesse, si bien qu'une rectification d'office de la désignation de cette partie ne pouvait plus intervenir. Sur le fond, M._____ invoque la non-rétroactivité de la révision de l'annexe 1 à l'OPAS entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2014, et soutient que pour la période antérieure à cette date, la présomption du caractère efficace, économique et adéquat des prestations fournies par un médecin n'est pas renversée. Elle se prévaut également de son droit à la protection de la bonne foi, estimant que le paiement des quatre factures litigieuses sans demande de renseignement, entre septembre 2013 et janvier 2014, avait créé, à tout le moins, l'apparence que les demanderesses admettaient que la prestation facturée était bien à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Les parties se sont déterminées les 24 novembre 2015 et 21 novembre 2016 (demanderesse), et les 9 février 2016 et 18 janvier 2017 (défenderesse), en maintenant leurs conclusions. Les demanderesses ont produit, notamment, une lettre du 10 juillet 2013 et une décision du 22 juillet 2013 relatives à un refus, par J._____, de prendre en charge une intervention de discectomie percutanée envisagée par le Dr P._____, en stationnaire, à la Clinique de T._____. Les demanderesses ont également produit des décisions des 28 mars et 5 avril 2012, ainsi que des décisions sur opposition des 3 octobre 2012 et 22

juillet 2013 de J._____ relatives à des refus de prendre en charge des discectomies percutanées envisagées par le Dr [...], à la Clinique K._____, à [...].

Le Président du Tribunal arbitral a convoqué les parties à une audience le 20 janvier 2017, lors de laquelle il a tenté la conciliation, en vain. Il a invité la défenderesse à produire tout moyen de preuve démontrant la prise en charge d'autres interventions de discectomie percutanée par fluroscopie par les demanderesses, éventuellement par d'autres assureurs-maladies. Il a également invité les demanderesses à produire tout moyen de preuve en vue de démontrer le refus de prise en charge de telles interventions dans d'autres cas que ceux ayant donné lieu aux factures litigieuses.

Le 28 février 2017, la défenderesse a produit une liste de quatorze factures, ainsi que les factures correspondantes, relatives à des discectomies percutanées pratiquées par le Dr P._____, de manière ambulatoire, à la Clinique de L._____, entre le 5 avril 2012 et le 8 novembre 2013. Les factures, datées du 7 mai 2012 au 13 novembre 2013, ont été adressées à divers assureurs-maladies, dont J._____, I._____ et V._____. Elles ont été acquittées entre le 23 octobre 2012 et le 13 janvier 2014. Les quatre factures faisant l'objet de la présente procédure figurent dans la liste.

Le Président du Tribunal arbitral a entendu le Dr P._____, comme témoin, le 21 novembre 2017.

Le 28 novembre 2017, les défenderesses ont produit un rapport adressé le 24 juin 2013 par le Dr P._____ au médecin traitant d'un patient, dans lequel il propose une discectomie percutanée à la Clinique de [...]. Les demanderesses ont également produit un échange de courriers électroniques entre Groupe Mutuel et le patient concerné, au terme duquel Groupe Mutuel informe le patient, le 18 juillet 2013, du fait que l'intervention ne sera pas prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.

Le 12 décembre 2017, le Président du Tribunal arbitral a informé les parties du fait qu'aucune mesure d'instruction supplémentaire ne serait ordonnée, sous réserve de l'avis des deux autres membres du Tribunal arbitral.

E n d r o i t :

1. a) D'après l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10) les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral (al. 1). Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (al. 3). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (al. 4).

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 du règlement organique du Tribunal cantonal du 13 novembre 2007 [ROTC ; RS 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 sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; RSV 173.36]). Pour le surplus, la procédure est régie par les art. 115 sv. LPA-VD et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action 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 (art. 109 al. 2 LPA-VD). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide ; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Sous réserve 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 prévues par le CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]), 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 CPC).

b) En l'espèce, le litige oppose des assureurs-maladie à un fournisseur de prestation dont le siège est dans le canton de Vaud. Il relève, matériellement et localement, de la compétence du Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud. Par ailleurs, si les demanderesse ont, initialement, ouvert action contre la Clinique de L._____, qui n'a pas la capacité d'être partie, elles ont précisé, dans une lettre du 12 septembre 2014 au Tribunal arbitral des assurances, que la procédure était dirigée en réalité contre M._____, [...]. Elles ont ainsi levé tout doute sur ce point. Le Tribunal arbitral a transmis cette lettre à la défenderesse le 20 novembre 2014, avec une copie du mémoire-demande. A réception de cette communication, M._____ était clairement informée qu'une demande en justice avait été introduite à son encontre, portant sur le remboursement des quatre factures litigieuses ensuite de prestations fournies à la Clinique L._____. Il est vrai que, par erreur, le Tribunal arbitral, a adressé le mémoire-demande et la lettre du 12 septembre 2014 à [...], dont le siège est également à la [...]. Il indiquait toutefois clairement qu'il s'agissait d'une demande enregistrée sous le numéro T. arb. 3/14 concernant M._____. Celle-ci ne s'y est d'ailleurs pas trompée puisque le 17 avril 2015, après l'échec de la procédure de

conciliation devant la Commission paritaire cantonale Tarmed Vaud, Me Luc André a informé le Tribunal arbitral du fait qu'il avait été mandaté par M._____ pour représenter ses intérêts dans la procédure T. arb. 3/14 l'opposant à V._____ et consorts. Pour ces motifs, il convient de constater la recevabilité de la demande, en tant qu'elle est dirigée contre M._____.

2. Le litige porte sur le remboursement de quatre factures émises par M._____ et payées par les demanderesses, pour un montant total de 16'028 fr. 70. Les demanderesses soutiennent que ces factures correspondent à des prestations qui ne respectent pas les conditions légales posées par l'art. 32 al 1 LAMal, de sorte qu'elles ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elles soutiennent avoir payé ces factures par erreur.

3. a) L'art. 32 al. 1 LAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les différentes prestations médicales mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal, pour autant qu'elles soient efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon les méthodes scientifiques. Conformément à l'art. 32 al. 2 LAMal, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

Aux termes de l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou ne le sont qu'à certaines conditions. Il détermine dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique sont en cours d'évaluation (art. 33 al. 3 LAMal). Il peut déléguer ces compétences à un département ou un office fédéral (art. 33 al. 5 LAMal). Faisant usage de cette possibilité, le Conseil fédéral a édicté l'art. 33 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), dont les lettres a et c prévoient que le Département fédéral de l'intérieur (DFI) désigne, après avoir consulté la

commission compétente, les prestations fournies par les médecins ou les chiropraticiens dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions, ainsi que les prestations nouvelles ou controversées dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation.

Conformément à cette délégation de compétence, le DFI a édicté l'OPAS. L'art. 1 de cette ordonnance prévoit que figurent à l'annexe 1 les prestations visées par l'art. 33 let. a à c OAMal qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et de principes de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire prend en charge les coûts (let. a), ne prend en charge les coûts qu'à certaines conditions (let. b) ou ne prend pas en charge les coûts (let. c).

b) Selon la conception de l'art. 33 al. 1 LAMal, les prestations médicales fournies par un médecin ou un chiropraticien et qui ne font l'objet d'aucune mention dans l'annexe 1 à l'OPAS sont réputées efficaces, adéquates et économiques. Il s'agit d'une présomption, qui peut être renversée par la preuve du contraire (ATF 142 V 249 c. 4.2 ; ATF 129 V 167 c. 4). Si l'annexe 1 à l'OPAS désigne une prestation comme n'étant pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, cette présomption ne trouve plus application. Dans le cadre du contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances du Conseil fédéral ou du DFI, le juge est en principe habilité à examiner le contenu de l'annexe 1 à l'OPAS. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. En revanche, le tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis sont à la base d'une décision du DFI - se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique (SATF 142 V 249 c. 4.3).

c) En pratique, la procédure suivie pour l'inscription d'une prestation à l'OPAS passe par deux étapes. Dans un premier temps, si le caractère efficace, économique et adéquat d'une prestation est mis en doute, le prestataire de soins peut demander au DFI - par l'intermédiaire de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) - de clarifier la question. L'OFSP examine les renseignements communiqués par ce fournisseur de prestations et consulte notamment les autres intéressés (organisations d'assureurs et associations de médecins, par exemple). Sur la base de ce premier examen, le DFI inscrit la prestation en question dans l'OPAS, avec la mention «controversée» (c'est-à-dire nécessitant que l'on vérifie si les critères posés par l'art. 32 al. 1 LAMal sont remplis), s'il considère que la présomption d'efficacité, d'économicité et d'adéquation ne peut s'appliquer, un examen plus approfondi étant nécessaire. La décision de prise en charge obligatoire (prestation «non controversée») n'est prise que si toutes les parties prenantes estiment que les critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation sont remplis et qu'un examen plus approfondi est superflus. Si la prestation est classée «controversée», le fournisseur de prestation doit déposer un dossier de demande qui permettra d'examiner si les critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation sont remplis. L'instruction est complétée, notamment, par la consultation de la Commission fédérale des prestations, pour qu'elle fournisse une recommandation de prise en charge obligatoire, de refus de prise en charge ou de prise en charge soumise à certaines conditions. L'OFSP propose alors les modifications nécessaires de l'annexe 1 à l'OPAS au DFI, qui statue (sur cette procédure d'évaluation : Felix Gurtner, Procédure de désignation des prestations médicales et non médicales, in CHSS 3/2018 p. 14 ss).

d) L'annexe 1 à l'OPAS mentionne sous le chapitre 9.3, que la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Elle précise que cette «décision» est «valable à partir du 1^{er} janvier 2014». Contrairement à ce qui figure pour d'autres prestations mentionnées dans l'annexe 1 à l'OPAS, l'inscription ne précise pas que la prestation serait «en cours d'évaluation». On doit en conclure que le DFI, en collaboration

avec les commissions fédérales consultées, a considéré que cette prestation médicale ne remplit pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. Rien ne permet de constater que le DFI se serait laissé guider, sur ce point, par d'autres critères. On observera néanmoins que ces prestations ne faisaient l'objet d'aucune mention à l'OPAS avant le 1^{er} janvier 2014. En particulier, elles n'y étaient nullement mentionnées comme controversées ou en cours d'évaluation. Les demanderessees n'ont par ailleurs pas émis d'objection, dans un premier temps tout au moins, au paiement des factures litigieuses, de sorte que la défenderesse n'avait aucun motif de saisir le Département fédéral de l'intérieur ou l'OFSP d'une demande d'inscription de cette prestation sur l'annexe 1 à l'OPAS. En l'absence de toute mention à l'OPAS de la prestation litigieuse comme controversée, en cours d'évaluation, ou encore comme non à charge de l'assurance obligatoire des soins, et en l'absence de toute contestation des factures litigieuses par les demanderessees, avant leur paiement, il est très douteux que ces dernières puissent désormais se prévaloir de l'inscription de la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT sur l'annexe 1 à l'OPAS, depuis le 1^{er} janvier 2014, pour contester la prise en charge de prestations fournies antérieurement à cette date. La question peut toutefois demeurer ouverte, pour les motifs exposés ci-après.

4. a) Aux termes de l'art. 56 al. 2 LAMal, le fournisseur de prestations peut être tenu de rembourser les sommes reçues à tort au sens de la LAMal. Dans le système du tiers payant, l'assureur-maladie a qualité pour demander la restitution (let. b). Tel est bien le cas du système prévu par la Convention relative à la valeur du point TARMED (art. 7), à laquelle les parties ont adhéré.

b) La défenderesse s'oppose au remboursement des factures acquittées par les demanderessees, au motif que l'exigence de remboursement violerait le droit à la protection de la bonne foi. Elle soutient, en substance, que les demanderessees ont acquitté les factures en question sans demander de renseignements particuliers, soulever d'objection ni aucune réserve. Toujours selon la défenderesse, les

demanderesse n'aurait demandé le remboursement des factures précitées qu'après avoir appris la modification de l'annexe 1 à l'OPAS le 1^{er} janvier 2014. Or, si les assureurs demandaient, après chaque modification de l'OPAS, la restitution des prestations fournies dans les cinq dernières années qui ont précédé la modification, les principes de bonne foi, de non-rétroactivité et de sécurité du droit seraient sérieusement mis à mal.

c) aa) Découlant directement de l'art. 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. Un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées (a), qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences (b) et que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu (c). Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice (d), et que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (d; ATF 131 V 627 c. 6.1).

bb) En l'espèce, la défenderesse a produit quatorze factures émises pour des interventions de discectomie percutanée, toute méthode, pratiquées par le Dr P._____ en 2012 et 2013 (parmi lesquelles les quatre factures litigieuses). Toutes ont été acquittées sans réserve, à l'époque, par les assureurs-maladie concernés. Les assureurs membres de Groupe Mutuel, association d'assureurs, ont notamment acquitté des factures les 23 octobre 2012 et 17 février 2013, avant les interventions du Dr P._____ faisant l'objet des facturations litigieuses dans la présente procédure. La discectomie percutanée, toute méthode, faisait par ailleurs

l'objet d'un poste tarifaire (6.0230) expressément prévu par la structure tarifaire TARMED. Dans ces conditions, la défenderesse pouvait raisonnablement admettre que le caractère efficace, adéquat, et économique de la prestation en question était admis par les demanderesses lorsque les interventions qui ont donné lieu aux factures litigieuses ont été effectuées, les 19 juillet, 24 juillet, 18 octobre et 8 novembre 2013. On soulignera, dans ce contexte, que le position tarifaire 6.0230 TARMED ne mentionne que la discectomie percutanée, toute méthode, et non la discectomie percutanée par fluoroscopie et contrôle CT pratiquée par le Dr P._____. Il ressort toutefois de la prise de position du 27 août 2014 du Dr S., médecin-conseil des demanderesses, que ces dernières remettent en question le caractère efficace, adéquat et économique de la discectomie percutanée comme telle, à savoir le traitement d'une hernie discale sans ouverture chirurgicale de la colonne, par l'introduction d'un trocart, et non seulement l'utilisation de la fluoroscopie ou du CT scan pour le repérage et le positionnement de l'aiguille (cf. procès-verbal d'audition du Dr P._____). Il ressort, par ailleurs, de différentes pièces produites par les demanderesses et de leurs déterminations qu'elles avaient déjà émis, en 2012 et 2013, des objections à la prise en charge de discectomies percutanées. Elles les avaient manifestées lorsqu'une garantie d'hospitalisation pour une intervention stationnaire était demandée, comme cela ressort en particulier de décisions des 28 mars et 5 avril 2012 et des décisions sur opposition des 3 octobre 2012 et 22 juillet 2013 concernant des interventions projetées par le Dr [...] à la Clinique K._____. Toutefois, les demanderesses n'ont produit aucun document établissant qu'elles auraient adressé une telle objection à la défenderesse, avant l'année 2014 et, notamment, avant les interventions qui ont donné lieu aux factures litigieuses. On voit mal, par ailleurs, pour quels motifs les demanderesses n'auraient pas été en mesure d'émettre des réserves rapidement après réception des factures relatives à des discectomies percutanées pratiquées en ambulatoire. Les derniers documents qu'elles ont produit établissent, certes, qu'elles ont refusé de garantir les frais d'hospitalisation pour une intervention stationnaire projetée par le Dr P._____, en juillet 2013. Il s'agissait toutefois d'une intervention projetée

à la Clinique de [...] et les pièces produites sont insuffisantes pour constater que le Dr P._____ en aurait été informé avant les interventions à la Clinique de L._____ qui ont donné lieu aux factures aujourd'hui litigieuses.

cc) Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la défenderesse pouvait se fonder, lorsque les interventions dont la facturation est aujourd'hui litigieuse ont été pratiquées, sur l'apparence de droit créé par la position tarifaire 6.0230 et le paiement de plusieurs factures par différents assureurs-maladies, en particulier par des assureurs membre de Groupe Mutuel, Association d'assureurs. Elles pouvaient en conclure que les interventions de discectomie percutanée pratiquées par le Dr P._____ remplissaient les conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économicité, que les demanderesses n'avaient pas d'objection à cet égard et qu'elles prendraient en charge ces prestations, ce qu'elles ont d'ailleurs fait avant de réexaminer leur position.

5. Les demanderesses voient leurs conclusions rejetées et supporteront les frais de justice (art. 49 al. 1 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Elles verseront par ailleurs une indemnité de dépens à la défenderesse. Compte tenu de la valeur litigieuse et de la difficulté de la cause, l'indemnité de dépens est fixée à 3'500 francs. L'émolument et les frais sont fixés à 5'000 fr., dont 900 fr. pour chacune des arbitres assesseures (art. 4 et 7 du TFJDA [Tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). Ils sont compensés avec l'avance de frais versée par les demanderesses, dont le solde (1'360 fr.) leur sera restitué.

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
prononce :**

I. La demande est rejetée.

- II. Les frais de justice sont fixés à 5'000 fr. (cinq mille francs), dont 900 fr. (neuf cents francs) sont alloués à chacune des arbitres assesseures, et sont mis à la charge des demanderesses.

- III. Les demanderesses verseront à la défenderesse une indemnité de dépens de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs), TVA comprise.

Le président :

La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Groupe Mutuel, Association d'assureurs, à Martigny (pour V._____, I._____ et J._____),
- Me Luc André, avocat à Lausanne (pour M._____),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :