

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 22 décembre 2011

Présidence de M. JOMINI
Arbitres : MM. Eugster et Paillex, arbitres
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

L._____, à Prilly, demandeur, représenté par Me Pascal Gilliéron, avocat à Lausanne,

et

CAISSE-MALADIE D._____, à Martigny, défenderesse.

Art. 43 et 89 LAMal

E n f a i t :

A. L._____ est physiothérapeute à Prilly. Une assurée de la Caisse-maladie D._____ (membre du X._____; ci-après: Q._____) pour l'assurance-maladie (assurance obligatoire des soins), Mme S. G., née en 1948, lui a été adressée par des médecins pour des traitements de physiothérapie après une opération en février 2007 au CHUV consistant en la pose d'une prothèse totale du genou gauche. Les prescriptions suivantes ont été établies :

- 15 mars 2007, Hôpital du District de Lavaux, centre de réhabilitation (pour 9 séances);
- 2 avril 2007, Dresse R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, au CHUV (pour 9 séances);
- 30 avril 2007, Dresse R._____ (pour 9 séances);
- 27 juillet 2007, Dr J._____, spécialiste FMH en médecine interne générale à Prilly (pour 9 séances);
- 3 mars 2008, Dr J._____ (pour 9 séances).

Le diagnostic principal indiqué sur les prescriptions de la Dresse R._____ est "status post PTG G [prothèse totale du genou, à gauche]". Une pathologie associée est indiquée: "hémisyndrome moteur spastique gauche".

La prescription du Dr J._____ du 27 juillet 2007, sur une formule « prescription de traitement de physiothérapie », indique que la région à traiter est le genou gauche, à cause d'une maladie et d'une atteinte neurologique. Les buts du traitement sont l'antalgie/action anti-inflammatoire, l'amélioration de la fonction articulaire et l'amélioration de la fonction musculaire. Comme moyens/méthodes, le médecin a indiqué : massages, mobilisation, tonification.

B. L._____ a effectué les traitements de physiothérapie et a adressé ses notes d'honoraires à la Caisse-maladie Q._____:

- facture du 19 avril 2007, 9 séances entre le 19 mars et le 19 avril 2007, au total 659 fr. 60;
- facture du 24 mai 2007, 9 séances entre le 23 avril et le 24 mai 2007, au total 637 fr. 60;
- facture du 23 juillet 2007, 9 séances entre le 31 mai et le 23 juillet 2007, au total 637 fr. 60;
- facture du 12 novembre 2007, 9 séances entre le 27 août et le 12 novembre 2007, au total 637 fr. 60;
- facture du 16 juin 2008, 9 séances entre le 7 avril et le 16 juin 2008, au total 659 fr. 60.

Dans les factures des 19 avril 2007 et 16 juin 2008, la première séance a été comptée à 92 fr. 90, correspondant à 101 points selon les positions tarifaires 7311 et 7350. Pour chacune des huit séances suivantes, un montant de 70 fr. 85 a été facturé, correspondant à 77 points selon la position tarifaire 7311.

Dans les notes des 24 mai 2007, 23 juillet 2007 et 12 novembre 2007, chaque séance a été facturée à 70 fr. 85, correspondant à 77 points selon la position tarifaire 7311.

Le tarif appliqué est celui qui a été adopté comme avenant 1 à la Convention tarifaire entre la Fédération suisse des physiothérapeutes (FSP) et le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), l'Assurance-invalidité (AI) et l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM). Cette convention est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1998 et elle était applicable à la date des traitements précités. Elle prévoit notamment que « l'indemnisation des prestations du physiothérapeute est réglée suivant les dispositions du tarif (avenant 1), qui repose sur le système de la taxation en points; la valeur du point est fixée par les parties contractantes dans l'accord sur la valeur du point » (art. 8 al. 3 et 4 de la Convention tarifaire). Dans le préambule (« remarques préliminaires »), il est indiqué que « le texte allemand de la convention tarifaire fait foi ».

Le tarif (avenant 1) comprend les prescriptions suivantes:

"Généralités:

1. Le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale et de ses connaissances professionnelles. Sur la base de la prescription médicale, il choisit le traitement en tenant compte des critères d'économicité et d'efficacité.

2. Le tarif est principalement basé sur des forfaits par séance. Une séance de traitement donne droit à la facturation d'un seul forfait par séance (positions 7301 à 7340).

3. Un forfait par séance (positions 7301 à 7340) peut être facturé 2x par jour uniquement si deux traitements par jour ont été formellement prescrits par le médecin.

4. Si les prestations à fournir par séance sont réparties sur l'ensemble de la journée, on ne peut facturer qu'une seule fois le forfait.

Position	Traitement	Points
----------	------------	--------

1. VUE D'ENSEMBLE DU TARIF

Forfaits par séance

7301	Forfait par séance pour la physiothérapie générale 48 (p.ex. kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies sous position 7320)	
------	--	--

7311	Forfait par séance pour kinésithérapie complexe 77	
------	---	--

[...]

Suppléments

7350	Supplément pour le premier traitement 24	
------	---	--

[...]

2. FORFAITS PAR SEANCE

7301	Forfait par séance pour physiothérapie générale 48 (p. ex. kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies selon position 7320)	
------	---	--

1. Cette position tarifaire couvre tous les traitements uniques ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340.

2. La physiothérapie générale comprend les méthodes de traitement suivantes:

- kinésithérapie (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à traiter l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine)
- massage manuel et kinésithérapie
- massage local ou général
- massage du tissu conjonctif
- massage réflexogène
- extensions vertébrales
- bains électriques
- massage au jet sous l'eau
- massage sous l'eau
- bains hyperthermiques
- douches médicales et bains médicaux
- inhalations d'aérosols

3. La position 7301 comprend en outre:

- les combinaisons physiothérapie générale - électrothérapie ou thermothérapie
- la combinaison physiothérapie générale - instruction en cas de location d'appareils

7311 Forfait par séance pour kinésithérapie complexe
77

- Kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale).
- Traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes.
- Thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire.

Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications".

Dans le texte allemand du tarif (qui peut notamment être consulté sur le site www.physioswiss.ch), les conditions de l'application du forfait pour kinésithérapie complexe (Sitzungspauschale für aufwendige Bewegungstherapie) sont libellées ainsi :

- Aufwendige Bewegungstherapie bei cerebralen und/oder medullären Bewegungsstörungen (inkl. Polyradiculitiden, z.B. Guillain-Barré) oder schweren funktionellen Störungen unter erschwerten Umständen (Alter, Allgemeinzustand, Hirnfunktionsstörungen).
- Aufwendige bewegungstherapeutische Behandlung mehrerer Gliedmassen bei mehrfach-verletzten -, mehrfach-operierten - oder multimorbiden Patienten.
- Atemtherapie bei schweren Lungen ventilationsstörungen".

C. La Q._____ a demandé des explications au sujet de l'application de la position tarifaire 7311. Le 18 juin 2007, L._____ a donné les explications suivantes au médecin-conseil de la caisse: "Mme S. G. est traitée en physiothérapie suite à la pose d'une prothèse totale du genou gauche sur un membre spastique dû à un TCC en 1974. La rééducation de son genou nécessite un traitement en Bobath au niveau du tronc afin de diminuer le tonus musculaire et ainsi permettre la mobilisation du genou en extension. Je confirme donc qu'il s'agit bien d'un cas complexe dans le cadre de troubles moteurs cérébraux".

L'Hôpital du District de Lavaux a répondu en juillet 2007 que le traitement de physiothérapie complexe se justifiait en raison du diagnostic de PTG chez une patiente atteinte de hémiparésie spastique gauche post-traumatique.

Le Dr G._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecin-conseil du X._____, a pris position dans le sens suivant le 3 juillet 2007:

"La situation neurologique est stabilisée (AVC 1974). De plus, l'opération du genou gauche en février 2007 est aussi stabilisée (5 mois après l'opération).

Accepter la facturation de la position 7311 jusqu'à la fin juillet 2007 et dès le 1^{er} août 2007 la position 7301".

Le 27 juillet 2007, la Q._____ a informé L._____ qu'elle prendrait en charge les notes d'honoraires établies avec la position tarifaire 7311 jusqu'au 31 juillet 2007 et qu'au-delà de cette date, si le traitement devait se poursuivre, le remboursement se ferait selon la position 7301.

Invité à donner un nouvel avis, le médecin-conseil Dr G. _____ a écrit ce qui suit le 4 septembre 2007:

"Est-ce que la facturation de la position 7311 est justifiée?"

L'indication comporte un problème neurologique entièrement stabilisé (AVC 1974). D'autant que la patiente a bénéficié de 23 séances de physiothérapie en 2006 et de 4 séances en 2007 (avant l'affection actuelle). Toutes ont été facturées avec la position 7301.

En février 2007, elle a subi la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche qui a donné lieu jusqu'ici à 18 séances facturées avec la position 7311. Considérant qu'il y a deux problèmes associés, on peut admettre la facturation par la position 7311, bien que la mise en place d'une prothèse ne justifie à elle seule pas nécessairement un traitement de physiothérapie. Ce traitement devra être limité dans le temps (au maximum 5 mois après l'opération). A partir du 1^{er} août 2007, nous nous trouvons dans la situation préopératoire.

En conclusion, je confirme intégralement mon avis du 03.07.2007, à savoir l'arrêt de la facturation de la physiothérapie avec la position 7311 à partir du 1^{er} août 2007".

Le 19 septembre 2007, la Q. _____ a écrit à L. _____ pour confirmer sa première prise de position.

D. La Convention tarifaire prévoit, en cas de litige entre un assureur et un physiothérapeute ayant adhéré à la Convention, la mise en œuvre d'une commission paritaire, qui fait office d'instance contractuelle de conciliation (art. 9 al. 1). La commission paritaire a au demeurant la compétence pour toute question d'interprétation du tarif (art. 9 al. 4).

L. _____ a saisi la commission paritaire du litige l'opposant à la caisse Q. _____.

Le 9 septembre 2008, la commission paritaire (commission paritaire physioswiss - santésuisse/AA/AM/AI) a écrit ceci à L. _____ :

"La commission paritaire (CP) a traité votre demande et n'est malheureusement pas parvenue à trouver une proposition de conciliation commune.

Prise de position des représentants de santésuisse

Il ressort des dossiers médicaux qu'il s'agit essentiellement dans ce cas d'un problème orthopédique. Le diagnostic neurologique annexe établi depuis des années est passé au second plan. Le physiothérapeute a lui même reconnu dans les documents avoir utilisé les dernières séances à des fins de contrôle. En outre, il convient de tenir compte du fait que la patiente pouvait à nouveau travailler à temps plein après le traitement. D'après les représentants de santésuisse, la spasticité de la jambe a influé sur la mobilité du genou uniquement au début. Ils estiment que cet état de fait est pris en considération en facturant trois fois la position 7311.

Prise de position des représentants de physioswiss

D'après les représentants de physioswiss, l'hémiplégie spastique (troubles de la fonction cérébrale) est établie comme diagnostic principal. Ce diagnostic neurologique influence la mobilité du genou. Selon la loi et la convention tarifaire en vigueur, il n'est nullement stipulé que la position 7311 pour un trouble neurologique soit limitée dans le temps. D'autre part il s'agit clairement d'un trouble neurologique qui est concomitant au trouble orthopédique. En conséquence la position 7311 est entièrement justifiée.

Prise de position commune de la CP

La CP peut en revanche vous confirmer à l'unanimité que ni la loi, ni la convention tarifaire ne fixent de limite dans le temps pour changer de position tarifaire".

Le dossier comprenait notamment un rapport médical de la Dresse R._____, adressé le 13 décembre 2007 au X._____, (pour la Q._____), ainsi libellé:

"1. Date du premier examen médical à ma consultation?
Le 26.11.2005

2. Date du dernier examen médical?
Le 11.06.2007

3. Diagnostics

- Status 10 mois post-PTG Nexgen gauche pour gonarthrose très valgissante
- Status 1 ½ en post-PTH gauche Spot-Spot
- Status post-hémisyndrome moteur spastique gauche post-TCC en 1974 avec épilepsie post-traumatique
- Eczéma nummulaire du tronc et des membres supérieurs
- Status post-cholecystectomie
- HTA

4. Quelles sont les thérapies qui ont été effectuées?

Dans le cadre de la dernière intervention qui nous intéresse dans ce rapport au niveau du genou gauche, la patiente a effectué un traitement de physiothérapie régulier et soutenu depuis février 2007,

plus complexe que d'habitude dans les deux premiers mois post-opératoires. Dès le mois d'avril, celui-ci comprenait:

- La rééducation à la marche en charge selon douleurs
- La tonification des quadriceps et des ischio-jambiers
- La mobilisation active assistée suivie de séances de tonification musculaire et de drainage lymphatique
- La lutte anti-flexum
- Le stretching des ischio-jambiers

5. Evolution constatée depuis le début de la thérapie?

L'évolution s'est avérée constante et progressive avec une récupération importante de l'amplitude articulaire, permettant d'obtenir une flexion à 130° avec un minime flexum résiduel d'environ 5°.

6. Quels sont les buts que vous cherchez à atteindre avec la poursuite de la thérapie?

Actuellement, la physiothérapie est terminée et la patiente a repris son activité professionnelle à 100%.

7. la facturation de la position de physiothérapie complexe 7311 est-elle justifiée?

La position de physiothérapie complexe (7311) est justifiée pendant les premiers mois post-opératoires. Par contre, au-delà du mois de juin, elle ne l'est plus".

Les factures de L. _____ pour les traitements antérieurs au 31 juillet 2007 ont été payées intégralement par la caisse-maladie.

E. Dans une requête du 10 mars 2009, L. _____ demande la constitution du Tribunal arbitral des assurances afin que celui-ci prononce que X. _____, Q. _____, est tenu de rembourser les prestations qu'il a fournies selon la position 7311 de la Convention tarifaire, même après le 31 juillet 2007.

Dans sa réponse déposée le 3 juin 2009, la caisse Q. _____ conclut au rejet de ces conclusions.

L. _____ a déposé des déterminations le 17 septembre 2009; il n'a pas modifié ses conclusions.

F. Les parties ont comparu à l'audience du président du Tribunal arbitral du 22 avril 2009. Elles ont proposé des arbitres. La conciliation a été tentée et elle n'a pas abouti.

Roland Paillex a été désigné comme arbitre représentant le demandeur. Gebhard Eugster a été désigné comme arbitre représentant la défenderesse.

G. Les parties ont comparu à l'audience du Tribunal arbitral du 12 mai 2010. La conciliation a été tentée et elle n'a pas abouti.

H. Avant l'audience précitée, la défenderesse a communiqué au Tribunal arbitral un rapport du 12 janvier 2010 de son médecin-conseil Dr G._____, où il est rappelé que la caisse a remboursé divers traitements de physiothérapie entre 2000 et 2007 pour des affections touchant le rachis, la hanche gauche et le genou gauche ; toutes ces prestations ont été facturées avec la position 7301, y compris celles concernant la hanche gauche et le genou gauche (séquelles de l'accident de 1974, hémisyndrome moteur spastique du membre inférieur gauche, correspondant à une faiblesse et une raideur de ce membre). Selon ce médecin, cet état est stabilisé depuis longtemps et aucun traitement n'est à l'heure actuelle en mesure d'améliorer la situation.

Après l'audience, le Dr J._____, médecin généraliste traitant, a été invité à répondre à des questions posées par la défenderesse, à propos de l'état de santé de son assurée dès la fin du mois de juillet 2007. Le 2 juin 2010, ce médecin a donné par écrit les réponses suivantes:

"2. Avant l'opération de février 2007, les traitements de physiothérapie ont eu pour but tout d'abord de retarder l'intervention chirurgicale vu le jeune âge de la patiente, de traiter les lombalgies en relation avec un déséquilibre lié à cette arthrose du genou qui se répercutait plus haut.

3. Le 23 juillet 2007, je l'ai vue de manière très courte, car elle venait pour une prolongation de sa physiothérapie indiquant la persistance de trouble de la marche indolore, mais liée à des troubles de l'équilibre, vraisemblablement dans le cadre de son problème neurologique.

[...]

6. J'ai revu la patiente comme déjà dit le 05.11.2007 pour un problème dermatologique et le 3 mars 2008 pour un examen général, à cette dernière date, elle ne décrivait pas de douleur, par contre toujours une instabilité à la marche, vraisemblablement liée aux séquelles neurologiques.

7. Les traitements de physiothérapie avaient pour but un renforcement musculaire, vu la mise en place de la prothèse du genou et vu le problème neurologique connu. Il ne s'agissait pas de traitement de maintien, la définition du maintien impliquant des traitements permanents, ce qui n'est pas le cas de la patiente.

8. Je tiens à préciser tout d'abord que Madame G. n'a pas fait un AVC en 1974, mais qu'elle a été victime d'un accident de voiture avec traumatisme crânio-cérébral sévère responsable d'un hémisyndrome moteur gauche spastique et de crise d'épilepsie. L'évolution de la spasticité depuis que je la connais, a été très variable, comme c'est souvent le cas dans ces pathologies, mais il est certain que la patiente est très gênée dans ses déplacements par cette spasticité qui vraisemblablement s'est décompensée dans les suites de l'intervention chirurgicale.

Une nouvelles fois, il n'est pas de mon ressort de répondre quant à l'application du tarif de physiothérapie".

De son côté, le demandeur a déposé le 1^{er} juin 2010 un rapport qu'il a rédigé lui-même et qui a la teneur suivante (« rapport de physiothérapie ») :

"Madame G. présente un flexum du genou gauche de 40° le 27 août 2007 après l'arrêt du traitement de physiothérapie du 23 juillet au 27 août 2007 (élément signalé à la caisse maladie dans ma requête auprès de la commission paritaire du 28 septembre 2007).

Par la suite, j'ai effectué un traitement hebdomadaire (du 27.8 au 12.11) (selon limitation quantitative de la caisse maladie dans leur lettre du 19 septembre 2007).

Pendant ces 2 mois et demi, la spasticité était très fluctuante et interagissait sur les flexums tant de la hanche gauche que du genou gauche, entraînant une boiterie à la marche qui entretient les flexums et qui nous font partir dans un cercle vicieux.

Néanmoins, grâce aux traitements de physiothérapie, le flexum du genou gauche est limité à 5° lors de son dernier traitement du 12 novembre 2007.

Je revois ensuite la patiente le 7 avril 2008 avec à nouveau une augmentation de la spasticité entraînant un flexum de 20° du genou gauche, un flexum de hanche gauche accompagnée de douleur au niveau du rachis lombaire, conséquence de la boiterie.

Un traitement jusqu'au 16 juin 2008 a été prodigué avec une diminution progressive du flexum du genou pour se retrouver à nouveau avec un déficit de 5° d'extension.

Madame G. revient me voir le 8 décembre 2008 avec un flexum de genou de 20°, un flexum de hanche de 20° et des lombalgies dans le cadre d'une augmentation de la spasticité. La fin du traitement est le 9 mars 2009 avec un flexum de genou résiduel de 5°.

Au niveau physiothérapeutique, les différentes pathologies que sont la prothèse de hanche gauche, la prothèse de genou gauche, l'hémiplégie spastique et les lombalgies sont interdépendantes et il ne m'est pas possible de traiter la spasticité sans tenir compte des prothèses tout comme il m'est impossible de traiter les flexums (prothèses) sans travailler la spasticité.

L'augmentation du flexum du genou entraîne des contraintes importantes au niveau de la prothèse du genou avec un risque d'usure prématurée voire de descellement.

L'augmentation du flexum implique en physiothérapie:

- Un traitement global sur la spasticité.
- Une récupération de la mobilité articulaire du genou et de la hanche gauche.
- Un traitement des conséquences de l'augmentation de la spasticité à savoir une rééducation à la marche, un traitement de ses lombalgies.

Comme vous pouvez vous en apercevoir en lisant cette évolution, le tonus sur le membre hémiplégique n'est pas invariable et n'est surtout pas linéaire dans le temps, ce qui entraîne des conséquences qui nous font entrer dans un cercle vicieux".

I. Le demandeur et la défenderesse ont déposé des observations finales respectivement les 16 août et le 11 août 2010. Ils ont maintenu leurs conclusions.

E n d r o i t :

1. Le régime juridictionnel de l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie, RS 832.10) est applicable car le présent litige oppose un fournisseur de prestations régies par la LAMal (le demandeur, physiothérapeute) à un assureur (la défenderesse), dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (art. 3 ss LAMal ; cf. aussi art. 5

OPAS [ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, RS 832.112.31], à propos de la prise en charge des prestations des physiothérapeutes dans le cadre de la LAMal). Le Tribunal arbitral a été saisi et constitué conformément aux dispositions légales (cf. également art. 113 ss LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. Dans sa dernière écriture, du 11 août 2010, la défenderesse reproche au demandeur de n'avoir pas respecté l'art. 7 de la Convention tarifaire, qui l'obligeait, après une première série de neuf séances de physiothérapie, à faire parvenir immédiatement à la caisse le formulaire de prescription du médecin. Elle fait valoir que, comme le demandeur n'a transmis le formulaire de prescription qu'après le traitement, elle a été empêchée de se prononcer en temps utile sur la prise en charge.

Selon l'art. 5 de la Convention tarifaire (titre : « Prescription médicale »), le physiothérapeute travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant et il effectue des prestations de physiothérapie sur prescription du médecin (al. 1) ; dans les limites de la prescription du médecin, des dispositions légales et de ses connaissances professionnelles, le physiothérapeute est libre du choix de ses méthodes de traitement, mais il choisit la thérapie en fonction des critères d'économie et d'adéquation (al. 2).

L'art. 7 de la Convention tarifaire prévoit effectivement que si neuf séances ou moins ont été prescrites, le formulaire de prescription sera envoyé à l'assurance à la fin du traitement (al. 1). En revanche, si des traitements subséquents (au-delà de neuf séances) sont indiqués, le formulaire de prescription sera envoyé immédiatement à l'assureur ; l'accord de l'assureur est présumé s'il n'intervient pas auprès du physiothérapeute dans les dix jours suivant la réception du formulaire de prescription (al. 2).

Le reproche de non-respect de l'art. 7 de la Convention tarifaire est nouveau, en ce sens qu'il n'a pas été soumis à la Commission paritaire. Il n'a pas non plus été présenté dans les premières écritures de la défenderesse au Tribunal arbitral. En somme, la défenderesse fait maintenant valoir qu'après la première série de neuf séances consécutives à l'opération, prescrites le 15 mars 2007, les prescriptions suivantes, du 2 et du 30 avril 2007, lui ont été remises tardivement. Or la défenderesse pouvait déjà le constater lorsqu'elle a requis l'avis de son médecin-conseil, en juin 2007. Dans son mémoire de réponse, la défenderesse résume ainsi sa position (p. 9) : le Tribunal arbitral doit déterminer si c'est à bon droit qu'elle a refusé d'appliquer la position tarifaire 7311 aux soins prodigués à l'assurée par le demandeur à compter du 1^{er} août 2007. Il résulte clairement de cette écriture que la prise en charge des séances de physiothérapie antérieures au 1^{er} août 2007 n'est pas litigieuse. Dès lors, il importe peu de savoir si, pour cette période, le demandeur a omis de respecter certaines formalités.

Pour la période postérieure au 1^{er} août 2007, la situation médicale était suffisamment claire pour l'assureur, vu le rapport de son médecin-conseil du 3 juillet 2007. Aussi la défenderesse a-t-elle pu donner, le 27 juillet 2007, son accord conditionnel à la prise en charge du traitement en connaissance de cause. Une éventuelle inobservation des exigences de l'art. 7 de la Convention paritaire est donc sans pertinence, dans la présente procédure.

3. La contestation porte dans le cas particulier sur la rémunération des séances de physiothérapie dispensées par le demandeur à l'assurée de la défenderesse à partir du 1^{er} août 2007, sur la base de la position tarifaire 7311, réservée à la "kinésithérapie complexe". Cette notion doit être interprétée en relation avec la notion de "physiothérapie générale", pour laquelle est prévue la position tarifaire 7301, dès lors que cette dernière position doit s'appliquer si la position 7311 n'entre pas en considération. La séance de physiothérapie générale (48 points) est moins rémunérée que la séance de kinésithérapie complexe (77 points). Ce sont donc les factures du demandeur du 12 novembre 2007 (séances entre le

27 août et le 12 novembre 2007) et du 16 juin 2008 (séances au printemps 2008) qui sont litigieuses.

a) Le système selon lequel les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs est prévu par la LAMal (art. 43 al. 1 LAMal).

Aux termes de l'art. 43 al. 2 LAMal, le tarif peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré - let. a); attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation - let. b); ou encore prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire - let. c). Le tarif peut être fixé par une convention tarifaire conclue entre les fournisseurs de prestations et les assureurs (art. 43 al. 4, art. 46 LAMal).

En l'espèce, le tarif a été fixé par la convention tarifaire entrée en vigueur en 1998. C'est un tarif qui comporte un élément forfaitaire (forfait par séance), ce qui signifie que ce n'est pas un tarif au temps consacré. Ainsi, suivant les caractéristiques du patient ou du traitement, la séance peut durer plus ou moins longtemps, mais cela n'influencera en principe pas le calcul de la rémunération. Selon l'art. 8 de la Convention tarifaire, la rémunération repose en outre sur le système de la taxation en points, chaque type de forfait par séance valant un certain nombre de points. Conformément à l'art. 43 al. 5 LAMal, les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Pour que la convention tarifaire s'applique, elle doit encore être approuvée par le Conseil fédéral (art. 46 al. 4 LAMal).

Puisqu'un tarif uniforme est prévu sur le plan suisse, il est logique que pour son interprétation, la Convention tarifaire désigne une langue de référence, en l'occurrence la langue allemande (voir les « remarques préliminaires » du tarif). Dans le cas particulier, il s'agira de déterminer si la définition en français de la position tarifaire 7311 correspond à la définition en allemand, et en cas de divergences ou de doutes, il faudra s'inspirer du texte allemand.

b) Le demandeur présente dans sa requête l'argumentation suivante, à l'appui de l'application de la position tarifaire 7311: les séances de physiothérapie litigieuses avaient pour but d'améliorer les fonctions articulaire et musculaire du membre inférieur gauche de la patiente, et de réduire le flexum (la limitation permanente de l'extension) au niveau du genou gauche. L'hémisyndrome moteur spastique a des conséquences sur la tonicité musculaire et donc sur le flexum. Pour réduire le flexum, le physiothérapeute doit intervenir à la fois au niveau du tronc et du membre inférieur gauche. L'atteinte neurologique a des conséquences non négligeables sur la rééducation ensuite de la pose de la prothèse totale du genou ; le traitement de physiothérapie est donc plus complexe que celui dont aurait besoin une personne qui aurait subi une même opération au genou sans présenter toutefois d'atteinte neurologique. Le Dr J._____ a par ailleurs indiqué qu'il fallait intervenir au niveau de la mobilisation et de la tonification. Cela nécessite des séances de physiothérapie complexe et il n'y a aucune justification à limiter dans le temps une rémunération selon la position 7311.

aa) Il ressort clairement du dossier que ni le chirurgien orthopédiste, ni le médecin généraliste traitant, n'ont prescrit, pour la période postérieure au 31 juillet 2007, des séances de physiothérapie liées directement à la pose de la prothèse totale du genou gauche. En d'autres termes, la prescription de physiothérapie ne comportait plus d'objectifs spécifiques au status post-PTG Nexgen gauche.

Le médecin généraliste ainsi que le médecin-conseil de l'assurance estiment donc que la poursuite du traitement de physiothérapie est liée au problème neurologique (diagnostic : status post-hémisyndrome moteur spastique gauche post-TCC en 1974). Dans ce cadre, il existe une prescription médicale (cf. art. 5 al. 1 OPAS).

Avant la pose de la prothèse du genou en février 2007, il n'est pas contesté que le même problème neurologique avait justifié des séances de physiothérapie rémunérées selon la position tarifaire 7301

(physiothérapie générale). Du point de vue de la défenderesse, cette solution doit à nouveau être appliquée à partir du 1^{er} août 2007. Le demandeur estime quant à lui, en substance, que les augmentations du flexum du genou qu'il a constatées après l'opération, et encore au printemps 2008, nécessitent un traitement global sur la spasticité et donc de la kinésithérapie complexe, à rémunérer selon la position tarifaire 7311.

bb) La kinésithérapie (selon le Petit Robert : emploi thérapeutique des mouvements de gymnastique et des diverses formes de massages ; en allemand : Bewegungstherapie) fait en principe partie, d'après le tarif, de la physiothérapie générale (position tarifaire 7301). La position 7311 ne s'applique qu'à la kinésithérapie complexe (aufwendige Bewegungstherapie).

Le Tribunal fédéral a récemment jugé une affaire concernant l'application des positions 7311 ou 7301 (arrêt 9C_331/2011 du 24 août 2011, recours contre un jugement du Tribunal arbitral du canton de Lucerne). Le traitement de physiothérapie avait été ordonné par un médecin qui avait posé les diagnostics de méniscopepathie du genou droit, plaintes dans la région de la colonne lombaire et inflammation autour de l'épaule. Devant la commission paritaire, les représentants de santésuisse s'étaient prononcés pour l'application de la position tarifaire 7301 en estimant que seules deux régions du corps étaient concernées, et qu'on ne pouvait pas parler de multimorbidité, l'atteinte au ménisque étant de moindre importance. Quant aux représentants de Physioswiss, ils justifiaient la position 7311 parce que plusieurs membres étaient concernés : la première ordonnance médicale visait la colonne lombaire et un genou, la seconde la colonne lombaire et l'épaule (consid. 7.1).

Le Tribunal fédéral a considéré ce qui suit, en substance : la position tarifaire 7311 comporte pour l'essentiel, dans le cas visé, trois conditions. Premièrement, il doit s'agir d'un traitement complexe (aufwendig). Deuxièmement, il s'agit du traitement kinésithérapeutique de plusieurs membres (mehrere Gliedmassen). Troisièmement, le patient doit

être soit polytraumatisé, soit il doit avoir subi plusieurs opérations, soit encore il doit présenter les symptômes de plusieurs maladies concomitantes (entweder mehrfachverletzt, mehrfachoperiert oder multimorbid). Dans la procédure 9C_331/2011, seules les conditions de la complexité et de la multimorbidité étaient litigieuses.

Le Tribunal fédéral a finalement rejeté le recours du physiothérapeute, qui demandait l'application de la position tarifaire 7311. Il a cité les définitions données par deux dictionnaires médicaux au terme de « Multimorbidität » (synonymes : polymorbidité, polyopathie ; en résumé : présence simultanée de plusieurs maladies, ou de plusieurs maladies chroniques, en particulier chez les personnes âgées). Le Tribunal fédéral a toutefois laissé indécise la question de savoir si la condition de la multimorbidité devait être considérée comme réalisée uniquement en fonction du nombre des diagnostics posés, ou si au contraire il fallait encore une interaction entre les différentes maladies, chez un patient d'âge avancé. En effet, il a jugé que le recours était de toute manière mal fondé. Le traitement ne portait en l'occurrence que sur deux maladies (genou et colonne lombaire, colonne lombaire et épaule); en pareil cas, on parle de comorbidité (Komorbidität). Il y avait des problèmes fonctionnels dans deux régions du corps différentes, sans qu'il y ait une interaction immédiate en ce qui concerne le traitement. Le Tribunal fédéral a donc considéré que la deuxième condition du tarif pour la position 7311 n'était pas remplie; il a renoncé à se prononcer sur la réalisation des première et troisième conditions (consid. 7.2).

Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur l'hypothèse du 2^e point ou paragraphe de la position 7311. Il n'était pas question dans cette affaire des autres hypothèses de traitement complexe (troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires, troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles, troubles graves de la ventilation pulmonaire). Il ressort suffisamment clairement de l'arrêt précité du Tribunal fédéral qu'il convient d'être restrictif dans l'application de la position 7311, en la réservant aux cas d'atteintes graves à la santé. D'un point de vue global,

cela est conforme au principe de l'économicité, consacré à l'art. 32 al. 1 LAMal.

cc) On ne saurait retenir en l'espèce la première hypothèse du tarif, pour la position 7311 (« kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires etc. »). La patiente souffre d'un trouble neurologique, une hémiplégie spastique consécutive à un traumatisme crânio-cérébral, ce qui correspond à un trouble moteur cérébral. Mais ce trouble ne nécessite pas, à lui seul, un traitement de kinésithérapie complexe. La physiothérapie ne peut pas être considérée comme compliquée et elle ne nécessite pas la mise en œuvre de moyens particuliers. En d'autres termes, le traitement n'est ni « complexe » (définition du Petit Robert : « qui contient, qui réunit plusieurs éléments différents ; difficile, à cause de sa complication »), ni coûteux (définition du mot « aufwendig »). Or, dans la première hypothèse de la position tarifaire 7311, comme dans la seconde hypothèse, la complexité est une des conditions cumulatives.

Au demeurant, avant la pose de la prothèse du genou gauche, le physiothérapeute demandeur a régulièrement traité la patiente, en raison de l'hémiplégie spastique, en appliquant la position tarifaire 7301. Il ne pourrait en aller différemment, désormais, que si le traitement du genou gauche modifiait la situation, encore au-delà de la période post-opératoire dont le terme a été fixé par l'assurance au 31 juillet 2007.

dd) Il convient donc d'examiner si la deuxième hypothèse du tarif, pour la position 7311 (celle sur laquelle le Tribunal fédéral s'est prononcé - cf. consid. 3b/bb), entre en considération. Le Tribunal fédéral a mentionné en résumé trois conditions pour appliquer la position 7311, à savoir la complexité, le traitement de plusieurs membres et la multimorbidité. Il paraît retenir que ces conditions sont cumulatives.

La deuxième condition - « Behandlung mehrerer Gliedmassen » - ne ressort pas directement du texte français, mais comme la version allemande fait référence, cette condition ne peut pas être omise dans

l'application d'un tarif uniforme valant pour l'ensemble du pays. Le Tribunal fédéral n'a du reste pas mis en doute que le texte allemand était applicable tel quel, sans restrictions, ce dont on peut déduire qu'il exprime la volonté réelle des parties à la convention tarifaire. Le terme « Gliedmassen » signifie selon le dictionnaire Klinisches Wörterbuch de Pschyrembel : « Extremitäten, Arme und Beine » (définition analogue dans le Lexikon Medizin de Roche). Cela vise les bras et les jambes, ou bien les mains et les pieds (cf. aussi Langenscheidts Grosswörterbuch, allemand-français : Gliedmassen = membres). La position 7311 implique ainsi le traitement de plusieurs membres ou extrémités.

S'agissant de la troisième condition, il y a lieu de relever que les termes « comorbidité » et « multimorbidité » sont des néologismes, dont il est difficile de donner une définition unique ou exacte. Le terme « comorbidité » est souvent utilisé dans le domaine de la psychiatrie, et la jurisprudence le mentionne régulièrement en relation avec les troubles somatoformes douloureux et atteintes apparentées (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Son sens est plus difficile à cerner s'agissant des troubles somatiques. En particulier, il n'est pas certain que l'on puisse sans autre appliquer le terme de comorbidité, voire celui de multimorbidité, aux « patients présentant les symptômes de plusieurs maladies concomitantes », au sens de la réglementation de la position tarifaire 7311. Cette question n'a toutefois pas à être résolue dans le présent jugement.

On peut admettre, dans le cas particulier, la présence de deux maladies concomitantes, dans la mesure où on trouve à la fois une atteinte au genou - traitée par la pose de la prothèse - et une hémiplégie spastique. En revanche, le traitement appliqué par le physiothérapeute ne portait pas sur plusieurs membres, mais sur un membre (le membre inférieur gauche) et une partie du corps à laquelle il est lié (le tronc, à la hauteur des hanches et du rachis lombaire). Il manque donc une condition, la deuxième - traitement kinésithérapeutique de plusieurs membres - pour l'application de la position 7311. Il ne suffit en effet pas que deux régions du corps, par ailleurs liées entre elles, soient traitées.

En outre, comme on vient de l'exposer (supra, consid. 3b/cc), le traitement effectué par le demandeur, tel qu'il a été décrit par lui, est un traitement ordinaire qui ne comporte aucun élément de complexité. La première condition pour l'application de la position 7311 - la complexité - fait donc également défaut.

c) Sur le vu de ce qui vient d'être exposé, il apparaît que la défenderesse était fondée à refuser l'application de la position tarifaire 7311, et par conséquent de rémunérer le demandeur sur la base de la position tarifaire 7301. Les conclusions de la demande doivent donc être rejetées. Cela étant, il y a lieu de prendre acte ici que la défenderesse, quand bien même elle conclut au rejet de la demande, ne conteste pas la rémunération du demandeur selon la position tarifaire 7301, élément qui n'est donc pas litigieux.

4. Les frais de la procédure devant le Tribunal arbitral doivent être mis à la charge du demandeur, qui succombe (art. 95 al. 1 et 2 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], par renvoi des art. 116 et 109 al. 2 LPA-VD). Ils comportent l'émolument judiciaire perçu par le Tribunal cantonal, arrêté à 2'000 fr., ainsi que la rémunération des arbitres, qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. par arbitre. Le demandeur, qui succombe, et la défenderesse, qui n'est pas représentée par un avocat, n'ont pas droit à des dépens.

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

- I.** Rejette la demande

- II.** Met à la charge du demandeur L._____ les frais de la procédure devant le Tribunal arbitral, arrêtés à 7'000 fr. (sept mille francs), soit :
 - 2'000 fr. (deux mille francs) à titre d'émolument judiciaire,

- 5'000 fr. (cinq mille francs) à titre de rémunération des deux arbitres.

III. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marc Courvoisier, avocat à Lausanne (pour L. _____)
- Caisse-maladie D. _____
- Office fédéral de la santé publique

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).

Le greffier :