

**TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES**

---

---

Jugement du 13 avril 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Antonazzo et Baumgartner, arbitres  
Greffière : Mme Neurohr

\* \* \* \* \*

Cause pendante entre :

1. H. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
2. B. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
3. I. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
4. T. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
5. Y. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
6. A. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
7. G. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
8. D. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
9. J. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
10. R. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
11. U. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
12. L. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
13. E. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
14. W. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
15. F. \_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,

toutes représentées par santésuisse, à Soleure, elle-même représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg,

et

O. \_\_\_\_\_, à [...], défendeur.

---

**Art. 56 al. 2 et 59 al. 1 let. b LAMal.**

## **E n f a i t :**

**A.** Par acte du 3 juillet 2020, H. \_\_\_\_\_ et consorts (ci-après : les demanderesses) ont ouvert contre O. \_\_\_\_\_ (ci-après : le défendeur), devant le Tribunal arbitral des assurances, une action en paiement d'un montant de 126'859 fr., selon leur conclusion principale. Elles ont motivé cette demande, en substance, par le fait que, dans sa pratique de médecin en 2018, le défendeur avait facturé notablement plus de prestations par patient que ses confrères médecins praticiens. Sa pratique était hors norme au point qu'elle ne respectait pas le principe d'économicité. En se référant aux statistiques de facturation de Sasis SA et la méthode dite « d'analyse de régression des coûts », elles estimaient qu'au vu de sa pratique et de sa facturation, le défendeur dépassait de 236 points l'indice de régression des coûts du groupe de comparaison des médecins praticiens pour les coûts totaux, après déduction d'une marge de tolérance de 20 %. Compte tenu de coûts totaux (CT) de 224'229 fr., de coûts totaux directs (CTD) de 191'364 fr., d'un indice de régression des coûts totaux (IR) de 356 points et d'une marge de tolérance (MT) de 120 points, le montant à restituer pouvait être fixé à 126'859 fr. selon la formule  $CT/IR * (IR-MT) * CTD/CT$ . Les demanderesses ont également exposé que le défendeur, bien que ne disposant pas d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, facturait quasiment exclusivement la position tarifaire 00.0520 (consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 mn). Il avait ainsi facturé cette position pour un montant total de 188'318 fr. en 2018, ce qui représentait le 98,06 % de sa facturation, alors que ce poste représentait le 3,68 % de la facturation de ses confrères médecins praticiens.

Les demanderesses ont également saisi la Commission paritaire SVM-santésuisse d'une demande de conciliation et ont requis la suspension de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances, jusqu'à la fin de cette conciliation.

Le défendeur ayant adhéré, le 14 août 2020, à la proposition de suspension de procédure, le Président du Tribunal arbitral a suspendu la cause le 17 août 2020.

Le 19 avril 2021, les demanderesses ont informé le Président du Tribunal arbitral des assurances de l'échec de la conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse et ont requis la reprise de la procédure. Le Président du Tribunal arbitral a levé la suspension le 21 avril 2021 et a invité le défendeur à se déterminer sur la demande. Le défendeur ne s'est pas déterminé, malgré une relance le 2 juin 2021.

**B.** Le 3 septembre 2021, le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à laquelle le défendeur, dûment convoqué, a fait défaut. Les demanderesses ont déposé de nouvelles conclusions écrites, tendant principalement à la condamnation du défendeur au paiement d'un montant de 188'318 fr. pour l'année 2019 [recte : 2018].

Le même jour, le Président du Tribunal arbitral des assurances a communiqué ces nouvelles conclusions au défendeur et a invité les parties à proposer des arbitres en vue de la constitution du Tribunal arbitral des assurances en précisant qu'à défaut, il les désignerait d'office. Il a par ailleurs invité le défendeur à déposer sa réponse, en l'informant qu'à défaut, le Tribunal arbitral des assurances statuerait en l'état du dossier. Le défendeur n'a pas déposé de réponse ni proposé d'arbitre. Les demanderesses ont proposé de désigner Heidi Baumgartner comme arbitre. Cette dernière a accepté le 6 décembre 2021. Le Président du Tribunal arbitral a désigné d'office la Dre Alexandra Antonazzo comme troisième membre du Tribunal arbitral. Cette dernière a accepté le 10 février 2022.

### **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 832.1), 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).

**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 ; RSV 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 ; RSV 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 les art. 115 ss 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 ordinaire (art. 109 al. 2 LPA-VD et art. 243 al. 3 CPC [code de procédure civil du 19 décembre 2008 ; RS 272]). 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). 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 CPC).

**c)** Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur l'action en restitution déposée le 3 juillet 2020 et la demande est recevable sur le plan formel.

**2.** Le litige porte sur le point savoir si les demanderesses sont en droit d'exiger le remboursement, par le défendeur, d'un montant de 188'318 fr. qu'il leur aurait facturé à tort en 2018. Les demanderesses ont mentionné dans leur conclusion l'année 2019, mais il s'agit à l'évidence d'une inadvertance qu'il convient de rectifier d'office, au vu de la motivation de la demande et des pièces produites, qui se réfèrent exclusivement à l'année 2018.

**3. 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 prestations 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 LAMal). Cette dernière disposition implique que le Tribunal arbitral doit être saisi par un assureur ou une fédération d'assureur 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 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. 4055). 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)** Aux termes de l'art. 35 al. 1 LAMal, 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. Ces fournisseurs de prestations sont notamment les médecins (art. 35 al. 2 let. a LAMal), s'ils sont titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgradué reconnue par le Conseil fédéral (art. 36 al. 1 LAMal).

**4. 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. 3 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 (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 santésuisse 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 leur qualité 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 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 1<sup>er</sup> 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'une 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 1-13001 « Adaptation de l'IC-02.03-1 [Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical], valable dès le 1<sup>er</sup> 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 mn ». 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 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, Interprétations générales, chiffre 52). Pour des raisons techniques, cette réduction a été reportées 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 1<sup>er</sup> 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] le 7 mars 2022], sous la rubrique Assurances/Assurance-maladie/Prestations et tarifs/Prestations médicales/Système tarifaire 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.

**5. a)** Le docteur O. \_\_\_\_\_ 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 demandresses, ainsi que de leurs allégations non

contestées, qu'il facture plus de 98 % de ses prestations sous la seule 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 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 de l'art. 56 al. 2 et 59 al. 1 let. b LAMal. Cela correspond à un montant de 188'318 fr. pour l'année 2018, comme l'allèguent les demanderesses, sans contestation du défendeur.

**b)** Au vu de la pratique du Dr O.\_\_\_\_\_, la question d'un avertissement formel se pose très sérieusement. On y renoncera en l'état, dans la mesure où cette mesure n'a pas été requise par les demanderesses et où cette question n'a pas été évoquée en procédure. Le Dr O.\_\_\_\_\_ est néanmoins rendu attentif au fait que sa pratique pose très sérieusement problème et qu'il encourt un avertissement au sens de l'art. 59 al. 1 let. a LAMal et, en cas de récidive, une exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

**6.** Les demanderesses obtiennent gain de cause. Les frais de procédure, par 6'000 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 8000 francs. Ce montant comprend des débours correspondant aux avances de frais d'un montant total de 6'000 francs.

**Par ces motifs,  
le Tribunal arbitral des assurances  
p r o n o n c e :**

- I. La demande est admise.
  
- II. O. \_\_\_\_\_ est condamné à restituer aux demanderesses, solidairement entre elles, un montant de 188'318 fr. (cent huitante-huit mille trois cent dix-huit francs) pour l'année 2018.
  
- III. Les frais judiciaires sont arrêtés à 6'000 fr. (six mille francs), dont 850 fr. (huit cent cinquante francs) à titre d'honoraires pour chacun des deux arbitres, et sont mis à la charge de O. \_\_\_\_\_.
  
- IV. Les frais judiciaires arrêtés au chiffre III ci-dessus sont toutefois compensés avec les avances de frais d'un même montant versées par les demanderesses.
  
- V. O. \_\_\_\_\_ versera aux demanderesses une indemnité de dépens de 8'000 fr. (huit mille francs), y compris les débours correspondant à l'avance de frais dont elles se sont acquittées.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Valentin Schumacher (pour H. \_\_\_\_\_ et consorts),
- O. \_\_\_\_\_,
- 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).

La greffière :