Tribunale federale
Tribunal federal

{T 7}
K 130/06

Arrêt du 16 juillet 2007
IIe Cour de droit social

Composition
MM. les Juges U. Meyer, Président,
Borella et Kernen.
Greffière: Mme Moser-Szeless.

Parties
1. SWICA Assurance-maladie SA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,
2. Helsana Assurances SA, Droit des assurances Suisse romande, chemin de la Colline 12, 1001 Lausanne
3. Avenir Assurances, Société suisse d'assurance-maladie et accidents, Groupe Mutuel, rue Argand 3, 1201 Genève,
4. Caisse vaudoise, 1001 Lausanne,
5. Atupri Caisse-Maladie, Zieglerstr. 29, 3001 Berne,
6. Caisse-maladie suisse pour les industries du bois et du bâtiment et branches annexes (CMBB), Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
7. ÖKK Oeffentliche Krankenkassen Schweiz, Aarbergergasse 63, 3001 Bern,
8. CONCORDIA Assurance suisse de maladie et accidents, Bundesplatz 15, 6002 Lucerne,
9. Caisse-maladie KPT/CPT, Tellstrasse 18, 3001 Berne,
10. CSS Assurance, droit & compliance, Victoria House, route de la Pierre 22, 1024 Ecublens VD,
11. SUPRA Caisse Maladie, chemin de Primerose 35, 1000 Lausanne 3,
12. EGK-Gesundheitskasse, Brislachstrasse 2, 4242 Laufen,
13. PHILOS, Caisse maladie-accident, Section FRV, avenue du Casino 13, 1820 Montreux,
14. Futura caisse-maladie et accident, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
15. Universa Caisse-maladie, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
16. Hermes caisse-maladie, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
17. INTRAS Caisse Maladie, Administration Centrale, rue Blavignac 10, 1227 Carouge GE,
18. Konkursmasse der Krankenkasse KBV,
19. Krankenkasse SLKK, Hotzestrasse 53, 8042 Zürich,
20. Kolping Krankenkasse, Ringstrasse 16, 8600 Dübendorf,
21. Wincare Assurances, Konradstrasse 14, 8401 Winterthur,
22. Fondation Mutualite Assurances, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
23. Mutuel Assurances, Administration, rue du Nord 5, 1920 Martigny,
24. PHILOS, caisse-maladie et accident Section AMBB, Riond Bosson, 1131 Tolochenaz
25. Sanitas Assurance suisse de maladie, Lagerstrasse 107, 8021 Zürich,
26. Caisse-maladie Visana, Weltpoststrasse 19, 3000 Berne 15,
27. FTMH caisse-maladie et accident, Weltpoststrasse 20, 3000 Berne 15,
recourantes, toutes agissant par Santésuisse Vaud, avenue de la Rasude 2, 1001 Lausanne, elle-même représentée par Me Olivier Burnet, avocat, rue du Petit-Chêne 18, 1003 Lausanne,

contre

D._____, médecin,
intimé, représenté par Me Christian Dénériaz, avocat, rue Centrale 5, 1002 Lausanne.

Objet

Assurance-maladie,

recours de droit administratif contre le jugement du Tribu- nal arbitral vaudois des assurances du 24 août 2006.

Faits:
A.
Le docteur D._____ exploite un cabinet médical de médecine interne et cardiologie à E._____. Par lettre du 4 mars 1998, la Commission paritaire de la Fédération vaudoise des assureurs-maladie (FVAM; aujourd'hui, Santésuisse Vaud) et de la Société vaudoise de médecine l'a informé que la FVAM entendait lui réclamer 101'900 fr. au titre d'honoraires indûment perçus pour des traitements jugés non économiques durant l'année 1996. Elle l'a par ailleurs invité à une audience de conciliation, qui a eu lieu le 20 avril 1998 sans aboutir à un accord entre les parties.
B.
Par écriture du 16 juillet 1998, vingt-sept caisses-maladie (figurant dans le rubrum du présent arrêt), toutes représentées par la FVAM, ont saisi le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud (ci-après: le tribunal arbitral) et conclu au paiement, par le docteur D._____, de 101'972 fr. avec intérêts à 5 % dès le 1er juillet 1996. Leur demande était fondée sur la différence de l'indice des frais médicaux du médecin par rapport à celui de la moyenne de ses confrères pratiquant une médecine comparable à la sienne (tel qu'il ressortait des statistiques annuelles 1996 du Concordat des assureurs-maladie suisses [CAMS]), le remboursement portant sur les coûts facturés dépassant de 20 % la moyenne des coûts comparés.

Après avoir suspendu la cause à deux reprises jusqu'à droit connu dans des affaires similaires, le tribunal arbitral a décidé de mettre en oeuvre une expertise analytique portant sur les notes d'honoraires et les dossiers médicaux de certains patients du docteur D._____ en relation avec les factures sur la base desquelles avaient été établies les statistiques invoquées par les caisses-maladie demanderesses à l'appui de leurs prétentions. A cette fin, il a requis la production de différents documents de la part des parties et chargé le docteur B._____, alors Professeur associé et Directeur-adjoint de la clinique X._____, de déterminer notamment si l'examen analytique des dossiers médicaux fournis par le docteur D._____ révélait une pratique non économique constitutive de polypragmasie. Rendant son rapport le 18 janvier 2005, le Professeur B._____, assisté du docteur J._____, a conclu que le médecin en cause était classé dans la catégorie adéquate de spécialité (médecine interne, cardiologie avec radiologie); par ailleurs, l'évaluation des dossiers soumis confirmait une moyenne des frais médicaux plus élevée que la moyenne des autres médecins de la même catégorie, ce qui s'expliquait en grande partie par des
examens cardiologiques répétés dont certains semblaient insuffisamment justifiés sur la base des indications des dossiers, tandis que certaines des situations rencontrées pouvaient entrer dans la définition d'une pratique non-économique au sens de la jurisprudence. A la requête du tribunal arbitral, le docteur B._____ a complété son rapport le 8 mars 2006, après avoir rencontré son confrère D._____ pour discuter des points litigieux concernant l'évaluation des cas cliniques parmi les dossiers remis. Il a précisé notamment que la moyenne plus élevée des frais médicaux du médecin en cause sur l'échantillon examiné pouvait en partie s'expliquer par la complexité clinique de certains cas.

Au cours d'une audience tenue le 24 août 2006, les caisses-maladie ont modifié leur conclusion en paiement, portant le montant réclamé à 177'968 fr. Statuant le même jour, le Tribunal arbitral a rejeté leur demande.
C.
Les caisses-maladie ont interjeté un recours de droit administratif contre ce jugement, en concluant à l'annulation de celui-ci sous suite de frais et dépens.

D._____ a conclu au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral de la santé publique a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.

La loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) est entrée en vigueur le 1er janvier 2007 (RO 2006 1205, 1242). L'acte attaqué ayant été rendu avant cette date, la procédure reste régie par l'OJ (art. 132 al. 1 LTF; ATF 132 V 393 consid. 1.2 p. 395).
2.
Dès lors que le litige opposant un médecin à une caisse-maladie et qui porte sur le remboursement d'honoraires du médecin ne concerne pas l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (ATF 119 V 449 consid. 1; RAMA 2003 n°KV 250 p. 221 consid. 4.1), le Tribunal fédéral doit se borner à examiner si les premiers juges ont violé le droit fédéral, y compris par l'excès ou par l'abus de leur pouvoir d'appréciation, ou si les faits pertinents ont été constatés d'une manière manifestement inexacte ou incomplète, ou s'ils ont été établis au mépris de règles essentielles de procédure (art. 132 en corrélation avec les art. 104 let. a et b et 105 al. 2 OJ).
3.
Le litige porte sur le point de savoir si la restitution du montant réclamé par les recourantes à raison de traitements jugés non économiques prodigués par l'intimé durant l'année 1996 est fondée. Le jugement entrepris expose correctement les règles légales et la jurisprudence applicables au présent cas, en précisant à juste titre que la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) n'est en revanche pas applicable puisqu'elle n'était pas en vigueur à l'époque des faits déterminants du point de vue juridique (ATF 131 V 9 consid. 1 p. 11 et les références). Il suffit donc d'y renvoyer.

On ajoutera que dans un arrêt récent du 9 octobre 2006, publié aux ATF 133 V 37, le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence concernant le recours à la méthode statistique (ou méthode de comparaison des coûts moyens) lors de l'examen de l'économicité du traitement médical, en ce sens que c'est l'indice de l'ensemble des coûts qui est en principe déterminant, les domaines des frais médicaux et des frais de médicaments ne devant plus être examinés séparément.
4.
Dans un premier moyen, les recourantes reprochent de manière générale au tribunal arbitral d'avoir accordé une portée déterminante à l'expertise analytique du Professeur B._____ au détriment de la méthode statistique à laquelle il y aurait lieu d'accorder la priorité selon la jurisprudence.

Ce grief est mal fondé. Comme l'a en effet retenu à juste titre le Tribunal arbitral, si le Tribunal fédéral a donné la préférence, notamment pour des raisons pratiques et par économie de procédure, à la méthode statistique, il n'en demeure pas moins que l'emploi de la méthode analytique - laquelle consiste à examiner concrètement toutes les rubriques d'une note d'honoraires en vue de constater si les mesures diagnostiques et thérapeutiques entreprises sont justifiées (ATF 119 V 448 consid. 4d p. 454; Eugster, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, thèse Zurich 2003, p. 74) - ou une combinaison des deux méthodes restent également licites. Selon la jurisprudence - du reste citée par les recourantes (arrêt K 148/04 du 2 décembre 2005, consid. 3.2 in fine) -, les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen (consid. 4.1 non publié de l'ATF 133 V 37; consid. 6 non publié de l'ATF 130 V 377; ATF 119 V 448 consid. 4d). Aussi, le Tribunal arbitral était-il fondé à examiner l'économicité de la pratique médicale de l'intimé sur la base des données statistiques fournies par les recourantes en combinaison avec les résultats de l'expertise de type analytique
qu'il avait mise en oeuvre.
5.
5.1 Examinant les conclusions de l'expertise du 18 janvier 2005, complétées le 9 mars 2006, les premiers juges ont retenu que sur les trente dossiers examinés, l'expert avait relevé que deux traitements seulement étaient injustifiés. En ce qui concerne les douze autres dossiers dont les traitements paraissaient discutables, le Professeur B._____ avait d'abord émis un avis très prudent - «certaines des situations pourraient entrer dans la définition d'une pratique non-économique» -, puis avait encore nuancé son évaluation dans le complément d'expertise, en admettant que les cas discutés avec l'intimé ne relevaient pas de la polypragmasie. Des constatations de l'expert, le Tribunal arbitral a conclu que la moyenne plus élevée des frais médicaux de l'intimé s'expliquait par la complexité clinique de certains cas transmis par ses collègues en raison de son équipement de haute technologie. Au surplus, les premiers juges avaient acquis la conviction que le docteur D._____ pratiquait avant tout une médecine de prévention en fonction des facteurs de risques que présentaient ces patients et en aucun cas une médecine dispendieuse susceptible de constituer un cas de polypragmasie au sens de

la jurisprudence.
5.2 Les recourantes contestent les constatations de fait des premiers juges - qui lient en principe la cour de céans (supra consid. 2) - en ce qui concerne le nombre des dossiers analysés par l'expert portant sur des actes médicaux qui auraient été accomplis de manière injustifiée et la complexité clinique de certains cas dont s'était occupé l'intimé.

A cet égard, le Professeur B._____ est arrivé à la conclusion que pour deux patients la réalisation d'examens complémentaires paraissait injustifiée, tandis que pour huit autres (douze cas au départ, dont quatre ont été exclus après discussion avec l'intimé), elle semblait discutable. De manière générale, l'expert a également retenu qu'il n'y avait pas d'évidence de multiplication répétée et abusive d'actes médicaux dans la pratique de l'intimé. Dans son complément d'expertise, il a par ailleurs expliqué que la moyenne plus élevée des frais médicaux du docteur D._____ sur l'échantillon examiné pouvait en partie s'expliquer par la complexité clinique de certains cas référés par ses collègues. Au regard de ces éléments, les constatations des premiers juges selon lesquelles seuls deux cas de traitements injustifiés avaient été révélés et sur la justification des coûts moyens plus élevés tirée de la complexité clinique de certains cas soumis à l'intimé n'apparaissent pas manifestement inexactes.
5.3 Les recourantes reprochent ensuite aux premiers juges de n'avoir pas déduit des conclusions de l'expertise du 18 janvier 2005 que la pratique du docteur Daou contrevenait au principe d'économicité, alors qu'elles confirmaient les statistiques du CAMS.

Si l'expert a effectivement conclu que les statistiques extraites de l'échantillon examiné ne différaient pas fondamentalement de celles du CAMS, il a cependant précisé que celles-ci ne portaient que sur un chiffre global ne permettant pas de faire apparaître les coûts relatifs à différents postes, tels que bilans cardiologique, radiologiques, examens de laboratoire ou consultations, et que pour une comparaison pertinente avec les frais en cause, il aurait été nécessaire de disposer de l'ensemble des frais directs et indirects des médecins du groupe auxquels l'intimé avait été mesuré. Dans le complément d'expertise, le Professeur B._____ a par ailleurs nuancé ses conclusions initiales en indiquant être resté très prudent, dans son rapport du 18 janvier 2005, en retenant que certaines des situations examinées «pourraient» entrer dans la définition d'une pratique non économique. Il a également précisé que les cas discutés avec l'intimé n'entraient pas dans cette définition et justifié en partie la moyenne plus élevée des frais médicaux du docteur D._____ par la complexité clinique de certains cas traités. Dans ces circonstances, l'argumentation des recourantes fondée sur les considérations de l'expert liées aux statistiques du
CAMS, sans prendre en considération les conclusions complémentaires du Professeur B._____, n'est pas convaincante.
5.4 Quant à la critique des recourantes liée à l'«utilisation excessive» des installations techniques dont est équipé le cabinet de l'intimé, elle n'apparaît pas fondée au regard des conclusions de l'expert qui parle de «quelques cas» pour lesquels la justification de certaines investigations cardiologiques ne semblait pas explicite à partir du dossier médical.
5.5 Vu ce qui précède, les premiers juges étaient en droit de retenir que l'existence de la polypragmasie dans la pratique médicale du docteur D._____ en 1996 n'avait pas été établie au degré de la vraisemblance prépondérante, compte tenu en particulier de l'expertise de type analytique au dossier. Il n'apparaît dès lors pas nécessaire d'examiner plus avant le point de savoir si l'analyse statistique produite par les recourantes en procédure arbitrale répond aux exigences posées par la récente jurisprudence (supra consid. 3).
6.
La présente procédure, qui n'a pas pour objet l'octroi ou le refus de prestations d'assurance (supra consid. 2), est onéreuse (art. 132 OJ a contrario). Les frais de justice seront dès lors supportés par les recourantes, qui succombent (art. 156 al. 1 en corrélation avec l'art. 135 OJ). Compte tenu de l'issue du litige, l'intimé a droit à des dépens à la charge des recourantes (art. 159 al. 1 OJ).
Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:

1.
Le recours de droit administratif est rejeté.
2.

Les frais de justice, d'un montant de 8000 fr., sont mis à la charge des recourantes et sont compensés avec l'avance de frais, d'un même montant, qu'elles ont effectuée.
3.
Les recourantes verseront à l'intimé la somme de 2500 fr. (y compris la taxe à la valeur ajoutée) à titre de dépens pour l'instance fédérale.
4.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud et à l'Office fédéral de la santé publique.
Lucerne, le 16 juillet 2007
Au nom de la IIe Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse
Le Président: La Greffière: