

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 18 janvier 2024

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Baumgartner et Antonazzo, arbitres
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

1. **CSS KRANKENVERSICHERUNG AG**, à Lucerne,
2. **INTRAS KRANKENVERSICHERUNG AG**, c/o CSS Gruppe, à Lucerne,
3. **ARCOSANA AG**, c/o CSS Gruppe, à Lucerne,
4. **SANAGATE AG**, c/o CSS Gruppe, à Lucerne,
5. **SUPRA-1864 SA**, c/o Groupe Mutuel, à Martigny,
6. **PHILOS ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny,
7. **MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA**, c/o Groupe Mutuel, à Martigny,
8. **AVENIR ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny,
9. **AMB ASSURANCES SA**, à Le Châble,
10. **EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny,
11. **CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA**, à Lucerne,

12. **KPT/CPT CAISSE MALADIE SA**, à Berne,
13. **ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG AG**, à Berne,
14. **SODALIS GESUNDHEITSGRUPPE**, à Viège,
15. **CAISSE MALADIE DE LA VALLÉE D'ENTREMONT SOCIÉTÉ COOPÉRATIVE**, à Orsières,
16. **SWICA ASSURANCE MALADIE SA**, à Winterthur,
17. **ASSURA-BASIS SA**, à Pully,
18. **VISANA AG**, à Berne,
19. **SANA24 AG**, à Berne,
20. **VIVACARE AG**, à Berne,

demanderes, toutes représentées par tarifsuisse SA, agissant par Me Elodie Surchat, avocate à Bulle,

et

G. _____, à [...], défendeur, représenté par Me Patrick Spinedi, avocat à Genève.

Art. 32 al. 1, 43, 44, 56, 89 LAMal ; 25 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** G._____ (ci-après également : le défendeur) est titulaire d'un diplôme de médecine obtenu en Roumanie et d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie acquis en Suisse. Il exploite le « Centre de Psychiatrie & Psychothérapie [...] » à [...] sous la forme d'une société à responsabilité limitée. Il facture ses prestations aux assureurs-maladie sous le numéro de registre des comptes-créanciers (RCC) U480122.

b) Par courrier du 31 juillet 2019, B._____, pour les demanderesses, a informé G._____ avoir constaté qu'il avait facturé d'octobre 2017 à novembre 2018 des prestations en psychothérapie déléguée dépassant la limitation des 100 heures par semaine. Elle l'a invité à prendre position, respectivement à l'informer si d'autres médecins spécialisés en psychiatrie et psychothérapie facturaient des prestations sous son numéro de registre des codes créanciers (ci-après : RCC).

c) Le 3 octobre 2019, G._____ a, par l'intermédiaire de Me Patrick Spinedi, avocat à Genève, répondu, s'agissant du dépassement de la limite des 100 heures par semaine, que, dans la mesure où il convenait uniquement de prendre en compte le temps passé en présence du patient, il y avait lieu de constater que les dépassements de temps avaient été très limités et avaient parfois été compensés par des périodes au cours desquelles la thérapie déléguée s'était située en-deçà de la limite des 400 heures par mois. Il convenait par ailleurs de tenir compte du fait que le nombre d'heures de thérapie déléguée était imprévisible. En effet, il se pouvait qu'un psychothérapeute tombe malade et qu'il doive annuler des rendez-vous ; à l'inverse, il se pouvait qu'un patient ait subitement besoin d'un nombre de séances plus important en fonction de sa situation personnelle. Cette absence de prévisibilité, propre à la psychothérapie

déléguée, rendait difficile le respect absolu et régulier de la limite des 100 heures.

d) Par courrier du 9 octobre 2019, B._____ a pris acte de la réponse de G._____. Elle a toutefois considéré que la psychothérapie déléguée était limitée, selon le chapitre dédié du TARMED, « au maximum par médecin à 4 thérapeutes et/ou 100 heures par semaine » et que les 100 heures se référaient à toutes les positions de ce chapitre. Cette règle avait été conçue pour qu'un psychiatre puisse assumer la supervision de la psychothérapie déléguée. Une compensation entre les mois où il y avait un dépassement et les mois où la limite n'était pas atteinte n'était par conséquent pas possible et contraire au principe de limitation hebdomadaire. S'il est vrai que le domaine de la psychothérapie pouvait faire face à des situations imprévisibles, chaque psychiatre était néanmoins libre d'organiser ses heures de psychothérapie déléguée afin d'avoir une certaine marge de manœuvre en cas d'imprévus, ainsi que de mettre en place un système informatique lui permettant de mieux gérer le nombre d'heures de psychothérapie déléguée.

e) Dans ses déterminations du 15 novembre 2019, G._____ a estimé pour sa part que les prestations effectuées en l'absence du patient, soit les positions du TARMED 001.02.0250 (« Consultation téléphonique par le psychologue ou le psychothérapeute délégué ») et 001.02.0260 (« Prestation en l'absence du patient par le psychologue ou psychothérapeute délégué ») ne devaient pas être incluses dans le calcul des 100 heures de psychothérapie déléguée. De même, une compensation des heures de travail devait pouvoir être effectuée, dès lors que le but de la limite des 100 heures était de permettre au psychiatre de surveiller les cas faisant l'objet d'une délégation, ce qu'il avait toujours été en mesure de faire.

f) Dans l'intervalle, G._____ a déposé une demande d'interprétation au sujet de la règle des 100 heures auprès de la Commission paritaire d'interprétation (ci-après : CPI). De son côté, B._____ a, en réponse à cette démarche, indiqué que la règle était claire

et que la CPI n'était pas compétente pour changer la structure du TARMED.

g) Par courrier du 18 mai 2020, G._____ a informé B._____ qu'un autre psychiatre, à savoir le docteur F._____, avait travaillé de janvier 2017 à décembre 2018 au sein de son cabinet et avait utilisé le même numéro RCC que lui. Ce médecin occupait une fonction de psychiatre indépendant et supervisait également des suivis de patients en psychothérapie déléguée. Aussi semblait-il important que l'analyse effectuée par B._____ soit revue, afin de distinguer les heures qu'il avait personnellement facturées et celles facturées par le docteur F._____.

h) Par courrier du 26 mai 2020, B._____ a demandé des éclaircissements au sujet de l'activité exercée par le docteur F._____ au sein du cabinet de G._____ ainsi que tout document propre à étayer les faits allégués.

i) G._____ n'a pas donné suite à ce dernier courrier.

B. **a)** Par demande du 10 juillet 2020 (timbre postal), V._____ ainsi que les dix-neuf autres assureurs-maladie susmentionnés, tous représentés par B._____, ont ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud (ci-après : Tribunal arbitral des assurances) et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que G._____ soit condamné à leur rétrocéder un montant de 120'719 fr. 26. En substance, les demanderesses exposaient que le psychiatre, qui pratiquait la psychothérapie déléguée, devait être en mesure de la planifier et de fournir la surveillance correspondante, en tenant compte des urgences et des imprévus. Il n'était donc pas acceptable, exception faite des situations de catastrophe, qu'un psychiatre ignore la règle des 100 heures par semaine en renvoyant à de prétendues urgences qui rendraient difficile la planification de la surveillance médicale. La règle des 100 heures par semaine portait par ailleurs sur toutes les prestations du chapitre du TARMED intitulé « Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical ». Il s'ensuivait que les prestations effectuées en l'absence du

patient faisaient partie intégrante de la psychothérapie. Enfin, seules 48 semaines d'activités pouvaient être facturées, dès lors que la psychothérapie déléguée supposait que l'activité ait lieu dans le cabinet du médecin, sous sa surveillance et sa responsabilité, et qu'il n'était pas imaginable qu'un médecin, qui exerce une activité aussi éprouvante émotionnellement, ne « décompresse » pas en prenant, par exemple, des vacances.

b) Par ordonnance du 13 août 2020, le président du Tribunal arbitral des assurances a, avec l'accord des parties, suspendu la procédure jusqu'à l'issue de la procédure de conciliation introduite simultanément devant la Commission paritaire cantonale SVM [Société vaudoise de médecine]-santésuisse (ci-après : Commission paritaire SVM-santésuisse).

c) Le 5 février 2021, le président du Tribunal arbitral des assurances a ordonné la reprise de la procédure à la suite de l'échec de la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse et requis de la part de G._____ le dépôt d'une réponse.

d) Dans sa réponse du 8 mars 2021, G._____ a conclu à l'irrecevabilité de la demande, respectivement à son rejet. A l'appui de ses conclusions, il relevait notamment que B._____ n'avait déposé sa demande de restitution que le 8 juillet 2020, soit tardivement, puisqu'elle aurait dû agir dans un délai d'un an à compter de la connaissance des faits, si bien que la demande devait être déclaré irrecevable. Les décomptes sur lesquels B._____ fondait sa demande n'étaient par ailleurs pas clairs. Bien qu'il ait demandé à plusieurs reprises des informations permettant de contrôler les chiffres avancés, il n'avait reçu de la part de B._____ que des tableaux qui contenaient des contradictions. Ceux-ci ne tenaient en outre pas compte de la présence du docteur F._____ au sein de son cabinet pendant la période de janvier 2017 à décembre 2018 et du fait que ce dernier avait utilisé le même numéro RCC que lui. Pour le reste, il rappelait que les règles du TARMED applicables en matière de psychothérapie déléguée étaient tout sauf

claires. A son avis, partagé par la Commission de psychothérapie déléguée et par la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, seules comptaient les heures facturées en présence du patient et une compensation pouvait avoir lieu en cas de dépassement de la limite des 100 heures.

e) Dans des déterminations spontanées du 16 février 2022, G. _____ a informé le Tribunal arbitral des assurances de l'existence d'un arrêt du Tribunal arbitral des assurances bernois, dont il ressortait, d'une part, que la limite des 100 heures de psychothérapie déléguée par semaine était valable sur cinquante-deux semaines (et non pas quarante-huit) et, d'autre part, que la compensation sur l'année des heures accomplies était admissible.

f) Le 9 mai 2022, le président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à l'issue de laquelle aucun accord n'a pu être trouvé entre les parties. A cette occasion, le président du Tribunal arbitral des assurances a demandé à B. _____ et à G. _____ de compléter certains de leurs allégués.

g) Par écriture du 8 juin 2022, B. _____, désormais représentée par Me Elodie Surchat, avocate à Bulle, a explicité les données statistiques employées pour calculer le montant réclamé à titre de restitution.

h) Dans ses déterminations du 4 octobre 2022, G. _____ a explicité la situation des différents psychothérapeutes qu'il a employé durant la période litigieuse, tout en contestant le bien-fondé des données statistiques employées par B. _____.

i) B. _____ et G. _____ ont déposé des déterminations complémentaires les 28 novembre 2022 et 16 janvier 2023.

j) Le 4 mai 2023, le président du Tribunal arbitral des assurances a invité G. _____ à produire les contrats de travail des

psychothérapeutes engagés dans son cabinet en 2018, le contrat le liant au docteur F._____ en 2018, ainsi que toute pièce en vue d'établir l'activité effective de ce médecin dans son cabinet en 2018.

k) Par courrier du 19 juin 2023, G._____ a, entre autres documents, produit plusieurs contrats de travail de psychothérapeute ainsi que deux documents intitulés « Formulaire d'instruction à la caisse des médecins » et « Accord complémentaire compte technique » destinés à attester de sa collaboration avec le docteur F._____.

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 vaudois du 13 novembre 2007 ; BLV 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 cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 l'art. 115 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 civile 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 LPA-VD). Il n'examine pas d'office toutes les hypothèses de fait ni tous les arguments juridiques envisageables à l'appui des conclusions de l'une ou l'autre des parties, mais se limite aux faits allégués et arguments soulevés et, à défaut, n'examine d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier.

c) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur l'action en restitution déposée le 10 juillet 2020 et la demande est recevable sur le plan formel.

2. A titre liminaire, il convient d'examiner divers griefs formels soulevés par le défendeur à l'encontre du déroulement de la procédure.

a) Dans un premier grief, le défendeur estime que la procédure de conciliation devant la commission paritaire cantonale SVM-santésuisse dont l'audience s'est tenue le 17 novembre 2020 a été entachée d'un vice de forme, dans la mesure où elle s'est déroulée par vidéo-conférence alors qu'il avait expressément demandé son report et la tenue d'une audience en présentiel. Il est ainsi d'avis que le Tribunal arbitral des assurances ne doit pas entrer en matière sur la demande.

aa) Dans diverses lois fédérales en matière d'assurances sociales, la procédure de conciliation préalable est expressément mentionnée (art. 57 al. 3 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20], art. 27 al. 3 LAM [loi fédérale du 19 juin 1992 sur l'assurance-militaire ; RS 833.1], art. 27^{quinquies} al. 5 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]) et la saisine préalable de l'organisme de conciliation conventionnel, lorsqu'il existe, est une condition de recevabilité (« Prozessvoraussetzung ») prévue par le droit public fédéral ; en d'autres termes, le Tribunal arbitral ne peut pas entrer en matière sur une action qui n'a pas été précédée par la procédure conventionnelle de conciliation (ATF 119 V 309 consid. 1 et 2 et les arrêts cités). Il n'en va pas ainsi dans le domaine de l'assurance-maladie, dès lors que la LAMal ne fixe pas une telle exigence. Quant au droit public cantonal vaudois, il n'impose pas, avant l'ouverture de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances, une procédure préalable de conciliation devant un organisme conventionnel (cf. art. 115 LPA-VD). Certes, l'art. 2 al. 3 de l'annexe E à la Convention tarifaire cantonale (TARMED) entre la Société vaudoise de médecine et santésuisse prévoit que la Commission paritaire cantonale a pour tâche, notamment, de tenter la conciliation en cas de litige entre médecins et assureurs maladie ayant adhéré à la convention tarifaire cantonale avant toute saisine du Tribunal arbitral cantonal. Elle ne constitue toutefois rien d'autre qu'un instrument à disposition des parties en vue de régler leur litige sans saisir le Tribunal arbitral des assurances. On ne saurait en conclure, en revanche, que la saisine de cette commission serait obligatoire, ne serait-ce qu'en vue d'une conciliation préalable à toute demande devant le Tribunal arbitral des assurances. Il importe donc peu,

dans la présente affaire, que la procédure de conciliation devant la Commission paritaire cantonale ait pu être entachée d'un vice de forme, ladite procédure ne constituant pas une condition préalable nécessaire à la validité de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances.

bb) Au demeurant, il n'y a pas lieu de suivre le défendeur lorsqu'il soutient qu'aucun échange n'aurait pu avoir lieu au cours d'une audience de conciliation qui n'aurait duré que quelques minutes. Il ressort en effet du procès-verbal de la séance du 17 novembre 2020 que l'audience a duré 45 minutes, que les parties ont été entendues et que la conciliation a été tentée sans toutefois aboutir. Le Tribunal peine par ailleurs à comprendre – et le défendeur ne fournit aucune explication à ce sujet – en quoi la tenue d'une audience en présentiel aurait permis des échanges plus fructueux qu'une audience par vidéo-conférence, dont il y a lieu de rappeler qu'elle a été tenue sous cette forme en raison de la crise sanitaire liée au Covid-19.

cc) Mal fondé, le grief doit par conséquent être écarté.

b) Dans un second grief, le défendeur conteste la validité formelle des réponses données par les demanderesses à ses allégués dans leur écriture du 28 novembre 2022, en tant qu'elles contiendraient des allégations factuelles nouvelles qui auraient dû être retranscrites dans un chapitre dédié. Il demande par voie de conséquence à ce que les développements concernés soient déclarés irrecevables et écartés de la procédure.

aa) Les faits doivent être contestés dans la réponse (art. 222 al. 2, 2^e phrase, CPC) et, pour les faits allégués par le défendeur, en règle générale, dans la réplique, car seuls les faits contestés doivent être prouvés (art. 150 al. 1 CPC). Une contestation en bloc (pauschale Bestreitung) ne suffit pas (ATF 144 III 519 consid. 5.2.2.1).

bb) Il suffit généralement de contester les allégués adverses – de façon précise, sur chaque fait isolément (« im Einzelnen ») –, sans

devoir en donner la raison, ni collaborer à l'administration des preuves. Dans certaines circonstances exceptionnelles, il est toutefois possible d'exiger de la partie adverse qu'elle concrétise sa contestation (charge de la motivation de la contestation ; Substanziierung der Bestreitungen ; onere di sostanziare la contestazione), de façon que le demandeur puisse savoir quels allégués précis sont contestés et, partant, puisse faire administrer la preuve dont le fardeau lui incombe ; plus les allégués du demandeur sont motivés, plus les exigences de contestation de ceux-ci par la partie adverse sont élevées (ATF 144 III 519 consid. 5.2.2.3 ; 141 III 433 consid. 2.6 ; TF 4A_261/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.3 in fine).

cc) En l'occurrence, les demanderesses ont, dans leurs déterminations du 28 novembre 2022, fait le choix, quand bien même elles n'étaient pas tenues de le faire, d'explicitier les raisons pour lesquelles elles contestaient les faits allégués par le défendeur, en énonçant les faits concrets justifiant leur position et en présentant des contre-preuves. Contrairement à ce que soutient le défendeur, il ne s'agit pas là d'allégations factuelles nouvelles mais de simples réponses à des allégués. Cette manière de faire est parfaitement conforme aux règles de la procédure civile ordinaire, applicables par analogie à la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances (cf. supra consid. 1b).

dd) Mal fondé, le grief doit également être écarté.

3. a) Le litige a pour objet le point de savoir si B._____, pour les demanderesses, est en droit d'exiger le remboursement par le défendeur d'un montant de 120'719 fr. 26 qu'il leur aurait facturé à tort pour l'année 2018 au titre de la psychothérapie déléguée.

b) Compte tenu de l'objet du litige, il n'y a pas lieu de s'intéresser et encore moins de tenir compte de la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues, dès lors qu'elle est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2022, soit bien postérieurement aux faits litigieux.

4. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal. Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal).

b) Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal). La LAMal est régie par le principe que les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et exerçant en pratique privée doivent fournir personnellement leurs prestations. Le traitement médical est donc en principe la prestation médicale fournie personnellement par le médecin (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^{ème} éd. 2016, p. 524 n° 384). Le médecin a la faculté de confier, dans une certaine mesure, l'exécution d'examens et de traitements au personnel paramédical qu'il emploie ; cela s'applique également à la psychothérapie déléguée (ATF 125 V 441).

5. a) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Il peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 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 santé suisse ont adopté le 5 juin 2002 la Convention-cadre TARMED, qui introduit une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse (ci-après : structure tarifaire TARMED), pour les prestations des médecins exerçant en pratique privée et ceux fournissant des prestations selon les formes d'assurance particulière (HMO, modèle de médecin de premier recours, etc.) (art. 1 et 2 de la Convention-cadre TARMED). En raison de différends entre les partenaires tarifaires sur l'adaptation de la convention, le Conseil fédéral a édicté, le 20 juin 2014, l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), qu'il a par la suite adaptée régulièrement. Cette ordonnance définit la Convention-cadre TARMED, avec les adaptations apportées par le Conseil fédéral, selon son annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse (art. 2 de l'ordonnance). La structure tarifaire TARMED contient des dispositions qui garantissent la qualité des prestations non seulement en termes d'économicité, mais également d'efficacité et d'adéquation, notamment en réservant certaines prestations à des médecins disposant d'une formation spécialisée. Le chiffre 10 du chapitre « Interprétations générales » précise ainsi, sous le titre « Valeur intrinsèque », que « [l]es 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^{er} avril 2021).

c) La structure tarifaire TARMED prévoit que les différentes prestations relevant de la psychiatrie et de la psychothérapie (sous chapitre 02), ne peuvent être facturées que par des médecins disposant d'un titre FMH de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ou d'un titre étranger reconnu comme équivalent en Suisse. Des prestations de psychothérapie déléguée, effectuées par un psychologue, peuvent par ailleurs être facturées aux conditions prévues par le chapitre 02.03. La psychothérapie déléguée est notamment limitée « au maximum par médecin à 4 thérapeutes et/ou 100 heures par semaine ». La Commission paritaire d'interprétation, 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 n° 13001 « Adaptation de l'IC-02.03-1 [Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical] », valable depuis le 1^{er} avril 2013).

6. a) D'après l'art. 56 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1). La rémunération des prestations qui dépassent les limites fixées par la loi peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56 al. 2 LAMal). Pensée pour la restitution à raison d'un traitement non économique, cette disposition est également applicable par analogie à d'autres situations où des prestations de l'assurance-maladie obligatoire ont été touchées de manière indue (TF 9C_571/2019 du 23 juillet 2020 consid. 2.2 ; 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2 ; 9C_258/2010 du 30

novembre 2011 consid. 5.4 et la référence ; GEBHARD EUGSTER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2^e éd. 2018, n° 28 ad art. 56 LAMal).

b) A teneur de l'art. 25 LPGA, applicable par analogie aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal, nonobstant le prescrit de l'art. 1 al. 2 let. e LAMal, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 1). Le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2 ; cf. sur l'application par analogie de l'art. 25 LPGA, TF 9C_525/2018 du 21 novembre 2018 consid. 3 ; 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 4 ; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2 ; ATF 133 V 579 consid. 3 et 4). Malgré la terminologie légale, il s'agit de délais (relatif ou absolu) de péremption et non de prescription (ATF 142 V 20 consid. 3.2.2 ; 133 V 579 consid. 4.1 ; TF 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 5.1). Ces délais ne peuvent par conséquent pas être interrompus. Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Là où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire et où, par conséquent, une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est sauvegardé par un acte préalable par lequel l'assureur-maladie fait valoir de manière appropriée sa créance en restitution des prestations contre le fournisseur de prestations. Si l'acte conservateur a été accompli, le délai se trouve sauvegardé, cela une fois pour toutes (TF 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 5.1 et les références).

7. En premier lieu, il convient d'examiner la question de la péremption du droit de réclamer la restitution.

a) D'après le défendeur, les demanderesses auraient dû avoir connaissance des faits sur lesquels elles ont fondé leur demande de restitution au plus tard à la fin de l'exercice comptable litigieux, soit le 31 décembre 2018, voire le 31 mars 2019. Aussi auraient-elles dû agir en restitution le 31 mars 2020 au plus tard. Déposée le 8 juillet 2020, la demande était par conséquent tardive.

b) De jurisprudence constante, le délai de péremption commence à courir au moment où la statistique des factureurs (Rechnungssteller-Statistik ; RSS) de D._____ est portée à la connaissance des assureurs-maladie, quelle que soit la méthode - statistique ou analytique - sur laquelle se fonde la remise en cause du caractère économique des prestations dispensées (TF 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2 ; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2). Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Si l'acte conservateur a été accompli, le délai se trouve sauvegardé, cela une fois pour toute (TF 9C_593/2021 du 6 septembre 2022 consid. 3.3.2 ; 9C_778/2016 du 15 décembre 2017 consid 5.1 et les références).

c) En l'espèce, les statistiques des factureurs établies par D._____ relatives à l'année 2018 ont été portées à la connaissance des demanderesses au plus tôt le 17 juillet 2019, ainsi que l'atteste le courrier adressé à santésuisse par D._____. Il s'ensuit que la présente demande, déposée le 10 juillet 2020, a été introduite à temps. On relèvera à cet égard qu'aucune des pièces du dossier ne permet d'envisager la publication antérieure desdites statistiques et par conséquent la péremption du droit de demander la restitution à la date à laquelle la demande a été déposée. Les arguments développés devant le Tribunal de céans ne consistent qu'en des suppositions ou hypothèses, sans fondement, ne démontrant pas que tel aurait été le cas. Le grief tiré de la péremption de la demande en restitution est par conséquent mal fondé.

8. Sur le fond, les demanderessees considèrent que le défendeur est en droit de facturer un maximum de 100 heures par semaines, 48 semaines par année, au titre des prestations de psychothérapie déléguée prévues dans le chapitre 02.03 du TARMED.

a) S'il n'est pas contesté que la psychothérapie déléguée est limitée à 100 heures par semaine au maximum, rien ne précise si elle est autorisée pendant 52 semaines par an ou uniquement pendant une période plus courte. Ainsi, une limitation dans le sens invoqué par les demanderessees ne trouve aucune assise dans le chapitre 02.03 du TARMED, pas plus d'ailleurs que dans l'art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal et les art. 2 et suivants de l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). A cet égard, le président de la Commission pour la psychothérapie déléguée a, dans ses courriels des 19 et 20 octobre 2019 adressés au représentant du défendeur, indiqué que « [d]ie 100 Std pro Woche sind das ganze Jahr gerechnet. Wenn dem nicht so wäre, müsste es im Tarmed entsprechend definiert sein ».

b) L'obligation faite au médecin déléguant d'assumer la supervision de la psychothérapie déléguée ne parle pas en faveur d'une limitation à 48 semaines par année. Ainsi que cela est précisé au chapitre 02.03 du TARMED (voir également le ch. 6 de l'annexe G du concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED [dans sa version applicable depuis le 18 mars 2018]), la délégation est possible si l'obligation de surveillance du médecin déléguant est garantie. Contrairement à ce que soutiennent les demanderessees, il n'est nullement précisé que la surveillance de la thérapie requiert une « proximité spatiale indirecte ». A cet égard, le Tribunal fédéral a précisé, à l'ATF 107 V 46 (consid. 5), que des entretiens réguliers du médecin avec le thérapeute délégué et le patient ou d'éventuelles mesures de surveillance médicale plus poussées permettent d'avoir un aperçu suffisant du déroulement de la thérapie et offrent une garantie suffisante que le médecin peut influencer le traitement en cours par des instructions appropriées. Aussi, une surveillance de l'activité des thérapeutes apparaît également possible

en cas d'absence, voire de séjour du médecin à l'étranger, compte tenu en particulier des possibilités actuelles de communication et de remplacement du médecin concerné (cf., pour le canton de Vaud, l'art. 85 al. 1 LSP [loi cantonale vaudoise du 29 mai 1985 sur la santé publique ; BLV 800.01]). On peut également attendre du médecin, en fonction de la vulnérabilité du patient, qu'il intègre dans le schéma thérapeutique les problèmes liés à son absence du cabinet.

c) Contrairement à l'avis du défendeur, les 100 heures par semaine comprennent également des prestations en l'absence du patient. Le chapitre 02.03 du TARMED n'opère en effet pas de distinction entre les prestations en présence et celles en l'absence du patient (voir également le ch. 6 de l'annexe G du concept sur la reconnaissance des unités fonctionnelles TARMED [dans sa version applicable depuis le 18 mars 2018]). Au contraire, le fait que, selon l'al. 3 de cette disposition tarifaire, les documents relatifs à la psychothérapie déléguée (certificats, rapports, demande) doivent être visés par le médecin constitue une concrétisation de l'obligation de surveillance, en précisant que ladite obligation couvre toutes les activités du psychothérapeute, y compris également les activités en l'absence du patient (telles que, notamment, la rédaction d'un rapport).

d) Sur la base de ce qui précède, il y a lieu de retenir qu'un médecin peut facturer un maximum de 100 heures de psychothérapie déléguée par semaine pendant 52 semaines par an. Ce seuil ne saurait toutefois être dépassé, faute de quoi il y aurait violation du tarif. Ceci vaut également lorsqu'il existe une ou des garanties de paiement accordées par les assureurs-maladie ; la coordination et la responsabilité en matière de respect de la limite incombent alors au médecin, car il est le seul à avoir une vue d'ensemble de la situation. Il n'y a pas lieu d'examiner plus avant la problématique posée par les situations dans lesquelles la limite des 100 heures hebdomadaires ne pourrait ponctuellement pas être respectée, singulièrement la question de la compensation des heures. Dans la mesure où les demanderesse ont établi leur décompte sur une base annuelle – et non sur une base hebdomadaire –, il y a lieu de s'en

tenir à une valeur moyenne. Si elles entendaient que le Tribunal arbitral des assurances examine la question du bien-fondé du dépassement ponctuel de la limite hebdomadaire des 100 heures, il leur aurait appartenu d'établir au préalable, décompte à l'appui, que le défendeur avait concrètement enfreint cette règle, ce qu'elles n'ont pas fait.

9. Il n'y a pas lieu de suivre le défendeur lorsque celui-ci soutient qu'il a facturé, par le biais de son numéro RCC, des prestations de psychothérapie déléguée délivrées au sein de son cabinet par le docteur F._____ entre les mois de janvier 2017 et novembre 2018. Malgré les requêtes expresses des demandereses (courrier du 26 mai 2020) et du Président du Tribunal arbitral (courrier du 4 mai 2023), il n'a produit aucun document (décompte d'heures ; contrat de collaboration avec le docteur F._____ ; contrats entre le docteur F._____ et les thérapeutes délégués ; factures [anonymisées] prouvant que le docteur F._____ a facturé des prestations de psychothérapie déléguée sous le numéro RCC du défendeur ; preuve d'une rétrocession d'honoraires) permettant d'attester objectivement la prétendue activité exercée par le docteur F._____. A cet égard, les deux seuls documents produits par le défendeur, intitulés « Formulaire d'instruction à la caisse des médecins » et « Accord complémentaire compte technique », attestent tout au plus de démarches administratives entreprises afin de permettre la facturation de prestations délivrées par le docteur F._____ ; ils ne permettent en aucune manière d'établir l'exercice d'une activité au sein du cabinet du défendeur et encore moins de définir l'objet et l'ampleur de la prétendue activité déployée.

10. Cela étant constaté, il convient d'examiner concrètement si le défendeur a dépassé la limite des 100 heures par semaine.

a) 100 heures par semaine correspondent à 6'000 minutes, ce qui, sur une année (52 semaines), équivaut à 312'000 minutes.

b) En 2018, le défendeur a facturé, d'après le décompte actualisé produit à l'appui de la demande (voir également les

déterminations des demanderessees du 8 juin 2022), 61'431 positions tarifaires à cinq minutes ainsi que 41'218 positions tarifaires à une minute, soit un total de 348'373 minutes. Le dépassement est par conséquent de 36'373 minutes.

c) Avec un point tarifaire de 2,49 par minute (cf. chapitre TARMED 02.0261) et une valeur du point tarifaire de 0,95 fr. (cf. le communiqué de presse du 13 mars 2018 de la Société vaudoise de médecine et B._____ relatif à la valeur du point TARMED pour les cabinets médicaux vaudois en 2018), le montant facturé en trop s'élève, pour l'année 2018, à 86'040 fr. 33 (36'373 x 2,49 x 0,95).

d) Pour le reste, il n'y a pas de raison de douter de la part de marché des demanderessees de 84,53 % en 2018, de sorte que le défendeur doit, au final, leur rembourser la somme de 72'729 fr. 90. La répartition interne de ce montant entre les demanderessees est de leur ressort (TFA K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 3.3).

11. Dans un dernier grief, le défendeur invoque le principe de la bonne foi, soutenant que la psychothérapie déléguée contient, par nature, une part d'imprévisibilité, si bien qu'un éventuel dépassement hebdomadaire ne pouvait être considéré comme intentionnel. Il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur le grief. Ainsi que cela a été précédemment souligné, la responsabilité en matière de respect du TARMED, respectivement de la limite hebdomadaire de 100 heures incombe au médecin, car il est le seul à avoir une vue d'ensemble de la situation.

12. a) Sur le vu de ce qui précède, la demande doit être partiellement admise et le défendeur condamné à restituer aux demanderessees la somme de 72'729 fr. 90.

b) Les frais de procédure sont fixé à 6'000 fr., compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1]), en corrélation avec les art. 45 et 49 al. 1

LPA-VD). Vu l'issue du litige, ces frais seront mis à la charge des demanderessees, pour un tiers, soit 2'000 fr., et du défendeur, pour deux tiers, soit 4'000 francs. Les frais sont compensés avec les avances de frais versées par les demanderessees.

c) Le défendeur versera aux demanderessees la somme de 3'000 fr. à titre de dépens partiels (art. 11 al. 1 et 2 TFJDA, en corrélation avec l'art. 55 LPA-VD), ainsi que la somme de 4'000 fr. à titre de remboursement de l'avance de frais versée.

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

- I. La demande est partiellement admise.
- II. G._____ est condamné à restituer aux demanderesses, solidairement entre elles, un montant de 72'729 fr. 90 (septante-deux mille sept cent vingt-neuf francs et nonante centimes) pour l'année 2018.
- III. Les frais de procédure sont arrêtés à 6'000 fr. (six mille francs) et mis à la charge des demanderesses, à concurrence de 2'000 fr. (deux mille francs), et de G._____, à concurrence de 4'000 fr. (quatre mille francs). Ces frais sont intégralement compensés avec les avances de frais versées par les demanderesses.
- IV. G._____ versera aux demanderesses la somme de 7'000 fr. (sept mille francs) à titre de dépens partiels ainsi que de restitution partielle d'avance de frais de procédure.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Surchat (pour B._____),
- Me Spinedi (pour G._____),
- 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 :