

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2206/2008

ATAS/1626/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL ARBITRAL  
DES ASSURANCES**

**Chambre 7**

**du 11 décembre 2009**

En la cause

Docteur B \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître DUCOR Philippe

demanderesse

contre

MUTUEL ASSURANCES, caisse-maladie membre du GROUPE  
MUTUEL, représentée par le GROUPE MUTUEL, sis Rue du  
Nord 5, Martigny

défenderesse

GROUPE MUTUEL, Rue du Nord 5, Martigny

Appelé en  
cause

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), domiciliés  
Rue Micheli-du-Crest 24, Genève, comparant avec élection de  
domicile en l'étude de Maître MARTIN-ACHARD Pierre

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Jean-Pierre DESJACQUES et Jacques-Alain  
WITZIG, Arbitres**

---

### EN FAIT

1. Madame B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, exploite un cabinet médical à titre permanent sis à Genève. A cet effet, Santésuisse, organisation faîtière des assureurs-maladie à l'échelon national, lui a attribué un code (n° R 0188.25) au registre des comptes créanciers (ci-après: RCC), l'autorisant à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS).
2. En 2006 et en 2007, Madame C \_\_\_\_\_, née en 1969, s'est rendue à la consultation de cette praticienne. Madame C \_\_\_\_\_ était assurée à cette époque - dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins - contre le risque maladie auprès de la caisse-maladie MUTUEL ASSURANCES (ci-après: la caisse-maladie ou la caisse), membre de l'association GROUPE MUTUEL. La Dresse B \_\_\_\_\_ a établi le 3 février 2007 une facture d'un montant total de 477 fr. 40 pour les prestations ambulatoires prodiguées en faveur de la patiente précitée du 12 décembre 2006 au 15 janvier 2007. La médecin traitante a adressé sa facture à la caisse-maladie, afin qu'elle procède au paiement de cette somme selon le système du tiers-payant.
3. Par courrier du 8 mai 2007, la caisse-maladie a informé la Dresse B \_\_\_\_\_ qu'elle refusait de prendre en charge un des montants portés en compte au titre de prestations fournies en l'absence du patient, correspondant à la position tarifaire TARMED n° 00.0140, soit celle du 12 décembre 2006 (prestation médicale en l'absence du patient [y compris l'étude de dossier, par période de cinq minutes]) à hauteur de 34 fr. 10. La caisse précisa qu'à cette date-là, l'assurée C \_\_\_\_\_ était hospitalisée aux Hôpitaux Universitaires Genevois (ci-après HUG) depuis le 5 décembre 2006, où elle avait séjourné jusqu'au 13 suivant, de sorte que l'assureur maladie ne pouvait pas rémunérer la prestation facturée pour des soins prodigués dans le cadre d'un traitement ambulatoire durant l'hospitalisation de la même personne. En effet, selon la législation fédérale régissant l'assurance obligatoire des soins (ci-après AOS), de tels coûts étaient compris dans le forfait journalier prévu lors d'une hospitalisation en division commune. Par conséquent, une prestation ambulatoire supplémentaire facturée durant l'hospitalisation d'une assurée en division commune ne pouvait pas être mise à la charge de l'assureur-maladie en plus du forfait journalier.
4. S'adressant à la caisse dans un courrier du 18 mai 2007, la Dresse B \_\_\_\_\_ précisa qu'elle avait ajouté une position n° 00.0140 (recte : 2 positions) en date du 12 décembre 2006, parce que *"les internes des HUG l'avaient dérangée alors qu'elle était en consultation avec un autre patient en l'appelant au numéro privé de son téléphone portable pour lui demander des renseignements et son avis à propos de cette patiente"*.

5. Dans une correspondance du 4 juin 2007, la caisse-maladie confirma en substance sa précédente position, relevant qu'il lui incombait certes, en tant qu'assureur maladie, de prendre en charge le forfait journalier stipulé selon la convention hospitalière conclue avec les HUG pour les assurés hospitalisés en division commune, mais qu'elle ne pouvait assumer d'autres frais. Elle releva à ce sujet que si le personnel médical employé par l'établissement hospitalier avait recours au médecin-traitant du patient pratiquant à titre indépendant dans le cadre d'un traitement stationnaire, il ne lui appartenait pas d'assumer de tels coûts supplémentaires non prévus par l'AOS.
  
6. Dans un courrier intitulé "*Facturation par le médecin traitant indépendant de prestations de résidents d'établissements médicaux sociaux ou lors d'hospitalisations*" adressé le 13 juin 2007 non pas à la caisse-maladie, mais à l'association GROUPE MUTUEL, le président de l'association des médecins du canton de Genève (ci-après AMG) a en substance contesté le point de vue de la caisse-maladie, au motif que le temps consacré, respectivement la totalité des prestations fournies par le médecin-traitant d'un patient hospitalisé dans le but de "*répondre aux demandes d'informations du médecin hospitalier en cours d'hospitalisation*" devai(en)t être rémunéré(s) sur la base de la position 00.0140 de la convention tarifaire TARMED. En outre, selon le président de cette association, la rémunération par l'assureur-maladie de ce genre de prestations au titre du traitement ambulatoire d'un patient hospitalisé se justifiait également en raison de l'importance du lien avec le médecin traitant pour la bonne conduite du traitement hospitalier. Or, ce lien ne s'interrompait pas le jour où le patient entrait à l'hôpital pour être rétabli dès son retour au domicile.
  
7. Dans une prise de position du 11 juillet 2007, l'association GROUPE MUTUEL a rappelé que:
  - a) l'art. 4 alinéa 1<sup>er</sup> de la convention d'hospitalisation en division commune conclue avec les HUG, valable en 2006, et, plus précisément l'annexe 1, prévoyaient le paiement d'un forfait journalier d'hospitalisation, lequel comprenait les frais de soins au sens des art. 24 à 31 LAMal, ainsi que les frais de pension de la personne assurée conformément à l'art. 49 al. 1<sup>er</sup> LAMal. De plus, en vertu de l'alinéa 3 du même art. 4, toute autre prestation prise en charge dans le cadre de la LAMal et fournie par des tiers sur demande des HUG, était comprise dans le forfait journalier fixé dans l'annexe 2 de dite convention ;
  
  - b) toutefois, dans la mesure où la prestation correspondant à la position n° 00.0140 constituait la rémunération du médecin indépendant pour le temps consacré à répondre aux questions formulées par les employés ou médecins assistants des HUG, elle méritait certainement d'être honorée, mais pas par l'assureur-maladie. La prise en charge de telles prestations incombait à l'établissement hospitalier concerné ;

---

c) par contre, s'agissant de la prise en charge de coûts du même genre, consécutifs aux renseignements demandés concernant des résidents en EMS, il eût fallu préciser de quel assuré il s'agissait afin d'être en mesure de répondre.

8. a) Par demande avec essai de conciliation préalable du 17 juin 2008, la Dresse B \_\_\_\_\_ s'est adressée au Tribunal arbitral concluant :

- à la condamnation, sous suite de dépens, de la caisse-maladie à ce qu'elle honore la prestation effectuée en l'absence de sa patiente C \_\_\_\_\_. le 12 décembre 2006, dans la mesure où elle l'avait facturée à titre de traitement ambulatoire durant l'hospitalisation de l'assurée aux HUG selon la convention tarifaire TARMED, au motif qu'une telle prestation est "*remboursable selon le Tarmed*" et que la convention d'hospitalisation HUG ne saurait lui être opposée, car seule s'applique la convention tarifaire TARMED, même en cas d'hospitalisation d'un patient, dans la mesure où c'est le médecin indépendant qui facture la position n° 00.0140;
- à ce qu'une décision d'interdiction de refuser de prendre en charge les prestations fournies à titre ambulatoire en l'absence du patient durant son hospitalisation aux HUG soit rendue par le Tribunal de céans. La demanderesse explique que le paiement des deux positions 00.0140 facturées le 12 décembre 2006 n'épuise par le litige, car elle entend obtenir une interdiction générale sur ce point, afin de palier au risque que les assureurs-maladie affiliés à l'association GROUPE MUTUEL ne l'obligent à devoir requérir le paiement de ses prestations par les HUG. Elle précise par ailleurs ne pas vouloir agir par le biais de la voie judiciaire pour se faire rémunérer "*à chaque fois qu'elle doit intervenir au sujet d'une hospitalisation en division commune aux HUG*". A ce propos, elle insiste sur l'importance pratique d'une telle condamnation, dès lors que d'autres assureurs refusent d'honorer des prestations effectuées en l'absence du patient en invoquant les conventions tarifaires d'hospitalisations conclues entre Santésuisse et les HUG, conformément à une circulaire intitulée "*Santésuisse Genève N° 12/07-Convention 2007*";
- à ce qu'une décision d'interdiction de faire prendre en charge par les HUG les coûts supplémentaires facturés selon la position tarifaire TARMED n° 00.0140 soit rendue, dès lors que lesdits coûts étaient généralement engendrés par les interventions et demandes des médecins-assistants des HUG auprès de médecins-traitants indépendants de patients hospitalisés en division commune aux HUG;
- à la condamnation de la caisse-maladie et de l'association aux frais et dépens.

b) A l'appui de ses conclusions, la demanderesse résume la chronologique des faits concernant le cas litigieux. Elle insiste sur le fait que d'autres assureurs-maladie refusent également de prendre en charge les coûts inhérents aux prestations fournies à titre ambulatoire par un médecin en l'absence du patient, lorsque celui-ci est hospitalisé en division commune, au motif que la facturation par les donneurs de soins selon la convention tarifaire TARMED constitue en réalité des coûts de traitement stationnaire supplémentaires, interdit par le législateur dans le cadre de l'AOS. Or, la convention tarifaire en question doit s'appliquer à tout traitement ambulatoire, indépendamment du fait que les soins, renseignements ou autres prestations ont été sollicités par le personnel des HUG durant l'hospitalisation d'un patient en division commune ou non.

c) Afin d'illustrer le bien-fondé des griefs formulés dans sa demande en paiement, la demanderesse produit la copie d'une prise de position adressée le 21 décembre 2007 par la caisse-maladie HELSANA Assurances SA au Dr D\_\_\_\_\_, médecin lui-aussi au bénéfice d'une spécialisation FMH en médecine interne pratiquant dans le canton de Genève. Dans cette correspondance, la caisse précitée communique son refus d'honorer la facture établie par ce médecin pour diverses consultations téléphoniques, visites à un patient âgé facturées au titre de traitement ambulatoire durant l'hospitalisation de ce patient aux HUG durant près de cinq mois, entre le 6 juillet et le 27 novembre 2007. Comme dans ce cas également les visites du médecin-traitant avaient été faites à la demande de l'hôpital, il appartenait à l'établissement hospitalier concerné de régler de tels honoraires. A ce courrier, était jointe une des factures controversées n° 15478, établie le 13 novembre 2007, dont il ressort que les consultations téléphoniques (positions TARMED n° 00.0110, 00.0120 et 00.0130), ainsi que des visites personnelles du Dr D\_\_\_\_\_ au patient durant l'hospitalisation, y compris les indemnités de déplacement correspondantes pour se rendre aux HUG [positions TARMED n° 00.0060, 00.0070, 00.0080 et 00.009], à hauteur de 767 fr. 25, concernaient la seule période comprise entre le 7 septembre et le 8 novembre 2007. S'appuyant sur cet autre exemple, la demanderesse note en substance que les cas concrets auxquels chaque praticien indépendant est régulièrement confronté dans l'exercice de sa profession sont fort divers et qu'il convient de rémunérer le médecin pour toutes les prestations fournies à titre ambulatoire durant l'hospitalisation d'un patient en division commune aux HUG, indépendamment du type d'intervention.

9. Les parties n'ayant pas réussi à trouver un terrain d'entente dans le cadre de la séance de conciliation du 19 septembre 2008, elles ont procédé par la suite à la désignation des arbitres devant constituer le Tribunal arbitral, lesquels, interpellés par la Présidente du Tribunal de céans, n'ont pas fait valoir de motifs de récusation.
10. a) Dans son mémoire de réponse du 17 novembre 2008, la caisse-maladie MUTUEL ASSURANCES conclut au rejet de la demande formulée par la demanderesse et à ce que cette dernière soit déboutée de toute autre conclusion. A

---

titre préliminaire et pour éviter tout malentendu, la défenderesse rappelle qu'elle est organisée sous forme d'une caisse-maladie, de sorte qu'elle seule - et non pas le GROUPE MUTUEL en tant qu'association regroupant divers assureurs - peut être valablement impliquée dans la présente procédure et revêtir la qualité de partie.

b) La caisse expose qu'elle n'entend pas s'écarter des conventions d'hospitalisations signées entre Santésuisse et les HUG, lesquelles lient les caisses-maladie ayant adhéré à l'organisation faîtière, et des tarifs applicables. Elle sollicite par ailleurs le Tribunal de céans afin qu'il appelle en cause les HUG, dans la mesure où cet établissement hospitalier est touché par la présente procédure.

c) A l'appui de ses conclusions, la défenderesse se réfère aux dispositions topiques de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (art 49 al. 1<sup>er</sup>) qui prévoient que les parties à une convention conviennent de forfaits pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour du patient à l'hôpital (art. 30 al 1<sup>er</sup>). Elle rappelle par ailleurs que de tels forfaits sont fixés dans de nombreuses conventions d'hospitalisation négociées par Santésuisse, l'association faîtière des assureurs-maladie, et de nombreux hôpitaux. La défenderesse insiste sur le fait qu'en sa qualité de membre du GROUPE MUTUEL, lequel a adhéré à Santésuisse, elle est liée par les conventions conclues par cette organisation faîtière et ne peut pas y déroger. En outre, la caisse précise que la convention relative à l'hospitalisation en division commune aux HUG (art. 4 al. 3) ne s'écarte pas du texte légal puisque toute autre prestation, susceptible d'être prise en charge dans le cadre de la LAMal et fournie par des tiers sur demande des HUG, est comprise dans les forfaits journaliers fixés dans l'annexe 1. Au reste, selon le texte de cette convention, il appartient aux HUG le cas échéant d'informer le patient que toute prestation externe qu'il aurait demandée sera à sa charge.

d) S'exprimant sur le cas particulier, la défenderesse ne conteste pas le fait que la demanderesse ait pu consacrer du temps à répondre par téléphone aux demandes des médecins-assistants travaillant aux HUG. Cependant, elle considère qu'une telle prestation est comprise dans le forfait journalier relatif à l'hospitalisation de la patiente en division commune. En conséquence, l'indemnité ou la rémunération demandée par la Dresse B \_\_\_\_\_ à l'assureur-maladie par le biais de la position tarifaire TARMED n° 00.0140 doit en réalité être assumée par les HUG. Elle insiste sur le fait que si telle est la pratique adoptée par les HUG, dans la mesure où les médecins salariés par les HUG sollicitent régulièrement l'avis des médecins indépendants durant l'hospitalisation de leurs patients, il paraît logique que l'établissement hospitalier concerné rémunère directement le médecin tiers dont il sollicite l'intervention par l'entremise de ses assistants, à l'instar d'un usage admis et pratiqué dans bien d'autres cantons. Cette manière de régler ce genre de cas est d'ailleurs assez courante ailleurs et procède d'un règlement rationnel des cas concernés.

11. Statuant par ordonnance du 3 février 2009, la Présidente du Tribunal de céans a appelé en cause les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), leur a imparti un délai échéant le 20 du même mois afin de se déterminer sur la demande de paiement formulée par la Dresse B\_\_\_\_\_ et a convoqué les parties à l'audience de comparution personnelle du 3 mars 2009.
  
12. Dans leur mémoire déposé dans le délai prolongé au 27 février 2009, les HUG contestent essentiellement le bien-fondé de l'appel en cause, qu'ils considèrent comme étant parfaitement injustifié. Selon les HUG, non seulement les rapports juridiques existant entre la Dresse B\_\_\_\_\_ et la caisse défenderesse ne les concernent pas, mais encore et surtout il n'existe pas le moindre lien contractuel ou rapport juridique entre les HUG et la demanderesse. En outre, se prévalant du secret professionnel, les HUG laissent la question ouverte de savoir si l'entretien du 12 décembre 2006 a réellement eu lieu. Ils estiment ainsi superflu de vérifier les modalités exactes de cette conversation, car ils écartent la possibilité qu'un mandat ait pu être conféré par un de leurs employés - médecins internes - à la demanderesse. Toutefois, si, contre toute attente, le Tribunal de céans devait malgré tout admettre l'existence d'un contrat de mandat entre l'établissement hospitalier et la demanderesse, il s'agirait alors d'une controverse relative à une prestation impliquant deux fournisseurs de soins, de sorte que le Tribunal de céans serait de toute manière incompétent pour trancher un tel litige. Au reste, la référence à l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> de la Convention invoquée par la défenderesse à l'appui de ses conclusions est inopérante, dans le cas concret, dès lors que cette disposition ne concerne que les situations médicales fort complexes, nécessitant l'intervention d'un médecin spécialiste ne faisant pas partie de l'effectif des HUG et à la demande expresse de ceux-ci. En règle générale, il s'agit d'interventions dans des pathologies complexes ou fort rares pour le traitement desquelles une spécialisation particulière s'avère indispensable, mais dont aucun médecin ne dispose au sein de leur effectif. En d'autres termes, cette disposition ne vise en aucun cas les situations du genre de celles dont il est question dans la présente affaire, puisqu'il est question de contacts - téléphoniques - entre le médecin traitant d'une patiente hospitalisée aux HUG et le médecin-assistant y travaillant en tant que salarié. Toujours selon les HUG, de telles démarches telles que s'assurer du contenu d'un certificat concis ou laconique, comparer les informations transmises par le médecin traitant et celles recueillies par l'établissement, vérifier les médicaments prescrits préalablement à l'hospitalisation, échanger verbalement des informations, s'enquérir de l'avis personnel du médecin traitant, etc... s'inscrivent dans le suivi thérapeutique prodigué par le médecin traitant à son patient. Elles relèvent nécessairement du domaine d'application de la convention-cadre TARMED. En résumé, l'appelé en cause considère que la convention d'hospitalisation n'est d'aucun secours pour la résolution du présent litige, car elle ne s'applique nullement dans les cas de traitements médicaux ou de pathologies ordinaires, à plus forte raison qu'il s'agit de demandes informelles faites au médecin-traitant, de sorte que de telles démarches ne sauraient être assimilés aux

cas médicaux rares et complexes qui nécessitent - au sens strict - une prestation médicale spécialisée externe de la part d'un médecin indépendant spécialisé, et ce, à la demande expresse des HUG.

13. Les parties impliquées dans la présente procédure ont été entendues lors de l'audience du 6 mars 2009. En bref, la caisse a réitéré ses précédentes explications, exposant que dans d'autres cantons les assureurs qui avaient adhéré ou étaient liés par une convention d'hospitalisation semblable à celle conclue avec les HUG pour le traitement stationnaire de leurs assurés en division commune avaient adopté une pratique identique à celle défendue dans le cas d'espèce. En aucun cas, des coûts supplémentaires étaient facturés à titre de traitement ambulatoire fourni en l'absence du patient sur la base du tarif-cadre TARMED. Par conséquent, si un médecin-assistant travaillant auprès d'un Hôpital sollicitait l'intervention d'un médecin indépendant en cas de doute, d'incertitude ou de difficultés survenues durant le séjour hospitalier, la prestation fournie était soit rémunérée directement par l'établissement hospitalier concerné, soit elle était considérée par chacune des parties comme incluse dans le forfait journalier facturé à l'assureur maladie.

Les HUG ont admis l'existence de deux seuls cas de figure impliquant l'intervention d'un tiers au plan médical et justifiant une rémunération:

- a) dans le premier cas, le consultant est sollicité par les HUG, ce qui implique que l'établissement hospitalier prend en charge les coûts inhérents à une telle intervention;
- b) dans le second cas, le médecin indépendant externe à l'établissement procède à une consultation à la demande du patient, de sorte qu'il appartient à ce dernier d'assumer les frais d'une telle intervention, puisqu'elle a lieu durant le séjour de l'assuré en milieu hospitalier.

Concluant, les HUG réitèrent leur précédente position, soutenant que le cas d'espèce n'entraîne pas dans ces deux catégories. Par conséquent, leur refus de s'acquitter de la prestation ambulatoire fournie le 12 décembre 2006 par le médecin-traitant de dame E.F. durant son hospitalisation de décembre 2006 se justifiait parfaitement.

14. Le 23 mars 2009, la défenderesse a communiqué au Tribunal de céans qu'elle consentait à assumer à bien plaisir, et par gain de paix, les coûts de l'intervention de la demanderesse du 12 décembre 2006, même si elle n'a fait que répondre aux demandes de la médecin-assistante travaillant dans cette division aux HUG, mais sans pour autant reconnaître une quelconque obligation légale, tout en se réservant la possibilité, le cas échéant, de se retourner contre les HUG afin d'obtenir le remboursement d'une telle prestation. Elle a en outre requis l'intervention du Tribunal de céans, afin d'ordonner la production par le mandataire des HUG de

divers courriers cités lors de l'audience de comparution personnelle du 6 mars 2009, dont une correspondance ou un fax établi en date du 24 février 2009.

15. Invitée à se déterminer sur cette proposition de règlement à l'amiable du présent litige, la demanderesse l'a rejetée, rappelant qu'elle avait sollicité,

- d'une part, le paiement - ou le remboursement - de toute prestation - actuelle et/ou future - facturée à titre de traitement ambulatoire fourni dans le cadre de l'hospitalisation d'un(e) patient(e) en division commune, ce qui impliquait la prise en charge de la prestation fournie le 12 décembre 2006 au cas de dame E. F. (2 x la position 00.0140.), rémunérée par 34 fr. 80 selon les positions correspondantes du tarif TARMED;
- d'autre part, la condamnation de la défenderesse par le Tribunal de céans à prendre systématiquement en charge les coûts des prestations effectuées par un médecin indépendant dans le cadre d'une hospitalisation d'un(e) patient(e) aux HUG, au titre de prestation fournie à titre ambulatoire en l'absence du patient selon les positions figurant dans TARMED. Cela non seulement afin d'éviter les tracasseries systématiques ultérieures de la part des assureurs maladie dans ces cas particuliers, mais également dans le but d'imposer à tout autre assureur-maladie se trouvant dans la même situation, la prise en charge de prestations ambulatoires durant l'hospitalisation d'un assuré en division commune.

16. Également invités à se déterminer sur la proposition de la défenderesse, les HUG ont considéré en bref que leur participation à la présente procédure, par le biais de l'appel en cause, était devenue sans objet et qu'il incombait désormais au Tribunal de céans de statuer sur les frais et dépens devant leur être alloués compte tenu de l'issue du litige et en raison de la proposition transactionnelle formulée par la défenderesse.

17. Dans une écriture ultérieure datée du 27 avril 2009, la caisse a encore fait savoir au Tribunal que, par gain de paix et par souci de mettre un terme à la présente procédure, elle était prête à élargir encore son engagement et à prendre en charge non seulement l'intégralité des coûts des positions figurant sur la facture litigieuse établie par la Dresse B\_\_\_\_\_ le 3 février 2007, mais également de ceux concernant d'autres positions similaires figurant sur d'autres factures émises par cette médecin. L'extension de la prise en charge des coûts liés aux prestations facturées en l'absence du patient - durant l'hospitalisation de ce dernier en division commune aux HUG - par cette médecin concernait l'ensemble des prestations ambulatoires fournies par la demanderesse en faveur de patients assurés auprès des caisses-maladie affiliées à l'association GROUPE MUTUEL. La caisse précise cependant qu'elle n'entend pas reconnaître une quelconque obligation légale à l'égard de la demanderesse et que sa nouvelle proposition ne préjuge en rien à un

éventuel changement de pratique suite à une interprétation différente de la Convention relative à l'hospitalisation d'un patient en division commune des HUG et pour autant que les factures émises par la demanderesse soient justifiées.

18. S'exprimant sur la nouvelle proposition formulée par la défenderesse, la demanderesse a conclu, en substance, dans son écriture du 15 mai 2009, à ce que la qualité de partie soit également reconnue au GROUPE MUTUEL, puisque le paiement de la position n° 00.0140 selon la convention TARMED figurant sur les factures relatives aux prestations fournies en l'absence du patient dans le cadre d'un traitement ambulatoire durant une hospitalisation en division commune aux HUG allait aussi s'étendre aux factures semblables destinées à tous les assureurs maladie membres de l'association GROUPE MUTUEL. Elle relève en outre qu'en cas d'acquiescement, la dette doit être reconnue par le débiteur, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence. A l'appui de ses allégations, elle produit une nouvelle facture du 19 novembre 2008 à hauteur de 285 fr. 85, contenant une rubrique pour des prestations médicales fournies en l'absence du patient en date du 16 septembre précédant (soit deux fois la position litigieuse n° 00.0140) et facturées à titre ambulatoire durant l'hospitalisation d'un autre patient, Monsieur E\_\_\_\_\_. La demanderesse produit également la copie du décompte de prestations effectué par la caisse défenderesse sur la base de ladite facture, dont il résulte que cette dernière n'a pas pris en charge les prestations facturées durant le séjour de ce patient en septembre 2008 en division commune des HUG..
19. Procédant à un complément d'instruction, la Présidente du Tribunal de céans a encore requis, par ordonnance du 29 juin 2009, la production par la demanderesse du rapport d'hospitalisation de sa patiente, dame C\_\_\_\_\_, en décembre 2006, ainsi que celui de sortie, de même que la facture relative aux consultations et prestations fournies en faveur de cette patiente précédemment à dite hospitalisation.
20. En annexe à un courrier du 21 juillet 2009, le conseil de la demanderesse a produit un rapport succinct de sa mandante daté du 3 juillet 2009, la copie de la facture établie le 9 décembre 2006 pour les prestations et soins fournis du 14 octobre au 6 décembre 2006 en faveur de la patiente C\_\_\_\_\_, soit durant les deux premiers jours de l'hospitalisation de cette dernière aux HUG, la copie du rapport de sortie établi par la médecin interne F\_\_\_\_\_ le 15 décembre 2006, partiellement caviardé, auquel s'ajoute la copie d'un fax, daté du 13 décembre 2006, transmis à la demanderesse par la médecin assistante précitée. Il sera fait état des documents précités dans les considérants qui suivent, en tant que de besoin.
21. Ces écritures ont été transmises aux parties le 31 juillet 2009.
17. Sur quoi, la cause a été gardée à juger le 18 septembre 2009.
18. A la requête du Tribunal, MUTUEL Assurances a communiqué une procuration établie le 11 novembre 2009 par son président et son vice-président, autorisant les

juristes du service juridique du GROUPE MUTUEL à la représenter dans le cadre de la présente procédure.

### **EN DROIT**

1. Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (ci-après LAMal; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal ; ATF 127 V 281, spéc. p. 286 consid. 5d; arrêt non publié du 15 avril 2002 dans la cause K 51/01]; EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], tome XIV, ch. 416; contra : Jean-Louis DUC, La polypragmasie sous l'empire de l'article 23 LAMA et au regard de l'article 56 LAMal, in : Etudes de droit social, Cahiers genevois et romands de sécurité sociale [CGSS], Hors série no 3 [2001], p. 107-114, mais dont l'opinion a été réfutée par le Tribunal fédéral dans l'ATF 127 V 281). En effet, dans cette hypothèse, l'accord de l'assuré n'est pas requis, dès lors que les assureurs maladie ont un droit propre à intervenir, même lorsque des prestations ont été versées indûment par l'assuré et non par l'assureur et fût-ce contre la volonté de l'assuré (ATF 127 V 285 consid. 5c; RAMA 2004 n° KV 287 p. 298).

La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). A la différence de la législation (LAMA) qui prévalait avant l'introduction de la LAMal, la législation actuelle n'impose plus la procédure de conciliation préalable (ATF 119 V 312, cons. 1a), mais exige des cantons que la procédure soit simple et rapide (mais non gratuite) et soumet l'instruction du procès au principe inquisitoire (art. 89 al. 5 LAMal; SPIRA, Le contentieux en matière d'assurance-maladie selon le nouveau droit, in RJJ 1966 pp. 191-203; GREBER, Quelques questions relatives à la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie in RDAF 1996, pp. 225 ss). Toutefois, une ordonnance cantonale sur les juridictions arbitrales qui prescrit une procédure préalable de conciliation ou de médiation n'est pas contraire au droit fédéral (ATF du 30 avril 2004 dans la cause K 143/03 in RAMA 2004 KV 289 p. 309).

2. a) En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (ci-après OAMal; RS 832.102) de la demanderesse n'est pas contestée, puisqu'elle exploite un cabinet

---

médical à titre permanent à Genève et est au bénéfice du code n° R 0188.25 au registre des comptes créanciers (ci-après: RCC), indispensable pour être admise à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

b) Quant à la défenderesse MUTUEL Assurances, il résulte des indications figurant au registre du commerce du Valais central qu'elle est constituée sous la forme d'une fondation, dont le siège se trouve à Sion. Son but est d'assurer les bénéficiaires contre les conséquences économiques de la maladie, de la maternité, des accidents, de l'invalidité et du décès. Soumise à l'autorité de surveillance de l'Office fédéral de la Santé publique, à Berne, elle répond non seulement à la définition de la caisse-maladie au sens de l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAMal, mais elle entre incontestablement dans la catégorie des assureurs au sens de l'art. 89 al. 1<sup>er</sup> LAMal, puisqu'elle est habilitée à pratiquer l'assurance obligatoire des soins en tant que caisse-maladie au sens de l'art. 12 al. 2 LAMal.

c) Ratione materiae, la compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est établie, sous réserve qu'il ne peut toutefois admettre sa compétence que dans la mesure où le litige oppose un fournisseur de prestations à un assureur-maladie, et non pas dans celle où la demanderesse entend élargir la controverse à l'ensemble des prestations en l'absence du patient, non définies, mais fournies par des médecins indépendants soit à la demande du patient, soit des médecins assistants salariés des HUG, lors d'une hospitalisation en division commune aux HUG.

Vu ce qui précède, le Tribunal de céans est compétent ratione loci et materiae pour connaître du présent litige.

3. Reste à examiner si l'association GROUPE MUTUEL peut être valablement considérée comme partie à la présente procédure aux côtés de la caisse défenderesse, comme le prétend la demanderesse. Celle-ci soutient que la qualité de partie co-défenderesse du GROUPE MUTUEL devrait être admise au même titre que la caisse-maladie MUTUEL Assurances, afin que la totalité des caisses-maladie et des autres institutions ayant adhéré à cette association soient contrainte d'allouer systématiquement leurs prestations, dans la mesure où celles-ci sont facturées selon la convention tarifaire TARMED au titre de soins ou traitements ambulatoires fournis en l'absence du patient par le médecin indépendant dont l'intervention est requise par les médecins assistants salariés d'un hôpital durant l'hospitalisation du même patient en division commune.

Le Tribunal de céans relève que l'association GROUPE MUTUEL a son siège à Martigny, selon l'extrait du registre du commerce du Bas-Valais. Elle a pour fonction principale d'assurer la gestion administrative de l'ensemble des institutions qui lui sont affiliées (cf. ATF du 24 novembre 2008 9C\_312/2008 publié aux ATF 135 V 39 ; ATF du 6 avril 2009 9C\_601/2008). Le GROUPE MUTUEL sert de lien entre les membres actifs dans le secteur des assurances, défend les intérêts

communs des caisses-maladie, des assureurs et autres organisations membres et de leurs assurés. A ce titre, il s'agit d'une société de service, qui met à disposition de ses membres l'ensemble des ressources nécessaires à l'accomplissement de leur but social, soit notamment du personnel, des locaux et des services informatiques (ATF 135 V 39 déjà cité [dans la cause 9C\_601/2008]; jugement du 29 mai 2008 du Tribunal administratif de la République et canton de Genève, [cause ATA/282/2008 publié sur le site internet : [www.ge.ch/tribunaux/jurisprudence/arrêts/Mutuel Assurances](http://www.ge.ch/tribunaux/jurisprudence/arrêts/Mutuel_Assurances)]). L'association GROUPE MUTUEL met à la disposition des institutions qui lui sont affiliées des services de nature technique et administrative. En contrepartie, ces institutions s'acquittent soit des frais liés à ces prestations, en payant les factures dressées par le prestataire, soit en s'acquittant d'une cotisation annuelle forfaitaire. Le GROUPE MUTUEL ne se contente pas d'offrir ses services uniquement à des caisses-maladie, mais également à des compagnies d'assurance (vie, non-vie), voire à des institutions de prévoyance.

Or, d'après la liste des assureurs-maladie reconnus admis à pratiquer l'assurance-maladie dite sociale (AOS) conformément à la LAMal, éditée par le DFI en vertu de l'art. 13 al. 1er LAMal et publiée sur son site ([www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/assureurs\\_et\\_surveillance/liste](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/assureurs_et_surveillance/liste)), seule la caisse défenderesse y figure sous le numéro d'enregistrement 1479 (cf. p. 13); le GROUPE MUTUEL n'y est mentionné qu'à la rubrique intitulée « adresse administrative ».

Force est ainsi de constater que compte tenu de son organisation, l'association GROUPE MUTUEL ne saurait être assimilée à une caisse maladie au sens de l'art. 12 al. 1<sup>er</sup> LAMal. Par ailleurs, selon la doctrine et la jurisprudence, le transfert des tâches décisionnelles et stratégiques en matière d'assurance-maladie - dont font partie la notification de décisions et de décisions sur opposition - n'est en principe pas admis (ATF 128 V 295, cons. 4c/aa; EUGSTER, op. cit. SBVR, tome XIV, ch. marg. 180 ss, pp. 454 ss et la référence; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, in *Bundessozialversicherungsrecht*, 3<sup>ème</sup> éd. Bâle 2009; §15 Krankenversicherung KV, ch. marg. 6 ss pp. 286 ss). Pour ces motifs également, la question de savoir si l'admission du GROUPE MUTUEL en tant que partie à la présente procédure pourrait se justifier doit être résolue par la négative.

Tout au plus peut-on considérer que cette association est habilitée à agir in casu au nom de la caisse défenderesse, dès lors qu'elle y a été autorisée par les personnes habilitées à représenter la fondation (cf. art. 80 ss du code civil suisse -CC; RS 210 ; art. 95 al. 1<sup>er</sup> litt. j de la nouvelle ordonnance fédérale sur le registre du commerce du 17 octobre 2007, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 - ORC; RS 221.411).

Par conséquent, le Tribunal de céans procédera à la rectification des parties au litige, en ce sens que le GROUPE MUTUEL n'a pas la qualité de partie défenderesse.

4. En l'espèce, la question litigieuse à résoudre est celle de savoir si la caisse doit être condamnée à verser à la demanderesse la somme de 34 fr. 80 (soit deux fois la position n° 00.0140 du TARMED), en raison du temps qu'elle a consacré à répondre aux questions du médecin assistant - ou interne - des HUG en date du 12 décembre 2006, alors que la patiente E. F était hospitalisée.

Ensuite, il s'agit de déterminer si la demanderesse, en tant que médecin indépendante, était habilitée - et peut systématiquement procéder ainsi - à requérir le paiement de prestations facturées en l'absence du patient au titre de traitement ambulatoire selon la convention tarifaire TARMED, lorsqu'elle consacre du temps à répondre aux questions du personnel médical, soit des médecins assistants salariés des HUG, durant l'hospitalisation d'un(e) de ses patient(e)s hospitalisée en division commune. Et ce, malgré l'existence d'une convention tarifaire d'hospitalisation fixant un forfait journalier en cas d'hospitalisation dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins.

5. La facture litigieuse du 3 février 2007 concerne diverses prestations fournies essentiellement dans le cadre d'un traitement ambulatoire et rémunéré selon le tarif-cadre TARMED. Les rapports juridiques qui sont à la base de ce litige au sens étroit sont indiscutablement fondés sur la LAMal, puisque cette loi énumère les prestations devant être fournies tant dans le cadre d'un traitement ambulatoire, voire semi-ambulatoire, que durant le traitement stationnaire, en milieu hospitalier au titre de l'AOS.

En l'occurrence, la demanderesse serait liée à la défenderesse selon le système du tiers payant prévu par l'art. 42 al. 2 LAMal, en ce sens que le débiteur du médecin pour les prestations facturées est la caisse-maladie, ce qui paraît surprenant, dans la mesure où précisément selon la structure tarifaire TARMED, le système de facturation repose sur le principe du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal). Ce point n'a toutefois pas d'incidence quant à l'issue du présent litige, comme vu ci-dessus sous considérant 1.

La défenderesse est d'avis que le paiement de prestations en l'absence du patient ne saurait être requis par le donneur de soins lorsque son patient est hospitalisé en division commune, car cela reviendrait en quelque sorte à détourner la protection tarifaire voulue par le législateur par le biais du forfait journalier d'hospitalisation, en facturant des coûts relevant d'un traitement ambulatoire fourni durant la même période. Partant, il serait illégal de facturer des coûts de traitements ambulatoires durant l'hospitalisation de patients dans la division commune d'un établissement

---

hospitalier, car contraire au système de la protection tarifaire. Il appartiendrait aux HUG de rémunérer, le cas échéant, les prestations fournies par la demanderesse.

6. Selon le principe général dit de la liste ( SCARTAZZINI in Cahiers Genevois de Sécurité Sociale [CGSS] 2006 p. 6, spéc. pp. 13 ss), les caisses-maladie ne peuvent offrir au titre de l'assurance de base des soins (ou AOS) que les prestations définies par la loi fédérale (LAMal) et l'Ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ci-après OPAS; RS 832.112.31).

Le législateur a consacré à l'art. 24 LAMal le principe général selon lequel l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. L'art. 25 al. 1<sup>er</sup> LAMal stipule qu'en cas de maladie l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Selon l'al. 2 de cette disposition, ces prestations comprennent, notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire, au domicile du patient, en milieu hospitalier ou dans un établissement médicosocial par des médecins (let. a, ch. 1), le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune (let. e).

Les assureurs maladies doivent également prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins et aux conditions spécifiques fixées par le législateur, les coûts des mesures de prévention stipulées à l'art. 26 LAMal, les coûts de certains examens destinés à détecter à temps les maladies ainsi que des mesures préventives conformément à cette disposition, les coûts des prestations en cas d'infirmité congénitale selon l'art. 27 LAMal, en cas d'accidents au sens de l'art. 1, al. 2, let. b LPGA (RS 830.1), les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie conformément à l'art. 28 LAMal, les prestations spécifiques de maternité selon l'art. 29 LAMal, voire d'interruption non punissable de grossesse au sens de l'art. 119 du code pénal (CP; RS 311.0), les coûts de soins dentaires en vertu de l'art. 31 LAMal.

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, la loi prévoit en outre à l'art. 32 al. 1 première phrase que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriés et économiques. Il s'agit-là de conditions générales de la prise en charge des frais de soins dans le cadre de la nouvelle assurance obligatoire des soins (EUGSTER, op. cit. ch. marg. 562 ss.; SCARTAZZINI op. cit. p. 13). Ces exigences s'appliquent aux traitements ambulatoires, en milieux hospitalier ou semi-hospitalier (art. 25 al. 2 lit. a LAMal). Certes, la loi ne définit pas ces notions (cf. également à ce propos art. 35 al. 2 lit i, art. 39, art. 49 al. 1<sup>er</sup> et 5 LAMal), mais la doctrine a d'emblée formulé des définitions, car la délimitation du type de traitement revêt une importance toute particulière, dès lors que le tarif applicable en dépend (art. 49 al. 1<sup>er</sup> et 5 LAMal; MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, 1996 p. 73). Dans un arrêt du 17

novembre 1998, le Tribunal fédéral s'est prononcé sur la délimitation entre traitement ambulatoire et traitement semi-stationnaire (SVR 1999 KV n° 25 pp.57-60). S'agissant de la définition du traitement en milieu hospitalier et de l'indication à une hospitalisation justifiant la prise en charge des coûts du traitement par l'assureur, tant EUGSTER (op. cit. ch. marg. 390 ss pp. 526ss) que KIESER (in PJA 2000 p.1020, spéc. ch. 7 p. 1022) se sont exprimés de manière circonstanciée. Par ailleurs, la Haute Cour a posé les critères permettant la prise en charge des coûts d'un traitement en milieu hospitalier dans un arrêt publié aux ATF 124 V 365 (RAMA 2000 KV 100 p. 8), auquel le Tribunal se réfère. Cela signifie concrètement que, pour pouvoir être prises en charge par les caisses-maladies, les traitements instaurés - ambulatoires, hospitaliers ou semi-hospitaliers - doivent satisfaire à ces trois conditions, lesquelles s'appliquent tant au catalogue des prestations selon la LAMal qu'à l'ordonnance du Conseil fédéral sur l'assurance-maladie (ci-après OAMal; RS 832.102) et l'OPAS précitée (cf. à ce sujet RAMA 1998 p. 1). La loi ne contient qu'un catalogue sommaire, mais pour plus de détails quant aux prestations elles-mêmes, il convient de se référer à l'OPAS. Cette ordonnance est étroitement liée aux conditions posées par l'art. 32 LAMal (cf. MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER op. cit. ch. marg. 96 ss, spéc. ch. marg. 120-121; EUGSTER, *Krankenversicherung*, 1998 pp. 42 ss; MAURER, op. cit. pp. 29 ss;). Par ailleurs, la seconde phrase de cette disposition (art. 32 al. 1<sup>er</sup> LAMal) stipule que l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.

A ces règles générales s'ajoutent les dispositions de la Section 6 de la loi, entièrement consacrée au contrôle du caractère économique et de la qualité des prestations. Ainsi, l'art. 56 LAMal prévoit que le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1er) et que la rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée, le fournisseur de prestations pouvant être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de la présente loi (al. 2). Ont alors qualité pour demander la restitution :

- a. l'assuré ou, conformément à l'art. 89, al. 3, l'assureur dans le système du tiers garant (art. 42, al. 1);
- b. l'assureur dans le système du tiers payant (art. 42, al. 2).

Selon l'art. 56 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit également répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat (lit. a) ou de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques (lit. b). Si le fournisseur de prestations ne répercute pas cet avantage, l'assuré ou l'assureur peut en exiger la restitution (art. 56 al. 4 LAMal). Enfin, les fournisseurs de prestations et les assureurs prévoient dans les conventions tarifaires des mesures destinées à garantir le caractère

---

économique des prestations. Ils veillent en particulier à éviter une répétition inutile d'actes diagnostiques lorsqu'un assuré consulte plusieurs fournisseurs de prestations (art. 56 al. 5 LAMal).

7. a) Le 1<sup>er</sup> janvier 2004 est entrée en vigueur la convention-cadre TARMED, qui, formellement, n'est pas une convention tarifaire, contrairement à sa désignation usuelle, mais une structure tarifaire unique valable sur l'ensemble du territoire suisse (RAMA 2005 KV 329 p. 200, spéc. p. 202 cons. 4.1). Elle constitue la base de rémunération des prestations fournies dans le cadre d'un traitement ambulatoire par les donneurs de soins autorisés à pratiquer à la charge de l'AOS. Cette convention-cadre a été élaborée sur la base de l'article 43 LAMal, lequel prévoit, à son alinéa 5, que les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse (...). Pour mémoire, celle-ci est composée d'environ 4600 positions auxquelles s'ajoutent environ 1000 règles d'utilisation (cf. EUGSTER, op. cit. ch. marg. 892 ss. p. 699 et les références citées). Cette convention tarifaire ne règle certes pas de manière exhaustive tous les points essentiels, puisqu'elle doit être concrétisée au plan cantonal. Ainsi, la valeur initiale du point tarifaire est fixée et convenue pour l'ensemble des cantons (VPTI), mais elle doit encore être approuvée par le Conseil d'Etat de chaque canton ou - si aucune convention n'a été conclue à ce propos - elle doit être fixée d'autorité par ce dernier en tenant compte du concept de la neutralité des coûts, des lois et des ordonnances applicables en la matière (pour plus de détails voir la décision du Conseil fédéral du 1<sup>er</sup> octobre 2004 in RAMA KV 311, pp. 502 ss).

b) En ce qui concerne le canton de Genève, le Conseil d'Etat a rendu deux arrêtés le 30 juin 2004 en vertu de l'art. 46 LAMal, dans sa teneur alors en vigueur, relatifs à:

- « *la convention sur la valeur du point taxe TARMED entre les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour leur partie ambulatoire et santésuisse* », et à
- « *la convention cantonale d'adhésion (CCA) à la convention-cadre TARMED entre l'Association des médecins du canton de Genève (AMG) et santésuisse* »,

dont la date d'entrée en vigueur a été fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2004 (cf. FAO GE du 2 juillet 2004, n° 1167 p. 3).

Par arrêtés du 21 décembre 2005, le Conseil d'Etat genevois a prorogé la convention sur la valeur du point taxe TARMED entre les HUG et santésuisse, ainsi que la convention cantonale d'adhésion à la convention-cadre TARMED signée entre santésuisse et l'AMG jusqu'à fin 2006. Un recours contre ces arrêtés a été rejeté, en dernière instance, par le Conseil fédéral le 21 février 2007 (IUE 392-A).

Par le Règlement fixant la valeur du point TARMED pour les prestations médicales ambulatoires à charge de l'assurance obligatoire des soins du 28 juin 2006 (dont l'entrée en vigueur a été fixée au 2 juillet 2005 [J 3 05.08]), le Conseil d'Etat

---

genevois a fixé la valeur du point TARMED pour les prestations médicales ambulatoires fournies dans le canton de Genève par les HUG, les cliniques et cabinets privés dans le cadre de l'AOS (art. 1 dudit Règlement). La valeur du point TARMED pour les HUG et les médecins ayant adhéré à la convention du 17 décembre 2003 entre l'AMG et SantéSuisse a été fixée à 96 cts dès le 1<sup>er</sup> juillet 2006.

8. En l'occurrence, la demanderesse exige que la caisse défenderesse la dédommage pour le temps consacré à répondre aux questions qu'une médecin-assistante, la Dresse F\_\_\_\_\_, lui a posées le 12 décembre 2006, alors que sa patiente était hospitalisée aux HUG, ainsi qu'elle l'a fait pour sa facture précédente du 9 décembre 2006. Cette dernière comportait en effet également des prestations médicales en l'absence de sa patiente ainsi que des consultations téléphoniques en date des 5 et 6 décembre 2006.

Pour la défenderesse, dès lors que la convention d'hospitalisation conclue entre SantéSuisse et les HUG exclut la prise en charge de frais supplémentaires à celui du forfait journalier convenu entre les parties pour l'hospitalisation en division commune, elle ne saurait prendre en charge les frais facturés par la demanderesse. Il appartiendrait aux HUG d'honorer, le cas échéant, la prestation litigieuse.

9. a) Le Tribunal de céans relève en premier lieu que dès l'hospitalisation en division commune de la patiente aux HUG, l'on ne saurait plus parler d'un cas ambulatoire et il appartient à l'établissement hospitalier de facturer ses prestations à la caisse maladie selon le forfait journalier d'hospitalisation convenu en application de l'art. 49 al. 1 LAMal. Cette disposition, consacrée aux conventions tarifaires avec les hôpitaux (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2009), stipule que pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits (...). Les parties à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément (al. 2). En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens des al. 1 et 2, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable. Enfin, les rémunérations au sens des al. 1 à 3 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital pour la division commune.

Selon l'art. 4 al. 2 de la Convention d'hospitalisation 2006 signée le 2 février 2006 entre SantéSuisse et les HUG (ci-après la Convention ; voir aussi Circulaire SantéSuisse n° 9/2006), conformément à l'art. 49 al. 2 LAMal, des suppléments pour cas particuliers sont fixés et figurent dans l'annexe 2. Il s'agit de suppléments forfaitaires pour prestations spéciales (dialyses, groupage HLA) et d'admission pour cas particuliers (transplantation de cellules souches et d'organes solides).

Toute autre prestation, prise en charge dans le cadre de la LAMal et fournie par des tiers sur demande des HUG, est comprise dans les forfaits journaliers fixés dans l'annexe 1 (cf. art. 4 al. 3 Convention).

Cela étant, il convient d'examiner au regard de quelles circonstances la demanderesse a été amenée à facturer ses prestations selon le tarif-cadre TARMED concernant des prestations ambulatoires en faveur de sa patiente durant le mois de décembre 2006, alors qu'elle était hospitalisée aux HUG.

b) Interpellée à cet égard par le Tribunal de céans, la demanderesse a indiqué qu'elle avait du organiser le 4 décembre 2006 l'hospitalisation de sa patiente à la suite d'une décompensation sévère de son état de santé, qui avait d'ailleurs nécessité l'intervention de la police, et qu'elle avait été appelée sur son portable pour une prise en charge urgente dans la soirée, puis dans la nuit du jeudi au vendredi. Enfin, le 12 décembre 2009, elle a reçu un téléphone de la Dresse F\_\_\_\_\_ pour l'informer des problèmes rencontrés pendant l'hospitalisation et l'avertir de la nécessité du transfert aux urgences psychiatriques. Elles se sont aussi entretenues des diagnostics, des médicaments prescrits et des modalités de la prise en charge à la sortie, celle-ci étant compliquée par le changement d'interne pendant les fêtes de fin d'année. De toute évidence, il ne s'agit en l'occurrence pas de prestations particulières qui auraient pu justifier une facturation supplémentaires au sens de la Convention d'hospitalisation.

En l'occurrence, le rapport d'hospitalisation du 15 décembre 2006, muni de la seule signature d'une médecin assistante de l'unité d'alcoologie des HUG, produit par la demanderesse à la demande du Tribunal de céans ne permet pas de savoir dans quelles circonstances exactes la patiente E. F. a été hospitalisée, puisqu'il a été caviardé. A ce propos, le Tribunal de céans rappelle à l'adresse de la demanderesse que, selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'obligation de collaborer activement à l'instruction de la cause à la charge des parties implique de fournir toutes les preuves à l'appui de ses allégations de manière à établir l'existence de son droit aux prestations demandées, dès lors que celle-ci est contestée. Cela signifie notamment que la personne qui exige la reconnaissance de son droit à la prestation sollicitée produise toutes les pièces en sa possession (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références, 119 V 448; ATF non publiés des 5 décembre 2005 dans la cause L., K 81/01 du 25 octobre 2001, K 118/00 du 13 mars 2001).

Dans le cas d'espèce, même si la demanderesse a organisé l'hospitalisation de sa patiente par téléphone, le 4 décembre 2006, elle ne dit mot sur les raisons qui l'ont incitée à porter en compte des prestations ambulatoires durant l'hospitalisation de sa patiente. Or, il était raisonnablement exigible qu'elle donnât des indications exhaustives sur les raisons des interventions réitérées des médecins-assistants des HUG durant l'hospitalisation de sa patiente en décembre 2006, ou du moins produise des documents lisibles dans leur intégralité, et qu'elle expose en quoi

consistent les désagréments systématiques et tracasseries administratives qu'elle subit en raison de la non-prise en charge par la défenderesse des prestations facturées à titre ambulatoire lors de l'hospitalisation de ses patients. Il est en effet pour le moins surprenant de constater que l'hospitalisation d'une patiente souffrant d'éthylisme, de troubles psychotiques, de dépression et d'hallucinations auditives, dont l'état et le comportement ont nécessité - de surcroît - son transfert immédiat de l'unité d'alcoologie dans la division des urgences psychiatriques le 5 décembre 2006, nécessite l'avis du médecin-traitant, non psychiatre. On peut par ailleurs s'interroger quant à la compatibilité de la facturation des positions 00.0140 avec les exigences d'efficacité, de caractère approprié et, surtout, d'économicité, puisque les échanges de vue opérés par téléphone entre la demanderesse et le médecin-assistant des HUG étaient motivés, selon les explications fournies en cours de procédure, par les difficultés particulières liées aux "*modalités de la prise en charge de la patiente à sa sortie. Celle-ci était compliquée par le changement d'interne pendant les fêtes de fin d'année*". De toute évidence, l'intervention de la demanderesse ne paraît pas avoir été indispensable du point de vue du diagnostic ou du traitement thérapeutique, puisque la prise en charge de la patiente l'était par d'autres médecins dans un premier temps. Quant aux complications liées au changement d'interne, respectivement d'assistant en raison des fêtes de fin d'année, il s'agit-là de circonstances liées à l'organisation interne de l'unité qui relèvent de la prise en charge et de l'encadrement par la hiérarchie, soit les médecins responsables des assistants ou internes. Au demeurant, on voit mal comment la suite du traitement ainsi que le choix des médicaments prescrits, voire leur dosage aient pu dépendre de l'accord ou de l'avis de la demanderesse, s'agissant du cas d'une patiente difficile, non coopérante, atteinte dans sa santé psychique et ayant besoin d'un traitement psychiatrique qu'elle ne souhaitait pas suivre, et ce, même dans le cadre d'un traitement en milieu hospitalier.

c) De leur côté, les HUG n'ont pas su préciser in casu les motifs pour lesquels ses médecins internes se sont adressés au médecin traitant plutôt qu'à leur supérieurs hiérarchiques, avec le risque que le médecin indépendant ne réclame le paiement de ses honoraires. Certes, rien n'empêchait les collaborateurs des HUG, dans le cadre d'une pratique instaurée en ce sens autorisée par les chefs de clinique ou les médecins responsables, par gain de temps, ou par souci de réduire les démarches administratives, par exemple, de s'adresser directement aux médecins traitants pour obtenir leur avis quant au choix du traitement instauré, notamment. Mais on ne saurait alors renvoyer le médecin ainsi sollicité à se faire indemniser ou rembourser, selon le système applicable, par l'assureur-maladie au titre de frais de traitement ambulatoire selon TARMED.

Le Tribunal de céans relève encore qu'en fixant un forfait journalier d'hospitalisation dans le cadre d'une convention, la responsabilité du traitement appartient à l'hôpital concerné qui devrait pouvoir assumer le cas du patient concerné de manière indépendante. L'inverse contrevient à l'interdiction figurant à

---

l'art. 34 LAMal (cf. à ce propos RAMA 2006 KV 364 p. 150, spéc. cons. 4 p. 157), de sorte que le Tribunal de céans ne saurait adhérer à l'opinion soutenue par les HUG, selon laquelle les contacts - téléphoniques - usuels entre les médecins traitants de patients hospitalisés aux HUG et les médecins y travaillant en tant que salariés, ne concernent que les assureurs-maladie et les médecins-traitants concernés. Car cela signifierait que toutes les prestations énumérées par les HUG (s'assurer du contenu d'un certificat peut-être trop concis ou laconique, comparer les informations transmises par le médecin traitant et celles recueillies par l'établissement, vérifier les médicaments prescrits préalablement à l'hospitalisation, ou, comme en l'occurrence, décider des modalités de prise en charge dans le cadre du traitement de sevrage, etc...) s'inscrivent dans le suivi thérapeutique prodigué par le médecin traitant à son patient et relèvent du traitement ambulatoire selon la convention cadre TARMED. Une telle vision ne paraît guère compatible avec le but poursuivi par le législateur, même si de tels échanges de vues entre les médecins assistants et les médecins indépendants contribuent indirectement à la formation des internes salariés des HUG.

Selon la doctrine, la possibilité de rémunérer des médecins indépendants pour des traitements ambulatoires fournis durant l'hospitalisation d'un patient en division commune doit être écartée, ne serait-ce que pour ne pas éluder le principe de la protection tarifaire stipulée par l'art. 44 LAMal. En effet, imposer la prise en charge à l'assureur-maladie de positions supplémentaires au seul motifs que les médecins-assistants sont débordés, perplexes ou irrésolus dans la prise en charge d'un patient durant une hospitalisation, contribuerait à renchérir encore le coûts globaux de tels traitements, s'agissant d'hospitalisations de patients au bénéfice d'une couverture régie par l'AOS. Si lors de chaque hospitalisation de son patient, le médecin-traitant est sollicité pour fournir des renseignements au personnel médical travaillant de surcroît dans des unités spécialisées, différentes de la sienne, comme en l'espèce, on ne voit guère quels critères pourraient alors être appliqués afin de vérifier l'indication, voire le bien-fondé des prestations fournies au titre de soins ou traitements ambulatoires au cas particulier.

La défenderesse a, certes, déjà payé des prestations semblables contenues dans une facture précédente. Ce faisant, elle a peut-être tenu compte des circonstances particulières qui ont précédé l'hospitalisation de dame C\_\_\_\_\_. le 5 décembre 2006 pour rémunérer la totalité des prestations en l'absence du patient facturées sur la précédente facture du 13 novembre 2007, compte tenu d'une situation de crise. Cependant, à l'instar des auteurs déjà cités (EUGSTER op. cit p. 700; MAURER/SCARTAZZINI/HÜRZELER, op. cit. ch. marg. 186 p. 347-348), qui excluent une telle possibilité, car contraire aux préceptes et exigences régissant l'assurance-maladie sociale, dont fait partie le principe de la protection tarifaire selon l'art. 44 al. 1<sup>er</sup> LAMal, le Tribunal de céans ne saurait s'écarter du système légal en vigueur.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que les prestations fournies par la demanderesse le 12 décembre 2006 - en l'absence de sa patiente - dans le cadre d'un prétendu traitement ambulatoire de cette dernière durant son hospitalisation d'un patient en division commune aux HUG - ne sauraient être facturées séparément à la défenderesse, compte tenu de la protection tarifaire en vigueur d'une part, et en raison du fait qu'il ne s'agissait pas d'une prestation médicale particulière devant être administrée ou fournie dans un cas rare par un médecin spécialiste dont les HUG ne disposaient pas au sein de leur personnel médical.

10. La défenderesse considère qu'il appartient aux HUG de rémunérer, le cas échéant, la prestation en cause.

Dans leur mémoire du 27 février 2009, les HUG contestent en substance qu'une relation contractuelle puisse être nouée entre un de leurs employés, médecin titulaire d'une formation FMH ou médecin assistant et la demanderesse, voire tout autre médecin indépendant dans le cadre d'une hospitalisation d'un patient. Sans contester formellement les interventions des médecins assistants salariés auprès des médecins-traitants de patients hospitalisés, les HUG soutiennent que de telles demandes ne mériteraient pas d'être assimilées à des mandats de soins au sens des règles régissant le mandat (art. 398 ss CO), dès lors qu'il ne s'agit pas des cas - graves et complexes au plan pathologique - prévus explicitement par la convention et nécessitant l'intervention de tiers. Selon les HUG, seuls en effet sont mandatés, dans des situations médicales particulières et fort rares, des médecins indépendants au bénéfice d'une spécialisation qu'aucun médecin faisant partie de l'effectif des HUG ne dispose, conformément à l'art. 4 al. 1<sup>er</sup> de la Convention.

Il s'agit-là toutefois de considérations qui concernent les relations contractuelles entre les HUG et les médecins auxquels ils font appel dans les cas de figure décrits dans les considérations ci-dessus, soit entre deux fournisseurs de prestations, de sorte que cette question n'a pas à être tranchée dans le cadre du présent litige, le Tribunal arbitral n'étant pas compétent en la matière.

11. La demanderesse conclut à une condamnation d'ordre général de la défenderesse.

Il convient cependant de se rappeler que le législateur impose le principe de l'adéquation et de l'économicité du traitement, dont découle la protection tarifaire. Or, admettre systématiquement la facturation à la charge de l'AOS des prestations fournies en l'absence du patient lors d'une hospitalisation, en raison de demandes d'informations des médecins-assistants concernés, relèverait de la compétence des partenaires habilités à modifier la structure tarifaire TARMED à cet effet. Le Tribunal de céans se réfère par ailleurs aux observations faites ci-dessus, auquel il renvoie, à propos de la complexité de la structure tarifaire TARMED, dont l'élaboration s'est faite au terme d'années de pourparlers laborieux, afin justement

d'éliminer les disparités qui existaient entre les différents cantons avant l'approbation - en 2002 - par le Conseil fédéral de cette convention-cadre.

En outre, si l'on tient également compte du double but poursuivi par TARMED, soit d'honorer, d'une part, la prestation médicale ambulatoire fournie par un médecin agréé selon une base d'évaluation économique unitaire et, d'autre part, de fixer le dédommagement, voire la rémunération de la prestation tout en tenant compte des coûts de l'infrastructure du prestataire de soins concerné (cf. EUGSTER op. cit. ch. marg. 894), on ne saurait suivre la demanderesse dans son raisonnement, dans la mesure où elle estime qu'une condamnation d'ordre général de la défenderesse s'impose, et ce, indépendamment des circonstances du cas particulier. En effet, d'après EUGSTER, (op. cit. ch. marg. 693 p. 700), la prise en charge de coûts complémentaires à ceux correspondants au tarif en vigueur en cas d'hospitalisation en division commune, par le biais de TARMED, n'est pas compatible avec le système régissant l'AOS et contribue à éluder la protection tarifaire voulu par le législateur. Si tel devait être systématiquement le cas, l'interdiction faite à l'hôpital par le législateur fédéral de prévoir d'autre rémunération pour la division commune que celle fixée aux al. 1<sup>er</sup> à 3 de l'art. 49 LAMal, reviendrait à détourner cette règle (cf. Eugster, op. cit. ch. marg. 693 p. 700. Cet auteur va même plus loin dans son analyse, affirmant dans son commentaire de la LAMal qu'un traitement hospitalier exclut la facturation de coûts annexes à titre ambulatoire selon le tarif-cadre en vigueur, s'agissant de patients en division commune et soumis à la législation fédérale sur l'assurance obligatoire des soins. De leur côté, les auteures de l'édition annotée 2004 de la "Loi fédérale sur l'assurance-maladie", AYER/DESPLAND, se référant à un arrêt lucernois publié au SVR 2000 KV 18 p. 57, concernant un cas d'application de l'art. 49 al. 4 LAMal, ont rappelé que cette disposition n'autorise pas la facturation d'un émolument supplémentaire pour la division commune par l'hôpital, à plus forte raison que le législateur a introduit des distinctions dans la LAMal en prévoyant des tarifs différents selon les traitements instaurés (ambulatoires, semi-hospitalier ou hospitalier).

Compte tenu des impératifs figurant à l'art. 32 al. 1<sup>er</sup>, première phrase, LAMal - soit l'efficacité, l'économicité du traitement et la limitation de celui-ci à ce qui est approprié -, qui devraient servir de fil conducteur aux fournisseurs de soins, une condamnation de la caisse à prendre en charge de tels coûts de traitements ambulatoires, ne saurait ainsi être prononcée, car peu compatible avec l'art. 49 al. 1<sup>er</sup> LAMal.

La conclusion de la demanderesse doit être par conséquent rejetée.

12. Par surabondance, il sied enfin de rappeler que si la demanderesse avait comme objectif, par l'introduction de sa demande du 17 juin 2008 et la formulation de ses conclusions, de remettre en cause le champ d'application de la structure tarifaire à la prestation pour les prestations médicales ambulatoires TARMED, voire une

---

partie de celle-ci afin d'élargir la notion de traitement ambulatoire, la compétence du Tribunal de céans devrait être d'emblée rejetée. En effet, comme l'a rappelé le Tribunal fédéral dans un arrêt publié aux ATF 134 V 443 (concernant l'approbation par le Conseil fédéral [le 21 novembre 2007] de la révision tarifaire TARMED et de la convention transitoire qui en faisait partie intégrante), en matière de tarifs ou de structure tarifaire dans le domaine de l'assurance-maladie obligatoire, le législateur fédéral a attribué la compétence d'approuver ou de fixer celle-ci en cas de litige aux organes politiques et non pas au juge. Ainsi, il appartient au Conseil fédéral de fixer une structure tarifaire uniforme sur le plan suisse pour les tarifs à la prestation, lorsque les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre à ce sujet (art. 43 al. 5 LAMal) ou d'approuver une convention tarifaire dont la validité s'étend à toute la Suisse (art. 46 al. 4 LAMal). De même, l'approbation d'une convention tarifaire au niveau cantonal (art. 46 al. 4 LAMal) ou la fixation du tarif entre les fournisseurs de prestations et les assureurs lorsque ceux-ci ne parviennent pas à conclure une convention tarifaire (art. 47 al. 1 LAMal) est du ressort des gouvernements cantonaux compétents. En ce qui concerne les voies de recours contre de telles décisions, le législateur fédéral n'a prévu l'intervention du juge que pour les décisions des gouvernements cantonaux qui peuvent être attaquées devant le Tribunal administratif fédéral (art. 34 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal administratif fédéral [LTAF; RS 173.32]) - en tant qu'unique instance fédérale, cf. art. 83 let. r LTF -, mais non pour les décisions du Conseil fédéral. Il ne s'agit pas d'une lacune (proprement dite) de la loi, car la solution choisie par le législateur avec l'introduction de la LTAF et de la LTF correspond à celle qui valait précédemment; l'art. 53 aLAMal (abrogé au 1er janvier 2007 avec l'entrée en vigueur de la LTAF) prévoyait uniquement la possibilité du recours contre les décisions des gouvernements cantonaux au sens, notamment, de l'art. 46 al. 4 et art. 47 LAMal. Puisque la Haute Cour a statué que la solution choisie par le législateur fédéral était conforme à l'art. 29a Cst., en relation avec l'art. 189 al. 4 Cst., il n'appartient pas au Tribunal de céans de trancher une question de principe concernant le champ d'application d'un tarif ou d'une structure tarifaire, au motif implicite que le législateur fédéral a encore réduit dans l'intervalle les voies de droit, donc les possibilités de remettre en cause un tarif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

13. Mal fondée, la demande est rejetée.
14. Les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties (cf. art. 46 al. 1 loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 29 mai 1997 (LaLAMal; RS J 3 05) Par conséquent, les frais du Tribunal de céans, par 5'445 fr., ainsi qu'un émolument de 300 fr. sont mis à la charge de la demanderesse, qui succombe.
15. L'appel en cause ayant été requis par la défenderesse, celle-ci sera condamnée, vu l'issue du litige, à payer aux HUG la somme de 2'000 fr., à titre de participation à leurs frais et dépens.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES:**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Préalablement :**

2. Rectifie les parties, en ce sens que le GROUPE MUTUEL n'a pas qualité de partie défenderesse dans le cadre de la présente procédure.

**Au fond :**

3. Rejette la demande dans le sens des considérants.
4. Condamne la demanderesse au paiement des frais du Tribunal arbitral par fr. 5'445 fr, ainsi qu'à un émolument de 300 fr.
5. Condamne MUTUEL ASSURANCES à payer aux HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE la somme de 2'000 fr. à titre de participation à leurs frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CHAMOUX

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le