

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4563/2008

ATAS/1119/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

Chambre 7

du 5 novembre 2010

En la cause

Madame Z _____, soit pour elle X _____, à Confignon

et

demandeurs

X _____, soit pour lui Madame A _____, à Confignon

contre

MUTUEL ASSURANCES, sis Rue du Nord 5, 1920 Martigny

défendeur

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Anja FRIEDERICH et Georges PANCHAUD, Arbitres

EN FAIT

1. Par acte du 11 décembre 2008, X_____ (le demandeur), cabinet de physiothérapie, s'est adressé au Tribunal arbitral en requérant l'ouverture d'une procédure à l'encontre de l'assureur MUTUEL ASSURANCES (le défendeur). A l'appui de son écriture, le demandeur a produit copie du dossier soumis préalablement à la Commission paritaire PHYSIOSWISS-SANTESUISSE, de la prise de position de sa partie adverse devant ladite autorité, ainsi que de la décision de cette dernière.
2. Il résulte du dossier susmentionné, ainsi que de celui de l'assureur, que le cabinet de physiothérapie X_____ et Madame Z_____, physiothérapeute, prodiguent des soins, depuis plusieurs années, à Madame B_____. Cette assurée est atteinte notamment de la maladie de Little. En raison de cette affection, son médecin traitant, le docteur L_____ (spécialiste FMH en chirurgie orthopédique), lui prescrit un traitement de deux séances hebdomadaires de physiothérapie, dont une en piscine.
3. En date du 30 avril 2007, MUTUEL ASSURANCES, l'assureur-maladie selon la loi fédérale sur l'assurance obligatoire des soins de Madame B_____, a requis des informations de la part du médecin traitant eu égard au nombre de séances de physiothérapie prescrites par ce dernier, la poursuite de la prise en charge du traitement étant remise en question.

En réponse aux questions posées, le docteur L_____ a signalé que sa patiente était atteinte d'un syndrome de Little avec tétraparésie sévère et que la poursuite du traitement physiothérapeutique permettait d'éviter l'enraidissement de la patiente.

4. Le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de MUTUEL ASSURANCES, a considéré que la pathologie était stabilisée depuis longtemps et qu'il n'y avait plus d'amélioration possible par la physiothérapie. Un traitement intensif n'était donc plus économique et seule une séance par semaine pouvait être admise à compter du 15 juin 2007 (avis du 15 mai 2007).
5. L'assureur a dès lors informé le docteur L_____ de ce qu'il ne prendrait plus à charge qu'une séance hebdomadaire dès le 15 juin 2007, un traitement plus intensif lors d'une phase aiguë de la maladie demeurant réservé.
6. Le médecin a manifesté son opposition dans une lettre du 11 juin 2007. Il a en particulier fait valoir que si l'état de sa patiente était stationnaire depuis de nombreuses années, cela était à mettre sur le compte de la physiothérapie qu'il convenait de poursuivre au même rythme. Une limitation de la fréquence des séances aurait des conséquences préjudiciables, car l'évolution de la maladie avait tendance à provoquer un enraidissement dont la sévérité et le handicap augmentaient avec l'âge. Il

proposait par ailleurs de soumettre l'assurée à une expertise médicale aux fins de prouver la nécessité de la poursuite du traitement.

7. De leur côté, les physiothérapeutes de X_____ se sont également opposées à la position de l'assureur, arguant de l'absence de disposition générale permettant la limitation du nombre de traitements par année civile (lettre du 13 juin 2007). Z_____ en a fait de même le 15 juin 2007.
8. Le 19 juin 2007, le médecin-conseil de l'assureur a proposé de soumettre le cas au docteur N_____, spécialiste FMH en médecine interne, cardiologie. Ce spécialiste a exposé, après avoir pris langue avec un confrère neurologue, que l'atteinte dont souffrait l'assurée était une maladie chronique, sans possibilité de guérison. La physiothérapie avait pour but de prévenir une aggravation. Dans ce contexte, l'octroi de deux séances de physiothérapie complexe (facturées sous la position 7311) lui paraissait excessif. Un compromis adéquat, qualifié toutefois de relativement « large », lui semblait consister en la prise en charge d'une séance hebdomadaire complexe (position 7311) et d'une autre générale (position 7301) (avis du 9 juillet 2007).
9. L'assureur a informé le docteur L_____ par lettre du 23 juillet 2007 qu'il était disposé à prendre en charge deux séances de physiothérapie par semaine jusqu'au 30 juin 2008, l'une étant remboursée, dès le 15 juin 2007, selon le forfait pour physiothérapie complexe (position 7311) et l'autre selon le forfait général (position 7301). Après cette date, un nouveau rapport médical devrait être transmis au médecin-conseil.
10. Le 30 juillet 2007, le médecin de l'assurée a communiqué à MUTUEL ASSURANCES que sa patiente présentait une maladie de Little sévère, invalidante, avec une spasticité entraînant des déformations. Celles-ci justifiaient la rééducation actuellement en cours. Sans la prise en charge actuelle apparaîtraient rapidement des escarres et des rétractations accroissant le handicap et les difficultés. Il convenait donc de maintenir à titre préventif la thérapie qui, si elle ne permettait pas de guérir la patiente, assurait le maintien d'un état compatible avec une relative indépendance.
11. Les physiothérapeutes ont quant à elles demandé à l'assureur de préciser si le forfait pour physiothérapie complexe concernait le traitement à sec ou celui en piscine dans un courrier du mois d'août 2007.
12. Le 28 septembre 2007, MUTUEL ASSURANCES a informé le médecin de ce qu'il avait décidé de maintenir sa position concernant les modalités de prise en charge du traitement physiothérapeutique.
13. En réponse aux interrogations des physiothérapeutes, il a précisé (lettre du 25 octobre 2007) que sa position relative à la facturation était valable autant pour les trai-

tements à sec effectués au cabinet X_____ que pour les soins en piscine prodigués par Madame Z_____. Afin de simplifier la facturation, il a déclaré qu'il rembourserait, pour la période du 15 juin 2007 au 30 juin 2008, l'équivalent de 27 séances selon la position 7311 et 27 séances selon la position 7301 pour chacun des thérapeutes.

14. Le 6 novembre 2007, les physiothérapeutes se sont adressées au docteur M_____. Arguant que la structure tarifaire était fondée sur le diagnostic ou les conséquences de celui-ci, et vu non seulement le diagnostic concernant la patiente en cause, mais aussi son handicap important, elles ont requis que la position 7311 soit retenue pour l'ensemble des séances de physiothérapie.
15. L'assureur a déclaré maintenir les termes de ses précédents courriers par lettre du 20 décembre 2007.
16. Le 15 janvier 2008, les physiothérapeutes ont fait savoir à MUTUEL ASSURANCES qu'elles saisissaient la Commission paritaire, afin qu'elle se prononce sur le tarif applicable.
17. Le 17 mars 2008, Mesdames C_____ (physiothérapeute au sein de X_____) et Z_____ ont adressé un formulaire de saisine à la Commission paritaire Association Suisse de Physiothérapie - SANTESUISSE/AA/AM/AI. Elles ont décrit l'objet du litige comme étant l'utilisation de la position tarifaire 7311, en précisant que le diagnostic - infirmité motrice cérébrale et maladie de Little selon le médecin prescripteur - entrait parfaitement dans le descriptif de ladite position. Elles ont également mentionné avoir constaté chez l'intéressée une coordination des mouvements difficile dans l'ensemble des activités, une mobilisation globale diminuée, des positions néfastes pour les articulations, des douleurs ponctuelles dues aux positions néfastes et un équilibre amoindri de façon générale. L'assurée se déplaçait en chaise roulante, avait besoin d'aide pour l'habillage, de déshabillage, la toilette, certains transferts, l'entretien ménager (repas-ménage-lessive). Elle vivait dans un foyer. L'équilibre debout était possible avec de l'aide, la marche était impossible sans assistance et il y avait des douleurs récurrentes de l'épaule gauche. Le but de la thérapie, selon le médecin, consistait en l'amélioration des fonctions articulaire et musculaire, la proprioception/coordination et un traitement analgésique et anti-inflammatoire selon besoin. Les physiothérapeutes ont quant à elles considéré que leurs soins avaient pour objectifs le maintien des capacités motrices actuelles, afin que l'intéressée conserve un maximum d'indépendance ; une amélioration de l'équilibre assis et debout, de la marche avec aide, des transferts, de l'endurance, de la mobilité articulaire et de la souplesse musculaire ; une diminution des douleurs occasionnelles. Selon les thérapeutes, la poursuite et la régularité des séances étaient indispensables pour maintenir les fonctions motrices, l'indépendance et la poursuite de l'activité professionnelle lucrative. Elles fondaient notamment leurs conclusions à ce propos

sur la base de l'absence de traitement pendant les périodes de vacances, qui nécessitaient une remise à niveau longue et difficile.

Une appréciation du docteur L_____ était jointe à cette requête. Le médecin y posait le diagnostic de maladie de Little et exposait que les différentes thérapies effectuées consistaient en de la physiothérapie régulière, la prescription de Botox et de spasmolytiques. La thérapie avait pour but d'éviter les rétractions musculotendineuses liées à l'évolution de la maladie, ne rien faire revenant à laisser se rétracter les différentes articulations des membres supérieurs et inférieurs avec toutes les conséquences qui pourraient en résulter.

18. Le 26 juin 2008, MUTUEL ASSURANCES a pris position et conclu à ce que la Commission paritaire confirme la limitation de l'utilisation de la position tarifaire 7311 dès le 15 juin 2007 à une séance par semaine, la seconde séance étant à facturer avec la position de la physiothérapie ordinaire 7301. La fréquence des séances ne s'en trouvait dès lors pas diminuée. Elle s'appuyait sur l'avis de ses médecins-conseils qui avaient notamment considéré que l'affection était stabilisée de longue date, de sorte qu'un traitement intensif ne se justifiait plus. Le docteur M_____ s'est encore exprimé à l'occasion de la réponse à la requête (avis du 20 mai 2008). Il a rappelé que pour être pris en charge, un traitement devait être efficace, approprié et économique. Au vu des séquelles neurologiques définitives engendrées par la maladie et de l'état stabilisé depuis de nombreuses années, le traitement n'était plus curatif. Quant à l'affirmation selon laquelle une réduction de la fréquence des séances entraînerait une aggravation de la symptomatologie, elle n'était pas prouvée. Néanmoins, le docteur N_____ admettait que la fréquence soit maintenue, mais estimait que la position 7311 n'était pas toujours justifiée. En effet, si l'on pouvait admettre que dans la phase aiguë d'une maladie neurologique il y avait un traitement complexe au sens de la convention, un traitement d'entretien ne l'était plus nécessairement. Dès lors, le compromis consistant en l'acceptation de deux séances hebdomadaires (soit une facturée avec la position 7311 et l'autre avec la position 7301) paraissait plutôt favorable au thérapeute, de l'avis du docteur M_____ et, dans le présent contexte, une utilisation de la position 7301 pour les deux séances pouvait même se défendre.
19. Le 12 novembre 2008, la Commission paritaire a informé les parties qu'elle n'était pas parvenue à trouver une proposition de conciliation et elle a communiqué l'avis de ses membres, tout en précisant qu'il était loisible aux intéressés de saisir la juridiction compétente pour trancher le litige.

Les représentants de PHYSIOSWISS ont estimé que dans ce cas neurologique pour lequel deux diagnostics avaient été posés, l'utilisation de la position tarifaire 7311 pour le traitement était correcte, car la thérapie était très complexe. Ladite position tarifaire était justifiée en cas de troubles moteurs cérébraux et dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale). Selon eux, le chan-

gement de position tarifaire était contraire à l'application de la convention. En ce qui concernait le nombre de séances, ils proposaient une moyenne de 42 traitements par année, si l'état de la patiente demeurait stable.

Les représentants de SANTESUISSE ont par contre considéré que le traitement était une mesure permettant de maintenir la personne en état, plusieurs années s'étant écoulées depuis le début de la pathologie. En conséquence, ils adhéraient à la solution proposée par l'assureur.

20. A réception de la demande qui lui a été adressée, le Tribunal arbitral a requis du demandeur qu'il lui fasse parvenir un mémoire remplissant les conditions de recevabilité (courrier du 15 décembre 2008).
21. X_____, agissant pour le compte des physiothérapeutes mentionnées ci-avant, s'est exécuté en date du 14 janvier 2009. En sus des faits déjà relatés, il expose que la patiente bénéficie d'un traitement sous la forme d'une séance hebdomadaire de physiothérapie en cabinet dispensée par Madame C_____, de X_____, et d'une séance de physiothérapie en piscine chaude prodiguée par Madame Z_____. Cette dernière partie du traitement a été intégralement payée par l'assureur sous la position tarifaire 7311 (physiothérapie complexe) et 7352 (supplément pour usage d'un bassin d'eau chaude), alors que la part du traitement à sec est restée totalement impayée depuis le 4 février 2008, l'usage de la position 7311 étant contesté par l'assureur. Le demandeur conclut à ce que le Tribunal arbitral déclare la position tarifaire 7311 applicable à l'ensemble du traitement (soit deux séances hebdomadaires, dont l'une en piscine et l'autre à sec). A l'appui de ses conclusions, il fait valoir que les conditions prévalant à l'utilisation de la position tarifaire 7311 sont présentement remplies et que l'assureur, qui refuse la prise en charge, viole la convention tarifaire signée par SANTESUISSE et PHYSIOSWISS. Ledit accord ne prévoit en outre aucune limitation dans le temps pour la prise en charge d'un traitement complexe, tant qu'il est adéquat, efficace et approprié, chez un patient présentant une pathologie évolutive, comme en l'espèce.
22. Sur demande du Tribunal, le demandeur a déclaré choisir comme arbitre Madame D_____ (lettre du 6 février 2009).
23. Le choix de MUTUEL ASSURANCES s'est quant à lui porté sur la personne de Monsieur E_____ (courrier du 18 février 2009).
24. Le défendeur a produit son mémoire de réponse, accompagné de son dossier, en date du 10 mars 2009. Il a fait état de ce qui suit. L'assurée a bénéficié depuis 2001 de deux séances de physiothérapie hebdomadaires. Ces traitements ont été pris en charge selon la position 7311. En juin 2007, après présentation d'une nouvelle prescription du médecin traitant, l'assureur a décidé de revoir le type de traitement prodigué, le tarif et la fréquence des séances à sa charge, selon les recommandations de son médecin-conseil. Par courrier du 6 novembre 2007, les physiothérapeu-

tes ont indiqué que les soins qu'elles prodiguaient correspondaient à la position tarifaire 7311 et que, par conséquent, ce tarif-là devait être appliqué. Du point de vue de l'assureur cependant, il ne s'agit pas d'adapter le tarif au traitement effectué, mais plutôt de savoir si le traitement est adéquat compte tenu de l'affection de la personne assurée et de son état de santé. C'est donc l'affection constatée et son évolution qui induisent le traitement nécessaire et le tarif facturé, non l'inverse. En ce qui concerne l'état de santé de la patiente au cas d'espèce, le docteur M_____ a indiqué qu'il s'agit d'une pathologie stabilisée depuis longtemps et qu'aucune amélioration n'est possible par la physiothérapie. Le traitement intensif n'est plus économique et il ne faut admettre qu'une séance par semaine. Quant au docteur N_____, il a relaté que le traitement de physiothérapie visait à prévenir une aggravation et que deux séances de physiothérapie complexe par semaine étaient excessives. Il ressort de l'ensemble des avis médicaux, y inclus celui du docteur O_____, que la physiothérapie a pour but unique, dans le cas d'espèce, de maintenir l'intéressée dans son état de santé actuel. Le traitement est en conséquence dépourvu de but thérapeutique et un traitement intensif n'est plus médicalement justifié. Ensuite, le défendeur fait valoir - contrairement aux allégations de son adverse partie - qu'il est possible d'apporter des modifications aux mesures de physiothérapie prescrites si cela contribue à l'atteinte des buts d'efficacité et d'économicité. En effet, dans le cadre de l'évaluation de l'affection dont souffre le patient et de son traitement, ce dernier doit pouvoir être adapté en fonction de l'évolution de l'état de santé, que ce soit dans le sens d'un renforcement ou dans celui d'un allègement. Si un traitement peut être revu et adapté, le tarif qui lui est applicable doit pouvoir l'être aussi. Il convient donc de savoir, au vu de l'état de santé de l'assurée, combien de séances de physiothérapie complexe ou générale sont nécessaires à atteindre le but visé, soit le maintien de l'état de santé, tout en répondant au critère d'économicité imposé par la loi. Le rôle du médecin-conseil est justement d'examiner l'efficacité et l'économicité du traitement, qui doit en outre être approprié. Une prestation est notamment inappropriée si elle peut être remplacée par un traitement moins onéreux, sans que le résultat médical ne soit remis en cause. Or, deux séances de physiothérapie complexe sont considérées comme un traitement dit intensif qui n'est plus médicalement justifié en l'espèce. Ce traitement est certes meilleur, mais non nécessaire. Les séances additionnelles sont dès lors inappropriées, inefficaces et non économiques au sens de l'art. 32 LAMal et le traitement doit être limité à une séance de physiothérapie complexe par semaine. Le docteur N_____ a toutefois proposé un compromis, afin de répondre aux contestations des physiothérapeutes et du médecin traitant, consistant en la prise en charge de deux séances par semaine, l'une selon le tarif 7311 et l'autre selon le tarif 7301. Ledit compromis paraît d'autant plus favorable aux thérapeutes dans la mesure où les représentants de PHYSIOSWISS avaient suggéré, relativement au nombre de séances, qu'une moyenne de 42 traitements annuels soit remboursée, ce qui revient à ne retenir qu'une seule séance par semaine. En conclusion, le défendeur conclut au rejet de la demande. Il maintient sa position telle qu'exprimée dans sa lettre du 5

juin 2007, à savoir qu'il ne prend en charge qu'une séance de physiothérapie complexe par semaine. A titre subsidiaire, il est d'accord que soit appliqué le compromis proposé par le docteur N_____.

25. Le 29 mai 2009, le Tribunal arbitral a entendu les parties en audience de comparution personnelle. A cette occasion, la représentante du demandeur a réitéré que la patiente remplissait les conditions (à savoir des troubles moteurs cérébraux, mais aussi des troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles) pour que soit appliquée la position tarifaire 7311. Cette dernière est en effet dépendante du diagnostic et non des actes thérapeutiques du physiothérapeute. Les séances à sec et en piscine consistent en des thérapies complémentaires et si le rythme est diminué, il existe un risque de rétractation musculaire impossible à corriger sans intervention chirurgicale. Elle a également contesté le fait que deux séances de physiothérapie hebdomadaires constituent un traitement intensif. Enfin, elle a confirmé que le traitement de physiothérapie en piscine dispensé par Madame Z_____ a été intégralement remboursé en fonction de la position tarifaire 7311, alors que le traitement en cabinet est demeuré impayé depuis le 4 février 2008, sauf pour une série de séances. Quant à la représentante de l'assureur, elle a déclaré que sa position est fondée sur l'avis du médecin-conseil, lequel considère qu'en présence d'un état de santé stabilisé depuis longtemps, un traitement intensif selon la tarification complexe n'est plus justifié. La qualification d'intensif a été posée par le médecin-conseil. S'agissant de la prise en charge, l'assureur a admis le principe des deux séances hebdomadaires, mais pas en tarification complexe. La représentante du défendeur a cependant déclaré qu'il lui semblait que la pathologie dont était affectée la patiente entrait dans celles décrites au chiffre 7311 de la convention.

A l'issue de l'audience, un délai au 12 juin 2009 a été imparti aux protagonistes pour communiquer le nom d'un expert neurologue.

26. Le défendeur a proposé les docteurs P_____ et Q_____ par courrier du 10 juin 2009.
27. A cette même date, le docteur M_____ s'est adressé au Tribunal en ces termes : « Notre assurée souffre d'une maladie de Little (paralysie cérébrale infantile). Cette affection touche les enfants et entraîne des séquelles orthopédiques plus ou moins importantes à l'âge adulte nécessitant divers moyens auxiliaires pris en charge par l'AI. La caisse maladie ne conteste pas qu'il s'agisse d'une maladie neurologique ni que les séquelles orthopédiques dont souffre notre assurée soient importantes. En revanche, nous contestons l'utilisation de la position 7311. Il est abusif selon mon interprétation de la convention de considérer que le simple fait que l'on soit en présence de "*troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires...*" rende obligatoirement complexe la physiothérapie appliquée. En effet la complexité du traitement résultait non seulement du diagnostic mais surtout de l'objectif que l'on cherche à atteindre. Si dans la phase aiguë d'une maladie neurologique où l'on peut

espérer une amélioration de la symptomatologie voire une guérison il est nécessaire de mettre en œuvre des moyens importants, il n'en est plus de même une fois la situation stabilisée. Notre assurée présente des séquelles orthopédiques définitives, la situation neurologique étant stabilisée depuis longtemps. Le traitement de ce fait n'est plus curatif, mais de l'avis même du médecin traitant a un caractère *préventif*, puisqu'il vise à *maintenir un état compatible avec une relative indépendance*. A ce titre on peut d'ailleurs se demander s'il est toujours à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Quoi qu'il en soit, le traitement appliqué dans ce cas, ne peut pas être considéré automatiquement comme complexe pour les raisons évoquées ci-dessus. En outre, l'affirmation que deux séances de physiothérapie hebdomadaires soient nécessaires pour prévenir une aggravation des séquelles n'est fondée sur aucune évidence médicale : une expertise médicale par un service de psychiatrie ou un orthopédiste compétent serait en mesure de nous donner des indications plus sérieuses. La proposition de l'assureur de poursuivre à la fréquence de deux fois par semaine en appliquant un traitement complexe une fois sur deux me paraît personnellement excessive : je la comprends comme une concession, à mon avis non justifiée. (...) ».

28. Le demandeur a suggéré les docteurs P _____ et R _____ par lettre du 11 juin 2009.
29. En date du 12 janvier 2010, le demandeur s'est enquis de l'avancement de la procédure et a porté à la connaissance du Tribunal que MUTUEL ASSURANCES avait partiellement réglé les factures relatives aux années 2008 et 2009, en utilisant la position tarifaire 7301.
30. Le Tribunal a décidé de garder la cause à juger le 15 janvier 2010.
31. Par lettre du 21 suivant, le défendeur a confirmé sa position selon laquelle l'atteinte neurologique ne justifie pas en soi l'application du tarif complexe. L'état de santé étant stabilisé, l'application du tarif simple est suffisante. Il a aussi précisé avoir versé, le 30 novembre 2009, 3'017 fr. 65 en faveur du demandeur, correspondant au paiement des factures en suspens depuis février 2008 selon la position tarifaire 7301. Enfin, l'assureur a relevé que l'action a été interjetée par le cabinet X _____, lequel n'emploie pas Madame Z _____, bien que cette dernière ait cosigné les courriers en émanant. Les factures émises par cette thérapeute étaient d'ailleurs libellées à son propre nom.
32. Suite à la communication de ce courrier au demandeur, ce dernier a écrit au Tribunal pour réitérer que sa patiente souffrait d'une infirmité motrice cérébrale (tétraplégie spastique) et d'une maladie de Little. Le tarif étant extrêmement précis, seule la position 7311 était présentement indiquée. En outre, il a contesté que la situation soit stabilisée, l'intéressée souffrant notamment d'une multitude de problèmes secondaires à ses affections neurologiques. Il a également rappelé au Tribunal la pro-

position faite par celui-ci de soumettre la patiente à une expertise neurologique. S'agissant du règlement des factures, le demandeur considère qu'il s'agit d'un acompte, car il maintenait ses conclusions relatives à l'application du tarif pour physiothérapie complexe. Quant, enfin, à la co-signature des courriers par Madame Z_____, elle est justifiée par le fait que cette dernière et le cabinet X_____ dispensent tous deux des soins (complémentaires) à l'assurée.

33. Cette écriture a été communiquée au défendeur en date du 17 février 2010.

EN DROIT

1. Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (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). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal).

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 (OAMal) des physiothérapeutes n'est pas contestée. On spécifiera toutefois - pour faire suite aux remarques formulées par l'assureur dans ses dernières écritures - que la partie demanderesse, agissant par l'intermédiaire du cabinet X_____, est constituée des deux physiothérapeutes Z_____ et C_____. Certes, les factures émises par la première des deux prénommées ont été intégralement acquittées au tarif le plus élevé (correspondant à celui dont l'application est requise) et la cause pourrait apparaître sans objet à son propos. Cela étant, dans la mesure où l'issue du présent litige peut avoir une influence sur lesdites factures, dans le sens où l'assurance pourrait cas échéant demander le remboursement d'un trop perçu, ainsi qu'au vu de la possibilité, évoquée par X_____, que le règlement auquel a procédé MUTUEL consiste en une erreur, il y a lieu de considérer que les deux physiothérapeutes sont concernées par la procédure et ont un intérêt à agir devant la Juridiction de céans. Quant au défendeur, il entre dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise *ratione loci*, les physiothérapeutes y étant installées à titre permanent.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Doit être résolue en l'espèce la question de savoir quel est le tarif applicable aux séances de physiothérapie dispensées à Madame B_____, la question du nombre de séances annuelles n'étant pas litigieuse, vu que la défenderesse a admis un nombre de 54 séances annuelles à sec et 54 séances en piscine.

3. Le 1^{er} septembre 1997, la Fédération suisse des physiothérapeutes (FSP ; devenue depuis lors PHYSIOSWISS), le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS ; entre-temps devenu SANTESSUISSE), la Commission des tarifs médicaux LAA, l'assurance-invalidité et l'Office fédéral de l'assurance-militaire ont conclu une convention tarifaire (ci-après : la convention). Cette convention a notamment pour but de régler les modalités de rémunération des prestations.

La convention instaure (dans ses dispositions d'exécution), le système du tiers payant prévu par l'art. 42 al. 2 LAMal, en ce sens que le débiteur des physiothérapeutes pratiquant à charge de l'assurance obligatoire des soins (notamment) pour les prestations visées par la convention est l'assureur conventionné concerné. La convention en question s'étend à toutes les prestations fournies aux assurés par les physiothérapeutes en vertu de l'art. 43 LAMal (notamment) ; en sont expressément exclues les prestations non prises en charge et les séances manquées (art. 3 dispositions d'exécution).

Il est constant que les parties à la procédure ont adhéré à la convention précitée.

4. a) Le système du tiers payant (par opposition au système du tiers garant) est prévu à l'art. 42 al. 2 LAMal ; il en découle qu'assureurs et fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération. Il s'agit d'une forme de reprise de dette contractuelle de l'assureur vis-à-vis du fournisseur de prestations, qui a pour effet de libérer l'assuré de sa dette à l'égard de ce dernier. Dans ce système, l'assuré envoie les factures à son assureur ou ce dernier les reçoit directement du fournisseur de prestations. L'assureur est alors tenu d'indemniser la personne qui fournit les prestations. L'assureur est le débiteur direct du fournisseur. Ce système est particulièrement avantageux pour le patient lorsque les montants à payer sont élevés, comme en cas d'hospitalisation par exemple. En cas de traitement hospitalier notamment, les conventions tarifaires prévoient, en règle ordinaire, un système de tiers payant conditionnel afin de permettre à l'assureur de vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont remplies : l'assureur dispose d'un certain délai, fixé dans la convention, pour signifier son refus de rembourser directement le fournisseur une prestation, si les conditions requises ne sont pas remplies (cf. arrêt non publié du TF du 12 août 2005, K 145/05, consid. 5.2 et les citations).

Dans le cas d'espèce, la convention liant les parties ne prévoit aucun délai en faveur de l'assureur pour vérifier si toutes les conditions d'une prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire sont réalisées et, éventuellement, refuser de rembourser directement le fournisseur de prestations.

En principe donc, l'assureur apparaît tenu de rembourser les soins obligatoirement assurés et prodigués par un physiothérapeute.

b) Selon l'accord, le physiothérapeute est libre de choisir les méthodes de traitement en fonction de la prescription médicale et de ses connaissances professionnelles ; son choix est toutefois limité en ce sens qu'il doit tenir compte des critères d'économicité et d'efficacité (cf. Tarif, Généralités).

Aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Comme le Tribunal fédéral a eu l'occasion de le relever à propos de l'art. 23 LAMA, dont le contenu était similaire, les caisses sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui pourraient être remplacées par d'autres, moins onéreuses ; elles y sont d'ailleurs obligées, dès lors qu'elles sont tenues de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in : Mélanges pour le 75^{ème} anniversaire du TFA, Berne 1992, p. 537). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre caisses et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 125 V 95 consid. 2b et la jurisprudence citée). Pour l'essentiel, ces principes conservent leur valeur sous le régime du nouveau droit (SVR 1999 n° KV 6 p. 12 consid. 7).

Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal, cette dernière attribue un rôle important aux médecins-conseils des assureurs (cf. Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre 1991, FF 1992 I 172). A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale consacré à l'art. 57 LAMal. Il est notamment compétent pour donner son avis à l'assureur, en toute indépendance de celui-ci ainsi que des fournisseurs de prestations, sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs ; il examine en particulier si les conditions de la prise en charge d'une prestation sont remplies. Son rôle vise entre autres à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (sur le rôle du médecin-conseil, voir : EUGSTER, Bundesgesetz über die Krankenversicherung, n^{os} 1 ss ad art. 57 notamment).

c) Contrairement à ce qui prévaut en matière de contrôle pour la rémunération d'un traitement et de soins en milieu hospitalier (cf. arrêt du TF du 21 mars 2001, K 87/00, consid. 2e) ou ce qui serait souhaitable lors de traitements médicamenteux coûteux pour lesquels la prescription ou la remise de médicaments abusive ne peut être exclue (arrêt du TF publié in RAMA 1984 n° K 566 p. 30 consid. 3b et c),

l'efficacité du contrôle portant sur le caractère économique ne postule pas que ce dernier soit exercé préalablement au traitement, dans la mesure où il est limité, comme en l'espèce, à la détermination de la position tarifaire applicable. En effet, dès lors que tant la nécessité du traitement dans son principe que le nombre de séances ne sont pas litigieux, le contrôle de l'assureur, respectivement de son médecin-conseil, peut intervenir *a posteriori*. Une telle façon de faire ne crée pas de risque particulier pour le patient, la différence éventuelle de frais qui pourrait au final être mise à sa charge si le prestataire de soins venait à lui réclamer la différence entre le tarif admis par l'assureur et celui facturé n'étant pas d'une importance telle qu'elle pourrait causer des désagréments insurmontables sur le plan financier.

d) Cela étant, il reste à se prononcer sur la position tarifaire applicable au cas d'espèce, c'est-à-dire trancher la question de savoir si le traitement de physiothérapie dispensé remplit les conditions de la position 7301 (forfait pour la physiothérapie générale) ou 7311 (forfait pour kinésithérapie complexe).

d/aa) Aux termes du tarif annexé à la convention tarifaire et faisant partie intégrante de celle-ci, la position 7301 est décrite comme suit :

« Forfait par séance pour physiothérapie générale (p. ex. kinésithérapie, massage et/ou combinaisons avec les thérapies selon position 7320) : cette position tarifaire couvre tous les traitements uniques ou combinés qui ne sont pas expressément indiqués sous les positions 7311 à 7340. La physiothérapie générale comprend les méthodes de traitement suivantes : kinésithérapie (mobilisation articulaire, kinésithérapie passive, mécanothérapie, gymnastique respiratoire y compris l'emploi d'appareils servant à traiter l'insuffisance respiratoire, gymnastique en piscine) ; massage manuel et kinésithérapie ; massage local ou général ; massage du tissu conjonctif ; massage réflexogène ; extensions vertébrales ; bains électriques ; massage au jet sous l'eau ; massage sous l'eau ; bains hyperthermiques ; douches médicales et bains médicaux ; inhalations d'aérosols. La position 7301 comprend en outre : les combinaisons physiothérapie générale - électrothérapie ou thermothérapie ; la combinaison physiothérapie générale - instruction en cas de location d'appareils ».

Il découle de ce texte que la position 7301 est applicable par défaut, soit lorsque, notamment, la position 7311 ne saurait être employée.

d/bb) Quant à la position 7311, elle est décrite de la façon suivante :

« Forfait par séance pour kinésithérapie complexe : kinésithérapie complexe en cas de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires (y compris les polyradiculonévrites telles que le syndrome de Guillain-Barré) ou de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles (âge, état général, troubles de la fonction cérébrale) ; traitement kinésithérapeutique complexe de blessés polytraumatisés et de patients ayant subi plusieurs opérations ou présentant les symptômes de plusieurs maladies

concomitantes ; thérapie respiratoire en cas de troubles graves de la ventilation pulmonaire. Sur demande, l'assureur pourra autoriser l'utilisation de la position 7311 pour d'autres indications ».

Le texte de la convention a pour but de limiter l'utilisation de la position tarifaire 7311 à des cas particuliers, dont la liste n'est toutefois pas exhaustive.

d/cc) Pour que l'application de la position 7311 soit reconnue, il faut - à l'exclusion des cas de troubles graves de la fonction pulmonaire qui n'entrent pas en considération au cas d'espèce - que non seulement il y ait kinésithérapie complexe, mais que de surcroît la personne assurée soit atteinte de troubles moteurs cérébraux et/ou médullaires, de troubles fonctionnels sévères dans des conditions difficiles, présente un polytraumatisme accidentel, ait subi plusieurs interventions chirurgicales ou présente les symptômes de plusieurs maladies. Or, la description faite par la convention de la position litigieuse ne comporte pas de définition de la notion de kinésithérapie complexe.

Une telle définition ressort toutefois de la version allemande de la convention tarifaire, dont le texte a valeur prépondérante (cf. remarque préliminaire à la convention tarifaire). En effet, sous le chiffre 7311, cette dernière parle de « aufwendige Bewegungstherapie », soit de thérapie par le mouvement (kinésithérapie) nécessitant un investissement important. Cet investissement important est consacré par les exemples donnés dans le tarif, auxquels s'applique la position 7311, à savoir des cas requérant plus de temps et d'énergie pour le traitement que les pathologies ordinaires (multiplicité des membres à soigner, des atteintes, des traumatismes ou sévérité de l'atteinte dans des circonstances pénibles qui, par définition, demanderont au thérapeute de consacrer plus de temps à son patient).

La distinction établie entre la position 7301 et la position 7311 repose donc sur la volonté des parties à la convention de dédommager le physiothérapeute qui, eu égard à l'affection dont est atteint la personne assurée, doit consacrer plus de temps à celle-ci qu'à un patient « ordinaire ».

Dans le cas d'espèce, l'assurée est atteinte d'un syndrome de Little. Cette affection - qui peut également être dénommée diplégie crurale ou rigidité spasmodique congénitale des membres - est caractérisée par une paraplégie spasmodique, apparaissant dès les premiers mois de la vie chez des enfants venus au monde avant terme ou en état d'asphyxie, ou par un accouchement difficile. Elle est due à des lésions cérébrales ; c'est une diplégie cérébrale infantile et elle entre dans le cadre des encéphalopathies infantiles (cf. GARNIER DELAMARE, Dictionnaire des termes de médecine, 25^{ème} éd., Paris 1998). Il s'agit donc d'une infirmité motrice cérébrale (cf. dictionnaire LAROUSSE). Les troubles moteurs (spasticité et parésie notamment) atteignent tous les membres, mais principalement les membres inférieurs. En outre, il est constant que l'intéressée présente un handicap rendant les conditions de trai-

tement difficiles (cf. p. ex. aide impérative pour l'habillage et le déshabillage, les transferts). Les thérapeutes, ainsi que le médecin traitant de l'intéressée ont décrit les problèmes rencontrés par leur patiente et les soins qu'il était nécessaire de lui prodiguer, afin d'éviter une aggravation de la pathologie. En particulier, les physiothérapeutes ont exposé qu'il fallait compter une heure de séance pour effectuer le traitement, alors qu'une séance ordinaire n'était que de 30 minutes. Ni l'assureur ni ses médecins-conseil n'ont contesté le diagnostic retenu ou le traitement prodigué, de sorte que le Tribunal a finalement renoncé à mettre en œuvre l'expertise neurologique qui était envisagée. Le défendeur a principalement forgé son argumentation sur le fait que l'application de la position tarifaire 7311 relèverait du traitement dit « intensif », au contraire de la position 7301. Or, tel n'est manifestement pas le cas. La tarification particulière instituée par le chiffre 7311 a pour but de prendre en considération le surplus de temps dévolu à la thérapie qui se révèle par ailleurs complexe (eu égard au nombre de parties du corps devant être traitées, à l'aide et à l'assistance devant être apportées à la personne soignée et/ou à la prise en compte de plusieurs facteurs interagissant entre eux et compliquant par-là le choix des méthodes thérapeutiques). Le défendeur a encore fait valoir que si le traitement pouvait être adapté (ce qui n'est nullement contesté), il devait alors être possible d'adapter aussi le tarif. Cette remarque tombe à faux dans le cas d'espèce. En effet, les affections justifiant les séances de physiothérapie n'ont pas subi de modification sensible, au contraire. On ne voit donc pas ce qui permettrait de procéder à une modification de la tarification. Tel ne serait par contre pas le cas, par exemple, d'un patient polytraumatisé dont l'ensemble des atteintes auraient guéri, à l'exception d'une seule qui demanderait encore à être traitée. En effet, en pareil cas, la personne assurée ne devrait plus être considérée comme un polytraumatisé au sens de la convention.

Il suit de ce qui précède que dans le cas d'espèce, les critères déterminants pour l'application de la position 7311 sont remplis. Non seulement l'assurée concernée est atteinte d'une infirmité motrice cérébrale, mais le traitement qui doit lui être dispensé consiste en une kinésithérapie des quatre membres, une correction de positions déviantes, de la proprioception pour maintenir les fonctions d'équilibre, des exercices de marche, et un traitement (ponctuel) antidouleur et anti-inflammatoire, entre autres. On ajoutera encore que les soins sont prodigués dans des conditions difficiles au sens de la convention, puisque l'assurée ne peut assumer elle-même une grande partie des actes de la vie courante.

Dans ces circonstances, c'est à tort que le défendeur a refusé d'appliquer la position 7311 pour le remboursement des séances de physiothérapies dispensées par les physiothérapeutes. La demande sera par conséquent admise.

5. La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 LaLAMal ; J 3 05).

Les frais du Tribunal, par 2'800 fr., et un émolument de 3'000 fr. seront mis à la charge du défendeur, qui succombe. Le demandeur n'étant pas représenté par un mandataire professionnellement qualifié, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, qui ne sont au demeurant pas demandés.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne le défendeur à rembourser les séances de physiothérapie en application de la position tarifaire 7311.
4. Met les frais du Tribunal par 2'800 fr. à la charge du défendeur.
5. Met à la charge du défendeur un émolument de 3'000 fr.
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

Maryse BRIAND

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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