



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2416/2018

ATAS/27/2020

ARRET

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

du 16 janvier 2020

En la cause

AVANEX VERSICHERUNGEN AG,

demandereses

SANSAN VERSICHERUNGEN AG,

SANA24 AG,

ARCOSANA AG,

VIVACARE AG,

COMPACT GRUNDVERSICHERUNGEN AG,

CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG,

AQUILANA VERSICHERUNGEN,

SUPRA - 1846 SA,

CONCORDIA KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNG,

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA,

KPT KRANKENKASSE AG,

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante ; Dominique TRITTEN et François
COURVOISIER, Arbitres**

VIVAO SYMPANY AG,
KOLPING KRANKENKASSE AG,
EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA,
EGK GRUNDVERSICHERUNGEN,
PROGRÈS VERSICHERUNGEN AG,
WINCARE VERSICHERUNGEN AG,
SWICA GESUNDHEITSORGANISATION,
MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA,
SANITAS KRANKENVERSICHERUNG,
INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA,
PHILOS ASSURANCE MALADIE SA,
ASSURA-BASIS SA,
VISANA AG,
HELSANA VERSICHERUNGEN AG,

toutes représentées par SANTESUISSE, sise rue des Terreaux 23,
LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Olivier BURNET

contre

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec défendeur
élection de domicile en l'étude de Maître Yvan JEANNERET

EN FAIT

1. Par arrêt du 26 février 2016 (ATAS/150/2016) le Tribunal de céans a reconnu au Docteur A_____ (ci-après: le médecin) le titre de spécialisation de « médecine interne générale » depuis 2011.
2. Selon les statistiques-facteurs (ci-après : statistiques RSS) de l'association Santésuisse, organisation faîtière des assureurs-maladie actifs dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, le médecin a présenté en 2016 un indice des coûts directs par malade de 184, par rapport à la moyenne de 100 de ses confrères dans la même spécialité, et un indice de coûts directs et indirects de 131. L'indice ANOVA était en 2016 de 221 pour les coûts directs et de 182 pour les coûts totaux.
3. Par courrier du 15 mars 2018, Santésuisse a informé le médecin que ses indices dépassaient le seuil de tolérance de 20% à 30% en moyenne en 2016.
4. Par requête du 12 juillet 2018, les assurances-maladies mentionnées sur la page de garde, représentées par Santésuisse ainsi que par leur conseil, ont saisi le Tribunal de céans d'une requête en conciliation à l'encontre du médecin, en concluant à ce que celui-ci soit condamné à leur restituer la somme de CHF 458'607.-, sur la base de l'indice ANOVA, pour l'année statistique 2016, subsidiairement la somme de CHF 327'727.50, sur la base de l'indice RSS pour cette même année.
5. Lors de l'audience du 5 septembre 2018, le Tribunal a constaté l'échec de la tentative de conciliation.
6. Dans sa réponse du 14 décembre 2018, le défendeur a conclu au rejet de la demande sous suite de dépens. Il a exposé qu'il disposait d'une formation plus étendue que la plupart de ses collègues, notamment d'un certificat de formation continue en économie et management de la santé, mention économie et politique de la santé. De ce fait, il était sensibilisé et attentif à l'aspect économique et adéquat des prestations. Son cabinet était également un établissement de formation post-graduée certifiée par la Fédération des médecins suisses (ci-après: FMH) et il y exerçait en tant que médecin formateur et tuteur en médecine interne générale. Il disposait aussi d'un diplôme de formateur d'apprenti. Durant l'année 2016, il avait employé plusieurs médecins en formation post-graduée au sein de son cabinet. Par ailleurs, ses formations en bio-résonance, phytothérapie, homéopathie, oligothérapie et vitaminothérapie lui permettaient de diagnostiquer, traiter et résoudre dans une grande majorité des cas des allergies et d'autres maladies chroniques résistantes au traitement allopathique. Il avait aussi suivi d'autres formations continues et cours de perfectionnement (ultrasonographie, infiltrations intra-articulaires, examens radiologiques à doses intensives, expertises en radioprotection, radiologie médicale, méto-toxiques etc.). Une formation en nutrition médicale lui permettait de travailler de manière curative et préventive. Enfin, il pratiquait également de manière bénévole la médecine d'urgence. Son cabinet disposait d'un laboratoire d'hématologie et de chimie, d'une radiologie numérique et d'une salle de soins pour les traitements au laser. Il pratiquait des

diagnostics radiologiques à son cabinet, alors que la plupart de ses confrères adressaient leurs patients à des centres de radiologie externes. Il disposait aussi d'une échographie, d'un ultrason, d'une oxymétrie nocturne et d'un spiromètre. Il pratiquait la petite chirurgie au sein de son cabinet depuis 11 ans, notamment pour les ongles incarnés ou les opérations dermatologiques, et effectuait des biopsies. L'équipement influant ainsi sur les prestations offertes, il constituait une spécificité de sa pratique, la plupart de ses confrères n'en disposant pas. Il travaillait par ailleurs six jours par semaine à raison de 15 heures par jour. Ses factures n'avaient jamais été contestées par les assurances-maladies. Il assurait la prise en charge et le suivi de personnes atteintes de problèmes de santé physique, psychique ou sociale, dans une perspective de proximité, d'économicité, de globalité et de continuité, pour des pathologies touchant notamment à la médecine interne, à la cardiologie, à la pneumologie, à l'oncologie, à la rhumatologie et aussi à la pédiatrie des nouveau-nés de la majorité de ses patients. À cela s'ajoutaient des consultations nombreuses en gériatrie avec des mesures de maintien à domicile qui étaient certes onéreuses, mais plus économiques qu'une hospitalisation. Parmi ses patients figuraient aussi de nombreux toxicomanes et sidéens engendrant un coût élevé. Alors que les praticiens avaient tendance à adresser les cas plus lourds ou complexes à des spécialistes ou hôpitaux, le défendeur les traitait lui-même. Les pathologies lourdes engendraient des coûts plus élevés par patient que ceux de la moyenne de ses confrères. Le défendeur menait des séances d'information, participait à des colloques et intervenait dans de nombreuses campagnes de prévention de la santé publique et de l'éducation de la santé. Au demeurant, la collecte des données du système de santé par l'organisme SASIS AG, une émanation de Santésuisse, était peu transparente. Quant à l'indice ANOVA, cette statistique n'avait jamais été reconnue par les tribunaux. Des statistiques de CTESIAs SA, soit d'un organisme neutre et indépendant des assureurs, contrairement à SASIS SA, ressortait au demeurant que son indice se situait très en deçà de la limite de 130. En tout état de cause, la demande était périmée, les statistiques RSS ayant été publiées au plus tard le 25 mai 2013 pour les années 2011 à 2013. La date du 17 juillet 2017, avancée par les demanderesses pour la publication des statistiques 2016, était purement fictive, s'agissant de la date à laquelle Santésuisse avait décidé de révéler les données à sa disposition, mais qui ne correspondait pas à la date de disponibilité de celles-ci. Ainsi, la demande avait été déposée plus d'une année après la connaissance des faits. Les demanderesses n'avaient pas non plus la légitimation active, n'ayant pas produit une seule facture pour les patients du défendeur, étant relevé que la seule production des chiffres issus de la base de données SASIS, invérifiable, ne saurait suffire. De surcroît, CSS, Intras et Arcosana ne faisaient pas partie de Santésuisse et aucune procuration de représentation par ce dernier organisme ne figurait dans le dossier. Le défendeur n'avait en outre pas de patient assuré chez Vivao Sympany, Sansan, Sana24 et Compact. A défaut de données fiables, le contrôle d'économicité ne pouvait ainsi pas être réalisé. En tout état de cause, c'était l'indice de l'ensemble des coûts qui était déterminant, lequel était en l'occurrence de 131 points.

-
7. Par courrier du 27 décembre 2018, les demanderesse ont choisi, dans l'ordre et l'un à défaut de l'autre, Madame B _____ et Monsieur C _____.
 8. Le 21 janvier 2019, les demanderesse ont transmis au Tribunal de céans une procuration de CSS, Intras, Arcosana et Sanagate en faveur de Santésuisse.
 9. Le 24 janvier 2019, le défendeur a désigné le Docteur D _____ comme arbitre.
 10. Par courrier du 4 février 2019, le Tribunal de céans a désigné Mme B _____ et le Dr D _____ comme arbitres.
 11. Par réplique du 14 février 2019, les demanderesse ont persisté dans leurs conclusions. Quant à la formation du défendeur, celui-ci suivait en réalité des formations continues, ce qui constituait un devoir légal auquel étaient soumis tous les médecins. Cela ne justifiait ainsi pas des coûts par patient plus élevés. Selon l'extrait du registre des professions médicales, le défendeur ne disposait pas d'attestations de formation complémentaire en homéopathie ni dans d'autres domaines. Il ne pouvait pas non plus être considéré que les équipements du cabinet médical du défendeur différaient fondamentalement de ceux des spécialistes en médecine interne générale du groupe de comparaison. Partant, le défendeur pouvait être comparé aux praticiens de sa catégorie. A cet égard, il était significatif que l'imagerie médicale (radiologie et ultrasons) ne représentait que 0,64% des positions Tarmed facturées par le défendeur, alors que ce chiffre était de 2,8 pour les médecins de son groupe de comparaison. Lors de seulement 72 consultations, sur un total de 6099 consultations en 2016, la radiologie avait été utilisée, ce qui représentait 1,1%. En outre, les patients du défendeur avaient eu recours à de nombreuses prestations de radiologie auprès d'autres fournisseurs de soins. Quant à la petite chirurgie, à savoir les opérations dermatologiques et l'utilisation du laser, elle ne représentait que 0,3% des positions facturées. Cette activité était ainsi très anecdotique de la pratique du défendeur. Les frais de laboratoire interne se situaient dans des proportions similaires à ses confrères, dans la mesure où ils représentaient 7,17 % du chiffre d'affaires du défendeur et 5,48 % de celui du groupe de comparaison. Il y avait par ailleurs lieu de s'inquiéter de la qualité des soins au vu du nombre d'heures travaillées allégué par le défendeur. Le fait qu'aucune de ses factures n'avait été contestée ne signifiait au demeurant pas que sa pratique globale respectait le principe de l'économicité, les assurances-maladies n'étant pas qualifiées pour se prononcer sur cette question. La moyenne d'âge des patients du défendeur, de 46,4 ans, était par ailleurs jeune par rapport à la moyenne d'âge du groupe cantonal de 53,3 ans. Selon les relevés de la compensation du risque, les patients du défendeur ne bénéficiaient de la même quantité moyenne de Defined Daily Dose que son groupe de comparaison pour le Pharmaceutical Cost Group (PCG) 12 qui concerne les patients atteints du Sida. Ses patients toxicomanes étaient peu nombreux, le PCG 19 qui répertorie les addictions, relevant que les patients du défendeur avaient reçu en moyenne 0,2 Defined Daily Dose, alors que le groupe de comparaison en avait reçu 2,6. En ce qui concerne la formation et la prévention, elle ne relevait pas de la loi. Les demanderesse ont par ailleurs établi

un tableau des facturations pour les 18 février et 24 mars 2016, mettant en évidence 19,5 heures respectivement 21,75 heures de travail par jour, ce qui paraissait invraisemblable. Il en ressortait en outre que le défendeur facturait systématiquement le petit examen et quasiment systématiquement aussi trois positions 0.0020, ce qui était proscrit par le Tarmed. Il facturait aussi régulièrement une position en l'absence du patient (00.0140) préalablement à chaque consultation, ce qui n'était pas admis. Quant aux statistiques des assureurs-maladie, le Tribunal fédéral avait toujours admis le recours à celles-ci. La méthode ANOVA était également désignée comme base pour le contrôle de l'économicité dans le contrat conclu entre la FMH et les assureurs. En ce qui concerne les données de CTESIAs, cet organisme avait pour mission de ne collecter que les factures transmises par les médecins qui lui étaient affiliés et ne travaillait qu'avec ses membres. Ces statistiques ne reposaient pas non plus sur les mêmes bases de données que celles de Santésuisse. De ce fait, CTESIAs n'était pas reconnu par les instances judiciaires. Concernant la question de la péremption de la demande, le Tribunal fédéral avait admis que la date de départ du délai de prescription était la date figurant sur les statistiques considérées. Santésuisse disposait enfin de la légitimation active et de la qualité pour recourir, dès lors qu'il ressortait du document Datenpool pour 2016 que les demanderessees avaient remboursé des prestations aux patients du défendeur.

12. Dans sa duplique du 26 avril 2019, le défendeur a persisté dans ses conclusions. Le document Datenpool constituait un document préparé pour les besoins de la cause par les soins de Santésuisse et ne permettait ainsi pas d'admettre que les demanderessees eussent remboursé des prestations aux patients du défendeur. Elles n'avaient pas non plus produit les factures remboursées pour chacune des assurances. Au demeurant, Vivao Sympany, Sansan, Sana24 et Compact n'avaient jamais remboursé des prestations à ses patients. Cela démontrait que le document Datenpool était manifestement truffé d'erreurs et imprécis. Quant au fond, le défendeur a contesté les chiffres avancés par les demanderessees et affirmé qu'il effectuait plus de petite chirurgie et de radiologie que ce qu'avançaient les assureurs, à savoir 167 interventions de petite chirurgie et non 136. Par ailleurs, 477 prestations de radiologie avaient été comptabilisées en 2016. S'agissant de la méthode ANOVA, le défendeur a sollicité l'audition des deux auteurs de l'expertise portant sur cette méthode, ainsi que la production du contrat conclu entre la FMH, Santésuisse et Curafutura et le listing exhaustif des modifications et améliorations apportées à la méthode ANOVA depuis le 1^{er} janvier 2015. Concernant sa pratique médicale, il relevait qu'un médecin assistant en formation post-graduée avait également facturé ses prestations sous le code créancier du défendeur durant toute l'année statistique. Il y avait à cet égard lieu d'entendre les docteurs E_____ et F_____. Partant, les 19,5 heures facturées pour le 18 février 2016 représentaient seulement 9,75 heures par médecin. Il en allait de même pour le 24 mars 2016.

13. Le 6 juin 2019, les demanderesses ont produit, à la demande du Tribunal de céans, la liste de comparaison du groupe de spécialité du défendeur avec les noms des médecins composant ce groupe.
14. Le 17 juin 2019, le défendeur a demandé à ce que les demanderesses complètent la liste des médecins du groupe de comparaison avec le descriptif détaillé des coûts directs et indirects relatifs à chacun de ceux-ci pour l'année statistique concernée.
15. Le 19 juin 2019, le Tribunal de céans a rejeté cette requête.
16. Dans leurs écritures du 26 juin 2019, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions concernant la légitimation active. Elles ont relevé que le Tribunal de céans avait considéré, dans l'affaire précédemment jugée concernant le défendeur, que le document « Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2011 » était suffisant pour établir qu'elles avaient remboursé des prestations aux patients du défendeur, ce qui avait été confirmé par le Tribunal fédéral. Le défendeur ne pouvait pas non plus contester avoir des patients chez Sana 24 AG, puisqu'il les avait enregistrés en tant qu'assurés de cette caisse lui-même. Partant, le défendeur ne maintenait pas son fichier à jour, étant précisé que les patients changeaient fréquemment d'assureur. En ce qui concerne la polypragmasie, les demanderesses ont rappelé que le seuil jurisprudentiel n'était pas à 130, mais entre 120 et 130. Il était par ailleurs surprenant de constater que le défendeur n'avait jamais communiqué à Santésuisse son numéro GLN (anciennement EAN) des médecins qui collaboraient dans son cabinet. Ainsi, il avait transgressé les art. 8 et 9 de la convention-cadre Tarmed. Par ailleurs, il connaissait cette obligation, dès lors qu'il avait annoncé son épouse, tout en se gardant bien d'annoncer les nombreux médecins qui avaient travaillé depuis plusieurs années au sein de son cabinet. La convention-cadre Tarmed stipulait à cet égard à l'art. 9 que lorsque plusieurs médecins exerçaient sous un même numéro d'enregistrement, ils étaient solidairement responsables à l'égard des assureurs-maladie en cas de comportement non conforme à la convention. Celle-ci prescrivait également que les prestations fournies devaient pouvoir être attribuées aux divers médecins au moyen des numéros GLN/EAN afin de faire ressortir de la facture l'identité du médecin principalement responsable des prestations fournies. Au demeurant, le défendeur n'était pas en mesure de prouver ses allégations quant au travail effectué par ses collaborateurs, de sorte qu'il était pleinement responsable de la facturation émise sous son numéro RCC. Il facturait par ailleurs également sous le nom de sa société Similia Medica Sàrl, tout en indiquant dans certaines circonstances le nom de cette personne morale comme fournisseur de la prestation. Cela constituait également une violation de la convention-cadre Tarmed. Enfin, il n'apportait pas la preuve d'avoir travaillé 9,75 heures le 18 février. Au contraire, il se contredisait, puisqu'il affirmait, dans sa réponse du 14 décembre 2018, avoir travaillé six jours par semaine à raison d'environ 15 heures par jour.
17. Par écriture du 1^{er} juillet 2019, le défendeur a relevé que Santésuisse avait produit les chiffres concernant des médecins d'un groupe de comparaison dans une cause parallèle et que ceux-ci semblaient pouvoir être édités par un simple clic de souris.

Il a par ailleurs rappelé qu'il exploitait un établissement certifié de formation post-graduée et ne pouvait de ce fait être comparé à des cabinets ne revêtant pas cette caractéristique essentielle. À cet égard, il a produit le registre des établissements genevois de formation post-graduée et certifiée, tout en invitant le Tribunal de céans à ordonner à Santésuisse de produire le détail des coûts directs et indirects engendrés par ces mêmes praticiens pour l'année statistique concernée et de le renseigner sur les caractéristiques essentielles de la structure de la pratique de ces établissements.

18. Entendu le 3 juillet 2019 par le Tribunal de céans, le Dr A_____ a déclaré ce qui suit :

« Je suis actuellement une cinquantaine de patients souffrant d'addiction, dont cinq ou six pour la méthadone et d'autres substances de substitution, pour lesquels une autorisation spéciale est nécessaire. Concernant les autres patients souffrant d'addiction, une autorisation spéciale n'est pas requise.

Concernant le fait qu'il est relevé dans le PCG une moyenne de defined daily dose inférieure à celle de mes confrères du groupe de comparaison, je relève que je ne suis pas un gros prescripteur de médicaments et que je préconise d'autres traitements, notamment la psychothérapie.

S'agissant des patients atteints du Sida, je précise que beaucoup de patients qui viennent me voir ont déjà reçu auparavant des antiviraux et s'adressent à moi pour bénéficier d'une pause thérapeutique ou d'autres traitements. En effet, les effets secondaires des antiviraux sont importants. Je prescris souvent de la phytothérapie pour les symptômes, par exemple pour des problèmes de transit. Il s'agit donc essentiellement de traitements symptomatiques.

Les patients du Sida demandent plus de consultations que la plupart des autres patients, en raison d'un aspect psychologique important. Pour ces patients, j'ai fait appel aussi à la Clinique Arlesheim pour avoir des conseils. La fréquence des consultations pour ces patients peut être d'une fois par semaine ou une fois tous les trois mois.

Les pièces 21 et 22 constituent des statistiques de mon cabinet que j'ai effectuées moi-même.

Concernant la position 0030140, prestation en l'absence, je la facture fréquemment avant les consultations, mais non pas le jour même, pour étudier le dossier, par exemple un rapport médical ou une lettre d'un confrère, et également chaque fois qu'un patient téléphone ou qu'une pharmacie demande des explications.

Concernant les consultations, elles durent 20 minutes et je considère par conséquent que j'ai correctement facturé les positions relatives à la durée des consultations.

Le fait que la position 00.0140 est facturée parfois le jour-même de la consultation, peut s'expliquer par le fait que le patient rappelle pour me donner une information supplémentaire ou pour discuter sur un résultat de laboratoire.

Je conteste que cela ne prend que peu de temps. Je n'ai que des dossiers papiers.

Je relève par ailleurs qu'une ordonnance de phytothérapie prend bien plus que deux minutes.

Concernant le petit examen (00.0410), il est également justifié chaque fois que je le facture et correspond à un examen concret.

Le fait que je sois médecin formateur implique que ce sont souvent des assistants qui effectuent les prestations et les facturent. Dans la mesure où ils sont moins expérimentés, cela peut augmenter le coût par patient.

Sur question de Santésuisse, je précise que la formation de l'assistant n'est pas à la charge de l'AOS. Je ne lui facture pas la supervision des assistants.

Je précise par ailleurs, que j'emploie un assistant à la fois. Son salaire est de CHF 6'000.- par mois à temps plein. Ses prestations sont encaissées par mon cabinet médical.

Je m'étonne par ailleurs que les assistants diplômés doivent également demander un numéro GLN/EAN. Je l'ignorais, raison pour laquelle je n'ai pas indiqué ce numéro dans les factures.

Quant à Similia Medica, il s'agit d'une autre structure, dans laquelle je consulte. Cette structure emploie différents fournisseurs de prestations médicales comme des ergo- et physiothérapeutes. Il s'agit d'une structure naturopathique. Lorsque je donne des consultations dans ce centre médical, les prestations sont en principe facturées par ce centre, sous son numéro RCC.

J'interviens à la demande de Similia, lorsqu'un examen par un médecin est nécessaire. Je donne un coup de main à ce centre médical, sans être son médecin répondant. Lorsque Similia facture une prestation que j'ai fournie, cette facture est encaissée par ce centre et entre dans sa comptabilité.

Je confirme par ailleurs que le GLN est demandé pour tous médecins diplômés.

S'agissant du traitement laser, il est vrai qu'il est utilisé souvent dans un but esthétique. Moi je l'utilise pour des ongles incarnés et des furoncles (laser CO2) et j'obtiens de bons résultats avec ce genre de traitement. Toutefois, le laser n'est pas mentionné dans la facture. Par ailleurs, j'admets que cela n'augmente en principe pas le coût par patient.

En 2019, j'ai fondé H_____ SA.

Je confirme que j'ai également un numéro RCC à Aigle. Je compte en effet diminuer mon activité médicale à Genève. »

Quant à Santésuisse, elle a relevé avoir enregistré pour Similia Medica le docteur G___ comme médecin-répondant qui aurait quitté cette structure en 2007 ; ce départ ne lui avait pas été annoncé. Quant au mandataire des demanderesses, il relevait qu'il existait des factures émanant de Similia Medica avec le RCC du

défendeur. Enfin, Santésuisse a produit une liste de comparaison du défendeur avec un groupe restreint d'établissements de formation post-graduée, sans les médecins disposant d'une spécialisation supplémentaire, afin que le groupe soit le plus homogène possible. De cette comparaison résultent des indices encore plus élevés du défendeur. Quant à ce dernier, il a contesté la comparaison avec ce groupe de médecins restreint, dès lors qu'ils n'employaient pas tous des assistants.

19. Par écritures du 29 août 2019, le défendeur s'est déterminé après enquête. Il a relevé que ses coûts totaux n'avaient dépassé que d'un point le seuil jurisprudentiel à partir duquel l'existence d'une polypragmasie pouvait être examinée et que le seuil de 130 ne constituait pas en soi un indice irréfragable d'une pratique médicale non économique, selon la jurisprudence. Conformément à celle-ci, un supplément sur cette marge de tolérance devait être accordée pour permettre d'intégrer les spécificités d'une pratique médicale. Le défendeur refusait par ailleurs de renoncer à pratiquer des examens diagnostiques à son cabinet. Au demeurant, le caractère économique de sa pratique médicale avait été reconnu dans un arrêt du Tribunal de céans opposant le défendeur aux assureurs-maladie dans une précédente cause. Or, sa pratique n'avait pas évolué. Il a par ailleurs produit six factures mettant en évidence de nombreux examens diagnostiques. Du fait du grand nombre d'examens au cabinet, il était également logique qu'il facturait régulièrement des prestations médicales en l'absence des patients, cela étant rendu nécessaire par l'étude et la communication du résultat desdits examens. Il fallait aussi tenir compte de ce que les coûts facturés étaient imputables à deux praticiens, à savoir le médecin formateur et le médecin-assistant. De ce fait, le seuil de 130 devrait être relevé d'une marge supplémentaire. À cet égard, le défendeur a contesté que le médecin-assistant devait être mentionné sur la facture, même s'il était détenteur du numéro EAN. En effet, Helsana assurances SA avait considéré que seul le numéro EAN du médecin formateur était admis pour le remboursement à la charge de l'assurance obligatoire des soins. En outre, la convention-cadre Tarmed limitait la possibilité d'indiquer le numéro EAN aux seuls médecins engagés, à l'exclusion des médecins-assistants en formation post-graduée. En ce qui concerne la statistique restreinte produite par les demanderesse, elle n'était pas pertinente, du fait qu'il n'était pas démontré que les médecins formateurs avaient concrètement embauché des assistants. Le défendeur avait contacté les médecins figurant sur la liste produite et il s'avérait qu'aucun de ces praticiens n'avait embauché un médecin assistant au cabinet. Nombre de ceux-ci exerçaient au demeurant en hôpital. Ainsi, l'indice des coûts directs du défendeur se trouvaient très en-deçà de la limite qui pourrait être fixée par le Tribunal de céans compte tenu de l'existence de coûts liés aux médecins-assistants.
20. Par écritures du 26 septembre 2019, les demanderesse ont persisté dans leurs conclusions. En plus de leurs précédents arguments, elles ont relevé que les quelques factures produites par le défendeur démontraient le chaînage de positions Tarmed et l'abus de la facturation de la position en l'absence du patient. En tout état

de cause, seul l'ensemble des notes d'honoraires permettait de déterminer l'économicité de la pratique médicale d'un médecin et non quelques factures isolées. Par ailleurs, il n'y avait pas lieu d'accorder une marge supplémentaire du fait de l'engagement d'un médecin-assistant. En effet, celui-ci était soumis aux mêmes conditions de la LAMal, de sorte que son coût moyen par patient ne pouvait être plus élevé. Enfin, selon la statistique factueur comparant le défendeur aux médecins de sa spécialité présentant la caractéristique d'être des formateurs certifiés, l'indice des coûts totaux était de 138 et celui des coûts directs de 190.

21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) du défendeur n'est pas contestée. Quant aux demanderesses, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise *ratione loci*, dans la mesure où le cabinet du défendeur y est installé à titre permanent.

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

2. La demande respecte les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

Partant, elle est recevable.

3. Le litige porte sur la question de savoir si la pratique médicale du défendeur est constitutive d'une polypragmasie et, dans l'affirmative, si celui-ci est tenu de ce fait de rembourser aux demanderesses la somme de CHF 458'607.- pour l'année statistique 2016, subsidiairement la somme de CHF 327'727.50.

4. a. Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépasse cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de cette loi.

b. Un cas de polypragmasie est réalisé aussi lorsque le fournisseur de prestations facture des montants qui excèdent ceux des traitements plus économiques qu'il aurait pu dispenser, ou que des positions tarifaires sont elles-mêmes cumulées de façon prohibée, car les prestations ne sont ainsi plus limitées à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2).

c. Selon l'art. 56 al. 2 let. a LAMal ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou l'assureur dans le système du tiers garant. Le Tribunal arbitral est en effet également compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré. En pareil cas, l'assureur représente l'assuré au procès à ses frais (art. 89 al. LAMal). Ont également qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant (art. 56 al. 2 let. b LAMal). Selon la jurisprudence en la matière, a qualité pour agir l'assureur qui a effectivement pris en charge la facture. Par ailleurs, les assureurs, représentés le cas échéant par leur fédération, sont habilités à introduire une action collective à l'encontre du fournisseur de prestations, sans spécifier pour chaque assureur les montants remboursés (ATF 127 V 286 consid. 5d).

Néanmoins, la prétention en remboursement appartient à chaque assureur-maladie, raison pour laquelle il doit être mentionné dans la demande, ainsi que dans l'arrêt (RAMA 2003, p. 221). Lorsqu'un groupe d'assureurs introduit une demande collective, il ne peut dès lors réclamer que le montant que les membres de ce groupe ont payé. Il n'est pas habilité d'exiger le remboursement d'un montant que d'autres assureurs, lesquels ne sont pas représentés par ce groupe, ont pris en charge.

d. En l'espèce, il résulte des données du Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2016 que tous les assureurs-maladie ayant remboursé des prestations aux patients du défendeur font partie des demandereses. Partant, elles sont habilitées à demander la restitution de l'intégralité de l'éventuel trop perçu.

Le défendeur met en cause la valeur probante de ce document. Cependant, aucun élément du dossier ne permet de remettre en cause sa véracité. Par ailleurs, selon la jurisprudence constante du Tribunal de céans, une pleine valeur probante a toujours été reconnue à ce document, en l'absence d'indices contraires (ATAS/209/2018 du 09.03.2018, ATAS/150/2016 du 26.02.2016, ATAS/856/2015 du 13.11.2015).

5. Le défendeur invoque préalablement la péremption des prétentions des demandereses.

a. Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA), le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant. Cette disposition s'applique aux

prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 V 579 p. 582 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les délais de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 142 V 20, consid. 3.2.2 p. 24). Ils ne peuvent dès lors être interrompus (ATF 136 II 187 consid. 6 p. 192). L'expiration de ce délai est empêchée lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande, dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques, devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral. Le délai commence à courir au moment où les statistiques déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (arrêt du Tribunal fédéral K 124/03 du 16 juin 2004 consid. 5.2).

b. En l'espèce, les statistiques RSS de Santésuisse concernant l'année 2016 ont été portées à la connaissance des demanderesse au plus tôt le 17 juillet 2017, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur ces statistiques. Dans la mesure où la demande a été déposée le 13 juillet 2018, il sied de constater que le délai légal d'une année est respecté.

Au demeurant, notre Haute Cour n'a pas considéré comme manifestement inexacte l'appréciation de la péremption sur la base de la date de la préparation des données figurant sur les statistiques-factureurs. Elle a également jugé que la date ressortant de ces statistiques ne pouvait être mise en doute par l'hypothèse suggérant que la date en cause aurait pu être manipulée par Santésuisse, en absence de pièces du dossier permettant d'évoquer sérieusement une telle éventualité, et d'éléments concrets avancés pouvant la rendre vraisemblable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 du 15 décembre 2010 consid. 2.3; 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 consid. 2.2).

6. a. Pour établir l'existence d'une polypragmasie (Überarztung), le Tribunal fédéral admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.1; K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.1; ATF 119 V 448 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (arrêts du Tribunal fédéral des assurances op. cit.).

b. La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 op. cit. consid. 4.2). Cette méthode est concluante et peut servir comme moyen de preuve, si les caractéristiques essentielles des pratiques comparées sont similaires, si le groupe de comparaison compte au moins dix médecins, si la comparaison s'étend sur une période

suffisamment longue et s'il est pris en compte un nombre assez important de cas traités par le médecin contrôlé. Il y a donc polypragmasie lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin à une caisse-maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles des autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coûts (ATF 119 V 448 consid. 4b et les références).

7. Pour présumer l'existence d'une polypragmasie, il ne suffit pas que la valeur moyenne statistique (indice de 100, exprimé généralement en pour cent) soit dépassée. Il faut systématiquement tenir compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 448 consid. 4c) et, cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance (RAMA 1988 n° K 761 p. 92). La marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130 afin de ne pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 op. cit. consid. 4.2; K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1 et les références; SVR 1995 KV p. 125). La marge de tolérance sert à tenir compte des particularités et des différences entre cabinets médicaux ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2010 du 27 décembre 2011 consid. 4.3).

Le Tribunal fédéral a réaffirmé dernièrement le caractère admissible du recours à la méthode statistique comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère économique ou non des traitements prodigués par un médecin donné (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Outre le fait que la méthode n'a jamais été valablement remise en cause (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 et 9C_649/2007 du 23 mai 2008; arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 130/06 du 16 juillet 2007, K 46/04 du 25 janvier 2006, K 93/02 du 26 juin 2003 et K 108/01 du 15 juillet 2003) et qu'il ne s'agit pas d'une preuve irréfragable, dans la mesure où le médecin recherché en remboursement a effectivement la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de confrères appartenant à son groupe de comparaison, on rappellera que cette méthode permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité (Valérie JUNOD, Polypragmasie, analyse d'une procédure controversée in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 40-2008, p. 140 ss) par rapport à une méthode analytique coûteuse, difficile à réaliser à large échelle et mal adaptée lorsqu'il s'agit de déterminer l'ampleur de la polypragmasie et le montant à mettre à charge du médecin (ATF 99 V 193 consid. 3; V. JUNOD, op. cit., p. 140 ss). Enfin, la méthode statistique comprend une marge de tolérance qui permet de prendre en considération les spécificités d'une pratique médicale et de neutraliser certaines imperfections inhérentes à son application (ATF 136 V 415 consid. 6.2).

Selon la jurisprudence, les particularités suivantes liées à la pratique médicale du médecin peuvent justifier un coût moyen plus élevé: une clientèle composée d'un nombre plus élevé que la moyenne de patients nécessitant souvent des soins

médicaux (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), un nombre plus élevé de la moyenne de visites à domicile et une très grande région couverte par le cabinet (SVR 1995 p. 125 consid. 4b), un pourcentage très élevé de patients étrangers (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), une clientèle composée d'un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 152/98 du 18 octobre 1999) ou le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 150/03 du 18 mai 2004). Constitue une particularité de la pratique médicale tout caractéristique des prestations qui est plus souvent présent que dans la majorité des cabinets du groupe de comparaison et qui engendre un besoin de prestations plus élevé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 142/05 du 1er mars 2006).

En présence de telles particularités, deux méthodes de calcul ont été admises (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/00, résumé dans PJA 2005 p. 1099). D'une part, une marge supplémentaire peut être ajoutée à la marge de tolérance déterminée au préalable (SVR 2001 KV n° 19 p. 52 [K 144/97] consid. 4b, 1995 KV n° 40 p. 125 consid. 4). D'autre part, il est permis de quantifier les particularités en question au moyen de données concrètes recueillies à cette fin, puis de soustraire le montant correspondant des coûts totaux découlant des statistiques (SVR 1995 KV n° 140 p. 125 consid. 4b).

e. Lors de l'examen de la question de l'économicité, l'indice de l'ensemble des coûts est en principe déterminant (ATF 133 V 37 consid. 5.3). Lorsque ces coûts se situent dans la marge de tolérance de 30, le principe de l'économicité est respecté. Dans la négative, il sied d'examiner si l'indice des coûts directs dépasse la marge de tolérance. Si tel est le cas, une violation de ce principe est présumé. L'obligation de restituer en application de l'art. 56 al. 2 LAMal n'englobe toutefois que les coûts directement liés à la pratique du médecin (y compris les médicaments délivrés par lui; ATF 133 V 43 consid. 2.5.1-2.5.5 p. 47 ss).

f. Contrairement à la méthode statistique qui s'appuie essentiellement sur la comparaison chiffrée des médecins, la méthode analytique entre dans le détail de la pratique du médecin soupçonné de polypragmasie (JUNOD, op. cit., p. 137). Lorsque le tribunal arbitral décide d'appliquer cette méthode, il ordonne la sélection d'un nombre représentatif de dossiers du médecin concerné (RAMA 1987 p. 349s).

8. a. Le Tribunal établit les faits d'office et apprécie librement les preuves (art. 45 al. 3 LaLAMal).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

9. En l'espèce, le Tribunal admet que la méthode statistique peut a priori constituer un moyen de preuve valable, dès lors que le groupe de comparaison comprend plus de 570 médecins et que la comparaison s'étend sur les années 2012 à 2016, durant lesquelles les indices du défendeur étaient toujours plus élevés que ceux de la moyenne du groupe de comparaison, à l'exception de l'année 2015.

Il convient par conséquent de déterminer si la pratique médicale du défendeur présente des particularités permettant de justifier un coût moyen par patient plus élevé.

10. Le défendeur estime en premier lieu que la présente procédure n'a pas de raison d'être, dans la mesure où son indice des coûts totaux ne dépasse que d'un point la marge de tolérance de 30 %.

Toutefois, comme relevé ci-dessus, la marge de tolérance se situe entre 20 et 30 %. Par ailleurs, dès le moment où une marge de tolérance est admise, même un dépassement minime justifie d'être considéré, à l'instar des dépassements de la vitesse autorisée pour les véhicules à moteur.

Il convient par ailleurs de souligner que l'indice des coûts directs du défendeur est de 184 en 2016 selon les statistiques-facteurs. Quant aux coûts indirects, ils sont à peine inférieurs à la moyenne de ces coûts du groupe de comparaison. En effet, ils sont de 99.

Cela étant, il y a bel et bien un soupçon de polypragmasie justifiant l'examen de la pratique médicale du défendeur sous l'angle de son économicité.

11. Le fait que les assureurs-maladie n'ont jamais contesté les factures du défendeur ne permet pas de considérer qu'ils ont admis que la pratique médicale de ce dernier respecte le principe de l'économicité. En effet, ce n'est que sur la base de l'ensemble des notes d'honoraires qu'il peut être établi si ce principe a été violé.

12. a. En ce que le défendeur se prévaut de ses formations complémentaires, il ne démontre pas qu'il effectue de ce fait des prestations plus coûteuses que les médecins de son groupe de comparaison.

b. Le défendeur allègue également être médecin formateur et formateur d'apprenti, sans démontrer que cela implique un coût par patient plus élevé. Au demeurant, il a admis lors de son audition que la formation d'assistants n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, et qu'il ne facturait pas la supervision de ses assistants.

c. Quant à l'équipement du cabinet du défendeur permettant d'effectuer des prestations médicales supplémentaires par rapport aux autres médecins du groupe de comparaison, il en est tenu compte dans la prise en considération des coûts indirects. En effet, ces prestations diminuent le cas échéant les coûts indirects, dans

la mesure où les patients peuvent être traités directement au cabinet médical et ne doivent pas être envoyés auprès d'autres fournisseurs de prestations.

Or, en l'occurrence, les coûts indirects du défendeur ne sont qu'à peine inférieurs à la moyenne de ses consœurs et confrères de sa spécialité, ce qui signifie qu'il fait appel presque aussi souvent que ceux-ci à d'autres fournisseurs de prestations.

S'agissant précisément de la radiologie, même en admettant que le défendeur a effectué 477 prestations de radiologie en 2016 et non 294 comme comptabilisé dans la base de données de SASIS SA, ces prestations ne présenteraient qu'à peine 1,04 du total de ses prestations (46'017 points facturés selon SASIS SA), alors que la moyenne de celles-ci est de 2,8% chez ses consœurs et confrères.

Partant, l'équipement du défendeur ne peut pas non plus expliquer un coût moyen par patient supérieur à la moyenne.

Au demeurant, il n'apparaît pas non plus que l'équipement du défendeur soit exceptionnel, bon nombre de cabinets disposant d'un laboratoire, d'une radiologie et d'une échographie.

d. Le défendeur se prévaut également de ce qu'il effectue de la petite chirurgie, ainsi que des opérations dermatologiques et qu'il utilise un laser.

Cependant, cette activité paraît minime, dès lors qu'elle ne représente que 0,3 % des positions facturées, correspondant à 136 points facturés, selon les statistiques de SASIS.

Certes, le défendeur conteste ce chiffre et allègue avoir effectué 167 interventions, en s'appuyant sur les statistiques de son cabinet. Cependant, même dans cette hypothèse, ces interventions sont peu fréquentes par rapport aux autres prestations effectuées. En effet, par rapport aux 136 points, cela représenterait une augmentation de seulement 18 % et établirait ainsi à 0,35 % l'importance de cette activité par rapport à l'ensemble de celle-ci.

e. En ce que le défendeur allègue travailler 15 heures par jour et 6 jours par semaine, cela ne constitue pas une justification d'un coût moyen par patient supérieur à celui de la moyenne du groupe de comparaison. Ce fait a uniquement pour effet d'augmenter le chiffre d'affaires.

f. Au même titre, il n'est pas compréhensible en quoi le fait que le défendeur a collaboré avec des assistants augmenterait le coût moyen par patient, à l'exception éventuellement d'une plus grande lenteur, laquelle ne devrait toutefois pas être significative. De surcroît, en tant que médecin formateur, le défendeur est responsable de ce que les assistants respectent la LAMal, notamment le principe de l'économicité.

Au demeurant, à suivre le défendeur, il effectue la majeure partie de ses prestations lui-même, au vu du nombre d'heures de travail allégué.

Enfin, les assistants n'ont pas pu être identifiés, le défendeur ayant omis d'indiquer leurs numéros EAN/GLN. Partant, cette allégation n'est pas prouvée.

g. Il appert par ailleurs que la moyenne d'âge des patients du défendeur, de 46,4 ans, est inférieure à celle du groupe de comparaison, à savoir 53,6 ans. De ce fait, son coût moyen par patient devrait plutôt être inférieur à celui de ses consœurs et confrères de sa spécialité.

h. Il n'est pas établi que le défendeur soigne plus de toxicomanes et sidéens que la moyenne des médecins de son groupe de comparaison. En effet, il résulte du PCG 12, qui répertorie les malades du Sida, que ses patients bénéficient de la même quantité moyenne de Defined Daily Dose que les patients des médecins du groupe de comparaison. En ce qui concerne les toxicomanes, la quantité des médicaments est largement inférieure à celle de ses consœurs et confrères de sa spécialité, selon le PCG 19.

Le défendeur objecte qu'il ne prescrit pas beaucoup de médicaments et qu'il préconise d'autres traitements, de sorte que le PCG ne permet pas de déterminer dans son cas qu'il suit beaucoup de patients malades du Sida ou souffrant d'addictions.

Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas démontré que le défendeur soigne beaucoup de patients souffrant de telles pathologies, en l'absence de ne serait-ce qu'un début de preuve.

Il en va de même pour son allégation selon laquelle il traite beaucoup de patients atteints d'autres maladies lourdes et chroniques.

i. Il suit de ce qui précède qu'il n'y a pas de particularités au sens de la jurisprudence en la matière qui expliquent le coût moyen supérieur par patient du défendeur.

13. En ce que le défendeur se prévaut de ce que le Tribunal a jugé en 2016 que sa pratique médicale respectait le principe de l'économicité, il sied de relever que cette procédure avait pour objet l'année statistiques 2011 et que, pour cette année, l'indice des coûts totaux des statistiques RSS ne dépassait que de 22 % le coût moyen par patient du groupe de spécialistes en médecine interne générale, auquel le défendeur a été comparé. Or, en 2016, son indice de coûts totaux dépasse largement le coût moyen du groupe de comparaison

Le défendeur allègue à cet égard que sa pratique médicale n'a pas évolué entre 2011 et 2016, ce qui est étonnant dès lors que ses indices ont considérablement augmenté. Aux dires du défendeur lui-même, rien ne justifie donc une augmentation de ses indices, sa pratique médicale étant restée identique.

14. Les demanderesse relèvent par ailleurs plusieurs particularités de facturation qui ne semblent pas conformes au Tarmed, s'agissant d'un chainage de facturation automatique.

Elles reprochent au défendeur de facturer avec ses consultations systématiquement le petit examen, position Tarmed 00.0410, et aussi presque systématiquement trois fois la position 0.0020, ainsi que, préalablement à chaque consultation, la position en l'absence du patient 00.0140.

Le bien-fondé de la facturation de ces prestations peut toutefois rester ouvert, dès lors que les demanderesses ne tirent pas des conclusions supplémentaires de cette facturation éventuellement non conforme.

Il n'en demeure pas moins que la facturation automatique de certaines positions Tarmed, en plus de la consultation, pourrait expliquer que le coût moyen par patient du défendeur est plus élevé. Il est à cet égard à relever qu'il paraît vraisemblable que la durée des consultations est surfacturée, au vu du nombre d'heures par jour facturées pour les 18 février et 24 mars 2016, à savoir respectivement 19,5 et 21,75 heures. Même en admettant que les jours en question la moitié des heures a été effectuée par l'assistant du défendeur, leur nombre divisé par deux s'élève toujours à respectivement 9,75 et 10,87 heures par jour. Dès lors qu'il est probable que l'assistant a travaillé moins d'heures que le défendeur, au vu de son salaire mensuel relativement modeste de CHF 6'000.- comme déclaré par le défendeur lors de son audition, la durée de travail du défendeur paraît excessive, même dans l'hypothèse où il était secondé par un assistant, ce d'autant plus qu'il consulte également dans la structure Similia Medica. En tout état de cause, il n'est pas établi qu'un assistant a également effectué des prestations aux dates précitées, ni leur nombre.

15. Les coûts élevés par patient du défendeur ne pouvant être justifiés par ses particularités, se pose la question de savoir sur la base de quelle méthode statistique la somme à restituer doit être déterminée.

Selon l'art. 56 al. 6 LAMal, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013, les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations. La disposition transitoire relative à cette modification prescrit que le Conseil fédéral fixe pour les fournisseurs de prestations visés à l'art. 35 al. 2 let. a LAMal la méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations, si les assureurs et les fournisseurs de prestations ne sont pas convenus d'une méthode dans un délai de 12 mois suivant l'entrée en vigueur de la présente modification.

Le 27 décembre 2013/16 janvier 2014, les fournisseurs de prestations, par l'intermédiaire de la Fédération des médecins suisses (FMH), et les assureurs-maladie, représentés par SantéSuisse et Curafutura, ont conclu un accord, aux termes duquel le contrôle de l'économicité de la pratique médicale est effectué sur la base de la méthode ANOVA. Le Tribunal fédéral a jugé que cet accord n'était pas contraire à la loi.

Partant, il y a lieu de se fonder sur la méthode ANOVA pour établir le trop-perçu des prestations.

16. Sur la base de cette méthode statistique, il appert que l'indice des coûts directs du défendeur en 2016 est de 221 points et dépasse ainsi de 91 points le seuil de la marge de tolérance de 130. Compte tenu d'un chiffre d'affaires de CHF 1'113'759.- en 2016, les prestations dépassant cette marge s'élèvent à CHF 458'607.- (1'113'759 : 221 x 91).
17. Au vu de ce qui précède, la demande sera entièrement admise et le défendeur condamné au paiement aux demanderesses, prises conjointement et solidairement, de CHF 458'607.-.
18. La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 LaLAMAL, les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émoulement global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (art. 46 al. 2 LaLAMAL).

En l'occurrence, la totalité de l'émoulement de justice de CHF 3'000.- et les frais du Tribunal de céans de CHF 5'033.75 seront mis intégralement à la charge du défendeur.
19. Le défendeur qui succombe sera en outre condamné à verser aux demanderesses, prises conjointement et solidairement, la somme de CHF 5'000.- à titre de dépens.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Condamne le défendeur à verser aux demandereses, prises conjointement et solidairement, la somme de CHF 458'607.-.
4. Met un émolument de justice de CHF 3'000.- et les frais du Tribunal de CHF 5'033.75 à la charge du défendeur.
5. Condamne le défendeur à verser aux demandereses, prises conjointement et solidairement, un montant de CHF 5'000.- à titre de 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

Irène PONCET

Maya CRAMER

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