



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2558/2019

ATAS/204/2026

**ARRÊT**

**DU TRIBUNAL ARBITRAL  
DES ASSURANCES**

**du 12 mars 2026**

En la cause

**AQUILANA VERSICHERUNGEN**

demandereses

**ASSURA-BASIS SA**

**ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG**

**AVANEX VERSICHERUNGEN AG reprise par HELSANA  
ASSURANCES SA**

**AVENIR ASSURANCE MALADIE SA**

**CONCORDIA KRANKEN-UND  
UNFALLVERSICHERUNG**

**CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG**

**EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA**

**EGK GRUNDVERSICHERUNGEN**

**GALENOS KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNG  
reprise par GALENOS AG**

**Siégeant : Maya CRAMER, présidente suppléante ; Luciano DE TORO et  
Jacques-Alain Édouard WITZIG, arbitres**

---

**HELSANA VERSICHERUNGEN AG**

**INTRAS CAISSE MALADIE reprise par  
CSS ASSURANCE-MALADIE SA**

**KPT KRANKENKASSE AG**

**MOOVE SYMPANY AG reprise par VIVAO SYMPANY SA**

**MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA**

**ÖKK KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNGEN AG**

**PHILOS ASSURANCE MALADIE SA**

**SANA24 AG**

**SANITAS GRUNDVERSICHERUNGEN AG**

**SANSAN VERSICHERUNGEN AG reprise par HELSANA  
VERSICHERUNGEN AG**

**SUPRA - 1846 SA**

**SWICA KRANKENVERSICHERUNG**

**VISANA AG**

**VIVACARE AG reprise par GALENOS AG**

**VIVAO SYMPANY AG**

Toutes représentées par SANTÉSUISSE, elle-même représentée  
par Me Amélie VOCAT, avocate

contre

A \_\_\_\_\_  
représenté par Me Yvan JEANNERET, avocat

défendeur

### EN FAIT

- A.**
- a.** Par arrêt du 26 février 2016 (ATAS/150/2016) le Tribunal arbitral des assurances sociales (ci-après : le Tribunal arbitral ou le tribunal de céans) a reconnu au docteur A\_\_\_\_\_ (ci-après : le médecin ou le défendeur) le titre de spécialisation de « médecine interne générale » depuis 2011 et a rejeté la demande en paiement formée par différentes caisses-maladie contre ce médecin en raison d'une polypragmasie en relation avec l'année 2011.
- b.** Par arrêt du 16 janvier 2020 (ATAS/27/2020), le tribunal de céans a condamné le médecin au paiement de CHF 458'607.- aux caisses-maladie demandereses pour l'année statistique 2016. Le recours formé par le médecin contre ce jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral le 12 juin 2020 (9C\_150/2020).
- B.**
- a.** Le 28 juin 2019, les caisses-maladie figurant au *rubrum* (ci-après : les caisses-maladie ou les assureurs-maladie), représentées par SANTÉSUISSE ont assigné le médecin devant le tribunal de céans et ont exigé qu'il leur restitue principalement CHF 354'994.- et subsidiairement CHF 345'003.- (montants calculés avec les indices respectivement de régression et ANOVA) en raison du caractère non économique de sa pratique en 2017. Le 3 juillet 2020, elles ont exigé qu'il leur restitue principalement CHF 288'389.- et subsidiairement CHF 269'846.- (montants calculés avec les indices respectivement de régression et ANOVA) en raison du caractère non économique de sa pratique en 2018. Elles ont en outre demandé qu'il soit averti que, si ses statistiques mettaient dorénavant en avant un indice de régression supérieur à 120, il serait exclu de toute pratique à charge de l'assurance obligatoire des soins (ci-après : AOS).
- b.** Au terme d'une audience tenue le 6 novembre 2020, le Tribunal arbitral a joint les causes. Il a constaté l'échec d'une conciliation. Les caisses-maladie ont alors sollicité l'exclusion du défendeur de toute activité à charge de l'AOS pour une période à déterminer. Entre autres mesures d'instruction, le tribunal de céans a ordonné une expertise analytique de la pratique du défendeur en 2017/2018 auprès du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale. Celui-ci a établi son rapport le 30 septembre 2022 et a été auditionné le 19 avril 2023.
- c.** Le Tribunal arbitral a reçu en cours de procédure plus de 70 témoignages spontanés des patients du défendeur qui ont exprimé leur grande satisfaction des prestations de ce dernier et leur incompréhension de la raison d'être de la présente procédure, tout en critiquant le système de contrôle des médecins. Ils ont relevé en particulier la qualité d'écoute du défendeur, son empathie, son approche globale de la maladie, son investissement, sa disponibilité même tôt le matin ou tard le soir, son efficacité et ses compétences hors du commun.
- d.** Par arrêt du 22 novembre 2023 (ATAS/829/2023), le Tribunal arbitral a partiellement admis les demandes et condamné le défendeur à restituer CHF 396'580.- aux demanderesses en raison d'une surfacturation en temps constatée par l'expert.

- e. Par arrêt du 23 décembre 2024 (9C795/2023. 9C\_24/2024), le Tribunal fédéral a annulé le jugement précité et a renvoyé la cause au Tribunal arbitral pour procéder conformément aux considérants, à savoir reprendre l'instruction et donner la possibilité aux demandresses, en collaboration avec le défendeur, de mettre en œuvre la seconde étape de la méthode de *screening*, soit l'analyse cas par cas de la pratique médicale.
- C. a. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 mars 2025, le Tribunal arbitral a fixé aux demandresses un délai au 29 septembre 2025 pour procéder conformément aux considérants de l'arrêt du Tribunal précité et, en l'absence de conciliation, présenter des nouvelles conclusions, sur la base de leur analyse.
- b. Par écritures du 2 avril 2025, SANTÉSUISSE, par l'intermédiaire de son conseil, a transmis au défendeur son analyse et lui a demandé des renseignements supplémentaires.
- c. Le 3 septembre 2025, le défendeur a répondu à SANTÉSUISSE et lui a demandé d'organiser une séance de discussion, le but de la méthode de *screening* étant de trouver un accord à l'amiable entre les parties, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral.
- d. Le 1<sup>er</sup> décembre 2025, SANTÉSUISSE a transmis au Tribunal arbitral sa nouvelle analyse et a conclu à la condamnation du défendeur au paiement de CHF 354'994.- pour 2017 et de CHF 288'389.- pour 2018 aux demandresses, sous suite de dépens. Ce faisant, elle a nié que le défendeur présente des particularités ayant une incidence sur les indices de la méthode de *screening*.
- e. Par écritures du 15 janvier 2026, le défendeur a contesté les positions prises par SANTÉSUISSE quant aux spécificités de sa pratique et a renvoyé à ses allégations dans ses écritures précédentes, en particulier ses observations du 3 septembre 2025. Il s'est par ailleurs étonné de ne pas avoir été convoqué, comme il l'avait demandé, à une séance de discussion avec SANTÉSUISSE pour illustrer des situations concrètes et pour tenter un accord à l'amiable.
- f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Le litige porte sur le bien-fondé des demandes de restitution de CHF 354'994.-, subsidiairement CHF 345'003.- (montants calculés avec les indices respectivement de régression et ANOVA), pour 2017, ainsi que de CHF 288'389.-, subsidiairement CHF 269'846.-, pour 2018, en raison de traitements jugés non économiques.
- 2.

**2.1** Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10), 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.

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).

**2.2** Selon la maxime inquisitoire qui régit la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances, il appartient au Tribunal arbitral d'établir les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (art. 89 al. 5 LAMal). Cette maxime doit être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, autrement dit d'étayer leurs propres thèses en renseignant le juge sur les faits de la cause et en lui indiquant les moyens de preuve disponibles, spécialement lorsqu'il s'agit d'élucider des faits qu'elles sont le mieux à même de connaître. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). En l'absence de collaboration de la partie concernée par de tels faits et d'éléments probants au dossier, l'autorité qui met fin à l'instruction du dossier en considérant qu'un fait ne peut être considéré comme établi, ne tombe pas dans l'arbitraire et ne viole pas l'art. 8 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210).

L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

**2.3** Le médecin faisant l'objet d'une procédure en remboursement en raison d'une polypragmasie, doit établir par des exemples concrets pourquoi une certaine

catégorie de ses malades engendrerait un surcoût. Il ne suffit pas de l'affirmer, de requérir l'intervention d'un expert ou de produire une liste de patients. Il appartient au contraire au médecin de rendre vraisemblable que sa pratique diffère fondamentalement de celle des autres médecins composant son groupe (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_205/2008 du 9 décembre 2008 consid. 4.6.2 et 4.7.3).

**2.4** 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 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2).

### 3.

**3.1** Avant l'introduction de l'analyse de régression, le Tribunal fédéral admettait le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377 ; 119 V 453 consid. 4).

Conformément au mandat légal de l'art. 56 al. 6 LAMal, les fournisseurs de prestations, par l'intermédiaire de la Fédération des médecins suisses (ci-après : FMH), et les assureurs-maladie, représentés par SANTÉSUISSE et CURAFUTURA, ont signé un accord les 27 décembre 2013 et 16 janvier 2014, aux termes duquel le contrôle de l'économicité de la pratique médicale est effectué sur la base de la méthode ANOVA.

La FMH, SANTÉSUISSE et CURAFUTURA ont ensuite perfectionné la méthode ANOVA, en collaboration avec POLYNOMICS SA, en une analyse de régression en deux étapes (méthode de *screening*). Par convention signée les 10 juillet, 15 et 23 août 2018, les parties contractantes se sont engagées à adopter et appliquer cette nouvelle méthode. De ce fait, la méthode ANOVA a été remplacée par l'analyse de régression en deux étapes qui s'applique désormais comme nouvelle méthode au sens de l'art. 56 al. 6 LAMal, la première fois pour l'année statistique 2017.

Les partenaires tarifaires ont adopté début 2023 une nouvelle convention relative à l'art. 56 al. 6 LAMal. Aux termes de cette convention, les médecins dont l'indice est sensiblement supérieur à la moyenne sont considérés comme statistiquement « hors norme ». Ils doivent être soumis à un examen individuel incluant une analyse de leur manière d'appliquer le tarif et de prescrire les médicaments en tenant compte du collectif de patients. La nécessité d'un examen individuel, auquel doivent procéder l'assureur et/ou SANTÉSUISSE est ainsi désormais inscrite dans la convention.

Dans son arrêt du 12 décembre 2023 (ATF 150 V 129), le Tribunal fédéral l'a confirmé. L'examen de l'économicité de la pratique médicale d'un fournisseur de

prestations doit se faire en deux étapes. L'établissement de l'indice de régression constitue la première étape et a uniquement pour but de détecter les cas « hors norme ». Dans une deuxième étape, une analyse individuelle, soit une analyse cas par cas, doit être effectuée (ATF 150 V 129 consid. 4.3.2 et 4.4.1). Il faut analyser d'une manière globale la portée effective des caractéristiques individuelles de la pratique qui ont une incidence sur les coûts. Le fournisseur de prestations doit présenter de manière objective et compréhensible les particularités de sa pratique, non prises en compte dans le cadre de l'analyse de régression, qui distinguent son cabinet du collectif de comparaison et qui entraînent une valeur d'indice plus élevé. Dans cette seconde étape, il faut contrôler la plausibilité de l'indice plus élevé, en se fondant sur l'analyse de régression (ATF 150 V 129 consid. 5.5.1 et 5.5.3). Cette analyse ne saurait ainsi être assimilée à la méthode analytique traditionnelle (ATF 150 V 129 consid. 5.2.4). Néanmoins, selon la situation particulière et en cas de besoin, des dossiers de patients choisis peuvent être pris en considération. Ainsi, lorsque les effets des particularités médicales ne peuvent pas être chiffrés par le biais des statistiques, il est possible de les analyser au moyen d'un échantillon d'un nombre représentatif de factures concrètes (ATF 150 V 129 consid. 5.2.4).

#### 4.

**4.1** Selon la jurisprudence constante, 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, un nombre plus élevé que la moyenne de visites à domicile, un pourcentage très élevé de patients étrangers, une clientèle composée d'un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés. Une particularité de la pratique peut également consister dans une spécialisation dans certains traitements en médecine interne ou lorsqu'un cabinet assure la fonction d'une permanence, en raison de sa disponibilité temporelle qui tend à élargir le spectre de soins médicaux prodigués aux patients. Lorsqu'une particularité alléguée constitue une caractéristique typique des soins médicaux de base (par ex. une orientation psychosociale ou socio-médicale), elle ne peut être reconnue comme telle que si elle a pour conséquence d'augmenter la part des patients coûteux en raison de leur morbidité. Cette caractéristique pourrait également être prise en compte dans la détermination de la marge de tolérance définitive. Les offres médicales spécialisées qui vont au-delà des soins médicaux de base, doivent éventuellement être analysées à part. Des particularités de la pratique définies par la demande découlent notamment du type, de la gravité et la fréquence des maladies dans le collectif de patients (morbidité). Il est ainsi possible que l'analyse de régression n'arrive pas à neutraliser les effets coûteux d'une morbidité, de sorte qu'ils doivent être pris en compte en tant que particularité. Tel peut être le cas de maladies dont l'ampleur du traitement spécifique ne se reflète pas dans la médication prise en considération dans

l'analyse de régression. Afin d'établir la morbidité, il faut se fonder en particulier sur les indications du fournisseur de prestations sur la survenance et la répartition des diagnostics dans le collectif de patients (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_199/2022 du 29 avril 2025 consid. 4.5.2).

**4.2** L'analyse de régression prend déjà en compte un certain nombre de facteurs de morbidité, afin de tenir compte de l'influence d'une caractéristique spécifique de la patientèle sur les coûts du cabinet. Dans la majorité des groupes des médecins, ces facteurs exercent une influence statistiquement significative sur les coûts. Ces facteurs de morbidité comprennent l'âge et le sexe de la patientèle, les « *Pharmaceutical Cost Groups* » (PCG ; il s'agit de la prescription de certains médicaments pour des maladies lourdes), les franchises et les séjours dans des établissements hospitaliers ou de convalescence durant l'année précédente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_199/2022 du 29 avril 2025 consid. 6.5.2 non publié dans ATF 151 V 284).

Selon les explications relatives au rapport de régression de SANTÉSUISSE, les PCG visent à tenir compte indirectement de la fréquence de certaines maladies chroniques dans la patientèle par des indicateurs qui reposent sur des décomptes de médicaments. À l'aide des PCG, la morbidité du collectif de patients est déterminée.

**4.3** Comme sous l'ancienne jurisprudence avant l'introduction de la méthode de régression (ATF 137 V 43 consid. 2.2), le seul dépassement de la moyenne des coûts par patient du groupe de comparaison ne permet pas encore de soupçonner une violation du principe de l'économicité, il faut ajouter une marge de tolérance de 20 à 30%. Cette marge a pour but de respecter le principe de la liberté de traitement du médecin et de tenir compte de ce que la guérison peut être obtenue de différentes manières (ATF 150 V 129 consid. 5.4). La marge définitive ne peut être déterminée que dans la seconde étape d'analyse de l'économicité. À cet égard, pourrait être déterminant le fait que le fournisseur de prestations est spécialisé dans des maladies et formes de thérapies particulières qui ne peuvent être considérées comme particularités de la pratique (ATF 151 V 284 consid. 4.4.2 p. 286 ss).

**4.4** Seuls les coûts directs (y compris, par exemple, les médicaments délivrés par le médecin concerné lui-même) font l'objet de la demande de remboursement, car seule la restitution des rémunérations « indûment versées au fournisseur de prestations » est prévue par la loi (cf. art. 56, al. 2, 2<sup>e</sup> phr., LAMal ; ATF 137 V 43 consid. 2.5). En revanche, le calcul de la demande de remboursement s'effectue à nouveau sur la base de l'indice des coûts totaux, ajusté (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_130/2022 du 25 juin 2025 consid. 5.6.2).

**4.5** L'analyse individuelle du cas particulier ne doit en principe pas être portée devant le Tribunal arbitral et la demande de restitution doit reposer sur les résultats d'un examen complet du cas individuel (ATF 150 V 129 consid. 5.6). S'il

---

n'est pas possible d'attendre les résultats d'un examen complet du cas individuel, il faut demander au Tribunal arbitral de suspendre la procédure jusqu'au terme de l'examen du cas individuel (ATF 150 V 129 consid. 5.8.1). Le Tribunal fédéral a à cet égard précisé que l'analyse du cas particulier par les caisses-maladie, ou par l'association faîtière qu'elles ont mandatée, a été conçue de manière participative, dans le but de parvenir à un accord à l'amiable dans le cadre d'un dialogue avec le fournisseur de prestations. La tâche du Tribunal arbitral consiste à analyser les conclusions contestées de l'examen au cas par cas et, si possible, de régler le litige par une procédure de conciliation ou, à défaut, de statuer (*cf.* 150 V 129 consid. 5.6).

5. En l'espèce, en ce qui concerne la conformité de la pratique médicale du défendeur au principe de l'économicité, il n'est pas contestable que ses indices de régression des coûts totaux (184 pour 2017 et 179 pour 2018) et des coûts directs (221 pour 2017 et 198 pour 2018) dépassent largement ceux des médecins de son groupe de comparaison. Une polypragmasie est ainsi soupçonnée.
6. Le tribunal de céans a mandaté dans la procédure précédente une expertise médicale et l'a confiée au Dr B\_\_\_\_\_. Dans son expertise du 30 septembre 2022, l'expert se prononce sur les particularités de la pratique médicale du défendeur. Il en ressort qu'il ne met pas en évidence la réalisation par le défendeur de plus de traitements onéreux ou d'examens technologiques complexes que sa formation continue, l'équipement de son cabinet ou la composition de sa patientèle seraient censés justifier par rapport aux autres médecins du groupe de comparaison. Il n'observe pas de consultation, ni de suivi spécifique à des patients sidéens ou toxicomanes, ni de distribution de produits de substitution. Il ne décèle que peu de patients qui souffrent de pathologies nécessitant des contrôles réguliers. Il relève en revanche que le défendeur commet notamment des erreurs dans l'utilisation des positions TARMED, facture des traitements qui ne sont pas à charge de l'AOS par le biais de positions TARMED existantes mais inadéquates, facture des positions TARMED pour lesquelles il ne possède pas la valeur intrinsèque qualitative ou facture simultanément des positions TARMED qui ne sont pas cumulables. L'expert constate en particulier un problème de surfacturation du temps de consultation dans le sens où il existe une grande différence entre le temps prévu pour les consultations et le temps facturé.

Parallèlement, l'expert relève que le défendeur pratique une médecine différente. Il prescrit beaucoup de vitamines, d'oligoéléments, de médicaments homéopathiques et de la phytothérapie. Il effectue dans 70 à 75% des cas des grands bilans de laboratoire. Seuls 25 à 30% des analyses sont ciblés. Selon l'expert, certaines des analyses auraient dû être effectuées en deuxième intention. Il relève en outre qu'il y a une surreprésentation de femmes dans les tranches d'âge 46 à 70 ans. Cela pourrait expliquer des consultations et la prescription de physiothérapie plus fréquentes. Il précise à cet égard que les femmes consultent plus que les hommes pour des problèmes psychologiques et que la demande de

physiothérapie est plus forte chez les patients fragiles psychologiquement. Il résulte aussi de son analyse des dossiers qu'une partie importante des patients présente des troubles anxieux, des difficultés existentielles et d'adaptation ou un état dépressif. Le défendeur est très à l'écoute de ces patients, les soutient et les accompagne dans leurs difficultés. Cette attitude a très probablement pour conséquence que des personnes souffrant de ce genre de problèmes le consultent plus souvent que ne le font les patients de ses confrères et consœurs. Il est par ailleurs possible que le défendeur renouvelle l'entier des traitements prescrits par d'autres spécialistes, ce qui expliquerait son indice de régression de médicaments plus élevé. Le coût de médicaments du défendeur d'environ CHF 550'000.- pour des médicaments prescrits correspond au demeurant au coût moyen d'un médecin généraliste ayant une activité à 100% en Suisse.

L'expert considère que les effets de l'ensemble des problèmes ou erreurs relevés se retrouvent dans l'analyse de régression de SANTÉSUISSE. Il s'y est dès lors référé pour fixer le montant à restituer. À la différence des caisses-maladie, il a toutefois appliqué une marge de tolérance de 130 au lieu de 120, pour tenir compte de ce que le défendeur soigne beaucoup de cas psychiatriques et plus de femmes que ses confrères et consœurs. Il a arrêté le montant à restituer par le défendeur à CHF 537'778.25 pour les années 2017/2018.

Selon notre Haute Cour, l'expertise ne permet pas d'établir si les particularités invoquées par le défendeur sont prises en compte par l'analyse de régression et, le cas échéant, quel est l'impact de ces particularités sur l'indice de régression.

7. Le 2 avril 2025, SANTÉSUISSE a communiqué au défendeur le résultat de son analyse au cas par cas et l'a invité à lui fournir des renseignements supplémentaires, étayés de données quantifiées et accompagnés des pièces utiles. Le 3 septembre 2025, ce dernier s'est déterminé sur les observations de SANTÉSUISSE.

Le défendeur reproche à cet égard à cette association faîtière de ne pas avoir organisé une entrevue entre les parties afin de discuter des particularités de sa pratique médicale et parvenir éventuellement à une conciliation, conformément à la jurisprudence.

Certes, selon notre Haute Cour, l'analyse du cas particulier par les caisses-maladie ou par l'association faîtière qu'elles ont mandatée, a été conçue de manière participative, dans le but de parvenir à un accord à l'amiable dans le cadre d'un dialogue avec le fournisseur de prestations. Cela ne signifie cependant pas qu'une entrevue entre les parties doit être organisée. Ce qui importe est la possibilité pour le défendeur de participer à l'analyse de sa pratique médicale et le dialogue entre les parties.

En l'occurrence, SANTÉSUISSE a communiqué au défendeur le résultat de sa première analyse et lui a donné l'occasion de se déterminer. L'analyse finale a été ensuite transmise au Tribunal arbitral qui a encore donné un délai au défendeur

pour faire ses observations. Partant, SANTÉSUISSE a respecté les droits de participation du défendeur.

Au demeurant, si le défendeur avait le désir de trouver un accord avec SANTÉSUISSE, il lui était loisible en tout temps de contacter cet organisme et de lui faire une proposition dans ce sens. Toutefois, en l'espèce, les parties ont démontré par leur comportement qu'elles ne sont pas disposées à se concilier, dans la mesure où aussi bien le défendeur que les demanderesses ont recouru au Tribunal fédéral pour contester le précédent jugement du Tribunal arbitral qui pourtant donnait partiellement gain de cause à chacune des parties.

- 8.** Le défendeur fait valoir un certain nombre de particularités que SANTÉSUISSE a examinées dans les détails.

**8.1** La première particularité concerne la formation plus étendue en économie et management de santé du défendeur. SANTÉSUISSE relève à cet égard que cette formation n'est pas en lien avec la pratique médicale d'un fournisseur de prestations, de sorte que cette particularité n'a aucun impact sur l'indice de régression.

Le défendeur estime qu'il a acquis par cette formation une sensibilité accrue aux coûts de la santé et au principe de l'économicité de manière globale, étant précisé qu'une meilleure compréhension des mécanismes de gestion des ressources favorise une pratique plus efficiente et mieux adaptée aux besoins des patients. Ainsi, ses patients sont moins souvent hospitalisés. Il cite à titre d'exemple le suivi d'une patiente obèse, pour laquelle l'assurance avait proposé une intervention chirurgicale. Au lieu et place de cette opération, le défendeur a mis en place une rééducation alimentaire grâce à ses connaissances spécifiques.

Avec SANTÉSUISSE, il faut toutefois admettre que cette formation n'a aucun lien avec la pratique médicale et ne peut par conséquent influencer l'indice de régression. Tout au plus, la sensibilisation du défendeur aux coûts globaux de la santé aurait dû l'inciter à limiter ses coûts avec une baisse de son indice de régression, ce qui n'est pas le cas. Au demeurant, on ne voit pas comment une formation en économie et management de santé permettrait d'éviter des hospitalisations, dès lors qu'il ne s'agit pas d'un traitement médical.

**8.2** Le défendeur invoque que son cabinet constitue un établissement de formation postgradué et qu'il est médecin formateur et tuteur. Il allègue qu'un médecin en formation peut faire plus d'erreurs qu'un praticien expérimenté, vouloir confronter son diagnostic à l'aide d'analyses complémentaires et faire des consultations plus longues. Le médecin formateur est en outre parfois amené à revoir les patients, ce qui a un impact sur ses coûts directs, du fait qu'il doit vérifier les actes du médecin-assistant, interpréter/contrôler les laboratoires et analyses de ces derniers.

Selon SANTÉSUISSE, les coûts de formation et d'encadrement des assistants ne sont pas à la charge de l'AOS.

Le Tribunal fédéral a jugé, concernant le défendeur, que la collaboration d'un médecin-assistant ne constitue en principe pas une particularité de la pratique justifiant une augmentation des coûts et permet uniquement de s'occuper de plus de patients sans augmenter le besoin de traitement objectivement nécessaire (arrêt 9C\_150/2020 du 12 juin 2020 consid. 4.4). L'expert judiciaire relève en outre lors de son audition en date du 19 avril 2023 que les médecins-assistants ne font en principe pas d'erreurs, dès lors qu'ils sont en fin de parcours de formation. Au demeurant, le défendeur n'a pas fourni des données concrètes de ses médecins-assistants, en particulier leurs factures des années 2017 et 2018 qui auraient pu établir un coût par patient plus élevé.

Aucune particularité ne peut ainsi être admise à ce titre.

**8.3** Quant à la formation d'apprentis par le défendeur, les parties admettent que ce fait n'a aucun impact sur les indices de régression.

**8.4** Les parties sont également d'accord de considérer que la formation en biorésonance du défendeur n'a aucun impact sur les indices.

**8.5** Le défendeur invoque ses formations en phytothérapie, homéopathie, oligothérapie, nutrition médicale et vitaminopathie à titre de particularité.

**8.5.1** Suite à la votation populaire de 2009, cinq méthodes (homéopathie, acupuncture, médecine anthroposophique, phytothérapie et thérapie médicamenteuse chinoise) ont été réintégrées dans l'assurance de base dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Selon l'art. 4b de l'ordonnance du département fédéral de l'intérieur (DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31), entré en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2017, ces disciplines sont prise en charge par l'AOS à la condition que le médecin dispose d'un titre postgrade dans la discipline concernée délivré conformément au programme de formation complémentaire de l'Institut suisse pour la formation médicale continue et postgraduée (ISFM). Selon le TARMED, le titre de spécialiste pour la phytothérapie n'est nécessaire que depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour la facturation. Pour l'homéopathie, le titre de spécialiste en homéopathie est exigé en 2017 pour le remboursement des traitements y relatifs et le titre de médecin spécialiste en médecine anthroposophique est requis pour les traitements de cette dernière discipline.

**8.5.2** En l'occurrence, l'expert constate que le défendeur prescrit très souvent des vitamines, oligoéléments, médicaments homéopathiques et de la phytothérapie (expertise p. 3 et 10).

**8.5.2.1.** Le défendeur allègue qu'en moyenne, 30% de l'ensemble de ses prescriptions médicales relèvent de la phytothérapie. À titre d'exemple, il explique qu'il prescrit toujours aux patients dépressifs de la phytothérapie.

---

Les patients traités par les plantes nécessitent un suivi plus fréquent par rapport aux patients traités par anti-dépresseurs. Cela fait augmenter l'indice de régression.

SANTÉSUISSE conteste l'ampleur de la prescription de médicaments phytothérapeutiques alléguée par le défendeur. En effet, il n'a facturé en 2017 la position TARMED 00.1870 «Phytothérapie, consultation par le spécialiste, première période de 5 min. » que pour une somme de CHF 119.- et pas du tout les autres positions y relatives (00.1871 pour une période de 5 min. de plus et 00.1872 pour la dernière période de 5 min.). En 2018, il n'a utilisé aucune position du TARMED se rapportant à la phytothérapie.

Toutefois, dans la mesure où il ressort de l'analyse des dossiers du défendeur par l'expert, qu'il pratique très régulièrement la phytothérapie, il est à supposer que celui-ci a probablement utilisé les mauvaises positions du TARMED pour la facturation ou a considéré qu'elle était déjà comprise dans la durée des consultations facturées. Il peut dès lors être admis que le défendeur a traité fréquemment ses patients par de la phytothérapie.

**8.5.2.2.** S'agissant de la formation en homéopathie, les parties admettent que le défendeur n'a facturé aucune prestation à la charge de l'AOS dans ce domaine. Ce dernier semble néanmoins considérer que ses connaissances dans ce domaine, lui permettant de prescrire des médicaments homéopathiques, peut prolonger la durée de la prestation médicale d'une à deux minutes supplémentaires.

**8.5.2.3.** En ce qui concerne l'oligothérapie, le défendeur explique qu'il ne la facture pas, tout en considérant que cette spécificité a un impact sur les statistiques. Il allègue à cet égard que bon nombre de patients consultent plusieurs médecins avant d'en consulter un avec une approche holistique, tel que lui-même. Les oligoéléments qu'il prescrit aident les patients à améliorer leur santé, à éviter des traitements médicamenteux lourds et/ou des hospitalisations futures.

**8.5.2.4.** Quant à la vitaminothérapie, le défendeur ne la facture pas non plus, mais estime qu'elle a néanmoins un impact sur la prise en charge des patients.

**8.5.3** De ce qui précède résulte que le défendeur ne facture en fait pas les médecines complémentaires à la charge de la LAMal par les positions du TARMED *ad hoc*. Il n'a par ailleurs pas le droit de facturer les traitements relevant de ces disciplines, sauf en 2017 pour la phytothérapie. En effet, il ne dispose pas des titres de spécialiste exigés prescrits à l'art. 4b OPAS. Néanmoins, il a intégré dans sa pratique les méthodes de médecine complémentaire et de médecine classique pour le diagnostic et le traitement des affections de ses patients, et a dû les facturer par analogie, ce qui est en principe prohibé (*cf.* Interprétations générales du TARMED, dans sa version 0.08 du 1.7.2012, chapitre GI-10 « Valeur intrinsèque », l'emploi de positions tarifaires dites analogiques est strictement interdit [art. IG-38]).

L'analyse de régression ne tient en outre pas compte de la spécialisation d'un médecin dans ces traitements. En particulier, les PCG n'intègrent pas dans leur liste les médicaments des médecines complémentaires, liste qui sert à identifier la morbidité de la patientèle. De ce fait, l'indice de régression est biaisé et peut ne pas refléter la véritable morbidité, lorsque d'autres médicaments sont prescrits. Cela a pour effet d'augmenter l'indice de régression par rapport au groupe de comparaison, pour un traitement à coût identique voire inférieur.

Quant à l'impact de ces thérapies sur les indices de régression, les substances prescrites n'augmentent pas en chiffres absolus l'indice des coûts des médicaments et ainsi l'indice des coûts totaux du défendeur. En effet, selon l'expert, dans les 300 consultations examinées, les médicaments prescrits sont très bon marché (expertise p. 16). Il ne comprend par ailleurs pas comment l'indice des médicaments du défendeur peut être aussi élevé (169 pour 2017 et 174 pour 2018) et émet l'hypothèse que le défendeur complète l'ordonnance durant la consultation avec des traitements plus chers (hypertension, diabète etc.) sans les noter, étant précisé que les dossiers sont manuscrits. Il est possible, selon l'expert, que le défendeur soit le seul médecin à renouveler l'entier des traitements de ses patients à la place des autres spécialistes consultés (cardiologue, diabétologue, neurologue etc.). Quant au défendeur, il allègue dans ses écritures du 19 janvier 2023 qu'il émet beaucoup d'ordonnances pour des médicaments qui sont en principe prescrits par d'autres spécialistes, afin d'éviter une nouvelle consultation chez ceux-ci.

Toutefois, dans la mesure où l'indice de régression des médicaments intègre le facteur de morbidité ressortant des PCG, il s'avère que le fait de prescrire des médicaments et substances relevant de la médecine complémentaire a pour effet d'augmenter l'indice de régression. Cela explique que l'indice de ses coûts totaux dans les statistiques-facteurs RSS ne sont que 125 en 2017 et de 131 en 2018, ce qui montre que les traitements du défendeur se situent encore dans la marge admise ou seulement légèrement en-dessus.

Concernant l'influence des différentes thérapies que le défendeur pratique, sur l'indice de régression des coûts directs, il paraît vraisemblable que celles-ci augmentent la durée des consultations, dans la mesure où la recherche des bonnes substances à prescrire nécessite plus de temps de réflexion et plus de renseignements sur le patient et ses habitudes (anamnèse) que la recherche d'un médicament allopathique. Cela explique éventuellement également que le défendeur facture fréquemment la position TARMED 00.0140 « Activité en l'absence du patient par tranche de 5 min. » respectivement 00.0145 qui a remplacé la position 00.0140. Par ailleurs, dans la mesure où la prescription de substances et médicaments relevant des thérapies précitées est vraisemblablement précédée d'une analyse sanguine très complète, il est nécessaire de reconvoquer le patient à une nouvelle consultation. Cependant, dans la mesure où le défendeur n'a pas les titres de médecin spécialiste dans les disciplines de médecine

complémentaire qu'il pratique, sauf en 2017 pour la phytothérapie, il n'est pas possible de considérer en l'espèce les thérapies de médecines complémentaires comme une particularité.

Néanmoins, il conviendra de tenir compte dans la marge de dépassement des coûts moyens de la distorsion de l'analyse de régression, lorsqu'un médecin prescrit d'autres médicaments que ceux qui figurent dans les PCG. Cette question sera examinée ci-dessous.

**8.6** Pour justifier ses indices élevés, le défendeur invoque aussi des formations continues en ultrasonographie, infiltrations articulaires, examens en radiologie, infiltrations articulaires radiologiques, radioprotection, radiologie médicale et métaux toxiques. De ce fait, il effectue des prestations d'ultrasonographie et de radiologie, ainsi que d'infiltrations (particularités invoquées sous chiffres 9 à 11 dans la numération de SANTÉSUISSE). Il a équipé son cabinet pour offrir un éventail de prestations important. Cet équipement nécessite des formations spécifiques que peu de praticiens possèdent. En ce qui concerne la radiologie, il allègue que la prise en charge est plus longue, lorsque les examens radiologiques se font au cabinet. L'internalisation de soins qui habituellement sont délégués à des tiers, diminue les coûts globaux.

SANTÉSUISSE observe qu'aucune preuve n'a été apportée que le défendeur a effectué des prestations plus diverses et nombreuses que ses confrères et concurrents de son groupe de comparaison. Par ailleurs, il est notoire que le groupe des médecins internistes internalise les soins pour diminuer les coûts globaux. L'expert judiciaire constate en outre que le défendeur pratique très peu la radiologie.

S'agissant des infiltrations, SANTÉSUISSE relève que, selon le *Tarifpool*, le défendeur en a effectué très peu en comparaison avec les autres médecins et avec les autres prestations prodiguées dans son cabinet. Le défendeur retorque qu'il n'a pas facturé ces prestations sous les positions TARMED y relatives, à savoir les positions 24.0120 et 24.130 pour la ponction articulaire, mais travaillait essentiellement avec la durée de la consultation. Cela a pu altérer les statistiques.

**8.6.1** Des prestations supplémentaires proposées par le cabinet peuvent conduire à ce que des traitements soient concentrés chez le médecin contrôlé, alors que s'ils avaient été fournis par d'autres prestataires, ils n'auraient pas été pris en compte dans ses statistiques de coûts en tant que prestations externes (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_199/2022 du 29 avril 2025 consid. 4.6. non publié *in* ATF 151 V 284 consid. 4.6.1 non publié). Cela augmente le volume de prestations fournies par patient et donc le coût par patient pour le cabinet.

Le fait que le médecin réalise en interne des examens radiologiques et supporte les coûts directs correspondants est généralement neutre au regard de l'indice global des coûts, car le bilan relatif aux coûts engagés est réduit en conséquence. Si le médecin externalisait ce service de diagnostic auprès d'instituts de radiologie, les

coûts correspondants devraient être intégrés à son indice global des coûts. À cet égard, les examens radiologiques ne pourraient être considérés comme une spécificité de la pratique médicale que s'il était démontré que l'équipement correspondant influence significativement l'offre de services du cabinet, ou si des coûts supplémentaires inévitables surviennent par rapport aux services externes, coûts qui ne se retrouvent pas dans la majorité des cabinets comparables (ATF 151 V 284 p. 294 consid. 9.3.2.1).

**8.6.2** En l'espèce, comme relevé par SANTÉSUISSE, le défendeur fait très peu de radiologie, selon l'expertise judiciaire. Cela ressort aussi des données du *Tarifpool*, selon lesquelles il n'a utilisé les positions TARMED *ad hoc* qu'à raison de 0.96% du total de ses prestations facturées en 2017 et de 0.88% en 2018, alors que son groupe de comparaison les facture à raison de respectivement 4.63% et 4.59%.

Du fait que le défendeur n'a pas facturé, selon ses dires, les bonnes positions TARMED relatives aux infiltrations, il n'est pas en mesure de prouver avoir effectué ces prestations dans une plus ample mesure que les médecins de son groupe de comparaison, voire évité de transférer un patient à un autre spécialiste avec pour conséquence une augmentation de ses coûts directs. Il n'a pas non plus tenté d'établir ce fait par d'autres moyens, en produisant les dossiers des patients en ayant bénéficié. Partant, ni la radiologie ni les infiltrations ne peuvent être considérées comme une spécificité de son cabinet.

**8.7** Selon le défendeur, la pratique de la médecine d'urgence constitue également une particularité de son cabinet. Toutefois, il allègue ne pas avoir utilisé les positions TARMED y relatives et avoir facturé les prestations d'urgence sur les positions de consultation de base. Néanmoins, les nombreux courriers de ses patients démontreraient qu'il a une disponibilité sans faille et qu'il les a régulièrement reçus en urgence, sans rendez-vous. En réponse à la constatation de l'expert selon laquelle il y avait peu d'urgences traumatiques, le défendeur relève que l'expertise n'a porté que sur les consultations durant deux semaines par année, ce qui est peu représentatif.

Du fait que le défendeur a utilisé, selon ses dires, les mauvaises positions TARMED pour facturer les urgences, il n'est pas établi que la médecine d'urgence constitue une particularité de son cabinet. Au contraire, selon les données du *Tarifpool*, la quotité de ces prestations est très marginale. Le défendeur n'a pas non plus établi par d'autres moyens, soit par exemple la production des dossiers de patients reçus en urgence en 2017 et 2018, qu'il a pratiqué beaucoup d'urgences. Concernant les avis de ses patients adressés au Tribunal arbitral, leurs indications sont trop sommaires pour constituer une preuve des consultations d'urgence.

**8.8** En ce que le défendeur considère que son activité bénévole dans des événements constitue une particularité de son cabinet, on ne voit pas quel impact

cet engagement peut avoir sur ses indices de régression, dès lors que ses prestations ne sont précisément pas facturées.

**8.9** S'agissant du laboratoire interne au cabinet, il s'avère que le défendeur a facturé les frais de laboratoire de son cabinet dans une moindre mesure que les médecins de son groupe de comparaison. Les analyses internes au cabinet ne constituent ainsi pas une particularité de sa pratique médicale. Au demeurant, l'impact des analyses à l'interne sur l'analyse de régression est neutre, comme pour la radiologie, dans la mesure où les coûts du laboratoire externe sont pris en compte dans l'indice des coûts totaux.

Les coûts pour le laboratoire externe du défendeur sont élevés, avec un impact sur l'indice de régression de coûts totaux. Selon l'expertise, environ 70 à 75% des prises de sang servent à effectuer un grand bilan comportant 26 analyses différentes et seulement 25 à 30% d'entre elles sont ciblées.

Du fait que le défendeur a intégré dans sa pratique médicale la phytothérapie, l'homéopathie, l'oligothérapie, la nutrition médicale et la vitaminothérapie, il paraît plausible que ces thérapies nécessitent beaucoup plus d'analyses sanguines que la simple prescription d'un médicament allopathique. En effet, pour déterminer un manque d'une substance dans le corps et ainsi une éventuelle cause d'une maladie mal élucidée, une analyse sanguine est nécessaire. Au vu de la spécialisation du défendeur dans les thérapies susmentionnées, les grands bilans de laboratoire paraissent justifiés.

Cependant, dès lors que les coûts du laboratoire externe se situent *grosso modo* dans la marge de tolérance admise (116 pour 2017 et 123 en 2018) selon les statistiques RSS, alors que l'indice de régression de ces frais est de 194 en 2017 et de 189 en 2018, il sera tenu compte des coûts de laboratoire dans l'augmentation de la marge de tolérance visant à corriger la distorsion de l'analyse de régression susmentionnée (*cf.* ci-dessous consid. 6).

**8.10** Le fait d'effectuer des électrocardiogrammes (ci-après : ECG) ne peut pas être considéré comme une particularité de la pratique du défendeur. En effet, il n'a utilisé les positions TARMED *ad hoc* qu'à raison de 0.21% contre 1.7% du groupe de comparaison en 2017 et de 0.35% contre 1.68% en 2018, selon les données du *Tarifpool*.

**8.11** S'agissant des lasers chirurgicaux et de la petite chirurgie, l'expert judiciaire a constaté 9 prestations de ce type sur les quatre semaines examinées pour les années 2017 et 2018, prestations qui ont été facturées à environ CHF 250.- chacune. Les factures à ce titre semblent assez anecdotiques à l'expert. Il n'y a en outre pas de facturation pour l'anesthésie locale ni pour la pose ou l'ablations des fils, alors que les prestations facturées se rapportent au traitement de plaies au visage, au cou et aux mains.

Des données du *Tarifpool* résulte que le défendeur n'a facturé pour l'anesthésie la position TARMED 00.1180 (Anesthésie locale par injection dans la peau, le tissu

---

sous-cutané ou la muqueuse : visage, cou, nuque ou mains jusqu'à 20 cm<sup>2</sup>) que pour un coût total de CHF 33.- en 2017 et de CHF 101.- en 2018.

Selon le défendeur, les surfaces traitées sont petites et ne nécessitent dans la plupart des cas que l'injection d'une ampoule d'anesthésiant local au prix de CHF 3.- que le défendeur renonce à facturer. Il utilise ce genre de traitement pour enlever des petites tumeurs cutanées, tels que notamment les verrues céboriques, abcès et basaliomes. À sa connaissance, il est le seul médecin interniste de médecine générale à faire ce genre de petite chirurgie. Les prestations au laser sont facturées au temps, mais il ne facture pas le laser en tant que tel.

Extrapolé sur les deux ans, il faut admettre qu'il y a bien plus que 9 cas de lasers chirurgicaux et de la petite chirurgie. Comme le relève le défendeur, les opérations au laser ne nécessitent pas systématiquement une anesthésie. Cependant, il admet faire une anesthésie locale. Même s'il ne facture pas l'anesthésiant, il devrait facturer la position 00.01180, ce qu'il n'a fait que rarement selon les données du *Tarifpool*.

De ce fait, il n'est pas établi que la petite chirurgie avec laser constitue une particularité de la pratique du défendeur avec un impact sur l'indice des coûts directs, même s'il faut admettre qu'il n'y a vraisemblablement pas beaucoup de médecins de son groupe de comparaison qui possèdent un laser.

**8.12** Le défendeur se prévaut de ce qu'il traite des pathologies qui touchent plusieurs disciplines, telles que notamment la médecine interne, la cardiologie, la pneumologie, l'oncologie ou la rhumatologie. Il n'a toutefois donné qu'un exemple de la différence de traitement par rapport à son groupe de comparaison, à savoir pour le traitement de l'oncologie où il prescrit de l'Iscaador, un anticancéreux antroposopique, et les produits Beljanski. Les patients viennent le voir spécifiquement pour cette raison.

SANTÉSUISSE relève que, sur la base des PCG, la patientèle du défendeur ne présente pas de particularité et apparaît comme moins morbide. Ainsi, pour 2017, les PCG relatifs aux anticancéreux sont de 1.3 pour le défendeur, alors que la moyenne du groupe est de 3.7. Les PCG relatifs aux tumeurs hormonodépendantes sont nuls alors que la moyenne du groupe est de 0.5. Les PCG relatifs au cancer sont de 1 pour le défendeur et de 2.5 pour la moyenne du groupe. Toutefois, les PCG concernant les maladies rénales sont supérieurs chez le défendeur, soit 3.2 contre 0.1. Les problèmes de cholestérol et diabète dans le cabinet du défendeur sont très inférieurs à ceux du groupe de comparaison (PCG 4 et PCG 23). Pour 2018, les constats sont similaires, sauf que les PCG relatifs aux maladies rénales du défendeur sont inférieurs à celui du groupe de comparaison.

Par ailleurs, aussi bien l'expert que le docteur C\_\_\_\_\_, médecin-conseil de SANTÉSUISSE, constatent des erreurs de facturation avec notamment l'utilisation indue de positions TARMED qui sont réservées à d'autres spécialistes, par exemple le rhumatologue.

---

Les PCG ne comprennent ni l'Isador ni les produits Beljanski. Ainsi, les PCG ne permettent pas d'appréhender certaines maladies graves, comme le cancer, lorsque les médicaments prescrits n'entrent pas dans la liste correspondante. Il n'en demeure pas moins qu'il n'est pas démontré que le défendeur pratique des traitements relevant de plusieurs disciplines différentes que les autres médecins de son groupe de comparaison auraient fait effectuer par un spécialiste, sans incidence sur les coûts de leur cabinet médical. Il a par ailleurs utilisé des positions du TARMED pour la facturation sans disposer de la valeur intrinsèque liée à ces positions, comme constaté par l'expert.

**8.13** Dans sa réponse à la demande du 15 mars 2021, le défendeur fait valoir qu'il traite des personnes de tout âge y compris des enfants relevant de la pédiatrie. Toutefois, l'âge est en principe déjà pris en considération dans l'analyse de régression. Il résulte par ailleurs du rapport de régression que l'âge moyen des patients du défendeur est inférieur à celui de son groupe de comparaison.

**8.14** S'agissant du traitement de toxicomanes et sidéens, les PCG ne permettent pas d'établir que le défendeur traite plus de patients de ce type que son groupe de comparaison. Concernant les sidéens, les PCG y relatifs étaient en 2017 de 0.2 pour le défendeur contre 0.3 pour le groupe de comparaison. En 2018, ils étaient de respectivement 0.5 et 0.3. Selon les PCG relatifs à la toxicomanie, seuls 7 des patients du défendeur étaient sous traitement substitutif, ce qui représente 1% de sa patientèle. Enfin, le défendeur n'a pas facturé la position TARMED 00.0155 « Administration non médicale de médicaments pour le traitement de substitution lors de dépendance aux opiacés ».

Le défendeur relève qu'il a pour objectif de parvenir à un sevrage complet de ses patients et non pas de se limiter à l'entretien ou au renouvellement d'ordonnances de méthadone ou d'autres médicaments. Il produit par ailleurs une liste de 56 patients traités pour des toxicomanies en 2017 et 2018.

Dans la mesure où seulement 7 patients dans la liste des 56 patients toxicomanes sont sous traitement substitutif et que le défendeur n'a pas facturé la position 00.0155, il s'avère qu'il ne peut être établi qu'il traite plus de toxicomanes que les médecins de son groupe de comparaison. Par ailleurs, ce sont essentiellement les toxicomanes sous traitement substitutif qui engendre des coûts très élevés, dans la mesure où il faut les voir deux fois par mois (*cf.* expertise p. 15). De surcroît, les PCG permettent en principe de tenir compte du traitement de toxicomanes dans l'indice de régression.

**8.15** Il résulte du *Tarifpool* que le défendeur facture la position TARMED 00.0520 « Consultation psychothérapique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours » nettement plus souvent que son groupe de comparaison. Pour le défendeur, cette position représente en 2017 3.26% de sa facturation contre 1.94% pour ce dernier groupe. Pour 2018, les chiffres sont de respectivement 16.85% pour le défendeur et 2.61% pour les médecins de son groupe. Aucune explication

n'est donnée par le défendeur pour la multiplication par 4 de la facturation de la position en cause en 2018, si ce n'est l'explication générale selon laquelle « Bon nombre de la patientèle ayant des besoins de traitements psychiatriques refusent de voir des psychiatres de sorte que leur prise en charge incombe aux médecins traitants ».

Parallèlement, le défendeur se prévaut d'une surreprésentation de femmes de 41 à 70 ans dans sa patientèle par rapport à ses consœurs et confrères, ce qui a été constaté par l'expert qui admet au demeurant que les femmes de cette tranche d'âge consultent plus souvent que les hommes pour des problèmes psychologiques. L'expert estime qu'il peut être tenu compte du nombre élevé de cas psychiatriques et des femmes dans une marge de 130%.

L'analyse de régression tient compte du sexe des patients, certaines maladies étant différentes entre hommes et femmes. Cependant, cette analyse n'appréhende pas la surreprésentation du groupe des femmes de 41 à 70 ans chez le défendeur. Or, selon l'expert, il est connu que les femmes consultent plus que les hommes pour des problèmes psychiques (expertise p. 16). Le traitement d'un grand nombre de patients souffrant d'atteintes psychiatriques peut entraîner des consultations plus longues et plus fréquentes, comme admis par l'expert, et ainsi augmenter l'indice de régression.

Comme relevé ci-dessus, lorsqu'une particularité alléguée constitue une caractéristique typique des soins médicaux de base comme une orientation psychosociale ou socio-médicale du cabinet, elle ne peut être reconnue comme telle que si elle a pour conséquence d'augmenter la part des patients coûteux en raison de leur morbidité. Certes, une morbidité particulière des patients du défendeur n'est pas établie. Toutefois, compte tenu de la surreprésentation des femmes de 41 à 70 ans, il y a lieu d'en tenir compte dans la marge de tolérance.

**8.16** Il résulte de ce qui précède que le défendeur se distingue des autres médecins par le fait qu'il effectue essentiellement des traitements relevant de la médecine complémentaire et qu'il compte parmi sa patientèle beaucoup de cas psychiatriques. Toutefois, l'impact sur l'indice de régression ne peut être chiffré raison pour laquelle il convient d'en tenir compte dans la marge de tolérance.

**9.** Reste à déterminer la quotité de la marge de tolérance.

**9.1** En premier lieu, il s'avère que le défendeur prescrit beaucoup de médicaments et substances bon marché qui ne figurent pas dans les PCG. De ce fait, sa patientèle apparaît comme peu morbide, ce qui ne reflète cependant pas forcément la réalité et est contredite par les témoignages. Ainsi, ses indices de régression se trouvent augmentés, à coûts égaux voire inférieurs à ceux du groupe de comparaison.

L'Union des sociétés suisses de médecine complémentaire (ci-après : Union) a relevé à cet égard que la nouvelle méthode de *screening* pénalise les médecins qui prescrivent moins de médicaments que leurs pairs en raison des conséquences

négligentes de la prise en compte des PCG. Selon cette organisation, cette erreur est connue. Ainsi, les médecins pratiquant la médecine complémentaire sont généralement hors normes dans l'analyse de régression, mais pas dans l'analyse ANOVA et dans les RSS ([www.unioncomed.ch/mitteilungen/news-14-12-20-neue-wp-regressionsanalyse-f/](http://www.unioncomed.ch/mitteilungen/news-14-12-20-neue-wp-regressionsanalyse-f/)). La FMH constate également dans le Bulletin des médecins suisses que l'analyse de régression prêterite les spécialistes en médecine générale et en médecine interne qui pratiquent la médecine complémentaire et qui prescrivent peu de médicaments, dès lors que cela a pour effet de corriger l'indice de régression vers le haut (<https://saez.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/bms.2021.19520>). Dans la lettre de l'Union du 20 décembre 2023, publiée par l'Association romande des médecins acupuncteurs, il est fait état de ce que l'Union et la FMH sont intervenues auprès de SANTÉSUISSE au sujet de l'inégalité de traitement des médecines complémentaires dans l'analyse de régression. L'Union relève également que les chiffres du *NewIndex* propres au médecin n'ont pas démontré que les patients des médecins pratiquant la médecine complémentaire sont moins morbides (<https://agmar.ch/lettre-de-union/>).

**9.2** En l'occurrence, l'indice des médicaments directs et indirects RSS du défendeur de 84 en 2017 passe à 169 dans l'analyse de régression et de 94 à 174 en 2018, ce qui est une différence énorme. Au demeurant, le total de l'indice des coûts indirects dans les RSS est de 95 en 2017 et de 107 en 2018, soit en-dessous ou légèrement au-dessus de la moyenne, alors même que le défendeur fait beaucoup d'analyses en laboratoire. Par contre, en ce qui concerne l'indice des coûts directs, le défendeur est hors normes dans toutes les statistiques.

L'expert n'a pas compris pourquoi l'indice de régression des médicaments était si élevé, compte tenu du fait que les médicaments prescrits par le défendeur sont bon marché. De ce fait, l'expert a émis l'hypothèse que celui-ci renouvelle beaucoup d'ordonnances émanant d'autres spécialistes. Toutefois, cela est peu plausible, dès lors que la patientèle du défendeur est précisément peu morbide selon les PCG.

Ainsi, le fait de prescrire des médicaments et substances bon marché pénalise le défendeur dans l'analyse de régression, dans la mesure où il est supposé sur cette base que sa patientèle est moins morbide que la moyenne des patients du groupe de comparaison, alors que ce n'est pas démontré autrement que par les PCG.

Afin de tenir compte de la distorsion de l'analyse de régression et l'absence de preuve quant à une morbidité inférieure à la moyenne des patients du défendeur par d'autres moyens que les PCG, la marge de tolérance pour les coûts totaux doit être augmentée à 140%.

**9.3** À cela s'ajoute qu'il y a dans la patientèle du défendeur une surreprésentation de femmes de 41 à 70 ans et des patients avec plus de problèmes psychiatriques que les médecins de son groupe de comparaison. Ce fait augmente la durée et la fréquence des consultations et ainsi l'indice de régression des coûts directs.

---

L'expert a admis à cet égard que les consultations pour des patients souffrant de troubles psychiques sont plus longues (*cf.* son audition du 19 avril 2023).

Par conséquent, il se justifie de porter la marge de tolérance à 145%.

- 10.** Cela étant, le dépassement des coûts s'établit comme suit :

Année 2017 : coûts directs 1'017'957.- et indice de régression des coûts totaux de 184

$$1'017'957 : 184 = 5'532.375 \times 145 = 802'194.37$$

$$1'017'957 - 802'194.37 = 215'762.63$$

Année 2018 : coûts directs 873'190 et indice de régression des coûts totaux de 179

$$873'190 : 179 = 4'878.15 \times 145 = 707'332.68$$

$$873'190 - 707'332.68 = 165'857.32$$

Le total de la somme à restituer s'élève ainsi à CHF 381'620.- en chiffres ronds (215'762.63 + 165'857.32).

Il est à noter à cet égard que cette somme correspond à peu près au surcoût dû à la surfacturation en temps constaté par l'expert, que le Tribunal arbitral a évalué à CHF 396'580.- dans son arrêt précédent rendu dans la présente cause (différence de 3.77%).

- 11.** À l'audience de conciliation, SANTÉSUISSE a amplifié ses conclusions et a conclu à ce que le défendeur soit interdit de pratiquer la médecine à la charge de l'AOS pendant une durée laissée à l'appréciation du tribunal de céans.

**11.1** Selon la jurisprudence du tribunal de céans (ATAS/1155/2022 du 21 décembre 2022 consid. 8), une conclusion initiale peut être amplifiée, par application analogique de l'art. 227 al. 1 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 (CPC - RS 272). Selon cette disposition, la demande peut être modifiée si la prétention nouvelle ou modifiée relève de la même procédure et que la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (let. a) ou que la partie adverse consent à la modification de la demande (let. b).

Toutefois si la demande s'écarte du contenu de l'autorisation de procéder par de nouvelles conclusions, la modification est admise en application de l'art. 227 CPC, sans qu'il soit exigé que la prétention nouvelle ou modifiée présente un lien de connexité avec la dernière prétention (CR CPC-Denis TAPPY, *ad art.* 227 ch. 13).

**11.2** En l'espèce, dans la mesure où SANTÉSUISSE a formulé une conclusion nouvelle, tendant à l'exclusion temporaire du défendeur de l'AOS, lors de l'audience de conciliation et ainsi avant l'autorisation de procéder, ladite conclusion peut être admise en application de l'art. 227 al. 1 CPC *a contrario*.

---

12. Aux termes de l'art. 59 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique et à la garantie de qualité des prestations prévues dans la loi (art. 56 et 58) ou dans un contrat font l'objet de sanctions. Celles-ci sont :

- a. l'avertissement ;
- b. la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée ;
- c. l'amende ;
- d. en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Le Tribunal arbitral prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs (*cf.* art. 59 al. 2 LAMal ; voir aussi Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 258*). Il sied en effet de rappeler que les assureurs-maladie sont tenus, de par la loi, de veiller eux-mêmes à ce que les prestations allouées soient efficaces, appropriées et économiques (*cf.* François-X. 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<sup>ème</sup> anniversaire du Tribunal fédéral des assurances, Berne 1992, p. 537*). S'agissant de la mesure de la sanction, il convient d'appliquer le principe de proportionnalité (ATF 120 V 481 consid. 4 ; 106 V 43 consid. 5c).

L'art. 59 al. 3 LAMal précise que constituent notamment des manquements aux exigences légales ou contractuelles :

- a. le non-respect du caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 al. 1 ;
- b. l'inexécution ou la mauvaise exécution du devoir d'information au sens de l'art. 57 al. 6 ;
- c. l'obstruction aux mesures de garantie de la qualité prévue à l'art. 58 ;
- d. le non-respect de la protection tarifaire visé à l'art. 44 ;
- e. la non-répercussion d'avantages au sens de l'art. 56 al. 3 ;
- f. la manipulation frauduleuse de décomptes ou la production d'attestations contraires à la vérité.

Selon l'art. 59 al. 1 let. d et al. 3 let. a LAMal, les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas les exigences relatives au caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal s'exposent ainsi, en cas de récidive, à l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à la charge de l'AOS. L'exclusion, temporaire ou définitive, de pratiquer à la charge de la LAMal consacre la rupture du lien de confiance qui doit exister entre les caisses-maladie et les médecins

pratiquant à leur charge (ATF 120 V 481 consid. 2b). Elle doit être justifiée par des motifs importants ; par le passé de tels motifs avaient été admis notamment en cas de prolongation injustifiée de certificats d'incapacité de travail, d'établissement non conforme à la vérité ou tardif de rapports ou de notes d'honoraires, de tromperie ou de condamnation pénales (ATF 106 V 40 consid. 5a/aa, jurisprudence applicable également sous l'empire de la LAMal, arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 45/04 du 25 janvier 2006 consid. 3.2 et 3.3). Une exclusion à caractère de mesure disciplinaire est indépendante d'une procédure pénale et ne suppose pas nécessairement l'existence d'une faute qualifiée (ATF 120 V 481 consid. 2b). Le but en est notamment d'amener son destinataire à modifier son comportement pour qu'il se conforme à l'avenir aux exigences légales de sa profession ; il ne vise pas, au premier plan, à punir le médecin concerné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_774/2020 du 31 janvier 2022 consid. 3.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_776/2016 du 20 avril 2017 consid. 3.4).

Dans un arrêt du 25 janvier 2006 (K 45/04), le Tribunal fédéral des assurances a confirmé une exclusion de deux ans à l'encontre d'un médecin ayant fréquemment pratiqué de manière polypragmasique entre 1976 et 2001 et ayant fait l'objet d'une demi-douzaine d'arrêts. Il a tenu compte de ce que le médecin, après avoir été condamné pour polypragmasie, n'avait pas encore eu la possibilité d'adapter son comportement en conséquence et de restructurer sa pratique jusqu'à l'introduction de l'action de la caisse d'assurance-maladie portant sur l'année statistique suivante, ce qui était une condition préalable à l'imposition d'une sanction plus sévère.

Le Tribunal fédéral a confirmé la suspension du droit de pratiquer à la charge de l'AOS d'une durée de six mois, compte tenu de la pratique dispendieuse de la médecin, aussi bien dans sa durée que dans son importance, ainsi que l'attitude de celle-ci qui n'entendait pas changer sa méthode de travail contraire au principe de l'économicité des prestations pour laquelle elle avait précédemment été condamnée et qui s'était désintéressée du procès en renonçant à collaborer à l'instruction de la cause (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_776/2016 du 20 avril 2017).

Dans une autre affaire, le Tribunal fédéral a réduit la sanction de cinq à trois ans, s'agissant d'une situation dans laquelle le comportement du recourant avait eu des suites pénales, où la pratique dispendieuse avait porté sur une période relativement courte de 3 ans et où le recourant s'était engagé à ne plus exercer la médecine à titre indépendant dès la fin de cette période (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2021 du 14 octobre 2022).

Dans un arrêt du 3 novembre 2020, le Tribunal arbitral genevois a fixé à deux ans la durée de l'exclusion d'un médecin, qui avait certes pratiqué de manière non économique depuis 1996, mais qui avait démontré avoir pris conscience de ce que sa pratique avait été constitutive de polypragmasie (ATAS/1043/2020).

Le Tribunal fédéral a confirmé, dans son arrêt 9C\_776/2016 du 22 septembre 2021, une exclusion du droit de pratiquer à la charge de l'AOS d'une durée de six mois dans le cas d'un médecin précédemment condamné pour polypragmasie et dont la pratique dispendieuse s'était étendue sans interruption sur 13 ans avec un indice moyen de coûts directs par malade de 162. Dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_774/2020, il a toutefois rappelé que dans la cause sus-citée, il devait se prononcer uniquement sur le point de savoir si une durée inférieure à celle arrêtée par les premiers juges était justifiée, sans examiner si une exclusion pour une durée supérieure à six mois aurait dû être qualifiée de disproportionnée.

Dans une autre affaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_656/2020 du 22 septembre 2021 consid. 6.3), il a retenu qu'une exclusion de trois ans du droit de pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins était disproportionnée dans le cas d'un médecin qui avait fait preuve d'une pratique dispendieuse durant trois années et pour lequel la sanction constituait dans les faits une exclusion définitive en raison de son âge avancé (77 ans). Dans la cause jugée par l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 45/04 du 25 janvier 2006, une exclusion du droit de pratiquer à la charge de l'assurance a été prononcée pour une durée de deux ans, s'agissant d'un médecin dont la pratique contraire au principe de l'économicité s'était étendue sur des dizaines d'années (consid. 4.3). Comme l'intéressé avait poursuivi une pratique dispendieuse, son exclusion définitive avait été prononcée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_513/2015 du 9 décembre 2015).

Dans l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_774/2020 du 31 janvier 2022, une exclusion d'une année a été prononcée concernant un médecin en âge avancé qui semblait avoir admis devoir changer sa pratique et se conformer aux exigences y relatives à partir de 2017, en l'absence de condamnation en restitution pour polypragmasie depuis l'année statistique 2007 – avant celle pour l'année 2016 faisant l'objet du litige.

Si le fournisseur de prestations modifie sa pratique, qu'il sait ne pas être économique, au plus tard à compter de la notification de l'arrêt du Tribunal arbitral le condamnant pour polypragmasie, il n'encourt en principe pas le risque de se voir reprocher une récidive. Lorsqu'aucun arrêt pour polypragmasie n'a été rendu, les années pour lesquelles une demande de restitution n'a pas été déposée, mais au cours desquelles une pratique non économique est néanmoins avérée, sont toutefois prises en considération par la jurisprudence lors de l'examen de la sanction prévue par l'art. 59 LAMal (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_774/2020 du 31 janvier 2022).

- 13.** En l'espèce, le défendeur a été interpellé par SANTÉSUISSE depuis 2000 en raison de ses indices trop élevés par rapport au groupe de comparaison de sa spécialité. Il n'a toutefois fait l'objet pour la première fois d'une demande en restitution pour polypragmasie que pour l'année statistique 2011, mais n'a pas été condamné, dans la mesure où il s'est avéré qu'il devait être placé dans le groupe

des médecins pratiquant la médecine interne générale. Or, les indices du défendeur pour ce groupe de comparaison se situaient dans la marge admissible pour les coûts totaux en 2011, de sorte qu'une polypragmasie n'était pas présumée. Pour l'année statistique 2016, le défendeur a été condamné à restituer la somme de CHF 458'607.-, sur la base de l'indice ANOVA, par arrêt du 16 janvier 2020 du tribunal de céans (ATAS/27/2020), confirmé le 12 juin 2020 par le Tribunal fédéral. Cette procédure avait été introduite en juillet 2018.

Par la suite, le défendeur a fait l'objet de demandes de restitution en raison d'une surfacturation chaque année, soit la présente procédure concernant 2017 et 2018, puis pour 2019 (procédure A/2114/2021), ainsi que pour 2020 et 2021 (procédure A/2731/2023).

Il s'avère ainsi que le défendeur n'a pas changé sa pratique médicale fondamentalement depuis sa première condamnation pour l'année 2016. Toutefois, il obtient partiellement gain de cause dans la présente procédure. Par ailleurs, le défendeur a fait un effort pour l'année 2021, dans la mesure où son indice de régression des coûts totaux est descendu à 146, même si cela est toujours au-dessus de la marge admissible. Vraisemblablement, son indice RSS aurait été dans la marge admissible de 130. Enfin, il a fermé son cabinet fin janvier 2022 et ne travaille désormais qu'à 20% dans une petite salle de consultation, selon ses dires – non contestés par les demanderesses. La fermeture de son précédent cabinet est au demeurant confirmée par ses patients.

Cela étant, dans la mesure où aucune infraction ne peut être reprochée au défendeur, une exclusion de pratiquer à la charge de l'AOS, en plus de la restitution des sommes importantes au paiement desquelles le défendeur est condamné, ne se justifie pas. En effet, il a diminué de lui-même son activité médicale à partir de 2022.

- 14.** La demande sera par conséquent partiellement admise et le défendeur condamné à la restitution de CHF 381'620.-.

**14.1** La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), 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'écritures), ainsi qu'un émoluments 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, SANTÉSUISSE obtient gain de cause à raison de 60% du total de ses conclusions de CHF 643'383.- pour 2017 et 2018. Par conséquent, les frais seront mis à sa charge à raison de 40% et à la charge du défendeur à raison de 60%.

Ceux-ci comprennent, pour la totalité de la procédure, un émoluments de justice de CHF 6'000.-, les frais d'expertise de CHF 27'629.- et les frais du Tribunal de

CHF 12'543.-, soit un total de 46'172.-. Ces frais seront mis à la charge du défendeur à raison de CHF 27'703.- et à la charge des demanderessees à raison de CHF 18'469.-.

**14.2** Le défendeur obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui est octroyée à titre de dépens.

**14.3** SANTÉSUISSE réclame également des dépens. Toutefois, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, les assurances-maladie qui obtiennent gain de cause ne peuvent pas prétendre à une indemnité à ce titre dans les procédures de polypragmasie (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2023 du 18 septembre 2023 consid. 7.3).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare les demandes recevables.

**Au fond :**

2. Les admet partiellement.
3. Condamne le défendeur à restituer aux demanderesses, entre les mains de SANTÉSUISSE, la somme de CHF 381'620.-.
4. Met un émolument de justice de CHF 6'000.- et les autres frais du Tribunal de CHF 12'543.- ainsi que les frais d'expertise de CHF 27'629.- (CHF 46'172.- au total) à la charge du défendeur à raison de 60% et à la charge des demanderesses à raison de 40%, soit CHF 27'703.- respectivement CHF 18'469.-, en chiffres ronds.
5. Condamne SANTÉSUISSE à verser au défendeur la somme de CHF 4'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Christine RAVIER

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