

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2636/2007

ATAS/281/2011

ORDONNANCE D'EXPERTISE

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

du 17 mars 2011

Chambre 7

En la cause

ASSURA SA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS,
avenue C.-F. Ramuz 70, 1009 Pully

demandereses
du groupe I

AVANEX VERSICHERUNG, AG, c/o Helsana-Gruppe;
Postfach, 8081 Zuerich

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET
ACCIDENTS, Bundesplatz 15, 6002 Luzern

CSS VERSICHERUNG, Rösslinattstrasse 40, 6002 Luzern

E.G.K. GESUNDHEITSKASSE, Brislachstrasse 2, 4242 Laufen

GROUPE MUTUEL, rue du Nord 5, 1920 Martigny

MUTUEL ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 Martigny

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente.

AVENIR ASSURANCES, rue du Nord 5, 1920 Martigny

HERMES, rue du Nord 5, 1920 Martigny

UNIVERSA, rue du Nord 5, 1920 Martigny

CMBB CAISSE-MALADIE, rue du Nord 5, 1920 Martigny

LA CAISSE VAUDOISE, rue du Nord 5, 1920 Martigny

CAISSE-MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, rue du Nord 5, 1920 Martigny

CAISSE MALADIE DE TROISTORRENTS, rue du Nord 5, 1920 Martigny

CAISSE-MALADIE EOS, rue du Nord 5, 1920 Martigny

FONDATION NATURA ASSURANCES.CH, rue du Nord 5, 1920 Martigny

PANORAMA KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG, rue du Nord 5, 1920 Martigny

EASY SANA, rue du Nord 5, 1920 Martigny

PHILOS, Riond-Bosson, 1131 Tolochenaz

HELSANA VERSICHERUNG AG, Zentraler Betreuungsdienst, Postfach, 8081 Zurich

INTRAS, rue Blavignac 10, 1227 Carouge

KOLPING KRANKENKASSE AG, Ringstrasse 16, 8600 Dubendorf

OKK SCHWEIZ, Aarberggasse 63, 3001 Berne

PROGRES VERSICHERUNGEN AG, Zentraler Betreuungsdienst,
Postfach, 8081 Zurich

PROVITA GESUNDHEITSVERISCHERUNG AG, Brunngasse 4,
8401 Winterthur

SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, Lagerstrasse 107,
8021 Zurich

SANSAN VERSICHERUNGEN AG, Zentraler Betreigungsdienst,
Postfach, 8081 Zurich

SUPRA CAISSE MALADIE, chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, Römerstrasse, 38,
8401 Winterthur

WINCARE VERSICHERUNGEN, Konradstrasse 14, 8401 Winterthur

ASSURA, Assurance maladie et accident, avenue C.-F. Ramuz 70,
1009 Pully

AUXILIA, Case postale 2568, 6002 Lucerne

AVENIR ASSURANCES, Groupe Mutuel, rue du Nord 5,
1920 Martigny

CAISSE-MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, rue du Nord 5,
1920 Martigny

CMBB, Caisse Maladie, rue du Nord 5, 1920 Martigny

demandereses
du groupe II

CONCORDIA, Hauptsitz, Bundesplatz 15, 6002 Luzern

CPT CAISSE-MALADIE, Tellstrasse 18, 3001 Bern

CSS ASSURANCE, Droit & Compliance, Tribschenstrasse 21,
6002 Lucerne

E.G.K. GESUNDHEITSKASSE, Brislachstrasse 2, 4242 Laufen

HELSANA ASSURANCES SA, Gestion clientèle, case postale,
8081 Zurich

HERMES CAISSE MALADIE ET ACCIDENTS, c/o Groupe
Mutuel, rue du Nord 5, 1920 Martigny

INTRAS ASSURANCES SA, rue Blavignac 10, 1227 Carouge

KOLPING KRANKENKASSE AG, Ringstrasse 16, 8600 Dubendorf

LA CAISSE VAUDOISE, rue du Nord 5, 1920 Martigny

MUTUEL ASSURANCES, c/o GROUPE MUTUEL, rue du Nord 5,
1920 Martigny

PHILOS CAISSE MALADIE -ACCIDENT, rue du Nord 5,
1920 Martigny

PROGRES ASSURANCES SA, c/o Groupe Mutuel, rue du Nord 5,
1920 Martigny

SANITAS ASSURANCE-MALADIE, Lagerstrasse 107, 8021 Zurich

SANSAN, c/o Groupe Mutuel, case postale, 8081 Zurich

SUPRA CAISSE MALADIE, chemin de Primerose 35, 1007 Lausanne

SWICA, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur

UNIVERSA CAISSE-MALADIE ET ACCIDENTS, c/o Groupe
Mutuel, rue du Nord 5, 1920 Martigny

VIVAO SYMPANY /OEKK BASEL, Spiegelgasse 12, 4001 Basel

WINCARE ASSURANCES, Konradstrasse 14, 8401 Winterthur

Toutes représentées par SANTÉSUISSE Genève et comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Mario Dominique TORELLO

contre

Monsieur L _____, domicilié à Genève, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Dominique
WARLUZEL

défendeur

EN FAIT

1. Monsieur L_____ (ci-après : le médecin) est spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique à Genève.
2. Selon les statistiques-facteurs (ci-après : statistiques RSS) de Santésuisse, organisation faîtière des assureurs-maladie actifs dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, le médecin présentait en 2001 un indice des coûts directs par malade de 246, par rapport à la moyenne de 100 de ses confrères dans la même spécialité, et un indice des coûts directs et indirects de 210. En 2002, ces indices étaient de respectivement de 254 et 202, en 2003 de 183 et 155, en 2004 de 177 et 161, en 2005 de 183 et 166 et en 2006 de 161 et 146.
3. Le 14 juin 2001, le médecin a été entendu par la Commission mixte de la Fédération genevoise des assureurs-maladie (FGAM) et l'Association des médecins du canton de Genève (AMG). Cette séance a eu lieu à sa demande, pour discuter des statistiques et de son mode de facturation, afin d'être sûr que sa facturation soit correcte. Il ressort du procès-verbal relatif à cette audition que le médecin était installé en pratique privée depuis un an et demi et employait deux secrétaires. Il avait beaucoup investi dans des appareils. Il pratiquait la gynécologie obstétrique, la stérilité, l'urologie (incontinence), l'hormonothérapie et de la sexologie. Les cas de stérilité et d'incontinence demandaient des examens spéciaux. Il faisait beaucoup d'examens qui étaient pratiqués le plus souvent en clinique (cystoscopie, conisation, cystomanométrie). A la suite de conférences données en urologie, il s'était fait connaître dans ce domaine. Un représentant de la FGAM a admis à cette occasion qu'il était "évident que nos statistiques sont faussées du fait de vos deux spécialités".
4. Par courrier du 18 décembre 2002, Santésuisse a informé le médecin avoir tenu compte de ses remarques, en comparant ses statistiques avec le groupe des urologues. Elle relevait en outre que son indice avait certes baissé mais qu'il était toujours à 212, par rapport à la moyenne de 100 de ses confrères dans la même spécialité, pour 2000 et à 179 pour 2001, en ce qui concerne les coûts directs.
5. Par courrier séparé de la même date, Santésuisse a invité le médecin à se conformer au principe de l'économicité des prestations énoncé dans la loi.
6. Par courrier du 21 janvier 2003, le médecin a répondu à Santésuisse avoir effectué toutes les prestations facturées et avoir admis 700 nouvelles patientes en 2002. Son cabinet avait trois salles d'examen et son personnel, composé d'une secrétaire, d'une stagiaire et d'une sage-femme, se chargeait de l'accueil et de l'organisation des examens. Son cabinet était équipé pour la réalisation d'un grand nombre d'examens

et d'opérations en ambulatoire, à savoir : échographies 2-3D, doppler pulsé et doppler couleur, ponctions et biopsies sous contrôle échographique, conisation électrocoagulation du col, ablation de petites lésions, hystérocopie diagnostique et opératoire, traitement de stérilité (inséminations etc...) et traitement de l'incontinence. Ces opérations et examens uro-dynamiques contribuaient à augmenter le coût par cas, mais diminuait le coût total par rapport au prix pratiqué en clinique. Les patients et leurs médecins traitants recevaient en outre un rapport détaillé de chaque examen et/ou intervention.

7. Le 26 mars 2003, le médecin a été entendu par Santésuisse, à sa demande. Il a alors notamment expliqué qu'il pratiquait des cystéroscopies dans son cabinet, en précisant que seulement trois de ses confrères étaient équipés pour le faire à Genève, qu'il prescrivait des médicaments génériques dans près de 80% des cas et que les séances de physiothérapie prescrites étaient plus nombreuses afin d'éviter les interventions chirurgicales.
8. Le 29 avril 2003, Santésuisse a informé le médecin que son indice de coût par malade restait toujours très élevé, lorsqu'on le comparait avec le groupe des urologues (179).
9. Par courrier du 12 septembre 2003, le médecin a fait parvenir à Santésuisse ses propres statistiques, selon lesquelles la tendance de la facturation était nettement à la baisse. Il a par ailleurs détaillé les mesures d'économie mises en place et a donné les raisons, pour lesquelles sa facturation pouvait être plus élevée que celle d'autres gynécologues. Il s'agissait notamment des contrôles d'incontinence qui se faisaient lors de contrôles gynécologiques et dont les prestations s'additionnaient à celles d'un contrôle de gynécologie standard. Les examens uro-dynamiques qu'il pratiquait dans son cabinet n'étaient réalisés par aucun gynécologue ou urologue à Genève, ceux-ci ne disposant pas de l'équipement nécessaire. Il ne facturait pas le coût du personnel qui l'assistait lors des examens ni l'entretien du matériel utilisé. Il ne déléguait presque aucun examen. Il a également fait état des mauvaises habitudes d'hygiène des patientes latino-américaines qui avaient pour conséquence des vaginites à répétition et des consultations répétées. Dans les cas de stérilité et d'infections de transmission sexuelle, il offrait également au partenaire une consultation. La grande majorité de ses patientes était très satisfaite.
10. Par courrier du 8 mars 2004, Santésuisse a informé le médecin avoir reçu des témoignages de certaines de ses patientes relatifs à la pratique d'une double facturation. Elle l'a rendu attentif au fait que le prestataire de soins ne peut exiger une rémunération plus élevée que les tarifs en vigueur pour les prestations fournies en application de la loi.

-
11. Par courrier du 28 mars 2004, le médecin a confirmé avoir facturé pendant les 15 premiers jours de l'année 2004 selon l'ancien tarif-cadre, dès lors qu'il ne disposait pas d'un système informatique pour appliquer les tarifs TARMED. Il a précisé que les patientes en avaient été averties et qu'il n'avait tiré aucun bénéfice en procédant de la sorte. La raison principale qui l'avait amené à facturer ainsi était un grand manque de liquidités pour des échéances diverses (impôts, assurances et charges sociales), dû au nombre très important de factures impayées.
 12. Le 28 mars 2006, le médecin a été entendu à la Commission SPE de Santésuisse. En plus des informations données antérieurement concernant la particularité de sa pratique, il a indiqué avoir décidé, depuis l'année 2005, de travailler à 80% et de prendre un associé afin de diviser les frais. Monsieur M_____ de Santésuisse a constaté que le chiffre d'affaires du médecin était toujours constant. Le médecin a en outre expliqué qu'il n'opérait plus mais avait plus de consultations. Il n'avait plus de dettes aujourd'hui et allait vendre certains de ses appareils, dont celui pour les examens uro-dynamiques. Il faisait par ailleurs plus de traitements de stérilités, puisqu'il n'opérait plus. Les examens uro-dynamiques représentaient environ 40'000 fr., mais il ne pouvait pas donner de chiffre pour les traitements de stérilité. Il ne faisait plus d'opération de TVT.
 13. Par courrier du 9 mai 2006, Santésuisse a demandé au médecin de lui faire parvenir une estimation chiffrée pour 2004 de ses activités sortant de celles d'un gynécologue (urologie, chirurgie, stérilité), ainsi que le total de ses charges.
 14. Le 13 mai 2006, le médecin a répondu qu'il avait développé son activité dans d'autres domaines que sa spécialité, afin de compenser la baisse des revenus liée à l'introduction du TARMED. Il avait développé notamment le suivi des cas d'infertilité et d'obstétrique et investi dans l'échographie 3D, afin de compenser l'absence de chirurgie ambulatoire. Par ailleurs, les consultations en urgence (15%) augmentaient inévitablement le prix de la consultation.
 15. Par courrier du 19 avril 2007, Santésuisse, représentée par son conseil, a informé le médecin qu'elle s'apprêtait à lui réclamer la restitution de la somme de 198'235 fr. pour l'année statistique 2005, dans la mesure où son indice des coûts directs par malade était de 183 et dès lors toujours largement supérieur à la moyenne de ses confrères. Par ailleurs, les particularités de sa pratique étaient déjà couvertes par la marge de sécurité de 30%, par rapport à l'indice de 100. Un délai au 30 mai 2007 a été accordé au médecin pour se déterminer sur cette missive.
 16. Par courrier du 23 mai 2007, le médecin a contesté avoir violé le principe de l'économicité des traitements. Il a notamment expliqué que ses compétences particulières l'avaient amené à prendre en charge un nombre croissant de cas

d'infertilité et d'endocrinologie gynécologique dès l'introduction du TARMED. Or, ce tarif fixait une valeur pour les soins et examens générés par ce type de pathologies plus élevée que celle pour des simples contrôles gynécologiques classiques. Ces spécialités étaient coûteuses et induisaient l'utilisation d'exams de traitements pharmaceutiques dont le coût était élevé. Une partie notable de son activité concernait également des traitements de l'incontinence urinaire, nécessitant de nombreux examens pour poser le bon diagnostic et prescrire un traitement adéquat. Les patientes du médecin le consultaient aussi régulièrement pour des problèmes sortant du cadre de la gynécologie. Compte tenu de ces faits, le médecin a estimé qu'il ne pouvait en aucun cas être comparé à la moyenne des gynécologues.

17. Par demande déposée le 2 juillet 2007, les assurances-maladie du groupe I mentionnées sur la page de garde, représentées par Santésuisse, ainsi que par leur conseil, ont saisi le Tribunal de céans d'une demande en paiement de la somme de 198'235 fr. à l'encontre du médecin, somme représentant le coût de ses honoraires remboursés en 2005 par les assureurs-maladie et dépassant le 130% de la moyenne des coûts par malade de son groupe. Elles ont relevé que, selon les statistiques ANOVA, méthode développée depuis 2004, l'indice des coûts directs, des coûts des médicaments et des coûts totaux étaient en 2005 de respectivement 165, 228 et 170 par rapport à l'indice moyen de 100 des médecins de sa spécialité pour toute la Suisse. Les demanderesses ont par ailleurs considéré qu'il n'y avait pas lieu de prendre en compte les coûts totaux, à savoir les coûts directs et indirects du défendeur. Selon leur interprétation de la jurisprudence en la matière, les coûts totaux n'étaient à prendre en compte que si les coûts indirects étaient inférieurs à la moyenne des coûts indirects générés par le groupe de comparaison, ce qui n'était pas le cas en l'espèce, les coûts indirects s'élevant à un indice moyen de 146 en 2005. Les particularités de la pratique médicale du médecin ne permettaient pas de justifier un indice supérieur à 130. Les statistiques ANOVA arrivaient aussi à un indice trop élevé (165). Or, pour l'établissement de cet indice, le défendeur était comparé à un échantillon plus large de médecins de sa spécialité, soit un groupe formé de médecins gynécologiques obstétriciens de toute la Suisse. Concernant les patientes de nationalité étrangère, leur proportion n'avait pas été clairement déterminée et ne justifiait dès lors pas les écarts constatés.
18. A l'audience du 10 septembre 2007, le Tribunal de céans a constaté l'échec de la tentative de conciliation des parties. A cette audience, les demanderesses ont désigné Monsieur N_____ comme arbitre.
19. Le 28 septembre 2007, le défendeur a désigné Monsieur O_____ en qualité d'arbitre.

20. Par mémoire de réponse du 5 novembre 2007, le défendeur a conclu au rejet de la demande, sous suite de dépens. A titre préalable, il s'est conclu à ce qu'il soit ordonné à Santésuisse de produire les justificatifs propres à démontrer l'exactitude du montant réclamé par les demanderesses, s'agissant de son chiffre d'affaires à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, ainsi que le détail des statistiques eu égard aux prestations effectuées par les gynécologues ayant servi de base de référence pour établir le coût moyen par patient. Il a aussi conclu préalablement à ce qu'une analyse des 86 dossiers qu'il a produits soit ordonnée par un expert indépendant. Il a relevé que le chiffre d'affaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins figurant dans les statistiques 2005 (687'802 fr.) était erroné, son chiffre d'affaires s'élevant à 572'159 fr. 65 selon les comptes de son cabinet. Il a contesté également le nombre de 1'148 patientes ressortant des statistiques, le nombre réel étant de 1'298. Il a présenté par ailleurs les dossiers de 86 cas qui ont généré le plus de coût durant l'année 2005, à savoir 358'776 fr. 20, en particulier en raison du nombre des consultations nécessaires au traitement adéquat. Après déduction de ce montant du chiffre d'affaires figurant dans les statistiques de Santésuisse, on arrivait pour les autres cas à un coût moyen par patiente de 309 fr. 81, lequel était largement inférieur à celui du coût moyen par malade de son groupe de comparaison de 328 fr. 04. Il en a déduit qu'il suffisait d'examiner les 86 dossiers présentés pour déterminer si sa pratique était conforme au principe d'économicité. Le défendeur a également fait valoir que la majorité de ses patientes étaient de nationalité étrangère. 50% de sa clientèle étaient d'origine latino-américaine, espagnole et africaine. Les femmes de ces régions péchaient par un excès d'hygiène (douches vaginales) qui entraînaient un nombre de vaginites et d'infections urinaires largement supérieurs aux patientes provenant d'autres régions. Le défendeur donnait également des consignes pour une hygiène correcte. Parmi ses patientes, il y avait également un grand nombre de prostituées. Leurs pathologies, l'urgence pour leur traitement et la gravité des situations avaient aussi contribué à augmenter le coût par patient. Parmi sa clientèle se trouvaient en outre un grand nombre de couples homosexuels féminins dont la pratique sexuelle augmentait le risque de développer des vaginites et autres infections. En 2005, il avait ainsi traité 675 vaginites, dont la plupart en urgence, pour un coût de 75'870 fr. Il a allégué en outre être un grand spécialiste de l'infertilité et avoir traité 40 couples pour ce problème en 2005 pour un coût de 41'721 fr. 60. Il était aussi spécialiste en endocrinologie. Seuls huit gynécologues genevois appartenaient à la Société européenne d'endocrinologie et reproduction (ESHRE). Sur ces huit médecins seul l'un de ses confrères et lui-même pratiquaient l'obstétrique de manière régulière. Aucun d'entre eux ne pratiquait l'uro-gynécologie ou d'autres pathologies dans la même mesure que le défendeur. Néanmoins, presque tous étaient dans le collimateur de Santésuisse en raison du dépassement de 30% de la moyenne ANOVA. A cela s'ajoutait un grand nombre de syndromes d'ovaires

polykystiques (110), de problèmes thyroïdiens et d'altérations métaboliques comme le diabète, l'intolérance au glucose ou au lactose et des problèmes accessoires d'acné, d'hirsutisme, d'obésité et d'aménorrhée. Le défendeur était par ailleurs le seul gynécologue en Suisse romande à posséder un équipement complet d'urodynamique avec électromyographie et équipement complet de cystoscopie diagnostique. Il avait effectué 172 consultations approfondies pour des problèmes urinaires et d'incontinence en 2005, pour un coût approximatif de 45'000 fr. A cela s'ajoutaient 452 interventions chirurgicales à son cabinet pour un coût global de 43'436 fr. 30, 1'376 examens échographiques, 328 consultations pour des dysplasies sur 131 patientes pour un montant de 40'048 fr. 80, 14 cas de cancer du sein, 110 grossesses pour un coût de 33'300 fr., dont 94 étaient à haut risque. Les pathologies détectées durant la grossesse avaient nécessité la réalisation de 74 examens complémentaires. Le nombre de consultations en urgence était de 625 en 2005 pour un coût total de 46'181 fr. 40, y compris la taxe d'urgence. Cela étant, le défendeur a fait valoir que c'étaient bien les spécificités de sa clientèle et de sa pratique qui avaient entraîné un coût moyen par patient plus élevé. Le cumul des spécificités faisait de lui un cas unique.

21. A la suite de la démission du Monsieur O _____ en tant qu'arbitre, le défendeur a choisi le Monsieur P _____ en cette qualité, par courrier du 11 décembre 2007.
22. Par réplique du 19 décembre 2007, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions. Elles ont relevé que les statistiques étaient fondées sur des factures effectivement remboursées aux patients et non pas sur le chiffre d'affaires ressortant de la comptabilité du cabinet. Il n'était par ailleurs pas démontré que l'origine étrangère des patientes d'un gynécologue engendrerait des coûts moyens annuels supérieurs à une patientèle suisse. De surcroît, dans une ville internationale comme Genève, les confrères du défendeur traitaient également des patientes d'origine étrangère. Il n'était probablement pas non plus le seul gynécologue à traiter des prostituées. En outre, les personnes exerçant ce métier étaient plus sensibilisées que les autres aux risques qu'elles encouraient. Le défendeur n'a non plus établi de traiter plus de femmes homosexuelles que d'autres gynécologues et que ces patientes encouraient un risque plus grand de vaginites. Les demanderesses ont contesté que bon nombre de gynécologues n'effectuaient pas des échographies dans leur cabinet. Cela était au contraire courant. Enfin, elles ont persisté à considérer que la comparaison des médecins du même groupe sur la base des statistiques de SantéSuisse était fiable.
23. Par duplique du 11 février 2008, le défendeur a persisté dans ses conclusions principales. A titre préalable, il a conclu à la production, par les demanderesses, des pièces comportant l'indication de la nature et du coût des prestations fournies par le

défendeur et remboursées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2005, ainsi que des composantes et des références chiffrées ayant servi de base de calcul du « coût moyen par patiente » visé sous chiffre 27 de la demande (328 fr. 04). Il a conclu également à la désignation d'un expert aux fins de prendre connaissance des 86 dossiers produits, d'établir, pour chaque dossier concerné, la liste des prestations fournies par le défendeur et de déterminer l'adéquation des prestations susvisées au diagnostic posé dans chaque cas. Il a notamment reproché à Santésuisse de ne jamais avoir recherché la moindre solution avec lui, en dépit de son esprit de collaboration et de la totale transparence dont il avait toujours fait preuve. Il a relevé en outre avoir démontré, littérature médicale à l'appui, que des patientes d'origine latino-américaine, espagnole et africaine pratiquaient régulièrement des douches vaginales et présentaient dès lors plus de vaginites et d'infections urinaires. Il a contesté que les prostituées n'étaient pas exposées à un risque plus élevé pour la santé du fait de leur métier. Il ne pouvait cependant pas prouver le nombre de prostituées traitées pour la raison évidente du secret professionnel. Concernant la clientèle homosexuelle, il avait également prouvé par des articles de la littérature médicale que celle-ci développait plus souvent des vaginites que les patientes hétérosexuelles.

24. Le 16 mai 2008, le défendeur a été entendu par le Tribunal de céans en comparution personnelle. Il a notamment déclaré que son cabinet était informatisé et qu'il avait ainsi pu établir précisément le montant des honoraires à la charge de l'assurance obligatoire des soins et celui à la charge des assurances complémentaires. Concernant les interventions en urgence, elles représentaient 15% de son chiffre d'affaires de l'assurance obligatoire des soins. Ces interventions pouvaient avoir lieu à n'importe quelle heure du jour et du week-end. Le surcoût pour une urgence était de 48 fr. Il ne réservait pas à proprement parler une plage horaire pour ces urgences. Cependant, il ne prenait pas de pause à midi pour garder du temps pour celles-ci qu'il intercalait entre deux rendez-vous. En cas d'urgence, il faisait généralement venir les patientes au cabinet immédiatement. Sur question de Santésuisse, il a indiqué qu'il ne pratiquait plus des opérations TVT depuis l'introduction de TARMED. Auparavant, il avait réalisé ces opérations sur environ 150 personnes par an pour un coût par opération d'environ 1'000 fr. Pour compenser l'abandon des opérations TVT en ambulatoire, il faisait d'autres examens spécialisés à son cabinet.
25. A l'issue de cette audience un délai a été fixé aux parties pour proposer des noms d'expert.
26. Le 26 mai 2008, Santésuisse a informé le défendeur que son indice ANOVA pour l'année 2006 était toujours supérieur à l'indice moyen du groupe de comparaison et qu'il s'apprêtait à lui réclamer la restitution de la somme de 80'470 fr.

-
27. Le 30 mai 2008, le Tribunal de céans a interpellé le Dr A _____, responsable du groupe des médecins-conseil et ancien président de l'AMG, afin qu'il lui indique le nom d'un expert pour évaluer la pratique d'un médecin gynécologue et obstétricien.
 28. Le 3 juin 2008, les demanderesse ont proposé au Tribunal de céans le Dr B _____ en tant qu'expert. Par courrier du 5 juin 2008, le défendeur a suggéré de confier l'expertise au Dr C _____ ou de s'adresser au Dr D _____, médecin-chef de la Clinique de gynécologie à Fribourg, pour la recommandation d'un expert. Il s'est opposé à ce que le Dr A _____ soit associé aux choix d'un expert, dans la mesure où il était le médecin-conseil de l'une des demanderesse. Celles-ci se sont opposées à la désignation du Dr C _____, par courrier du 6 juin 2008, jugeant ce choix "totalement inopportun".
 29. Par courrier du 17 juin 2008, le défendeur a contesté la prétention de Santésuisse concernant l'année 2006, en se prévalant des spécificités de sa pratique et de sa clientèle alléguées précédemment. La situation s'était même aggravée, dans la mesure où il avait décidé de concentrer l'essentiel de son activité sur des patientes présentant des pathologies gynécologiques, hormonales et urologiques et où les cas de traitement de l'infertilité, de grossesses à haut risque étaient en constante augmentation. Il avait ainsi décidé de ne plus accepter de nouvelles clientes pour de simples contrôles de routine et ne pouvait pas être comparé aux confrères de son groupe, sur la base des statistiques. Il a allégué en outre avoir tout mis en œuvre pour diminuer les coûts de sa pratique, ce qui s'était notamment traduit par la non facturation des actes accomplis en l'absence de ses patientes (consultations téléphoniques, transmissions de résultats munis de commentaires, ainsi que l'envoi d'ordonnances). Il avait aussi diminué son temps de travail. Ses efforts avaient permis une diminution de l'indice ANOVA de 166 en 2005 à 142 en 2006.
 30. Le 30 juin 2008, le défendeur a proposé au Tribunal de céans le Dr E _____ en tant qu'expert.
 31. Le 11 juillet 2008, le Prof. D _____ a proposé, à la demande du Tribunal de céans, le Dr F _____ en tant qu'expert.
 32. Le 23 juillet 2008, les demanderesse du groupe II, mentionnées sur la page de garde, ont introduit une demande en paiement de la somme de 80'477 fr. à l'encontre du défendeur, sous suite de dépens, sur la base de l'indice ANOVA de 142 en 2006. Subsidiatement, elles lui ont réclamé la somme de 102'054 fr. sur la base des statistiques RSS. Elles ont expliqué que Santésuisse avait décidé, pour uniformiser sa pratique au niveau suisse, de prendre dorénavant en considération
-

l'indice ANOVA des coûts totaux. Cette méthode était fondée sur la même base de données que les statistiques RSS, mais offrait de nombreux avantages par rapport à ces dernières. Ainsi, la comparaison des fournisseurs de prestations était opérée avec la prise en compte de critères tels que l'âge, le sexe des patients et le lieu où se trouvait le cabinet médical. L'indice ANOVA était corrigé en fonction des spécificités cantonales, ce qui le rendait fiable et permettait d'améliorer la comparaison, dans la mesure où les particularités de la pratique des médecins pourront mieux être comparées avec celles de la pratique des confrères d'autres cantons dans toute la Suisse ayant une activité proche de celle du cas concerné. Grâce à une pondération correspondante (« méthode des moindres carrés ») les cas extrêmes influent moins fortement sur la moyenne corrigée. Le groupe de comparaison nationale était composé de médecins de la même spécialité, traitant plus de 50 malades ou facturant des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins pour un montant supérieur à 100'000 fr. Ainsi, la méthode ANOVA reproduisait plus fidèlement la réalité que les statistiques RSS. Les demanderesse ont enfin estimé que les spécificités de la pratique alléguées par le défendeur ne permettaient pas de justifier un coût moyen supérieur à 130% du coût moyen par patient au niveau national.

33. L'audience de conciliation du 8 septembre 2008 relative à la seconde demande s'est soldée par un échec. Le Tribunal de céans a joint celle-ci à la première sous le numéro de procédure A/2636/2007.
34. Par mémoire de réponse du 12 janvier 2009, le défendeur a conclu au rejet de la seconde demande, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à la production par SantéSuisse des pièces comportant l'indication de la nature du coût des prestations qu'il a fournies et qui avaient été remboursées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006, ainsi que des composantes et des références chiffrées ayant servi de base de calcul du coût moyen par patiente dont faisait état la demande. Il a conclu également à ce qu'un expert soit désigné aux fins d'analyser sa pratique sur la base de 94 dossiers qu'il a produits dans la procédure, d'établir la liste des prestations fournies par le défendeur au bénéfice du patient concerné, de déterminer l'adéquation des prestations au diagnostic posé dans chaque cas et de procéder à tout autre examen de sa pratique nécessaire à la détermination des spécificités de sa clientèle et de sa pratique. Le défendeur a relevé qu'il était dans l'impossibilité de procéder à la vérification des chiffres avancés par SantéSuisse, ne disposant pas des décomptes de remboursements effectués par les caisses-maladie. Il ne pouvait non plus contrôler les chiffres allégués concernant les coûts indirects générés. Il a souligné à cet égard que son indice de coûts indirects de 127 était contenu dans la marge de tolérance de 130. Les coûts indirects étaient essentiellement liés aux traitements de l'infertilité et l'endocrinologie. Les examens et analyses y relatifs étaient les seuls pour lesquels il ne disposait pas du matériel nécessaire pour les

réaliser en cabinet. En outre, le fait qu'ils soient particulièrement onéreux suffisait à expliquer pourquoi sa pratique générerait des coûts indirects de laboratoire et d'analyses, bien qu'il exécutât lui-même la quasi-totalité des examens et analyses. Quant à son indice élevé pour les médicaments prescrits, il renouvelait un grand nombre d'ordonnances pour ses patientes souffrant de pathologies récurrentes et contribuait ainsi à réduire les coûts de la santé. De surcroît, Santésuisse s'était fondée pour les exercices 2005 et 2006 sur un chiffre d'affaires plus élevé que celui du cabinet, pour ce qui concernait les frais à la charge de l'assurance obligatoire des soins, tout en prenant en considération un nombre de patients moins élevée que celui qui résultait de sa comptabilité. Les différences étaient importantes et impossibles à expliquer par le seul jeu des chevauchements entre facturations et remboursements intervenant sur les exercices comptables séparés. Une partie de ces différences s'expliquaient, de l'avis du défendeur, par le fait que certaines caisses-maladie avaient indûment remboursé à ses patientes des soins qui n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il a donné ensuite les chiffres en détail des patientes, selon le nombre des consultations. 94 cas lourds avaient généré le plus de consultations pendant l'exercice 2006 et généré un coût total de 219'618 fr. 70. Leur examen permettra de rejeter les accusations de polypragmasie. En 2006, il avait largement développé la pratique de l'endocrinologie (574 consultations). Le nombre des interventions chirurgicales en 2006 avait été de 258. Il avait traité 165 patientes atteintes de dysplasie en 2006 dont 86 nouveaux cas, ainsi que 43 patientes atteintes de cancer du sein. Parmi les 116 grossesses qu'il avait suivies, 89 avaient été des grossesses à haut risque. Le nombre des consultations urgentes avait été de 152, dont 55 de nuit ou durant les jours fériés. Pour le surplus, le défendeur a repris en substance son argumentation précédente. Il a produit la liste anonyme exhaustive de l'intégralité de ses consultations mises à la charge de l'assurance obligatoire des soins, en plus des factures relatives aux 94 cas lourds. Concernant la baisse de son chiffre d'affaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en 2006, il a souligné qu'elle était directement liée au fait qu'il n'avait accepté qu'un nombre très limité de nouvelles patientes à la charge de l'assurance maladie obligatoire.

35. Par ordonnance du 9 juin 2009, le Tribunal arbitral a mis en œuvre une expertise judiciaire de la pratique médicale du Dr L_____ et l'a confiée au Dr B_____.
36. Par ordonnance du 29 septembre 2009, le Tribunal arbitral a complété la mission d'expertise, en ce qui concerne la sélection des dossiers à examiner, dans le sens que l'expert était invité à examiner, pour l'année 2005, 30 dossiers choisis par ce dernier au hasard parmi le 86 dossiers produits par le défendeur dans la présente procédure et, pour l'année 2006, 30 dossiers choisis au hasard dans la liste de l'intégralité des consultations à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

-
37. Du rapport d'expertise rendu en janvier 2010, il résulte qu'en 2005, 22 des 30 dossiers examinés concernaient des prises en charge de patientes présentant des grossesses, avec ou sans traitement de fertilité, dont 19 pathologiques, cinq dossiers concernaient des prises en charge de patientes pour des traitements de stérilité et trois dossiers des patientes présentant des problèmes gynécologiques, dont deux des troubles gynécologiques importants. L'expert a constaté qu'à 16 reprises, le dossier présenté et les notes inscrites n'étaient pas complets ou ne correspondaient pas aux justificatifs de remboursement. Pour trois dossiers, les notes inscrites ne permettaient pas de comprendre les choix thérapeutiques. Les explications données par le défendeur ont cependant permis une bonne compréhension des situations cliniques. L'examen de ces dossiers ne permet pas de conclure à une pratique médicale non économique au sens de la loi. Concernant l'année 2006, l'expert a choisi 30 dossiers parmi les 3'234 dossiers médicaux actifs en 2006, soit chaque 107^{ème} dossier. Ces dossiers correspondaient, par leur contenu, à la teneur de l'activité courante d'une consultation gynécologique non spécialisée, englobant l'ensemble de la spécialisation en gynécologie et obstétrique. 26 de ces dossiers concernaient des prises en charge purement gynécologiques, quatre des prises en charge de patientes pour des traitements de stérilité et de suivi de grossesse et un dossier l'obstétrique seule. Aucun de ces dossiers n'avait trait à des prises en charge médicales complexes. L'examen n'a pas non plus révélé une pratique médicale non économique du défendeur. L'expert a notamment constaté que les mesures diagnostiques et thérapeutiques entreprises étaient justifiées et qu'elles n'avaient pas été répétées à outrance. Enfin, d'autres mesures plus économiques n'auraient pas pu être entreprises.
38. Par écritures du 12 mars 2010, le défendeur persiste dans ses conclusions, sur la base de l'expertise judiciaire.
39. A la même date, les demanderesses ont fait part de leur surprise quant à la brièveté de l'expertise qui rendait difficile de suivre le cheminement de ses conclusions. Elles ont dès lors conclu à l'audition de l'expert.
40. Lors de son audition en date du 21 mai 2010, l'expert a notamment déclaré avoir constaté que le défendeur effectuait un certain nombre d'examen que d'autres gynécologues déléguaient à d'autres médecins, par exemple des examens urodynamiques et des interventions ambulatoires. Quant aux 3'234 dossiers actifs en 2006, il a précisé qu'il ne s'agissait pas d'autant de patientes venues à une consultation durant cette année-là. Le défendeur pratiquait l'intégralité des domaines de la gynécologie obstétrique, ce qui n'était pas le cas de tous les gynécologues. Ainsi, pour la fécondation in vitro assistée, le défendeur traitait les patientes jusqu'à la fin, sauf en ce qui concernait certains actes ne pouvant être effectués au cabinet (examens en laboratoire). L'expert a en outre précisé que, pour
-

2005 et 2006, aucun des dossiers analysés ne comprenait un examen urodynamique. Il n'a pas pu se prononcer sur la question de savoir si 148 cardiocographies pour 110 grossesses, comme en 2005, constituaient un usage normal de cet examen. Cependant, dans un des dossiers analysés, il n'y avait pas un usage déraisonnable de cet examen. Pour une grossesse pathologique, un contrôle tous les 10 jours peut être justifié. Par ailleurs, tous les gynécologues n'ont pas un cardiocographe. Néanmoins, lorsqu'il y a une indication médicale, un tel examen doit être réalisé. Pour le surplus, l'expert a confirmé son expertise. Enfin, il a expliqué avoir assumé précédemment la fonction d'expert pour des honoraires de gynécologie, en tant que référent du Groupement des gynécologues, et une autre fois à la demande de SANTÉSUISSE.

41. Le défendeur a répété à cette audience que les assurances-maladie avaient remboursé à ses patientes bon nombre de factures qui n'étaient pas à la charge de la LAMal, ce qui avait gonflé son chiffre d'affaires. Par ailleurs, il ne faisait pas de factures séparées pour les prestations à la charge de la LAMal et les autres, à l'instar des autres médecins. Il s'est en outre opposé à un complément d'expertise. Quant aux demanderesses, elles ont sollicité un tel complément.
42. Par courrier du 7 juin 2010, le Tribunal arbitral a informé les parties qu'il avait l'intention de mettre en œuvre une seconde expertise judiciaire et les a invitées à lui faire parvenir des propositions d'experts.
43. En date du 23 juin 2010, le Tribunal arbitral a communiqué aux parties la mission d'expertise.
44. Par écritures du 3 août 2010, les demanderesses ont fait des propositions d'experts et ont sollicité que le nouvel expert analyse d'autres dossiers que ceux retenus par le Dr B_____.
45. Le 20 août 2010, les demanderesses se sont déterminées sur la mission d'expertise proposée par le Tribunal arbitral. Elles ont demandé que le choix des dossiers soit pondéré en fonction de la proportion entre les cas lourds et les cas dits "ordinaires ou simples", que l'expert se prononce également sur la question de savoir si le descriptif des activités du défendeur consacrait véritablement une particularité de sa pratique par rapport aux autres gynécologues du groupe de comparaison, et que 50 dossiers soient sélectionnés et examinés pour chaque année statistique, en fonction des diverses spécialités alléguées par le défendeur. Enfin, elles ont sollicité la remise, à l'expert, des agendas du défendeur.
46. Par écritures du 23 août 2010, le défendeur a demandé que la sélection des dossiers à analyser par le nouvel expert soit représentative de sa pratique médicale et ne comporte que des cas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il a ainsi

requis que des dossiers représentatifs de la clientèle latino-américaine soient aussi sélectionnés. En outre, l'expertise devrait porter en priorité sur l'examen des dossiers de cas lourds et comportant des investigations que bon nombre de ses confrères préféreraient déléguer, ainsi que les dossiers analysés par le premier expert. Le nouvel expert devrait en outre vérifier l'existence de dossiers comportant des prestations qui n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins et qui ont néanmoins été prises en charge par les demanderesse. Il appartiendrait également au nouvel expert d'évaluer le niveau d'équipement des installations de son cabinet permettant de procéder à des examens plus approfondis que ceux d'autres gynécologues.

47. Après que les parties ont récusé un certain nombre de médecins pressentis en tant qu'experts et que d'autres médecins ont refusé le mandat d'expertise proposé, le Dr Jean-François HUBER, spécialiste en gynécologie-obstétrique, s'est déclaré disposé à accepter le mandat et a déclaré n'avoir aucun intérêt personnel dans l'affaire en cause, par courrier du 19 octobre 2010. Les Dr G_____, F_____ et H_____, présentant la même spécialisation, en ont fait de même, par courriers du 20 et du 22 octobre 2010.
48. Après que le Dr I_____, président du Groupement des gynécologues-obstétriciens de Genève, a fait savoir au Tribunal arbitral qu'il n'y avait pas de volontaire pour la mission d'expertise au sein dudit groupement, mais qu'il tentait de créer une commission pour s'occuper des problèmes de facturation, les demanderesse ont attiré l'attention du Tribunal de céans sur le fait que le Dr I_____ semblait confondre une simple vérification de factures et le contrôle de l'économicité du traitement. Quant au défendeur, il a reproché au Tribunal arbitral d'avoir interpellé plusieurs médecins pressentis au titre d'experts, en mentionnant son nom, ce qui nuait gravement à sa réputation. Pour le surplus, il a repris ses autres arguments.

EN DROIT

1. Comme relevé dans la précédente ordonnance d'expertise du 9 juin 2009, seule une expertise permettra de déterminer si la pratique médicale du défendeur est conforme au principe d'économicité prescrit par la loi, raison pour laquelle une expertise judiciaire a été confiée au Dr B_____.

Toutefois, l'expertise de ce médecin n'a pas satisfait le Tribunal arbitral, dès lors qu'il ne donne aucune réponse à la question de savoir pourquoi la moyenne du coût par patiente du défendeur est largement supérieure à celle des autres confrères du

groupe de comparaison, même s'il s'avère, dans les 60 dossiers analysés pour 2005 et 2006, que les mesures diagnostiques et thérapeutiques appliquées ne permettent pas de conclure à une pratique médicale non économique et constitutive de polypragmasie.

Partant, il s'avère nécessaire de procéder à une nouvelle expertise judiciaire.

2. Constatant que la Dresse H_____ n'a pas été contestée par les parties, ne présente aucun lien avec celles-ci et est disposée à accepter le mandat d'expertise, ce mandat lui sera confié.
3. En ce qui concerne les remarques des parties concernant la mission de l'expert, le Tribunal arbitral en tiendra compte dans le dispositif.

Toutefois, il ne juge pas nécessaire de faire réexaminer les dossiers analysés par le Dr B_____, dans la mesure où il n'y a, a priori, pas lieu de mettre en doute le fait que ces dossiers ne révèlent pas une pratique non conforme au principe de l'économicité, conformément aux conclusions de l'expert.

En ce qui concerne la demande du défendeur de vérifier si seules des prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins ont été remboursées et non pas, "par mégarde", d'autres prestations, le Tribunal de céans ne voit pas comment l'expert pourrait établir un tel fait. Cependant, cette question pourra faire l'objet d'une instruction parallèle par le Tribunal de céans. Par ailleurs, si des erreurs de la part des assurances-maladie ne peuvent certes pas être exclues, cela devrait en principe être négligeable et il n'y a aucune raison de présumer que plus d'erreurs ont été commises en faveur des patientes du défendeur que pour ses confrères.

En ce qui concerne la demande du défendeur de mettre l'accent sur l'analyse des cas lourds, de l'avis du Tribunal arbitral, cela n'est pas justifié, les seuls cas lourds n'expliquant pas le coût moyen élevé par patiente du défendeur.

Les demanderesses ont enfin sollicité des précisions concernant la notion du "pourcentage du chiffre d'affaires" mentionnée à la dernière question. Il est vrai que leur demande est fondée sur les prestations qu'elles ont remboursées. Toutefois, l'expertise portera sur les consultations et traitements effectifs en 2005 et 2006. Partant, il s'agit bien du chiffre d'affaires effectif du défendeur en 2005 et 2006 auquel fait référence cette question. Par ailleurs, le pourcentage du chiffre d'affaires que représente l'éventuel surcoût constaté devrait par la suite évidemment être extrapolé sur le montant des prestations remboursées par les demanderesses en 2005 et 2006.

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

Statuant préparatoirement

- A. Ordonne une expertise judiciaire de la pratique médicale du L_____.
- B. La confie à la Dresse H_____.
- C. Dit que la mission de l'experte sera la suivante :
- Prendre connaissance du dossier de la présente procédure, en particulier les arguments présentés par le Dr L_____.
 - Déterminer, avec le Dr L_____, les caractéristiques de la pratique médicale de celui-ci, selon le type d'actes médicaux effectués et le cas échéant du type de patientèle (par ex. traitement de l'infertilité, endocrinologie, urgences, patientèle particulière etc.).
 - Déterminer la proportion entre les cas lourds et les cas de consultations non spécialisées en gynécologie et obstétrique en 2005 et 2006.
 - En fonction de ces caractéristiques et de la proportion précitée, procéder à la sélection de 50 dossiers pour 2005 et de 50 dossiers pour 2006, différents de ceux examinés par le Dr B_____ et représentatifs de la pratique médicale du Dr L_____.
 - Inviter le Dr L_____ à lui remettre les dossiers originaux sélectionnés à bref délai, ainsi que les agendas 2005 et 2006 et toute autre pièce que l'expert jugera nécessaire pour l'exécution de sa mission, s'ils ne figurent pas dans le dossier de la présente procédure.
 - Examiner les dossiers et pièces sélectionnés.
 - Si les dossiers sélectionnés ne semblent pas être représentatifs de l'activité médicale, procéder à une sélection de dossiers supplémentaires et les examiner.
 - Prendre tout renseignement utile auprès du Dr L_____, ainsi que de tout autre tiers.
 - S'adjoindre des spécialistes requis, au titre de consultants, pour l'examen de tout dossier portant sur une spécialité que l'expert ne pratique pas lui-même.
 - Établir un rapport écrit et répondre notamment aux questions suivantes :

1. Quels sont les caractéristiques de la pratique médicale du Dr L_____, selon le type d'actes médicaux effectués?
2. Ces caractéristiques constituent-elles une particularité de la pratique médicale du Dr L_____ par rapport aux autres gynécologues de Genève?
3. Quels équipements comprend le cabinet du Dr L_____? Son cabinet se distingue-t-il de ce point de vue de la majorité des cabinets des autres gynécologues de Genève? Les équipements permettent-ils de procéder à des examens que la plupart des autres gynécologues doivent déléguer?
4. Selon quels critères avez-vous sélectionné les dossiers? Veuillez annexer la liste des dossiers sélectionnés.
5. Quels sont les caractéristiques des dossiers analysés?
6. Constatez-vous des particularités concernant les patientes sud-américaines et, dans l'affirmative, lesquelles? Ces particularités sont-elles justifiées et engendrent-elles un surcoût par rapport aux patientes européennes? Quel est approximativement ce surcoût en pourcent (à titre indicatif, coût moyen statistique par patient des gynécologues à Genève en 2005 et 2006 de 330 fr.)?
7. Le Dr L_____ procède-t-il à des investigations que la plupart des autres gynécologues à Genève délèguent?
8. Dans les dossiers examinés, les mesures diagnostiques et thérapeutiques entreprises étaient-elles justifiées et n'ont-elles pas été répétées de façon exagérée (temps de consultation moyen, examens qui sortent de la pratique ordinaire d'un gynécologue)? D'autres mesures plus économiques auraient-elles pu être entreprises?
9. Les prestations ont-elles été facturées en adéquation avec l'activité effectuée? Y-a-t-il notamment un abus de la facturation de la position d'urgence? Si vous deviez avoir constaté que le dossier présenté et/ou les notes inscrites étaient incomplets ou ne correspondaient pas aux justificatifs de remboursement, sur quelle base estimez-vous néanmoins, le cas échéant, que la facturation est conforme à l'activité effectuée?
10. Quel est le coût moyen par patiente, dans les dossiers examinés, en 2005 et 2006?

-
11. Comment expliquez-vous que le coût moyen par patiente du Dr L_____ est largement supérieur à la moyenne de ce coût des autres gynécologues de Genève (indice des coûts directs du Dr L_____ de 183 en 2005 et de 161 en 2006 par rapport à la moyenne de 100)?
12. En résumé, l'examen des dossiers sélectionnés du Dr L_____ révèle-t-il, respectivement infirme-t-il, une pratique non économique constitutive de polypragmasie?
13. Si sa pratique ne devait pas être conforme au principe de l'économicité, en tout ou partie, à quel pourcentage du chiffre d'affaires du cabinet du Dr L_____, en 2005 et en 2006, évaluez-vous le surcoût engendré par une pratique non-conforme audit principe?
- D. Invite la Dresse H_____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en cinq exemplaires au Tribunal de céans.
- E. Réserve le fond.
- F. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Maryse BRIAND

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le