

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2801/2006

ATAS/1246/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

Chambre 7

du 18 septembre 2009

En la cause

ASSURA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise
avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY

demandereses
groupe I

AVANEX, sise chemin de la Colline 12, LAUSANNE

MOVE SYMPANY, sise Jupiterstrasse 15, BERN

CSS VERSICHERUNG, sise Rösslinattstrasse 40, LUZERN

E.G.K. GESUNDHEITSKASSE, sise Brislachstrasse 2, LAUFEN

GROUPE MUTUEL, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

HELSANA VERSICHERUNGEN AG, sise à ZURICH

KOLPING KRANKENKASSE AG, sise Ringstrasse 16,
DUBENDORF

KPT/CPT CAISSE-MALADIE, sise à BERN

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; , Arbitres

OKK SCHWEIZ, sise rue Hans-Fries 2, FRIBOURG

PROVITA GESUNDHEITSVERSICHERUNG AG, sise
Brunngasse 4, WINTERTHUR

SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, sise Lagerstrasse 107,
ZURICH

SANSAN, sise rue de Versailles 6, PULLY

AQUILANA CAISSE-MALADIE, sise Bruggerstrasse 46, BADEN

groupe II

ASSURA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise
avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY

ATUPRI KRANKENKASSE, sise Zieglerstrasse 29, BERN

AVANTIS ASSUREUR MALADIE, sise c/o Groupe Mutuel, rue du
Nord 5, MARTIGNY

AVENIR ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

CAISSE MALADIE DE TROISTORRENTS, sise c/o Groupe
Mutuel, rue du Nord 5, MARTIGNY

MOVE SYMPANY, sise Jupiterstrasse 15, BERN

CAISSE-MALADIE DE LA FONCTION PUBLIQUE, sise c/o
GROUPE MUTUEL, rue du Nord 5, MARTIGNY

CAISSE-MALADIE EOS, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

CMBB ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT, sise rue du
Nord 5, MARTIGNY

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET
ACCIDENTS, sise Bundesplatz 15, LUZERN

CSS VERSICHERUNG, sise Rösslinattstrasse 40, LUZERN

EASY SANA, sise c/o Groupe Mutuel, rue du Nord 5, MARTIGNY

FONDATION NATURA ASSURANCES.CH, sise c/o Groupe
Mutuel, rue du Nord 5, MARTIGNY

GROUPE MUTUEL, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

HELSANA VERSICHERUNGEN AG, sise Zentraler
Betriebsdienst, ZÜRICH

HERMES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

INTRAS, sise rue Blavignac 10, CAROUGE

KOLPING KRANKENKASSE AG, sise Ringstrasse 16,
DUBENDORF

KPT CPT KRANKENKASSE, sise Tellstrasse 18, BERNE

LA CAISSE VAUDOISE, sise c/o Groupe Mutuel, rue du Nord 5,
MARTIGNY

MUTUEL ASSURANCES, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

PANORAMA KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG, sise
c/o Groupe Mutuel, rue du Nord 5, MARTIGNY

PHILOS, sise Riond-Bosson, TOLOCHENAZ

PROGRES VERSICHERUNGEN AG, sise à ZURICH

SANTAS KRANKENVERSICHERUNG, sise Lagerstrasse 107,
ZÜRICH

SANSAN VERSICHERUNGEN AG, sise à ZURICH

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, sise Römerstrasse, 38,
WINTERTHUR

UNIVERSA, sise rue du Nord 5, MARTIGNY

WINCARE VERSICHERUNGEN, sise Konradstrasse 14,
WINTERTHUR

Toutes représentées par Santésuisse Genève, élisant domicile en
l'étude de Me Mario-Dominique TORELLO

contre

Monsieur M. N_____, domicilié rue des Sources 3, 1205
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître POGGIA Mauro

défendeur

EN FAIT

1. Monsieur M. N_____ (ci-après: le médecin, le défendeur) est médecin praticien en médecine générale, sans spécialisation FMH.
2. Selon les statistiques-factureurs cantonales établies par Santésuisse (ci-après statistiques RSS), le médecin présentait des coûts directs par patient plus élevés que la moyenne de ses confrères du même groupe depuis 2001. Ainsi, son indice personnel des coûts directs était en 2001 de 184 et celui des coûts directs et indirects de 164 pour une moyenne de 100. En 2002, ces indices étaient respectivement de 192 et de 177, et en 2003 de 188 et de 168.
3. Par courrier du 16 août 2004, Santésuisse a attiré l'attention du médecin sur son indice trop élevé par rapport à la moyenne de ses confrères du même groupe, à savoir le groupe 00 des médecins généralistes à l'époque, et l'a informé qu'elle envisageait de lui demander la restitution du trop-perçu.
4. Le 10 septembre 2004, le médecin a exposé à Santésuisse les particularités de sa pratique. Il a expliqué qu'il avait beaucoup de patients par rapport à ses collègues et qu'il travaillait dix à douze heures par jour. Il était très sollicité par la majorité de ses patients et leur accordait beaucoup d'écoute, ce qui prenait du temps. Il les conseillait et intervenait également pour leurs problèmes d'assurances sociales. Le profil de son activité était le suivant : radiologie conventionnelle, psychothérapie et hypnose médicale, dermatologie avec des petites interventions chirurgicales accidentelles, physiothérapie et médecine manuelle avec massages et magnétisme, psychothérapie, laboratoire d'analyse avec appareil Réflotron, consultations ORL, ophtalmologie, rhumatologie et thérapie par infiltrations musculaires ou articulaires des nerfs comme dans le traitement d'une lombosciatique. Afin de diminuer les coûts de la santé, il prescrivait en grande partie des médicaments génériques et avait diminué passablement la prescription d'examen tels qu'IRM, scanner etc. Il avait également diminué le nombre de consultations par patient dans la limite du bon sens. Il a par ailleurs exposé n'avoir pas pu encaisser la somme de 266'850 fr. en 2003 et avoir perdu 200'000 fr. dans un procès contre le directeur de l'ancienne PERMANENCE DU R_____. Enfin, il a demandé certains éclaircissements sur le calcul de l'indice, le bénéfice et le chiffre d'affaires admissibles des médecins généralistes.
5. Faisant suite à une nouvelle demande de renseignements de Santésuisse au sujet de sa pratique en 2003, le médecin a répondu le 18 octobre 2004 que les statistiques ne correspondaient pas à la réalité de son cabinet. Par ailleurs, la facturation se faisait par la Caisse des médecins et 10 à 15% des factures n'étaient pas payées. Il a en outre réitéré les questions posées précédemment.

6. Par courrier du 8 novembre 2004, Santésuisse a donné au médecin des renseignements au sujet des statistiques, tout en l'invitant à respecter le principe d'économicité.
7. Lors de l'année statistique 2004, l'indice du médecin était de 208 pour les coûts directs et de 190 pour les coûts totaux par rapport à la moyenne de 100 de son groupe de comparaison, à savoir le groupe 53 des médecins praticiens sans spécialisation, selon la nouvelle classification de Santésuisse établie à partir de 2004.
8. Le 3 mai 2006, le médecin a été entendu par la Commission de Santésuisse. Selon le procès-verbal du 4 mai 2006, Santésuisse a précisé au médecin que, pour 2004, les médecins praticiens avaient été séparés des médecins généralistes et constituaient à eux seuls une catégorie. Toutefois, le coût par malade avec un indice de 100 était pratiquement identique pour ces deux groupes. En 2003, le médecin avait été comparé à 404 médecins (médecine générale et médecins praticiens) et en 2004 à 116 médecins (médecins praticiens). Le médecin a par ailleurs apporté les précisions suivantes :
 - il a confirmé qu'il pratiquait différentes spécialités, dont il avait précédemment fait état;
 - 60% de ses patients souffraient de problèmes psychologiques, en particulier de dépressions; il les traitait par psychothérapie et médicaments; selon lui, les dépressions étaient principalement à l'origine de ses coûts élevés;
 - sa clientèle comprenait beaucoup de diabétiques;
 - il avait repris une partie de la clientèle qu'il avait traitée lorsqu'il travaillait dans une permanence médicale.

Quant à la Commission de Santésuisse, elle a constaté les éléments suivants :

- le nombre de consultations par malade du médecin représentait le double de la moyenne du groupe de comparaison;
- sa durée de consultation était trop longue;
- il était étonnant que 60% de ses patients soient dépressifs.

Santésuisse a enfin demandé au médecin de lui faire parvenir un échantillonnage précis de sa clientèle.

9. Après un échange de correspondances au sujet de l'échantillonnage demandé, Santésuisse, représentée par son conseil, a informé le défendeur le 6 juillet 2006

qu'il s'apprêtait à lui demander la restitution de 165'134 fr., représentant la somme qui dépassait 130% du coût moyen par malade.

10. Par courrier du 17 juillet 2006, le médecin, représenté par son conseil, a refusé de fournir l'échantillonnage de ses patients et de leurs maladies, dans la mesure où cela allait à l'encontre du secret professionnel. Il a répété que sa patientèle était composée essentiellement de personnes de condition modeste, touchées plus que les autres par des problèmes psychiques multiples et affections somatiques en relation avec leur milieu professionnel et familial. Elles nécessitaient un suivi médical régulier qui ne pouvait être confié à des psychiatres, notoirement surchargés. Il s'occupait également du suivi post-opératoire de patients opérés à l'Hôpital cantonal, ce qui requérait des consultations rapprochées. Les affections qu'il traitait majoritairement étaient les suivantes :

- maladies chroniques (asthme bronchique, insuffisance cardiaque, diabète, troubles digestifs, infection helicobacter pylori);
- lésions cutanées chroniques nécessitant des changements de pansement quotidiens ou tous les deux jours;
- oedèmes pulmonaires d'origine cardiaque et tachycardies paroxystiques;
- maladies rhumatismales chroniques, insertionites avec traitement contre la douleur et des infiltrations spéciales;
- diabète, obésité avec prescription de régime alimentaire;
- troubles pulmonaires, troubles de la circulation chronique;
- traumatismes divers, tels que luxations, fractures, immobilisation, pansements, rééducation, massages;
- examens ORL et ophtalmologiques.

Nombre de ses patients étaient victimes d'accidents avec des problèmes assécurologiques qui devaient être discutés et faire l'objet de rapports auprès des assurances sociales et privées. Plus un médecin était à l'écoute de son patient, plus le coût par patient était important, dans la mesure où il traitait alors moins de patients. Le médecin a enfin demandé à connaître la liste des médecins avec lesquels il a été comparé, ainsi que le nombre de malades pour chacun de ces médecins.

11. A la même date, le médecin a également répondu au conseil de Santésuisse, au sujet de son courrier du 6 juillet 2006, en reprenant les mêmes arguments que dans sa lettre précitée. Il a mis en cause la valeur probante des statistiques de Santésuisse et relevé que, dans la mesure où sa patientèle était de condition modeste, celle-ci avait

très vraisemblablement une franchise minimale, de sorte que, systématiquement, ses notes d'honoraires étaient adressées à l'assurance. Un autre médecin, avec une patientèle disposant d'une franchise plus élevée, verrait une bonne partie de ses notes d'honoraires non présentée à l'assurance, ce qui diminuerait son coût par patient.

12. Par demande déposée le 28 juillet 2006, différentes assurances-maladie, énumérées sur la page de garde du présent arrêt en tant que demanderesses du groupe I, ont saisi le Tribunal de céans d'une demande en paiement de 165'134 fr., sous suite de dépens, à l'encontre du médecin. Elles ont relevé que le défendeur n'avait pas établi de traiter beaucoup de patients atteints de dépression et de maladies chroniques, dans la mesure où il n'avait pas fourni un échantillonnage statistique de sa clientèle, comme Santésuisse l'avait demandé. Ainsi, il fallait considérer qu'il ne se distinguait pas fondamentalement d'autres médecins de famille pratiquant la médecine générale. En effet, ceux-ci traitaient également des patients souffrant de troubles psychologiques et de maladies chroniques. Les soins postopératoires ne constituaient pas non plus une particularité pouvant justifier des coûts par patient plus élevés. Les demanderesses ont par ailleurs estimé qu'il n'y avait pas lieu de produire la liste nominative des médecins auxquels le défendeur avait été comparé, le groupe étant relativement homogène, contrairement notamment à celui des chirurgiens. Elles ont également fait observer que, selon les statistiques ANOVA établies au niveau national, l'indice du défendeur était de 232, soit supérieur aux statistiques RSS. Les demanderesses ont souligné en outre que le nombre de consultations par patient était deux fois plus élevé que celui de ses confrères et la durée des consultations trop longue. Le médecin ne savait manifestement pas résister aux sollicitations de ses patients et les voyait plus souvent et plus longtemps que leur intérêt et le but du traitement ne le justifiaient. Pour le surplus, des patients à basse franchise se retrouvaient tant chez les personnes modestes que chez les personnes plus aisées, dans la mesure où ce type de franchise était préféré, lorsque les personnes avaient un mauvais état de santé. De surcroît, il n'était pas démontré que la moyenne des patients du défendeur soit de condition plus modeste que celle des confrères.
13. La tentative de conciliation des parties à l'audience du 4 octobre 2006 s'est soldée par un échec. A cette occasion, le défendeur a demandé la production de la liste nominative des médecins avec lesquels il a été comparé, ainsi que le nombre de patients de ces médecins. Quant aux demanderesses, elles ont produit les statistiques RSS afférentes à 2005. Enfin, les demanderesses ont désigné Monsieur LEBET comme arbitre et le défendeur le Dr WITZIG.
14. Par mémoire-réponse du 14 novembre 2006, le défendeur a conclu au rejet de la demande, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à la production de la liste nominative des médecins du groupe 53, auquel le défendeur a été comparé, de la liste des médecins du groupe 00 en vigueur jusqu'en 2003, à ce qu'il soit ordonné à

Santésuisse de présenter le chiffre d'affaires et le nombre de patients pour chacun des médecins du groupe 53. Il a contesté de nouveau la valeur probante des statistiques de Santésuisse. En plus des arguments invoqués précédemment, il a exposé qu'il traitait une importante clientèle de classe modeste, voire défavorisée, qui exerçait principalement des activités manuelles. La reconnaissance sociale de ces personnes était directement liée à leur capacité de travail, de sorte qu'elles étaient particulièrement sujettes à des problèmes psychiques en cas d'incapacité prolongée de travail. Il était faux de prétendre qu'il cédait à la sollicitation de ses patients. Il n'avait pas le choix, s'il ne voulait pas prendre le risque de complications graves pour ce type de patients. A son avis, un échantillonnage statistique de sa patientèle n'avait aucun sens, dans la mesure où il devrait soit classifier la totalité de ses patients, soit s'abstenir de ce type d'exercice dont on ne pourrait absolument rien tirer. Pour preuve du caractère hautement contestable des statistiques, il s'est prévalu du fait que, selon celles-ci, il n'aurait traité que 446 patients en 2004, alors que le nombre réel avait été de 596. En divisant les coûts directs par le nombre réel des patients, on arrivait ainsi à un indice de 156 et non pas de 208. Il a en outre relevé qu'il subsistait encore actuellement un montant impayé de 72'416 fr. 85 sur les factures établies en 2004, et a souligné qu'en adaptant la tarification TARMED, les partenaires (médecins, assureurs et État) avaient voulu valoriser l'activité intellectuelle des médecins, à savoir les qualités d'écoute du patient, lequel était la source première de l'information qui doit guider le médecin vers un diagnostic exact et un traitement approprié et efficace.

15. Selon les statistiques RSS pour l'année 2005, l'indice des coûts directs du défendeur étaient de 185 et celui des coûts directs et indirects de 166 par rapport à une moyenne de 100.
16. Par courrier du 19 avril 2007, Santésuisse a informé le défendeur que son indice était toujours largement supérieur à l'indice moyen du groupe de comparaison et qu'elle considérait que les particularités de sa pratique étaient déjà couvertes par la marge de sécurité de 30%. Partant, les assureurs-maladie s'apprêtaient à lui demander la restitution de 130'966 fr.
17. Par courrier du 30 avril 2007, le défendeur a contesté cette prétention.
18. Par demande du 2 juillet 2007, différentes assurances-maladie, énumérées sur la page de garde du présent arrêt en tant que demanderesses du groupe II, ont réclamé au défendeur le paiement de la somme de 130'966 fr., sous suite de dépens, en reprenant leur argumentation antérieure.
19. Par courrier du 13 août 2007, le défendeur, représenté par son conseil, a demandé la suspension de la seconde demande jusqu'à droit jugé dans la première.

20. A l'audience du 24 août 2007, le Tribunal de céans a constaté l'échec de la tentative de conciliation et a ordonné la jonction des deux demandes sous le numéro de la première procédure A/2801/2006.
21. Par mémoire-réponse du 30 octobre 2007, le défendeur a répondu à la deuxième demande. A titre préalable, il a demandé la production de la liste des médecins du groupe 53 et du groupe 00, avec lequel le défendeur avait été comparé en 2003, la présentation du chiffre d'affaires et du nombre des patients pour chacun des médecins du groupe 53 et la production de la liste nominative des patients retenus pour les statistiques 2005. Il a en outre conclu à ce qu'il soit ordonné à Santésuisse de communiquer la date de bouclage des comptes retenus pour l'établissement des statistiques de l'année 2005. Ce faisant, il a mis en doute que les statistiques pour l'année 2005 n'ont été connues par les demanderesse que le 3 juillet 2006, comme elles l'ont allégué. Principalement, il a conclu à l'irrecevabilité de la demande, en tant que les demanderesse n'ont pas chiffré individuellement leurs prétentions à son encontre, sous suite de dépens. Subsidièrement, il a conclu au rejet de la demande. Il a indiqué ne pas avoir modifié sa pratique pour l'année 2005, celle-ci correspondant parfaitement à son éthique professionnelle. Il a justifié la demande de connaître le nom des médecins du groupe considéré par le fait que, dans une procédure parallèle, le groupe de comparaison comprenait des médecins décédés ou à la retraite. En outre, il a produit les courriers de deux patients reconnaissants et louant ses compétences, sa disponibilité et sa qualité d'écoute. Il a par ailleurs allégué que la valeur probante des statistiques de Santésuisse était douteuse également du fait que son indice avait varié d'une année à l'autre, à chiffre d'affaires et nombre de patients égaux, sans aucune modification de sa pratique. Concernant la date d'établissement des statistiques, il a relevé que les statistiques étaient établies au fur et à mesure pendant l'année en cours, en fonction des factures payées et non pas des traitements administrés durant l'année. Santésuisse ne devait dès lors pas attendre pour connaître le coût induit par un médecin considéré, toutes les factures étant traitées l'année précédente. Il était par conséquent incompréhensible que six mois soient nécessaires pour obtenir les statistiques sur le coût de chaque médecin. Enfin, de l'avis du défendeur, la méthode statistiques ne pouvait lui être appliquée. Il a ainsi demandé que sa pratique soit examinée en application de la méthode analytique.
22. Par réplique du 30 novembre 2007, les demanderesse ont persisté dans leurs conclusions. Concernant le fait que le groupe de comparaison puisse comprendre des médecins décédés ou retraités, elles ont relevé notamment que cela n'avait aucune incidence sur les statistiques, dans la mesure où la moyenne était calculée en fonction du coût par patient. Le défendeur n'avait par ailleurs pas établi que sa clientèle était de condition modeste et on ne voyait pas en quoi les personnes du milieu ouvrier coûtaient plus cher. Il n'était pas non plus le seul médecin à Genève à traiter des personnes de classe modeste. De surcroît, seul le coût à la charge de l'assurance obligatoire des soins était déterminant. Or, cette catégorie de patients

émargeait souvent d'autres assurances sociales (SUVA, AI, etc). A l'inverse, dans certaines procédures parallèles, les médecins faisant l'objet de procès pour polypragmasie invoquaient le fait d'avoir une patientèle aisée très exigeante, pour justifier une pratique médicale plus chère que la moyenne. Il était en outre inexact qu'il n'y avait pas de différence dans les statistiques d'une année à l'autre. En effet, le total des médicaments prescrits en cabinet représentaient près du double pour l'année 2005 par rapport à l'année 2004 et le total des analyses envoyées en laboratoire avait diminué en 2005 par rapport à l'année précédente. Quant à la recevabilité de la demande, les caisses-maladie étaient légitimées de réclamer la somme totale dépassant 130% du coût moyen du groupe de comparaison, en main de SantéSuisse, selon la jurisprudence. S'agissant de la prescription, les demanderesse ont fait valoir que les statistiques pour 2005 dataient du 3 juillet 2006 et qu'elles avaient donc été portées à leur connaissance au plus tôt le lendemain du jour de leur préparation. Partant, la demande déposée le 2 juillet 2007 respectait le délai de prescription d'un an. La date de préparation des statistiques, qui était identique pour toute la Suisse, était toujours tributaire de la phase préparatoire ultime de la procédure de collecte des données, suivie de contrôles sévères, de corrections et de la vérification de la plausibilité. La date de préparation des statistiques n'était donc pas choisie arbitrairement par SantéSuisse. Les demanderesse ont cependant admis qu'il fallait prendre en compte l'indice des coûts totaux pour déterminer l'existence d'une polypragmasie, tout en précisant. qu'il y avait alors lieu de se référer aux coûts globaux de l'indice ANOVA, lequel était en l'occurrence de 194 pour l'année 2005 et de 218 pour 2004. Ces indices étaient supérieurs aux indices des coûts directs des statistiques RSS.

23. Par duplique du 23 janvier 2008, le défendeur a également maintenu ses conclusions principales. A titre préalable, il a conclu à ce qu'il lui soit donné acte de ce qu'il était disposé à avancer le coût d'une expertise visant à procéder à un examen analytique des dossiers de ses patients aux fins de contrôler le respect du critère d'économicité. Il a notamment allégué que les statistiques ne permettaient pas de déterminer si le même patient avait consulté un médecin pour plusieurs problèmes distincts, ce qui était fréquemment le cas pour les généralistes. Or, il conviendrait d'établir le coût par patient pour chaque affection séparément. Le défendeur tenait les dossiers de ses patients à la disposition de l'expert qu'il plairait au Tribunal de céans de nommer et offrait de prouver que sa patientèle était composée de personnes de condition modeste, provenant de milieux défavorisés, exerçant leur activité professionnelle dans le domaine manuel et qui, en cas d'atteinte à la santé, exprimaient des préoccupations et des angoisses plus élevées que celles de la moyenne des patients. Par ailleurs, une consultation de psychothérapie en relation avec des demandes de rentes de l'assurance-invalidité étaient à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Sa pratique consistant à privilégier l'écoute des patients impliquait un certain nombre supérieur de consultations, mais apportait, en contrepartie, un gain sur le plan global, dans la

mesure où ses patients avaient moins tendance à faire du « tourisme médical ». Or, les statistiques de Santésuisse ne permettaient pas de mesurer ce gain. S'agissant de la question de savoir s'il y avait lieu de recourir à la méthode statistique ou analytique, le défendeur a fait observer que le Tribunal fédéral avait donné la préférence à la première, dans la mesure où elle était moins coûteuse à mettre en œuvre, tout en rappelant que les tribunaux arbitraux étaient libres de choisir la méthode d'examen. En l'occurrence, il ne s'opposait pas à avancer le coût d'une telle expertise, de sorte que l'objection de nature économique était irrecevable et qu'il n'y avait pas lieu de privilégier la méthode statistique en fonction du seul critère de facilité. Pour le surplus, le défendeur a repris en substance son argumentation antérieure.

24. Selon les statistiques RSS afférentes à 2006, dont la préparation des données porte la date du 23 juillet 2007, l'indice des coûts directs par malade du défendeur était de 177 et l'indice des coûts totaux par malades de 189.
25. Par courrier du 26 mai 2008, Santésuisse a informé le défendeur que l'indice ANOVA, relatif aux coûts totaux par malade, était de 208 et ainsi largement supérieur à l'indice moyen du groupe de comparaison. De ce fait, les assureurs-maladie étaient sur le point de lui demander la restitution de 329'168 fr, représentant la somme dépassant 130 de l'indice précité. Santésuisse a donné un délai au 26 juin 2008 au défendeur pour lui faire part de sa détermination.
26. Par courrier du 6 juin 2008, le défendeur a contesté les prétentions des demanderesse, en mettant en doute les chiffres présentés.
27. Par demande déposée le 23 juillet 2008, les demanderesse énumérées sur la page de garde du présent arrêt en tant que demanderesse du groupe III ont introduit par-devant le Tribunal de céans une demande en restitution de 329'168 fr. à l'encontre du défendeur. Subsidièrement, elles ont conclu au remboursement de la somme de 273'860 fr, fondé sur l'indice des coûts totaux de 189, ressortant des statistiques RSS. Les demanderesse ont expliqué avoir décidé, pour uniformiser leur pratique au niveau suisse, de se fonder dorénavant sur l'indice ANOVA des coûts totaux pour leurs prétentions. Elles ont justifié ce changement de pratique par le fait que la méthode ANOVA était une technique statistique permettant de comparer différentes moyennes. Cette méthode offrait de nombreux avantages par rapport à l'indice RSS, selon les demanderesse, dès lors que la comparaison du fournisseur de prestations était opérée en prenant en compte des critères tels que l'âge et le sexe des patients, mais également le lieu de situation du cabinet médical. L'indice ANOVA était ensuite corrigé en fonction des spécificités cantonales, ce qui permettait de comparer la pratique d'un médecin avec celle de la pratique des confrères d'autres cantons dans toute la Suisse, ayant une activité proche de celle des cas concernés. Par ailleurs, grâce à une pondération correspondante ("méthode des moindres carrés"), les cas extrêmes influaient moins fortement sur la moyenne

corrigée. Les demanderesse admettaient que, dans certains cas, l'indice ANOVA était supérieur à l'indice RSS des coûts directs et indirects. Souvent, il était toutefois inférieur en raison de la prise en compte des critères d'âge des patients et de sexe. En l'occurrence, l'indice ANOVA du défendeur s'élevait en 2004 à 218, en 2005 à 194 et en 2006 à 208. Tout en admettant que des patients nécessitant un traitement psychologique et souffrant de maladies chroniques pouvaient augmenter les coûts par patient, les demanderesse ont fait valoir que le défendeur n'avait pas établi de soigner ce genre de patients dans une proportion telle que cela influençait les statistiques. Le fait qu'il s'occupait des demandes administratives et juridiques de ses patients ne saurait par ailleurs justifier une pratique plus coûteuse, de telles prestations n'émargeant pas aux soins à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Pour le surplus, les demanderesse du groupe III ont repris leur argumentation précédente.

28. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 10 octobre 2008, le mandataire du défendeur a sollicité de nouveau la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, afin d'établir si son mandant traitait beaucoup de patients atteints de dépression et de maladies chroniques. Il a déclaré qu'il ne comptait pas établir ces faits par d'autres moyens. Toutefois, il était disposé de fournir des éléments plus précis sur le nombre de patients souffrant de telles maladies, si le Tribunal le jugeait nécessaire. Le défendeur a indiqué avoir eu beaucoup de problèmes de santé et se sentir très désécurisé, à la suite des procédures à son encontre. Il aurait aimé savoir comment faire juste, mais n'avait pas reçu de réponse à ce sujet de la part de Santésuisse. Ses patients étaient en outre très contents de sa pratique médicale et il considérait que celle-ci était juste. Il avait travaillé pendant 35 ans dans une permanence médicale et était installé en pratique privée depuis huit ans. Quant aux demanderesse, elles ont déclaré, par la bouche de leur mandataire, qu'elles pourraient, le cas échéant, en fonction des informations fournies par le défendeur, ressortir des statistiques les positions tarifaires figurant sur les factures de ce dernier, afin de déterminer la nature des prestations fournies. Elles ont en outre constaté que l'indice du défendeur était supérieur à la moyenne depuis 2001, soit pratiquement depuis le début de son établissement en pratique privée.
29. Le 10 octobre 2008, le Tribunal de céans a également tenté une conciliation des parties, dans le cadre de la 3^{ème} demande déposée. Cette tentative s'est soldée par un échec. A cette audience, le Tribunal de céans a par ailleurs ordonnées la jonction de la troisième demande aux deux précédentes et imparti au défendeur un délai au 15 janvier 2009, afin de produire la liste anonymisée des patients atteints de dépression durant l'année 2006, avec mention des positions tarifaires correspondantes.
30. Par écritures du 7 novembre 2008, le défendeur s'est déterminé sur la troisième demande, en concluant préalablement à ce que les demanderesse soient invitées à prendre des conclusions individuelles à son encontre, à présenter la liste nominative des médecins du groupe 53, à présenter la liste nominative par assureur des patients

du défendeur, avec indication des factures remboursées par chacun d'eux et à ce qu'une expertise d'un échantillonnage de dossiers de ses patients soit ordonné. Principalement, il conclut à l'irrecevabilité de la demande, sous suite de dépens, et subsidiairement, à la constatation que les prétentions des demanderessees sont périmées, et au rejet de la demande. Plus subsidiairement encore, il a conclu à la constatation qu'il n'était plus enrichi des sommes dont le remboursement lui était réclamé. En plus des arguments invoqués précédemment, le défendeur a reproché à Santéuisse et aux demanderessees de lui réclamer le remboursement d'une partie des coûts indirects qu'il n'avait pas encaissés. Il était en outre confronté à un très important contentieux. Au 30 juin 2008, les factures ouvertes totalisaient 279'365 fr. 15. Il n'était pas admissible, de l'avis du défendeur, qu'il puisse être condamné à rembourser des sommes non encaissées.

31. Le défendeur n'a pas produit, dans le délai imparti, la liste des patients atteints de dépression en 2006, comme le Tribunal de céans le lui avait ordonné.

EN DROIT

1. a) Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal).

b) En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie, du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) du défendeur n'est pas contestée. Quant aux demanderessees, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise ratione loci, dans la mesure où le cabinet du défendeur y est installé à titre permanent.

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

2. Les demandes respectent les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).

Elles sont dès lors recevables.

3. a) Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), le droit de demander la

restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Le même délai s'applique aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 579 p. 582 consid. 4.1).

Il s'agit d'une question qui doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (arrêt du Tribunal fédéral K 9/00 du 24 avril 2003, consid. 2). Avant l'entrée en vigueur de la LPGA, en date du 1^{er} janvier 2003, l'art. 47 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10) était applicable par analogie pour ce qui concerne la prescription des prétentions en restitution, selon la jurisprudence (ATF 103 V 153 consid. 3). Cette disposition avait la même teneur que l'art. 25 al. 2 LPGA, de sorte que l'ancienne jurisprudence concernant la prescription reste valable.

Selon celle-ci, les délais de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 119 V 433 consid. 3a). L'expiration de ce délai est empêché lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques par devant l'organe conventionnel, l'instance de conciliation légale ou le Tribunal arbitral (RAMA 2003, p. 218, consid. 2.2.1). Le délai commence à courir au moment où les statistiques déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (arrêt du Tribunal fédéral K 124/03 du 16 juin 2004, consid. 5.2).

b) En l'espèce, les statistiques de Santéuisse concernant les années 2004 à 2006 ont été portées à la connaissance des demanderessees au plus tôt respectivement le 28 juillet 2005, le 3 juillet 2006 et le 23 juillet 2007, dates qui correspondent à celles de la préparation des données figurant sur ces statistiques. Il convient à cet égard de préciser que le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il n'était pas arbitraire de se fonder sur ces dates, en l'absence de pièces permettant d'envisager la publication antérieure desdites statistiques. Il ne suffit notamment pas d'émettre des suppositions ou des hypothèses, selon lesquelles ces statistiques étaient connues des assureurs à une date antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008, consid. 2.2)

Dans la mesure où les demandes ont été déposées respectivement le 28 juillet 2006, le 2 juillet 2007 et le 23 juillet 2008, il sied de constater qu'elles respectent le délai légal d'une année.

4. L'objet du litige est la question de savoir si la pratique du défendeur, pendant les années 2004 à 2006, est conforme au principe de l'économicité.
5. Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépasse cette limite peut être refusée et le

fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de cette loi.

6. Selon l'art. 56 al. 2 let. b LAMal ont qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant. Selon la jurisprudence en la matière, il s'agit de l'assureur qui a effectivement pris en charge la facture. Par ailleurs, les assureurs, représentés le cas échéant par leur fédération, sont habilités à introduire une action collective à l'encontre du fournisseur de prestations, sans spécifier pour chaque assureur les montants remboursés (ATF 127 V 286 consid. 5d).

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

7. En l'espèce, le défendeur n'a pas contesté que les demanderesse, parties aux trois demandes, ont remboursé des factures qu'il a adressées à ses patients en 2004, 2005 et 2006. Dans le cas contraire, il lui aurait appartenu de désigner les demanderesse dont cela n'aurait pas été le cas et/ou d'informer le Tribunal de céans que d'autres assureurs-maladie, ne faisant pas partie des demanderesse, ont également remboursé des prestations pendant les années en cause, en précisant lesquels. Partant, la qualité pour agir des demanderesse doit être admise pour demander la restitution de la totalité de l'éventuel montant facturé en trop par le défendeur.
8. a) Pour établir l'existence d'une polypragmasie, le Tribunal fédéral des assurances admet 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, ATF 119 V 453 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 98 V 198).

b) La méthode statistique consiste à comparer la statistique des frais moyens de traitement auprès du médecin en cause avec celle concernant les traitements auprès d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables, à condition que la comparaison s'étende sur une période assez longue et que les éléments statistiques soient rassemblés d'une manière analogue. Une polypragmasie doit être admise lorsqu'un nombre considérable de notes d'honoraires émises par un médecin à une caisse-maladie est en moyenne sensiblement plus élevé que celles d'autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable, alors

qu'aucune circonstance particulière le justifie (ATF 119 V 453 consid. 4b). Il y a toutefois lieu de tenir systématiquement compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 454 consid. 4c in fine), ainsi que le cas échéant d'une marge supplémentaire (RAMA 1988 K 761, p. 92 consid. 4c ; SVR 2001 KV n° 19, p. 52 consid. 4b). La marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130, afin de ne pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377).

c) Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral des assurances, il convient de prendre en considération pour l'examen de l'économicité l'indice de l'ensemble des coûts, à savoir aussi bien des coûts de traitement directs que de traitements indirects (coût des médicaments et autres coûts médicaux occasionnés par le médecin auprès d'autres fournisseurs de prestations), lorsque l'indice de l'ensemble des coûts est inférieur aux coûts directs (ATF 133 V 39 ss consid. 5.3.2 à 5.3.5). Cependant, cet indice est à appliquer aux seuls coûts directs du médecin incriminé et cette nouvelle jurisprudence ne signifie donc pas que les assureurs-maladie sont désormais également autorisés à lui réclamer le remboursement de la part des coûts indirects qui dépassent les 130% de la moyenne des coûts totaux, selon les statistiques.

9. En l'occurrence, le défendeur conteste l'utilisation des statistiques de Santésuisse en ce qui le concerne.

a) En premier lieu, il met en cause leur fiabilité. La valeur probante des statistiques établies par Santésuisse a été cependant expressément reconnue par la jurisprudence en la matière. Notre Haute Cour a ainsi jugé que seules les statistiques RSS fournissaient les données qui permettaient une comparaison valable entre les différents fournisseurs de prestations et ainsi de se prononcer sur le respect ou la violation du principe de l'économicité (arrêt du Tribunal fédéral K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.4.2). De surcroît, la jurisprudence a développé des moyens pour compenser les défauts des statistiques RSS (arrêt du Tribunal fédéral K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.4.1). Encore récemment, le Tribunal fédéral a précisé que la méthode statistique repose sur des bases de données répondant aux exigences fixées de longue date par sa jurisprudence et que son utilisation n'a jamais été remise en cause (arrêt du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 9 décembre 2008, consid.3.2 et les références citées).

b) Quant au fait que les chiffres de ces statistiques ne coïncideraient in casu pas avec les chiffres réels du cabinet du défendeur pour les années litigieuses, en ce qui concerne le nombre de ses patients, il est à relever que cette différence ne constitue pas un indice pour une erreur dans les statistiques, dès lors que celles-ci ne sont pas établies sur la base du nombre des patients qui ont consulté le médecin pendant l'année considérée, mais sur la base des factures remboursées par les assurances aux patients durant cette période. Il convient ainsi de considérer qu'il est dans la logique des choses que le nombre des patients soit inférieur aux chiffres ressortant de la

comptabilité du cabinet, dans la mesure où certaines factures ne parviennent pas à l'assurance, notamment lorsque leur montant est inférieur à la franchise contractée. Ce raisonnement n'a pas été considéré comme arbitraire par notre Haute Cour, sauf à considérer que tous les patients aient contracté une franchise basse, souffert d'un trouble suffisamment grave pour générer un traitement dont le coût dépassait systématiquement la franchise et transmis toutes leurs factures à leur assureur-maladie (arrêt du Tribunal fédéral op.cit. consid. 4.3.2). La réalisation de cette dernière hypothèse ne peut cependant pas être établie, à défaut de pièces déposées à son appui par le défendeur.

Partant, rien ne s'oppose en principe à l'utilisation des statistiques RSS dans le cas présent.

10. En ce qui concerne la demande du défendeur de connaître la liste nominative des médecins du groupe 53 avec lequel il a été comparé, au motif qu'une procédure parallèle aurait démontré que des médecins figurant dans les statistiques de SantéSuisse étaient décédés ou à la retraite, le Tribunal fédéral a jugé que l'apparition possible dans les statistiques de SantéSuisse de données provenant de médecins décédés ou à la retraite n'était de loin pas choquante, dès lors que les statistiques intégraient celles de tous les médecins qui s'étaient occupés de plus de 50 patients et avaient facturé des coûts totaux pour plus de 100'000 fr. durant l'année examinée. Par ailleurs, il n'était pas exigé par la jurisprudence de connaître l'identité des médecins composant le groupe de comparaison (arrêt du Tribunal fédéral op.cit. consid. 4.2.2).
11. Se pose cependant la question de savoir si des particularités dans la pratique du défendeur justifient un coût moyen plus élevé.

a) Selon la jurisprudence, les particularités suivantes liées à la pratique médicale du médecin peuvent justifier un coût moyen plus élevé: une clientèle composée d'un nombre plus élevé que la moyenne des patients nécessitant souvent des soins médicaux (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), un nombre plus élevé de la moyenne de visites à domicile et une très grande région couverte par le cabinet (SVR 1995 p. 125 consid. 4b), un pourcentage très élevé de patients étrangers (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), une clientèle composée d'un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (arrêt du Tribunal fédéral K 152/98 du 18 octobre 1999) ou le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'arrêt du Tribunal fédéral K 150/03 du 18 mai 2004,).

b) Le défendeur allègue essentiellement qu'il soigne beaucoup de patients pour des dépressions. Ces patients représenteraient 60% de sa patientèle. Le défendeur fait également valoir qu'il traite beaucoup de maladies chroniques, des lésions cutanées chroniques, des œdèmes pulmonaires, des maladies rhumatismales chroniques, des

diabétiques, des troubles pulmonaires, des traumatismes divers, des examens ORL et ophtalmologiques. Cependant, à l'appui de ses dires, il n'avance aucun élément concret. Tout au contraire, invité à fournir un échantillonnage précis de sa clientèle, il l'a toujours refusé. Le Tribunal de céans s'étonne par ailleurs qu'il conclut dans le cadre de la troisième demande à ce qu'une expertise d'un échantillonnage de dossiers de ses patients soit ordonnée, alors qu'il a précédemment affirmé qu'un échantillonnage n'aurait aucun sens et que seule la classification de la totalité de ses patients pourrait être pertinente (cf. mémoire-réponse du 14 novembre 2006, ad 24, p. 8).

Or, selon la jurisprudence, 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 op.cit. consid. 4.6.2 et 4.7.3).

Le défendeur ayant omis de collaborer pour l'établissement des particularités de sa pratique, il ne peut être admis qu'il soigne des pathologies justifiant l'application d'un indice supérieur à 130 %, celui-ci tenant déjà compte de la différence de pratique d'un cabinet à l'autre.

En l'absence d'éléments concrets, rendus vraisemblables par le défendeur et permettant de douter que sa pratique soit comparable à celle de ses confrères du même groupe de comparaison, il ne se justifie en outre pas, de l'avis du Tribunal de céans, d'ordonner une expertise judiciaire pour faire examiner sa pratique médicale par la méthode analytique.

12. En ce qui concerne les factures non encaissées, il ne peut en être tenu compte dans le cadre des procédures de restitution fondées sur une polypragmasie, seuls les montants facturés par le médecin aux assurés étant déterminants (EUGSTER, Wirtschaftlichkeitskontrolle ambulanter ärztlicher Leistungen mit statistischen Methoden, 2003, p. 285 n. 842). Par ailleurs, le fait qu'une facture soit impayée ne signifie pas automatiquement que le médecin ne pourra jamais l'encaisser. Tant qu'elle n'est pas enregistrée comme une perte sur débiteurs, elle constitue une source de revenu sous forme d'une créance, indépendamment du fait que l'assureur-malade a dû rembourser la facture à son assuré. Enfin, le défendeur n'a pas établi quel pourcentage de son chiffre d'affaires du cabinet, selon sa comptabilité, représentent les factures impayées pour les années 2004 à 2006.
13. Il résulte en l'espèce des statistiques RSS relatives à l'année 2004 que l'indice total des coûts directs et indirects par malade du défendeur était de 190 par rapport à la moyenne de 100. Comme relevé ci-dessus, c'est cet indice qu'il convient de

prendre en considération pour la détermination des sommes facturées en trop en violation du respect du principe de l'économicité, dans la mesure où il est plus favorable que l'indice des seuls coûts directs par patient qui était de 208 en 2004. Ainsi, il y a lieu de déterminer, pour ce calcul, le coût par malade du défendeur à 190 % de la moyenne des seuls coûts directs par malade du groupe de comparaison, laquelle était de 468 fr. 70 fr. Le calcul de la polypragmasie s'établit ainsi de la façon suivante :

Moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison (indice 100)	Fr. 468,70	
Coût par malade du défendeur (indice 190)	Fr. 871,50	
Nombre de malades du défendeur:	446	
Facturation par rapport au coût moyen :	446 x 468,70	Fr. 209'040,20
30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet		Fr. 62'712,-
Total admis		Fr. 271'752,20
Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 190 (446 x 871,50)		Fr. 388'689,-
Différence		Fr. <u>116'936,80</u>

14. Des statistiques de l'année 2005 résulte que le défendeur a un indice de 166 en ce qui concerne les coûts totaux. Dès lors que son indice des coûts directs était supérieur (184), il y a lieu à nouveau de prendre en considération l'indice des coûts totaux. Le coût par malade du défendeur doit ainsi être établi, pour ce calcul, à 166% de la moyenne des seuls coûts directs par malade du groupe de comparaison, laquelle était de 514 fr. 60 en 2005. Le calcul de la polypragmasie se présente ainsi comme suit:

Moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison (indice 100)	Fr. 514,60	
Coût par malade du défendeur (indice 166)	Fr. 854,20	
Nombre de malades du défendeur:	457	
Facturation par rapport au coût moyen :	457 x 514,60	Fr. 235'172,20

30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet	Fr. 70'751,70
Total admis	Fr. 305'723,90
Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 166 (457 x 854,20)	Fr. 390'369,40
Différence	Fr. <u>84'645,50</u>

15. Pour 2006, Santésuisse a pris en considération l'indice des coûts totaux ANOVA de 208. Selon les statistiques RSS, l'indice des coûts totaux par malade du défendeur étaient de 189. Dans la mesure où il faut admettre que les statistiques constituent certes un instrument valable pour procéder à la comparaison des médecins avec les confrères de leur groupe, mais où elles ne peuvent néanmoins pas prendre en considération la totalité des différences d'un médecin à l'autre, le Tribunal de céans est de l'avis qu'il y a lieu d'appliquer l'indice le plus favorable des statistiques ANOVA et RSS.

Il résulte par ailleurs des statistiques RSS de 2006 que l'indice des coûts directs du défendeur était moins élevé que celui des coûts totaux. Il était en effet de 177. Au vu de ce qui a été exposé ci-dessus, il y a dès lors lieu de prendre en compte cet indice, et non pas celui des coûts totaux.

Quant à la moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison 2006, il sied de se fonder également sur les statistiques RSS, l'indice en résultant étant plus favorable. Dans la mesure où le total des coûts directs par malade du défendeur était de 930 fr. 50 et qu'il avait un indice de 177, la moyenne des coûts par malade du groupe s'établit à 525 fr. 70 (930,50 : 177 x 100).

Ainsi, le calcul de polypragmasie s'établit comme suit:

Moyenne des coûts par malade du groupe de comparaison (indice 100)	Fr. 525,70	
Coût par malade du défendeur (indice 177)	Fr. 930,50	
Nombre de malades du défendeur:	392	
Facturation par rapport au coût moyen :	392 x 525,70	Fr. 206'074,40
30 % pour prendre en compte les spécificités du cabinet		Fr. 61'822,30
Total admis		Fr. 267'896,70

Chiffre d'affaires du défendeur sur la base d'un indice de 177
(392 x 930,50)

Fr. 364'756,-

Différence

Fr. 96'859,30

16. L'addition des différences relatives aux années 2004 à 2006 donne un total de 298'441 fr. 60. Le défendeur sera ainsi condamné au paiement de cette somme, arrondie au chiffre entier inférieur.
17. Cela étant, la demande sera partiellement admise.
18. La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 LaLAMal).

Les frais du Tribunal, par 3'947 fr. 50 et un émolument de 300 fr., seront mis à charge des parties par moitié, les demanderesses ayant obtenu seulement moins que la moitié de la somme réclamée de 625'268 fr. De ce fait, les dépens seront en outre compensés entre les parties.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare les demandes recevables.

Au fond :

2. Les admet partiellement.
3. Condamne le défendeur à restituer aux demanderesse, prises conjointement et entre les mains de Santésuisse, la somme de 298'441 fr. 60.
4. Met à la charge des parties un émolument de 300 fr. à parts égales.
5. Met les frais du Tribunal de 3'947 fr. 50 à la charge des parties à parts égales.
6. Compense les dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Sylvie CHAMOUX

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