

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4211/2013

ATAS/150/2016

ARRET

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

du 26 février 2016

En la cause

AQUILANA VERSICHERUNGEN, sise Bruggerstrasse 46,
BADEN

demandereses

ARCOSANA AG, sise Tribschenstrasse 21, LUZERN,

AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA, Droit & Compliance,
sise Tribschenstrasse 2, LUZERN,

AVANEX VERSICHERUNGEN AG, sise Zürichstrasse 130,
DÜBENDORF

AVANTIS - ASSUREUR MALADIE, sise sise c/o GROUPE
MUTUEL, rue du Nord 5, MARTIGNY,

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, Service juridique, sise
rue des Cèdres 5, MARTIGNY,

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

CAISSE-MALADIE DE TROISTORRENTS, sise c/o GROUPE

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Dominique TRITTEN et Jacques-Alain
WITZIG, Arbitres**

MUTUEL, rue du Nord 5, MARTIGNY,

COMPACT GRUNDVERSICHERUNGEN AG, sise Jägerstrasse
3, ZURICH

EGK GRUNDVERSICHERUNGEN, sise Brislachstrasse 2,
LAUFEN

INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, Société du Groupe
CSS, Droit & Compliance, LUZERN,

KOLPING KRANKENKASSE AG, sise

KPT KRANKENKASSE AG, sise Tellstrasse 18, BERN

MOOVE SYMPANY AG, sise Jupiterstrasse 15, BERN,

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, Contentieux, sise rue
des Cèdres 5, MARTIGNY,

ÖKK KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNGEN AG,
sise Bahnhofstrasse 13, LANDQUART,

PANORAMA KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG,
sise c/o GROUPE MUTUEL, rue du Nord 5, MARTIGNY,

PHILOS CAISSE-MALADIE-ACCIDENT, Service juridique,
sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY,

PROGRES ASSURANCES SA, sise c/o Groupe Mutuel, rue du
Nord 5, MARTIGNY,

PROVITA GESUNDHEITSVERSICHERUNG AG., sise
Brunngasse 4, WINTERTHUR,

SANATOP VERSICHERUNGEN AG, sise Dorfstrasse 19,
WANGEN BEI OLTEN,

SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, sise Lagerstrasse 107,
ZURICH,

SUPRA CAISSE MALADIE, sise chemin de Primerose 35,
LAUSANNE,

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, sise Römerstrasse
38, WINTERTHUR,

VISANA AG, sise Weltpostrasse 19, BERNE,

VIVACARE AG, sise Weltpostrasse 19, BERNE,

WINCARE VERSICHERUNGEN AG, sise Konradstrasse 14,

WINTERTHUR,

CONCORDIA KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNG,
sise Bundesplatz 15, LUZERN

CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, Droit & compliance,
sise Tribschenstrasse 21, LUZERN,

EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, sise c/o GROUPE
MUTUEL, rue du Nord 5, MARTIGNY,

HELSANA VERSICHERUNGEN AG, Droit des assurances,
ZURICH ,

SANAGATE AG, sise Tribchenstrasse 21, LUCERNE,

VIVAO SYMPANY SCHWEIZ AG, sise boulevard des Pérolles
18A, FRIBOURG,

SANSAN VERSICHERUNGEN AG, sise c/o HELSANA,
ZURICH,

toutes représentées par SANTESUISSE, sise Römerstrasse 20,
SOLEURE, p.a. rue du Terreaux 2, LAUSANNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître BURNET Olivier

contre

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

défendeur

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après: le médecin) était classé jusqu'en 2014 dans le groupe des médecins praticiens FMH .
2. Le 30 décembre 2005, Santésuisse, organisation faîtière des assureurs-maladie actifs dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, a informé l'intéressé que, selon ses statistiques-facteurs (RSS) et statistiques Anova, les frais facturés par ses soins étaient dans certains domaines largement supérieurs à la moyenne du groupe comparatif des médecins praticiens à Genève. Selon les statistiques RSS, il présentait en 2000 un indice de coûts directs par malade de 132, par rapport à la moyenne de 100 de ses confrères dans la même spécialité, et un indice de coûts directs et indirects de 98. En 2001, ces indices étaient respectivement de 143 et 120, en 2002 de 138 et 112, en 2003 de 127 et 105 et en 2004 de 154 et 123. L'indice Anova était pour 2004 de 144. Santésuisse a invité le médecin à lui faire part de ses remarques au sujet de l'activité de son cabinet.
3. Par courrier du 20 février 2006, le médecin a demandé à être classé dans un autre groupe de médecins en raison de sa pratique effective et ses formations post-graduées en médecine d'urgence en 1991, pour l'utilisation de lasers chirurgicaux dès 1995 afin de pratiquer la petite chirurgie en cabinet, en mésothérapie en 1994, en allergologie, en homéopathie, en proctologie et en nutrition médicale. Il convenait également de tenir compte de la spécificité de sa clientèle, un gros pourcentage de celle-ci étant soit très jeune, soit très âgée. 70% de ses patients étaient atteints de polyopathologies, souvent chroniques, dont beaucoup de cancers. Il traitait en pédiatrie les nouveau-nés de la majorité de ses patientes, ce que lui permettait ses formations pré- et post-graduées. L'âge de ses patients augmentant, le nombre de consultations typiques à la gériatrie augmentait aussi. Il suivait enfin un groupe important de patients adultes toxicomanes et/ou sidéens et disposait d'outils diagnostiques performants, tels que laboratoire, électrocardiogramme (ECG), échographie, radiologie numérique et spirométrie, ce qui évitait nombre d'exams complémentaires.
4. Le 28 mars 2006, le ressort RCC de Santésuisse a accusé réception d'un extrait de mutation du médecin et l'a invité à lui faire parvenir son titre FMH en médecine interne générale.
5. Par courrier du 31 mars 2006, le médecin lui a communiqué qu'il ne faisait pas partie de la FMH.
6. Le 28 juin 2010, Santésuisse a informé le médecin d'avoir constaté que son coût total par patient était toujours au-dessus de celui du collectif de référence en 2008. Selon les statistiques RSS, l'intéressé présentait en 2005 un indice des coûts directs par malade de 131 et de coûts directs et indirects de 107, en 2006 de respectivement 130 et 112, en 2007 de 145 et 125 et en 2008 de 157 et 134. L'indice Anova des coûts totaux était en 2005 de 139, en 2006 de 151, en 2007 de 177 et en 2008 de 182.

7. Par courrier du 29 juin 2010, le médecin a indiqué que beaucoup de ses collègues refusaient de suivre en cabinet des personnes porteuses de maladies chroniques, graves et/ou multiples, contrairement à lui. Par ailleurs, les jours d'hospitalisation diminuant de façon drastique, la prise en charge des soins se faisait de plus en plus en ambulatoire. Cela avait pour conséquence d'augmenter les visites à domicile, les visites au cabinet en urgence et son temps de travail (six jours sur sept).
8. Le 26 octobre 2011, Santésuisse a informé le médecin que son coût total par patient était en 2010 toujours au-dessus de celui du collectif de référence. Selon les statistiques RSS, son indice des coûts directs était de 167 et le total des coûts directs et indirects de 148. L'indice Anova des coûts totaux s'élevait à 197.
9. Par courrier du 22 février 2013, Santésuisse a fait part au médecin que ses coûts totaux en 2011 dépassaient toujours ceux du collectif de référence. Elle l'a averti qu'elle serait en droit de lui présenter une demande de rétrocession de CHF 244'076.- pour l'année statistique 2011. Selon les statistiques RSS annexées, l'indice pour les coûts directs était en 2011 de 180 et celui des coûts indirects de 143. L'indice Anova des coûts totaux s'élevait à 188.
10. Par courrier du 28 janvier 2013, le médecin a contesté que ces statistiques pussent servir de base d'évaluation de sa pratique médicale, dès lors qu'elles ne prenaient pas en compte la catégorie à laquelle il appartenait de par sa formation et sa pratique.
11. Le 31 mai 2013 a eu lieu une séance de conciliation entre le médecin et Santésuisse, laquelle s'est soldée par un échec. Selon le procès-verbal y relatif, le médecin a demandé à être comparé au groupe « internistes généralistes ». Santésuisse lui a expliqué que la FMH était seule compétente en ce qui concerne les groupes de spécialistes, et qu'il n'était pas possible de changer de groupe sur simple demande, mais qu'il fallait des justificatifs FMH. Le médecin a par ailleurs repris pour l'essentiel ses arguments précédents. Quant aux assureurs, ils avaient remarqué une systématique dans sa façon de facturer, à savoir l'anamnèse, un examen clinique et un examen de laboratoire. Ces paramètres étaient facturés pratiquement à chaque fois. Concernant les factures des prises de sang, la position 00.0050 (entretien d'information du spécialiste avec le patient ou ses proches avant une intervention diagnostique ou thérapeutique, par périodes de cinq minutes) était systématiquement associée. Rien que pour le Groupe mutuel, cela représentait près de CHF 25'000.-. Il y avait également un problème avec l'utilisation de la position 00.00410 (petit examen) qui sortait presque systématiquement. L'oxymétrie ne devrait pas être facturée. Enfin, le médecin a présenté à Santésuisse les statistiques du Trust Center Cstésias de son cabinet d'où il ressortait également que les coûts par patient étaient supérieurs à la moyenne.
12. Par courrier du 4 juin 2013, Santésuisse a proposé au médecin, à titre transactionnel, la rétrocession pour les années statistiques 2011 et 2012 de la somme de CHF 100'000.- et l'a informé que sans nouvelles de sa part sur cette

proposition d'ici le 13 juin 2013, elle déposera une requête en rétrocession auprès du tribunal arbitral pour 2011.

13. Par courrier recommandé du 11 juillet 2013, Santésuisse a informé le médecin que le montant dû au titre de la rétrocession pour 2011 s'établissait à CHF 148'931.-, sur la base des statistiques RSS, tout en lui indiquant que "Dans l'hypothèse d'un échec de la conciliation, nous déposerons une requête pour l'année 2011 sur la base de ces éléments".
14. Par courrier du 22 août 2013, le médecin a refusé l'offre transactionnelle de Santésuisse.
15. Le 23 décembre 2013, les assureurs-maladies figurant sur la page de la garde, représentés par Santésuisse, ont saisi le Tribunal de céans d'une demande dirigée contre le médecin, en lui réclamant le paiement de la somme de CHF 148'931.- pour l'année statistique 2011, sous suite de dépens. Se fondant sur l'indice des statistiques RSS de 160 pour les coûts totaux, les demanderesses ont considérés que les coûts directs du défendeur dépassaient de 60 % la moyenne de son groupe de référence genevois. Elles en ont réclamé la restitution des 30 % de ces coûts. Par ailleurs, le graphique des coûts moyens montrait que le coût moyen par patient du défendeur était toujours plus élevé que celui du groupe de référence, quelle que fût la classe d'âge des malades. Le défendeur n'avait en outre pas apporté d'éléments justifiant objectivement un dépassement d'indice.
16. La tentative de conciliation devant le Tribunal de céans en date du 14 mars 2014 a échoué.
17. Le 6 juin 2014, le défendeur a désigné Monsieur B_____ en qualité d'arbitre.
18. Par courrier du 12 juin 2014, l'Institut Suisse pour la formation médicale post-graduée et continue (ISFM) a attribué au défendeur le titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale.
19. Le 18 juin 2014, le ressort RCC de SASIS SA a demandé au défendeur son diplôme fédéral ou diplôme étranger avec la reconnaissance de l'équivalence des diplômes par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)/Commission fédérale des professions médicales MEBEKO et le titre de médecin spécialiste fédéral ou le titre de médecin spécialiste étranger avec la reconnaissance de l'équivalence du titre de formation postgraduée par l'OFSP/Commission fédérale des professions médicales MEBEKO, ainsi qu'éventuellement les attestations de formation complémentaire et de formations approfondies.
20. Le 2 juillet 2014, le défendeur a répondu à SASIS SA qu'il lui envoyait très volontiers les documents requis, sans toutefois les annexer, et s'étonnait de la tardiveté de la demande d'actualisation de sa RCC auprès de Santésuisse depuis 2006.
21. Dans sa réponse du 29 août 2014, le défendeur a conclu, à la forme, à ce qu'il fût constaté que les demanderesses n'avaient pas qualité pour agir, et à ce que la

demande fût déclarée irrecevable. Quant au fond, il a conclu au rejet de la demande, se prévalant de l'expiration du délai de prescription, sous suite de dépens. Préalablement, il a conclu à ce qu'une expertise analytique soit ordonnée. Il a notamment relevé que les assurances CSS, Helsana et Sanitas ne faisaient plus partie de Santésuisse, de sorte qu'il était étonnant qu'elles fussent représentées par cette organisation dans la présente procédure. Dès lors que les statistiques pour l'année 2011 étaient déjà disponibles au mois de juillet 2012, la demande, déposée plus d'une année après cette date, était en outre tardive. Il a par ailleurs persisté à demander d'être comparé au groupe des médecins correspondant à sa pratique et à sa formation, celles-ci pouvant seules déterminer le groupe de comparaison, dès lors qu'il ne faisait partie ni de la FMH ni de l'AMG. Petit à petit, il s'était concentré sur la prise en charge de patients présentant des polypathologies lourdes et des maladies chroniques que la majorité de ses confrères lui adressait. Il figurait par ailleurs dans le registre des établissements de formation post-graduée certifiés de la FMH en tant que médecin formateur et tuteur en médecine interne générale, et intervenait aussi dans les écoles de naturopathie. Il menait en outre des séances d'information, participait à des colloques et intervenait dans de nombreuses campagnes de prévention de la santé publique et de l'éducation de la santé, étant précisé qu'il était titulaire d'un master en économie et en droit de la santé. Il avait un laboratoire d'hématologie de chimie, une radiologie numérique et une salle de soins pour les traitements au laser. Du fait qu'il était formé à la radiologie numérique en tant qu'expert, il pratiquait des diagnostics radiologiques dans son cabinet. Il disposait également d'un ECG, d'une échographie, d'une oxymétrie nocturne et d'une spirométrie. Il utilisait des lasers chirurgicaux pour la petite chirurgie en son cabinet. La plupart de ses confrères ne disposait pas de ces outils diagnostiques. Sa formation en biorésonnance, phytothérapie, oligothérapie et vitaminothérapie lui permettaient de traiter des cas d'allergie et d'autres maladies chroniques résistantes aux traitements allopathiques. Il avait aussi suivi une formation en nutrition médicale. A cela s'ajoutait la médecine d'urgence qu'il pratiquait depuis 1991, dès lors qu'il disposait de formations en mésothérapie, homéopathie et proctologie. Sa clientèle était composée de personnes soit très jeunes, soit très âgées et d'adultes présentant des polypathologies chroniques. Il avait en outre de nombreux toxicomanes et des sidéens. Le traitement des pathologies lourdes représentait des coûts par patient plus élevés. Le défendeur a également critiqué les statistiques dans la mesure où elles ne tenaient pas compte des franchises, ainsi que de la composition de son groupe de comparaison. Les médecins de son groupe de référence avaient une pratique très différente de la sienne. Il ressortait enfin des données du Trust Center Ctesias qu'il travaillait davantage que ses confrères et qu'il réalisait trois diagnostics radiologiques par semaine en moyenne, contrairement à ses confrères.

22. A l'appui de ses dires, le défendeur a produit l'attestation du 12 juin 2014 de l'ISFM précitée et un extrait du site du registre des établissements de formation

postgraduée certifiés du 13 mars 2014, dans lequel il est mentionné en tant que formateur postgradué en médecine interne générale.

23. Le 15 octobre 2014, Santésuisse a demandé à l'ISFM depuis quand le défendeur remplissait les exigences nécessaires à l'obtention du titre de spécialiste en médecine générale. Par courriel du 27 suivant, celui-ci a répondu ce qui suit:

"Après m'être entretenu avec le Dr A_____, je vous informe que je ne peux pas vous fournir le renseignement souhaité."

24. Dans leur réplique du 26 février 2015, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions. Elles ont produit le document « Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2011 » dans lequel sont mentionnées toutes les assurances ayant remboursé des prestations aux patients du défendeur. Par ailleurs, CSS et Helsana faisaient encore partie de Santésuisse au moment du remboursement des factures du défendeur durant l'exercice 2011, n'ayant quitté que le 1^{er} janvier 2014 cette fédération d'assureurs. S'agissant de la prescription, les demanderesses n'ont eu connaissance des statistiques 2011 qu'au plus tôt le 13 juillet 2012. En outre, selon la jurisprudence en la matière, le délai de péremption était sauvegardé, dans les relations entre assureurs-maladie et fournisseurs de prestations, par un acte préalable, en l'occurrence le courrier du 11 juillet 2013 de Santésuisse. Leur légitimation active était ainsi donnée. Quant au fond, le défendeur avait toujours refusé de donner toute indication sur l'une ou l'autre équivalence qu'il prétendait détenir. Santésuisse s'était adressée également à l'ISFM afin de savoir à compter de quelle date le défendeur remplissait les exigences nécessaires d'obtention du titre de spécialiste en médecine interne générale. Pour toute réponse, l'ISFM avait indiqué qu'il ne pouvait fournir le renseignement souhaité, après s'être entretenu avec le défendeur. Jusqu'au mois de juin 2014, le registre des professions médicales indiquait pour le défendeur « titre(s) post-grade(s) : aucune donnée trouvée » et ce n'est qu'en date du 12 juin 2014 que le défendeur avait reçu le titre de spécialiste en médecine interne générale. Le défendeur n'avait ainsi jamais apporté la preuve qu'il pouvait bénéficier d'un tel titre pendant l'année 2011. Il n'avait pas non plus entrepris la moindre démarche pour l'obtenir avant 2014. Par ailleurs, les demanderesses ont nié toute valeur probante au rapport privé émanant du Trust Center Ctesias. Au demeurant, ce rapport montrait également des indices largement au-dessus de la moyenne de ses confrères. Certains faits invoqués par le défendeur au sujet de la liste des médecins de son groupe étaient en outre inexacts. En tout état de cause, même en écartant les médecins mis en exergue, l'indice du défendeur resterait trop élevé.

25. Dans sa duplique du 30 mars 2015, le défendeur a également persisté dans ses conclusions. Concernant la péremption de l'instance, il a allégué que les demanderesses connaissaient au plus tard le 5 mai 2012 les statistiques pour 2011, en se fondant sur le document "SASIS AG - Rechnungsstellerstatistik Abrechnungsdatum 2011" de cette date, de sorte que la demande était périmée. Au demeurant, la demande informelle du 11 juillet 2013 de Santésuisse ne pouvait pas

interrompre le délai de péremption d'une année, dès lors que la jurisprudence en la matière ne l'admettait que dans l'hypothèse où il n'existait pas d'étape de conciliation obligatoire, et que la procédure dans le canton de Genève prévoyait précisément une conciliation des parties, procédure qui n'entraînait aucun risque de coûts pour l'assureur. S'agissant de la liste des assureurs ayant remboursé des prestations aux patients du défendeur, il a fait valoir qu'il ne disposait d'aucun moyen de contrôle de cette liste. C'était précisément pour cette raison que la jurisprudence exigeait la production d'au moins une facture remboursée pour l'année en question par assureur demandeur. Or, les demanderesses n'avaient produit aucune facture. S'agissant du titre de spécialiste en médecine interne, la délivrance de celui-ci n'était que la traduction purement administrative d'une situation de fait, à savoir qu'il pratiquait depuis toujours la médecine interne, ayant suivi les formations continues requises et étant officiellement reconnu par la FMH depuis plus de 15 ans comme établissement de formation pour médecins en cours de spécialisation en médecine interne. Il était également à rappeler que les titres FMH avaient été délivrés jusqu'en 2002 sur une base exclusivement privée honorifique et qu'aucun titre de spécialiste n'avait été requis pour exercer en tant qu'indépendant. Selon les dispositions légales en vigueur à l'époque, la reconnaissance de la spécialisation d'un praticien dépendait avant tout de son expérience, de sa formation et de sa pratique concrète.

26. A l'appui de ses dires, le défendeur a produit une attestation du 10 juin 2014 de la Société suisse de Médecine Générale (SSMG), certifiant qu'il a rempli les exigences de la formation continue pour 1994 – 2006 selon la réglementation pour la formation continue de la FMH.
27. Le 21 avril 2015, le Tribunal de céans a désigné Mme D_____ en tant qu'arbitre, les demanderesses ayant renoncé à choisir un arbitre dans le délai imparti.
28. À la demande du Tribunal de céans, l'ISFM lui a fait savoir le 24 septembre 2015 que le défendeur avait obtenu en 2014 le titre de spécialiste en médecine interne générale sur la base des dispositions transitoires de la loi concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse et plus précisément de l'art. 11 de l'ordonnance relative à cette loi. Déjà avant l'obtention formelle du titre de spécialisation en cause, le défendeur aurait pu prétendre à ce titre, plus précisément il aurait pu demander l'ancien titre de spécialiste en médecine générale dès 2002. Cet institut a enfin précisé que les titres en médecine générale et en médecine interne avaient fusionné au 1^{er} janvier 2011 pour devenir le titre de spécialiste en médecine interne générale. Depuis cette date, seuls des diplômes avec la nouvelle dénomination "médecine interne générale" étaient délivrés.
29. Dans leurs écritures du 29 septembre 2015, les demanderesses ont contesté que le défendeur fût comparé au groupe des médecins spécialistes en médecine interne, n'étant pas au bénéfice d'un titre de spécialité valable en 2011. À supposer qu'il dût être comparé à un autre groupe, il conviendrait de le faire avec le groupe nommé

désormais « médecine interne générale ». Les demanderesse ont par ailleurs produit les statistiques pour le groupe de médecine générale et celui de médecine interne pour les années 2007 à 2011, ainsi que le groupe de médecine interne générale depuis 2011.

30. Par écritures du 22 octobre 2015, le défendeur a rappelé que la comparaison devait s'effectuer in concreto et non pas sur la base des titres. L'ISFM avait confirmé qu'il aurait pu bénéficier du titre de spécialiste allégué déjà dès l'année 2002.
31. Par écritures du 12 novembre 2015, les demanderesse ont maintenu leurs conclusions. Santésuisse n'était pas habilitée à retenir sans autres les allégations du défendeur comme valant titre de spécialisation. Tant que le médecin affirmait être au bénéfice d'un titre sans en apporter la preuve, Santésuisse ne pouvait l'admettre. Seuls faisaient foi les documents officiels. Au demeurant, le défendeur avait transmis à Santésuisse l'article du bulletin des médecins suisses de 2002, ce qui montrait qu'il était particulièrement bien informé de la réforme concernant les titres de spécialités et savait donc que, pour bénéficier de ces titres, il n'était plus nécessaire d'être affilié à la FMH. Il était dès lors incompréhensible pourquoi le défendeur avait attendu de faire l'objet d'une procédure pour demander son titre. En outre, le ressort RCC de Santésuisse, devenu aujourd'hui SASIS, lui avait expressément demandé copie de son titre FMH ou de « autres titres » de capacité, mais il ne les avait jamais envoyés. Toutefois, le registre RCC était aujourd'hui mis à jour, sur la base du registre des professions médicales de l'OFSP où le titre était déclaré à compter de 2014. L'ISFM avait au demeurant refusé de fournir à Santésuisse le renseignement sollicité sur le titre du défendeur, selon ses dires à cause du refus de ce dernier. Santésuisse se demandait dès lors si le défendeur avait quelque chose à cacher. Ce n'est que le 9 mai 2014 qu'il avait remis à Santésuisse un extrait du « Registre des établissements de formation postgraduée » indiquant une reconnaissance en médecine interne générale et que le statut de cette reconnaissance était « en réévaluation », ce qui signifiait que sa reconnaissance était « en cours », mais pas encore définitive.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

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

2. La demande respecte les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RSG E 5 10). Elle est dès lors recevable.
3. L'objet du litige est la question de savoir si la pratique médicale du défendeur en 2011 respecte le principe de l'économicité et, dans la négative, quel montant il est tenu de restituer à titre de prestations indûment perçues.
4. Le défendeur conteste que les demanderesse CSS, HELSANA et SANITAS soient valablement représentées par Santésuisse, dès lors qu'elles ne font plus partie de cette fédération.

Cependant, ces assurances n'ont adhéré à la nouvelle fédération Curafutura qu'en janvier 2014 et faisaient encore partie de Santésuisse jusqu'à fin 2013. Dès lors que la demande a été introduite en décembre 2013, il y a lieu d'admettre qu'elles ont été valablement représentées par Santésuisse. En tout état de cause, au vu de ce qui suit, cette question peut rester ouverte.

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. Cette disposition a pour but de protéger la communauté des assurés de l'utilisation abusive de prestations. Elle fonde une obligation de droit public de respecter l'économicité de traitement et concerne la pratique diagnostique et thérapeutique globale des fournisseurs de prestations. Ils sont tenus d'apporter toute leur diligence pour éviter de procéder à des prestations inutiles ou d'en

ordonner (Gebhard EUGSTER, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Krankenversicherung, ch. 267).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ce principe s'applique également aux procédures relatives au contrôle de l'économicité de la pratique médicale d'un médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 23/03 du 14 mai 2004 consid. 5). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).

7. a. De jurisprudence constante, 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 V 579 p. 582 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2).

Cette question doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 9/00 du 24 avril 2003 consid. 2).

b. Il s'agit d'un délai 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. Selon le Tribunal fédéral, il n'est pas arbitraire de se fonder sur les dates de la préparation des données figurant sur ces statistiques, en l'absence de pièces permettant d'envisager leur publication antérieure. 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).

c. Lorsqu'il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire, de sorte qu'une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est également sauvegardé par un acte préalable par lequel l'assureur-maladie fait valoir de manière appropriée sa créance en restitution des prestations contre le fournisseur de prestations. La raison en est que si le délai de péremption ne peut être sauvegardé que par l'introduction d'une demande en justice, cela impliquerait pour l'assureur un risque financier important, ce qui ne serait pas exigible (ATF 133 V 579 consid. 4.3.5 p. 585 s.).

8. a. En l'espèce, les statistiques de Santésuisse concernant l'année 2011 ont été portées à la connaissance des demanderesse au plus tôt le 13 juillet 2012, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur les statistiques RSS. Certes, d'autres statistiques étaient disponibles déjà auparavant, comme cela résulte du document "SASIS AG- Rechnungsstellerstatistik Abrechnungsdatum 2011" du 5 mai 2012 produit par le défendeur. Toutefois, ces statistiques concernent l'ensemble des coûts médicaux pour le canton de Genève et non pas les statistiques concernant les coûts facturés par les différents médecins. Ce document ne constitue ainsi pas une preuve de ce que les statistiques-factureurs des médecins étaient déjà connues avant le 13 juillet 2012. Partant, en application de la jurisprudence en la matière, c'est cette dernière date qui est pertinente.
- b. La demande déposée le 23 décembre 2013 ne respecte assurément pas le délai légal d'une année.
- c. Se pose dès lors la question de savoir si Santésuisse a pu sauvegarder ce délai par sa missive notifiée sous pli recommandé le 11 juillet 2013, laquelle respecte le délai d'une année.

Le défendeur estime que le délai de péremption ne peut être sauvegardé par un acte préalable, par lequel l'assureur-maladie fait valoir sa créance, que dans l'hypothèse où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire. Or, une telle procédure est bel et bien prévue par la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), de sorte qu'un simple acte préalable est insuffisant pour la sauvegarde du délai.

Certes, selon les art. 41 et 45 LaLAMal, le tribunal ne peut entrer en matière avant que le cas ait été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention ou à une tentative de conciliation par le président du tribunal. Il n'en demeure pas moins que le tribunal est saisi par une requête (art. 45 al. 1 LaLAMal) et que les frais du tribunal sont à la charge des parties (art. 46 al. 1 LaLAMal). Ils sont également dus pour la procédure de conciliation, comme cela résulte de l'art. 46 al. 2 LaLAMal, selon lequel le tribunal fixe, dans le jugement ou dans le procès-verbal de conciliation, le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter.

Il sied ainsi de constater que, dans le canton de Genève, aucune tentative de conciliation extrajudiciaire n'est prévue, en dehors d'une convention conclue entre les parties. Par conséquent, conformément à la jurisprudence précitée, il est loisible à l'assureur-maladie de sauvegarder le délai de péremption par une simple missive par laquelle il fait valoir sa créance en restitution de l'indu contre le fournisseur de prestations de façon appropriée, c'est-à-dire d'une façon qui ne laisse pas le moindre doute quant à ses intentions (ATF 133 V 579 consid. 4.4 p. 586).

Le courrier du 11 juillet 2013 de Santésuisse mentionne que le montant dû à titre de rétrocession s'élève à CHF 148'931.- et que Santésuisse déposera une requête dans ce sens pour l'année 2011 dans l'hypothèse d'un échec de la conciliation. Cette missive ne laisse pas de doute sur les intentions de Santésuisse de demander la

restitution de cette somme, de sorte qu'il doit être admis que le délai de péremption a été valablement sauvegardé.

9. a. Selon l'art. 56 al. 2 let. a LAMal ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou, conformément à l'art 89 al. 3 LAMal, l'assureur dans le système du tiers garant. 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.

b. En l'occurrence, toutes les demanderesses ont remboursé des prestations aux patients du défendeur en 2011, comme cela résulte du document « Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2011 ». Le Tribunal de céans n'a aucune raison de mettre en doute ce document, en l'absence d'éléments précis laissant supposer qu'il ne correspond pas à la réalité. Il est à cet égard à relever que la bonne foi est présumée, selon l'art. 3 al. 1 du Code civil suisse (CCS). Partant, la légitimation active doit être reconnue aux demanderesses.

10. a. Pour établir l'existence d'une polypragmasie, le Tribunal fédéral 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, laquelle est appliquée en règle générale 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. Il convient de prendre en considération pour l'examen de l'économicité l'indice de l'ensemble des coûts, à savoir aussi bien les coûts des traitements directs que ceux des traitements indirects (coût des médicaments et autres coûts médicaux occasionnés par le médecin auprès d'autres fournisseurs de prestations), lorsque l'ensemble des coûts est inférieur aux coûts directs. Toutefois, lorsqu'il existe des indices concrets que les coûts inférieurs dans un domaine sont dus à des circonstances extérieures sans lien de causalité avec la façon de pratiquer du médecin, il n'y a pas lieu de procéder à une prise en compte de l'ensemble des coûts (ATF 133 V 39 ss consid. 5.3.2 à 5.3.5).

d. Le médecin qui fait 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 de comparaison (cf. arrêt du Tribunal fédéral K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 4.6.2 et 4.7.3).

11. En l'espèce, le défendeur conteste être comparé au groupe des médecins praticiens, en se prévalant d'un titre de post-grade en médecine interne.

a. Jusqu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} septembre 2007, de la loi fédérale sur les professions médicales universitaires du 23 juin 2006 (LPMéd; RS 811.11), les professions médicales étaient régies par loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (LEPM), laquelle a été partiellement révisée par la loi du 8 octobre 1999, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2002.

La FMH était la seule entité de formation en médecine humaine et délivrait 44 titres fédéraux postgrades jusqu'au 1^{er} septembre 2007 (Message du Conseil fédéral concernant la LPMéd du 3 décembre 2004, FF 2005 p. 171). Ces titres constituaient jusqu'au 1^{er} juin 2002 des titres FMH de droit privé. Cependant, les médecins déjà porteurs d'un titre de spécialiste FMH étaient reconnus d'office (art. 24 al. 1 LEPM, dans sa teneur au 1^{er} juin 2002). L'affiliation à la FMH est en outre facultative depuis cette date.

b. En l'espèce, le titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale a été reconnu au défendeur officiellement le 12 juin 2014. Cependant, comme l'ISFM l'a attesté dans son courrier du 24 septembre 2015, le défendeur aurait pu demander

l'ancien titre de spécialiste en médecine générale dès 2002 déjà, dans la mesure où il remplissait les conditions des dispositions légales alors en vigueur, à savoir

- une autorisation de pratique du canton de Genève de 1994;
- 30 mois de formation postgraduée pouvant être validés conformément au programme de formation postgraduée en médecine générale;
- 60 mois de pratique;
- justificatif de formation continue.

Partant, il convient d'admettre qu'en 2011, sa formation et pratique correspondaient au nouveau titre de spécialisation de "médecine interne générale", de sorte qu'il y a lieu de le comparer au groupe des médecins de cette spécialisation. En effet, ce n'est pas seulement le titre officiel du médecin incriminé qui est important pour déterminer si sa pratique médicale respecte le principe d'économicité, mais également les spécificités de sa pratique qui diffèrent fondamentalement de celle des autres médecins. Or, dans la mesure où le défendeur avait déjà en 2011 une pratique correspondant à celle de spécialisation en médecine interne générale, comme cela est attesté par l'ISFM, il suffit de se référer aux statistiques de ce groupe, sans exiger du défendeur de démontrer sa spécificité par d'autres moyens.

12. Selon les statistiques RSS pour les spécialistes en médecine interne, le coût direct total par malade était en 2011 de CHF 343.90, alors qu'il était pour le défendeur de CHF 830.86, soit largement supérieur à ce coût moyen. Cependant, le total des coûts directs et indirects du défendeur n'est que de CHF 1'584.64 en 2011, alors qu'il est de CHF 1'634.73 pour l'ensemble des spécialistes en médecine interne du canton de Genève.

Des statistiques RSS 2011 concernant les médecins généralistes résultent des coûts directs par patient de CHF 323.80 et un total des coûts directs et indirects de CHF 1'173.23. Par rapport à ce groupe de référence, les coûts totaux du défendeur sont donc supérieurs de 35 % et dépassent de 5% la marge admissible de 130%.

Enfin, il résulte des statistiques RSS 2011 pour le nouveau groupe des spécialistes en médecine interne générale, que les coûts directs sont de CHF 484.90 par patient et les coûts totaux de 1'297.66. Les coûts totaux du défendeur sont ainsi supérieurs de 22% pour ce groupe de référence.

Il s'avère ainsi que le coût moyen du défendeur, en incluant les coûts indirects, est inférieur au groupe de comparaison des spécialistes en médecine interne, supérieur de 35% par rapport au groupe des médecins généralistes et de 22% par rapport au nouveau groupe des spécialistes en médecine interne générale.

Dans la mesure où, dans le groupe des spécialistes en médecine interne générale auquel le défendeur appartient formellement, son dépassement des coûts totaux se situe à l'intérieur de la marge de 130%, il y a lieu d'admettre qu'une polypragmasie n'est pas établie.

Au demeurant, le fait que les coûts totaux du défendeur sont en-dessous de 130% par rapport au groupe des spécialistes en médecine interne générale, alors que les coûts directs dépassent le coût moyen par patient de 71 %, étaye les allégués du défendeur, selon lesquels il effectue beaucoup d'examens diagnostiques au cabinet, grâce aux nombreux appareils dont il est équipé, soit un laboratoire d'hématologie de chimie, une radiologie numérique, une salle de soins pour les traitements au laser, un ECG, une échographie, une oxymétrie nocturne, une spirométrie et des lasers chirurgicaux pour la petite chirurgie.

Enfin, les demanderesse se sont basées uniquement sur les statistiques pour justifier leur demande. Partant, il n'y a pas lieu d'examiner si celle-ci pourrait être fondée, en tout ou partie, pour d'autres raisons.

13. Cela étant, la demande sera rejetée.
14. a. La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 LaLAMal).

En outre, selon l'art. 87 al. 2 LPA, la juridiction peut, sur requête, allouer à la partie ayant obtenu entièrement ou partiellement gain de cause, une indemnité pour les frais indispensables causés par le recours.

Conformément à l'art. 88 al. 1 LPA, la juridiction administrative peut aussi prononcer une amende à l'égard de celui dont le recours ou l'action est jugé téméraire ou constitutif d'un emploi abusif des procédures prévues par la loi.

b. En l'occurrence, dès lors que les demanderesse succombent entièrement, elles doivent en principe supporter l'intégralité des frais de la procédure et des dépens du défendeur.

Cependant, comme les demanderesse l'ont relevé, le défendeur n'a pas vraiment collaboré à l'établissement des faits, en versant spontanément à la procédure les documents établissant la réalité des formations postgrades alléguées. Il est à supposer que Santésuisse aurait renoncé à une procédure, si elle avait été en possession des diplômes de formation postgraduée du défendeur et si celui-ci aurait été dès le départ plus transparent. Il a aussi empêché, en cours de procédure, l'ISFM d'informer Santésuisse depuis quand il réalisait les exigences légales pour prétendre au titre de médecine interne générale, obligeant le Tribunal de céans de requérir ce renseignement.

Cela étant, il se justifie de mettre à la charge du défendeur 20% des frais de procédure de CHF 3'400.- et de l'émolument fixé à CHF 2'000.-.

15. Les demanderesse seront par ailleurs condamnées à verser au défendeur une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. La rejette.
3. Mets les frais de procédure de CHF 3'400.- et un émolument de CHF 2'000.- à raison de CHF 4'320.- à la charge des demanderesse, prises conjointement et solidairement, et à raison de CHF 1'080.- à la charge du défendeur.
4. Condamne les demanderesse, solidairement et conjointement, à payer au défendeur une indemnité à titre de dépens de CHF 3'000.-.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Maya CRAMER

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