

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/662/2011

ATAS/839/2011

ARRET

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

du 2 septembre 2011

En la cause

Monsieur B_____, domicilié aux Acacias, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître BOLDI-GOETSCHY
Christine

demandeur

contre

SWICA ASSURANCE MALADIE, sise boulevard de Grancy 39,
1001 Lausanne

défenderesse

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Anja FRIEDERICH et Georges PANCHAUD,
Arbitres**

EN FAIT

1. Monsieur B _____ (ci-après: le physiothérapeute, puis le demandeur) est physiothérapeute à Genève. Il traite en physiothérapie Monsieur C _____ (ci-après: le patient ou l'assuré), lequel est assuré auprès de SWICA ASSURANCE-MALADIE (ci-après: la caisse, puis la défenderesse) et réside au Centre de soins pour personnes âgées « X _____ ».
2. Du 16 mars 2010 au 20 avril 2011, le physiothérapeute a adressé à la caisse 15 factures d'un montant de 989 fr. 10 chacune pour les traitements de physiothérapie prodigués au patient. Pour chaque déplacement dans l'EMS de son patient, il a facturé la position 7354 de la convention tarifaire, d'un montant de 33 fr. 65, à titre de supplément pour indemnité de déplacement/temps.
3. Par courrier du 6 avril 2010, la caisse refuse de prendre en charge les frais de déplacement au motif que, selon la convention tarifaire, la position 7354 ne peut pas faire l'objet d'une facturation pour les traitements ambulatoires pratiqués dans un home pour personnes âgées ou dans un EMS.
4. Le Dr. L _____, médecin répondant de l'EMS de l'assuré, atteste le 1^{er} juin 2010 que celui-ci est domicilié dans cet établissement et qu'il a besoin d'une physiothérapie individuelle. Le patient étant beaucoup trop handicapé pour pouvoir se déplacer, le physiothérapeute est contraint de se déplacer. Lors de ses déplacements, le physiothérapeute ne voit que ce seul patient.
5. Le 2 juin 2010, l'EMS atteste que le physiothérapeute ne traite qu'un seul et unique patient dans son établissement, à savoir l'assuré, à raison de deux fois par semaine.
6. Par courrier du 3 juin 2010 à la caisse, le physiothérapeute fait état d'un entretien téléphonique du 31 mai 2010 avec la secrétaire de l'Association genevoise de physiothérapie (AGP), laquelle lui a indiqué que ses frais de déplacement devaient être intégralement remboursés par la caisse, du moment qu'il ne traitait qu'un seul patient dans l'EMS. Le physiothérapeute s'appuie par ailleurs sur les accords passés entre la Commission paritaire et l'AGP et produit les attestations précitées du Dr L _____ et de l'EMS.
7. Par courrier du 14 juin 2010, la caisse confirme au physiothérapeute son refus de prendre en charge ses frais de déplacement.
8. Le 17 août 2010, le physiothérapeute saisit la Commission paritaire PHYSIOSWISS-SANTESUISSE/AA/AM/AI (ci-après: la Commission paritaire) concernant la question du remboursement de ses frais de déplacement dans l'EMS

de son patient. Il indique dans sa demande que l'assuré est atteint de sclérose en plaque. Il a commencé à lui prodiguer des soins d'abord à son domicile, de 2002 jusqu'à fin 2009, puis à l'EMS à partir de son transfert. Le physiothérapeute fait valoir que ce transfert doit être assimilé à un simple déménagement à une autre adresse. Il traite le patient deux fois par semaine et celui-ci est son seul patient dans l'EMS. Ce faisant, il a respecté le choix du patient de le garder comme thérapeute.

9. Dans sa décision du 10 février 2011, la Commission paritaire constate l'impossibilité d'un accord et dès lors d'une conciliation. Selon la prise de position du représentant de PHYSIOSWISS, la Commission paritaire avait fait une proposition de conciliation dans un cas similaire à Genève, en date du 12 novembre 2008, et recommandé d'accorder les forfaits de déplacement à condition que le physiothérapeute ne traite qu'un seul patient dans la maison de retraite et qu'il n'existe aucune convention entre le physiothérapeute et l'EMS concernant le remboursement du temps de trajet. PHYSIOSWISS a en outre relevé que l'établissement en question était une institution cantonale reconnue figurant sur la liste cantonale des EMS. Les patients avaient droit aux traitements de physiothérapie et au libre choix de leur thérapeute. Depuis plusieurs années, la plupart des EMS n'avaient plus de physiothérapeutes attitrés qui se rendaient régulièrement dans l'établissement pour les traitements. Par ailleurs, le physiothérapeute n'avait pas son cabinet dans l'EMS. Enfin, depuis l'entrée en vigueur de la convention tarifaire, les assureurs ont accepté de payer les déplacements, lors d'un traitement unique en EMS. Quant à SANTESUISSE, elle a allégué qu'il était contraire à la convention tarifaire de facturer l'indemnité de déplacement en utilisant la position tarifaire 7354, dès lors qu'il était stipulé qu'aucune indemnité de déplacement n'était due pour les traitements ambulatoires ou stationnaires effectués dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un EMS.
10. Le 3 mars 2011, le physiothérapeute saisit le Tribunal arbitral des assurances, en l'invitant à se prononcer sur le bon usage de la position 7354 et en reprenant ses argumentes précédents.
11. Le 15 mars 2011, le demandeur complète sa demande, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant au paiement du forfait de déplacement pour les traitements pratiqués depuis le 10 novembre 2009, conformément à la position 7354 de la convention tarifaire, ainsi que des intérêts de 5 %. En plus de ses précédents arguments, il fait valoir que les frais de déplacement lui ont toujours été remboursés, lorsqu'il traitait le patient à son précédent domicile, lequel était éloigné d'environ 6 km de son cabinet. L'épouse du patient ne parvenant plus à gérer la grave maladie de son mari, celui-ci a été transféré à l'EMS, lequel était distant d'environ 5 km du cabinet. Dès ce moment, la défenderesse ne lui a plus remboursé les frais de déplacement. Selon le demandeur, l'exception prévue dans la convention tarifaire a pour but d'éviter qu'un physiothérapeute qui traite plusieurs patients dans

un même établissement puisse facturer le supplément pour le déplacement/temps pour chaque patient, alors qu'il ne se déplace qu'une seule fois. Cette situation pourrait en effet être assimilée à un transfert du cabinet de physiothérapie au sein de l'établissement. Par ailleurs, le demandeur fait état de plusieurs cas d'autres physiothérapeutes qui ont été remboursés des frais de déplacement par les caisses-maladie de leurs patients.

12. Lors de l'audience du 15 avril 2011, la défenderesse fait valoir qu'il n'est pas acceptable que chaque pensionnaire d'un EMS prenne un physiothérapeute différent et de rembourser à chaque fois les frais de déplacement. Selon la défenderesse, il appartient aux pensionnaires de se regrouper. Elle informe par ailleurs le Tribunal de céans qu'une procédure avec la même problématique est actuellement pendante devant le Tribunal arbitral du canton de Vaud. Toutefois, la défenderesse n'est pas partie à cette procédure. Cela étant, le Tribunal constate l'échec de la nouvelle tentative de conciliation. La défenderesse désigne par ailleurs à cette audience Monsieur D_____ comme arbitre.
13. Dans sa réponse du 12 mai 2011, la défenderesse conclut au rejet de la demande, sous suite de dépens. Préalablement, elle conclut à la suspension de la procédure dans l'attente du résultat de la procédure TARB 6/09 pendante devant le Tribunal arbitral du canton de Vaud, opposant un physiothérapeute à une caisse-maladie du groupe HELSANA et portant sur la même question. Le physiothérapeute concerné dans la procédure vaudoise est en outre représenté par le même mandataire que le demandeur. Enfin, cette procédure est déjà presque au stade du jugement. De l'avis de la défenderesse, il est dès lors contraire à l'économie de procédure d'instruire la présente cause. Quant au fond, elle fait valoir que cinq physiothérapeutes pratiquent dans la commune où est situé l'EMS de l'assuré. Deux physiothérapeutes ont leur cabinet à 400, respectivement 700 m de l'établissement. Outre ses précédents arguments, la défenderesse relève par ailleurs que le texte de la convention tarifaire est clair dans le sens que les frais de déplacement pour les traitements ambulatoires et hospitaliers pratiqués dans un home pour personnes âgées ou un EMS ne sont pas pris en charge. Le texte étant clair, il n'y a pas lieu de recourir à une interprétation téléologique. Par ailleurs, dans la mesure où l'EMS de l'assuré dispose de 101 lits, il est à supposer qu'il n'est pas le seul à recevoir des séances de physiothérapie. Selon la défenderesse, il est contraire au principe de l'économicité que chaque pensionnaire puisse recourir au physiothérapeute de son choix. Cela n'est pas non plus approprié, notamment lorsque deux physiothérapeutes pratiquent à proximité. Enfin, si d'autres assurances-maladie ont remboursé les frais de déplacement, les erreurs de celles-ci ne sauraient engager la défenderesse.
14. Le 13 mai 2011, le demandeur désigne comme arbitre Madame E_____ et produit les factures dont il demande le remboursement. Le total de la position 7354 non remboursé s'élève à 4'542 fr. 75.

15. Par courrier du 26 mai 2011, la défenderesse relève que certaines factures produites par le demandeur sont postérieures à la demande, de sorte qu'elles ne sauraient faire l'objet de la présente procédure.
16. 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 demandeur n'est pas contestée. Quant à la défenderesse, elle entre 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 de la demanderesse y est installé à titre permanent.

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

2. La défenderesse requiert la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé dans la procédure TARB 6/09 pendante devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud.

a) En vertu de l'art. 14 al. 1 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA; RS E 5 10), lorsque le sort d'une procédure administrative dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative relevant de la compétence d'une autre autorité et faisant l'objet d'une procédure pendante devant ladite autorité, la suspension de la procédure administrative peut être prononcée jusqu'à droit connu sur ces questions.

La suspension de la procédure peut également être prononcée pour les motifs énoncés à l'art. 78 LPA, soit notamment à la requête simultanée de toutes les parties (let. a).

b) En l'espèce, le sort de la précédente procédure ne dépend pas de celle qui est pendante devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud. En effet, le jugement de celui-ci ne lie pas le Tribunal de céans. Il en irait autrement si la cause était pendante devant le Tribunal fédéral, ce qui ne semble pas être le cas.

Aussi convient-il de constater que les conditions de suspension de l'art. 14 al. 1 LPA ne sont pas remplies.

Par ailleurs, le demandeur a renoncé à se prononcer sur la demande de suspension de la défenderesse. Une suspension d'accord entre les parties ne peut dès lors pas non plus être prononcée.

Partant, la conclusion tendant à la suspension de la procédure sera rejetée.

3. La demande respecte les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 LPA.
4. a) En ce qui concerne l'objet du litige, le demandeur conclut, dans son écriture du 13 mai 2011, à la condamnation de la défenderesse au paiement de la somme de 4'542 fr. 75 correspondant à 135 traitements à 33 fr. 65 pendant la période du 10 novembre 2009 au 21 avril 2011. La défenderesse fait valoir que les factures du 20 avril 2011 (pièces 13 à 15 demandeur) sont postérieures au dépôt de la demande en date du 3 mars 2011, de sorte qu'elles ne peuvent faire l'objet de la procédure.

Il convient toutefois de relever qu'il s'agit en l'occurrence non pas d'un recours contre une décision de refus de prestations déterminées, mais d'une demande. Partant, l'objet du litige ne peut être déterminé à partir de la décision, mais doit l'être sur la base de la demande déposée.

Dans sa demande du 3 mars 2011, le demandeur a en fait formulé une demande de constatation de droit, à savoir l'interprétation de l'usage de la position 7354 du tarif concernant la rémunération des prestations de physiothérapie valable dès le 1^{er} janvier 1998 (ci-après: le Tarif), annexe I de la convention tarifaire entre la Fédération suisse des physiothérapeutes (FSP) et le Concordat des assureurs-maladie suisses (CAMS), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM), l'assurance-invalidité (AI), représentée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), et l'Office fédéral de l'assurance militaire (OFAM) du 1^{er} septembre 1997 (ci-après : la convention tarifaire). Le 15 mars 2011, il a complété sa demande, par l'intermédiaire de son conseil, et conclu à ce que la défenderesse soit condamnée à lui payer les prestations de physiothérapie fournies depuis le 10 novembre 2009 à l'assuré et facturées selon la position tarifaire 7354, ainsi que des intérêts de 5 %.

b) Selon la jurisprudence, l'action en constatation de droit est recevable si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du droit litigieux. Il doit s'agir d'un intérêt majeur, de fait ou de droit. En règle générale, cet intérêt fait défaut lorsque le demandeur peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation. Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence et l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se

prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (ATF 122 III 279 consid. 3a p. 282; 120 II 20 consid. 3 p. 22; 114 II 253 consid. 2a p. 255; 110 II 352 consid. 2 p. 357; ATFA du 26 février 2003, cause 5C.246/2002).

c) En l'occurrence, il ne fait pas de doute que le demandeur peut demander une prestation en argent, à savoir le remboursement des frais de déplacement facturés sur la base de la position 7354. Par conséquent, sa demande en constatation de droit n'est pas valable et doit être considérée comme étant subsidiaire à la demande en paiement implicite formée déjà par écriture du 3 mars 2011.

Il est vrai que cette demande ne pouvait concerner à cette date que les créances qui étaient nées à cette date. Cependant, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, soit le rapport juridique visé par la décision, ou en l'occurrence la demande, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références).

Les conditions d'extension de la procédure sont en l'espèce réunies, s'agissant sans conteste d'un état de fait commun. En outre, l'administration a eu l'occasion de s'exprimer au sujet des factures du 20 avril 2011. En tout état de cause, les objections concernant les factures postérieures à la date du dépôt de la demande sont strictement identiques.

Partant, il y a lieu d'admettre que l'objet du litige porte sur l'intégralité des factures produites par le demandeur.

5. Est litigieuse en l'espèce l'interprétation de la position 7354 al. 5 du Tarif figurant à l'annexe I de la convention tarifaire.
6. Selon l'art. 43 al. 4 LAMal, les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou par l'autorité compétente dans les cas prévus par la loi. A défaut d'une convention tarifaire, le gouvernement cantonal fixe le tarif après avoir entendu les intéressés, en vertu de l'art. 47 al. LAMal.
7. En l'espèce, les assureurs et les physiothérapeutes, représentés par la FSP, ont conclu une convention tarifaire dont le tarif est valable dès le 1^{er} janvier 1998. Cette convention permet aux physiothérapeutes de facturer un supplément pour indemnité de déplacement/temps sous la position 7354. Ce droit est délimité comme suit dans le Tarif:

« 1 Le physiothérapeute a droit à une indemnité de déplacement/temps pour tout traitement effectué hors du cabinet. Le traitement à domicile doit être formellement prescrit par la médecin.

2 Ce supplément couvre aussi bien le temps de déplacement que les frais de voiture ou d'utilisation d'un moyen de transport public.

3 Le tarif en cas de traitement à domicile est toujours le même, quelle que soit la longueur du chemin parcouru.

4 L'hippothérapie, la thérapie de groupe, la MTT et la thérapie en bassin de marche/piscine n'autorisent pas à facturer la position 7354.

5 Aucune indemnité de déplacement/temps ne peut être facturée pour les traitements ambulatoires et hospitaliers pratiqués dans un hôpital, une clinique, un home pour personnes âgées ou un établissement médico-social (conformément à la liste cantonale des homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux). »

8. a) Il convient d'admettre, sur la base de la position 7354 al. 5 du Tarif, qu'aucune indemnité de déplacement/temps ne peut être facturée pour un patient admis dans un EMS.

Cette disposition conventionnelle est claire et ne laisse en principe place à aucune autre interprétation. Il convient dès lors d'examiner s'il y a des raisons objectives en faveur d'une interprétation restrictive, dans le sens que cette exception au principe du droit à une indemnité de déplacement/temps ne s'applique que lorsque le physiothérapeute traite plusieurs patients dans le même établissement. Toutefois, dans la mesure où les parties à la convention peuvent le mieux apprécier ce qui est équitable et requis dans les circonstances concrètes auxquelles elles ont à faire face, le juge ne doit s'immiscer dans un tarif conventionnel qu'avec beaucoup de circonspection et en règle générale uniquement si l'application d'une position tarifaire désavantage ou favorise l'une des parties de manière manifestement contraire au droit ou si elle repose sur des considérations subjectives (ATF 125 V 101 p. 104 s. consid. 3c).

b) En l'occurrence, le demandeur fait implicitement valoir une violation du principe d'égalité de traitement, en arguant que le transfert de l'assuré dans un EMS doit être assimilé à un simple changement de domicile, de sorte qu'il ne se justifie pas de traiter un patient séjournant dans un EMS différemment que celui qui réside au domicile privé, pour autant que le patient est le seul patient du physiothérapeute dans l'EMS. Cette argumentation ne convainc guère, la situation étant précisément différente. En effet, un grand nombre de personnes séjournent dans un EMS et peuvent donc être traités au même endroit. Il se justifie par conséquent d'exiger le regroupement des séances de physiothérapie, ce qui peut être fait soit à l'initiative

de l'EMS, soit sur proposition d'un physiothérapeute de se mettre à la disposition de tous les patients de l'EMS. Le traitement groupé des patients pourrait alors être considéré comme un déplacement du cabinet à l'EMS.

Il convient en outre de relever que l'exception au droit de facturer le supplément pour les déplacements ne concerne pas seulement les patients en EMS, mais également les patients à l'hôpital et dans une clinique, ainsi que l'hippothérapie et toutes les thérapies de groupe, selon l'al. 4 de cette disposition.

c) La suppression de l'indemnité de déplacement/temps pour les patients séjournant dans un établissement hospitalier ou de personnes âgées doit également être jugée conforme au but visé, tel que défini à l'art. 43 al. 6 LAMal, selon lequel les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

d) Le demandeur semble faire valoir que l'absence d'une indemnité de déplacement/temps pour les traitements en EMS est contraire au droit du libre choix du patient entre les fournisseurs de prestations, lequel pourrait être entravé par le refus des physiothérapeutes de se déplacer dans un EMS et l'obligation de fait du patient de se faire soigner par le physiothérapeute intervenant pour tous les patients de l'EMS. Ce droit est consacré par l'art. 41 al. 1 LAMal, aux termes duquel, en cas de traitement ambulatoire, l'assuré a le libre choix entre les fournisseurs de prestations admis et aptes à traiter sa maladie. Or, en l'occurrence, ce principe n'est précisément pas applicable, s'agissant d'un traitement stationnaire (quant à la distinction entre traitement ambulatoire et stationnaire cf. ATF 127 V 409 p. 412 s. consid. 2c).

9. Se pose encore la question de savoir s'il y a lieu de procéder à une adaptation du contrat en application de la théorie de l'imprévision (*clausula rebus sic stantibus*).

a) En vertu de l'art. 2 du Code civil suisse, du 10 décembre 1907 (CC ; RS 210), le juge peut tenir compte de circonstances imprévisibles qui ont pour effet de rompre gravement l'équilibre contractuel, en mettant prématurément fin au contrat ou en l'adaptant aux nouvelles circonstances (ATF 99 II 366 consid. 3c p. 372; ATF 127 III 300 consid. 6b p. 307). L'intervention du juge présuppose que la modification de la situation ne fût ni prévisible ni évitable et que cette modification ait rompu si gravement l'équilibre entre la prestation et la contreprestation que le fait de se prévaloir du contrat doit être considéré comme une exploitation usuraire de la disproportion et ainsi comme un abus de droit manifeste (ATF 122 III 97 consid. 3a p. 98; ATF 127 III 300 consid. 5b p. 305 s.).

b) En l'occurrence, le demandeur fait valoir que la situation au moment de la signature de la convention tarifaire était différente, dès lors qu'à l'époque les EMS avaient des physiothérapeutes attirés qui disposaient également d'un cabinet au

sein de l'établissement, alors qu'aujourd'hui tel n'était plus le cas dans la plupart des EMS.

Toutefois, in casu, il n'y a pas lieu de faire appel à la théorie de l'imprévision, dès lors que la convention peut être résiliée par les parties aux échéances du 30 juin et au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de six mois, s'agissant de prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins, selon l'art. 10 al. 2 de la convention tarifaire. Les parties sont donc libres de mettre fin au contrat, ce que les physiothérapeutes ont du reste fait récemment. Tout au plus une adaptation du contrat par le juge pourrait être envisagée pendant la période du préavis et de l'année qui suit la résiliation, dès lors qu'en vertu de l'art. 10 al. 3 de la convention tarifaire, l'ancienne convention reste en vigueur provisoirement jusqu'à la conclusion d'une nouvelle, mais pour un an au plus. Cependant, à la période litigieuse, la convention tarifaire n'était pas encore résiliée.

En tout état de cause, indépendamment de la question de l'imprévisibilité de la modification, il ne peut être admis en l'espèce qu'il y a une disproportion grave entre la prestation du physiothérapeute intervenant dans un EMS et sa rémunération, en l'absence d'une indemnité de déplacement. En effet, comme exposé ci-dessus, les physiothérapeutes ont la possibilité de s'organiser en sorte que leurs déplacements dans un EMS soient limités au minimum, en proposant leurs services à tous les patients de l'établissement.

10. Cela étant, c'est à raison que la défenderesse a refusé d'indemniser le demandeur des frais de déplacement. Sa demande sera par conséquent rejetée.
11. La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 de la loi cantonal d'application de LAMal du 29 mai 1997- LaLAMal). Les frais du Tribunal, par 1'302 fr. 50 et un émolument de 100 fr., sont mis à charge du demandeur qui succombe.
12. La défenderesse conclut également à l'octroi de dépens. Toutefois, dès lors qu'elle s'est défendue en personne, une indemnité à ce titre n'a pas de raison d'être. En effet, ce n'est qu'à certaines conditions, non réalisées en l'espèce, que les dépens peuvent être octroyés en l'absence d'un mandataire (cf. à ce sujet ATF 110 V 134 consid. 4d).

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES:
Statuant

Préalablement :

1. Déboute la défenderesse en ce qu'elle conclut à la suspension de la procédure.

Principalement :

A la forme :

2. Déclare la demande recevable.

Au fond :

3. La rejette.
4. Met à la charge du demandeur un émolument de 100 fr. et les frais du Tribunal de 1'302 fr. 50.
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

Florence SCHMUTZ

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