

BGer 9C_128/2025 vom 12. September 2025

Bundesgericht, 2025-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_9C_128_2025

FR: TF 9C_128/2025 du 12 septembre 2025

IT: TF 9C_128/2025 del 12 settembre 2025

Erwägungen

E. 1

La désignation des parties a été adaptée d'office dans le rubrum, pour tenir compte des fusions ou des changements de nom des différentes caisses-maladie (cf. arrêt 9C_128/2022 du 25 juin 2025 consid. 1 et la référence).

E. 2

Le recours en matière de droit public peut être formé notamment pour violation du droit fédéral (art. 95 let. a LTF), que le Tribunal fédéral applique d'office (art. 106 al. 1 LTF), n'étant limité ni par les arguments de la partie recourante, ni par la motivation de l'autorité précédente. Le Tribunal fédéral fonde son raisonnement sur les faits retenus par la juridiction de première instance (art. 105 al. 1 LTF), sauf s'ils ont été établis de façon manifestement inexacte (c'est-à-dire arbitraire au sens de l' art. 9 Cst. ; ATF 150 II 346 consid. 1.6 et la référence) ou en violation du droit au sens de l' art. 95 LTF (art. 105 al. 2 LTF). En particulier, il n'entre pas en matière sur les critiques appellatoires portant sur l'état de fait ou l'appréciation des preuves (cf. ATF 148 V 366 consid. 3.3 et les références).

E. 3.1

Le litige porte sur le bien-fondé de l'obligation de la recourante de restituer aux caisses-maladie intimées le montant de 139'703 fr., en raison du non-respect des exigences relatives au caractère économique des prestations au sens de l' art. 56 al. 1 LAMal (RS 832.10) pendant l'année statistique 2016. À cet égard, l'arrêt entrepris expose de manière complète les dispositions légales applicables, singulièrement l' art. 56 LAMal (en lien avec les art. 25 al. 1 et 2 let. a et 32 al. 1 LAMal), dans leur version en vigueur au moment où se sont produits les faits juridiquement déterminants (ATF 146 V 364 consid. 7.1; 140 V 41 consid. 6.3.1), ainsi que les méthodes admises par la jurisprudence pour établir l'existence d'une polypragmasie en 2016 (ATF 150 V 129 consid. 4.2 et les références). Il suffit d'y renvoyer.

E. 3.2

On rappellera qu'il y a "polypragmasie" ("Überarztung", "polipragmasia") lorsqu'un fournisseur de prestations facture des montants à l'assurance obligatoire des soins qui excèdent ceux des traitements plus économiques qu'il aurait pu dispenser, ou que des positions tarifaires sont elles-mêmes cumulées de façon prohibée, car les prestations ne sont alors plus limitées à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal ; arrêt 9C_122/2023 du 23 août 2024 consid. 2.2 et la référence). Le constat de polypragmasie résulte de la mise en oeuvre de méthodes d'analyse spécifiques relatives à des périodes d'activité (ATF 144 V 79 consid. 5). Pour les médecins, avant l'introduction de la méthode de screening à partir de l'année statistique 2017, les méthodes statistiques et analytiques ou une combinaison de ces deux méthodes étaient admises pour établir

l'existence d'une polypragmasie (ATF 150 V 129 consid. 4.2). Si les tribunaux arbitraux restaient en principe libres de choisir la méthode d'examen, la préférence devait néanmoins être donnée à l'époque à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique qui était en règle générale appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens faisaient défaut (ATF 151 V 30 consid. 5.7; 136 V 415 consid. 6.2; arrêt 9C_485/2022 du 20 juin 2023 consid. 3.2 et les références). À partir de l'année statistique 2017, la méthode de screening vise à contrôler le caractère économique des prestations (art. 56 al. 6 LAMal ; ATF 150 V 129 consid. 4.3 et 4.4; arrêt 9C_795/2023 du 23 décembre 2024 consid. 5.2.2).

E. 4.1

Le tribunal arbitral a retenu que les statistiques des factureurs (Rechnungssteller-Statistik; RSS) produites par santésuisse, complétées par les données relatives aux caractéristiques du cabinet de la recourante, le détail anonymisé des coûts par fournisseur de prestations ainsi que les tableaux relatifs au groupe de comparaison, étaient suffisantes pour procéder à l'examen de l'économicité de la pratique de la recourante. Procédant à une comparaison des différents coûts de l'intéressée avec ceux du groupe de référence, il a constaté que les indices globaux (coûts directs) de la recourante (276 points) se révélaient sensiblement supérieurs à l'indice du groupe de comparaison (100 points), et excédaient largement la marge de tolérance généralement admise par la jurisprudence, fixée entre 120 et 130 points.

E. 4.2

Le tribunal arbitral a dès lors examiné si des particularités propres à la pratique de la recourante justifiaient de s'écarter de la marge de tolérance maximale (130 points) reconnue par la jurisprudence, ce qu'il a admis partiellement en la portant à 140 points.

E. 4.2.1

Il a d'abord relevé que l'indice du total des médicaments prescrits par la recourante était de 155, avec un coût par malade (pharmacie) de 155 fr. 64 (indice de 53), alors que les médecins du groupe de référence prescrivait en moyenne 357 médicaments, avec un coût par malade de 293 fr. 66 (155 fr. 64 x 100 / 53). Il existait dès lors une différence de 138 fr. 02 (293 fr. 66 - 155 fr. 64) par patient. Dans la mesure où la recourante avait traité 72 patients durant l'année statistique 2016, le tribunal arbitral a déduit des coûts directs de la recourante un montant de 9'937 fr. 44 (138 fr. 02 × 72), afin de tenir compte de cette particularité.

E. 4.2.2

Le tribunal arbitral a ensuite admis que la patientèle de la recourante présentait vraisemblablement des difficultés psychiatriques particulières (elle se composait notamment de personnes réfugiées de la guerre de V._____, majoritairement des femmes présentant des traumatismes complexes, ce qui ne manquait pas d'avoir un impact sur le traitement à dispenser et sur le nombre de consultations). Du reste, pour l'année statistique 2014, santésuisse avait reconnu que la pratique de la recourante comportait des particularités liées aux patients russophones fragilisés et à sa spécialisation dans la prise en charge des traumatismes. La recourante avait ainsi recours à des méthodes thérapeutiques particulières, notamment l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR, pour Eye movement desensitization and reprocessing), l'intégration du cycle de vie (ICV), les thérapies comportementales et cognitives [TCC], etc., qui nécessitaient un nombre plus élevé de consultations. En raison de la gravité des traumatismes subis par les

patients concernés, ces cas devaient majoritairement être qualifiés de "lourds". En revanche, l'argument de la recourante tenant à l'absence quasi totale d'hospitalisations psychiatriques parmi ses patients n'a pas été retenu par le tribunal arbitral comme une particularité pertinente. Aussi, le tribunal arbitral a estimé raisonnable l'octroi d'une marge de tolérance supplémentaire de 10 points au-delà de la marge ordinaire (120-130 points), mais a considéré que les particularités de la pratique de la recourante ne pouvaient pas expliquer un nombre de consultations 2,5 fois plus élevé que la moyenne du groupe de comparaison (1873 consultations en 2016). Dès lors, il a fixé le seuil de tolérance à 140 points.

E. 4.2.3

Enfin, le tribunal arbitral a examiné la question des garanties de prise en charge des coûts de la psychothérapie délivrées par les assureurs-maladie après 40 séances, conformément à l'art. 3b de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Celles-ci liaient l'assureur et devaient être exclues du calcul de la polypragmasie. À la suite de l'arrêt de renvoi 9C_180/2021 et 9C_194/2021 du 24 juin 2022, les caisses-maladie avaient produit les garanties pour l'année 2016. Le tribunal arbitral a jugé que, à une exception, il n'y avait aucune raison de dénier toute valeur probante aux documents fournis. La fiabilité de la réponse de la caisse-maladie Sanitas était toutefois douteuse concernant un patient. Selon la documentation fournie par Sanitas, ce patient avait bénéficié de 68 séances de psychothérapie en 2015, de sorte qu'il avait, toujours selon le tribunal arbitral, immanquablement déjà fait l'objet d'une garantie de prise en charge cette année-là, lorsque le maximum de 40 séances (au sens de l'art. 3b OPAS) avait été atteint. Il était ainsi vraisemblable que la garantie de prise en charge avait été prolongée en 2016, dès lors qu'il avait fait l'objet d'une prise en charge de 52 séances. Aussi, le tribunal arbitral a pris en considération le montant de 11'417 fr. facturé par la recourante pour ce patient à l'assurance obligatoire des soins dans sa globalité. Le montant total des garanties de prise en charge s'élevait à 58'710 fr., montant auquel il convenait donc d'ajouter la somme de 11'417 fr. Le tribunal arbitral a arrêté le total des coûts à exclure du contrôle de l'économicité au titre des garanties de prise en charge à 70'127 fr.

E. 4.3

Après ces ajustements, le tribunal arbitral a constaté que les coûts de la recourante demeuraient nettement supérieurs à ceux de son groupe de comparaison. Il a chiffré le montant excédentaire qui en résultait à 139'703 fr. Ce montant correspondait à la différence entre les coûts effectivement générés par la recourante en 2016 et ceux qui auraient été produits si sa pratique s'était située à l'intérieur de la marge de tolérance de 140 points, après déduction de la faible prescription de médicaments (9'937 fr.) et des garanties de prise en charge accordées par les caisses-maladie (70'127 fr.). Autrement dit, le tribunal arbitral a jugé que le montant de 139'703 fr. représentait le surcoût imputable à la recourante après corrections liées à ses particularités.

E. 5.1

Invoquant une violation des art. 29 Cst. et 6 CEDH, la recourante affirme tout d'abord que le tribunal arbitral s'est fondé sur des statistiques "inintelligibles" et "opaques". Elle soutient qu'elle a été privée des informations auxquelles elle pouvait légitimement prétendre. Les caisses-maladie intimées avaient produit en instance cantonale pêle-mêle des tableaux au format A3 sur 30 pages et dont il ne serait "pas possible de comprendre le sens et la portée".

D'abord, parce que ces tableaux, en allemand, ne seraient pas rédigés dans la langue de la procédure. Ensuite, car ces données n'avaient pas été communiquées sous une forme exploitable; les données semblant réparties sur plusieurs pages, sans que l'on puisse en être certain et sans que l'on connaisse l'intitulé des différentes lignes.

E. 5.2

Dans sa réponse, santésuisse affirme que l'ensemble des coûts utiles à la comparaison de la pratique de la recourante ressortaient des tableaux produits. Ces données permettaient d'obtenir les coûts moyens par patient, lesquels constituaient le critère déterminant. Les différentes rubriques, présentées sous forme de colonne, contenaient les données complètes des médecins du groupe de comparaison. Contrairement à ce que soutenait la recourante, les titres de ces rubriques étaient facilement compréhensibles. Quant aux données chiffrées, elles résultaient logiquement de la méthode statistique utilisée. Le fait que ces informations étaient présentées sur 30 pages au format A3 s'expliquait par le nombre élevé de médecins inclus dans le groupe de comparaison (491).

E. 5.3

En l'espèce, le tribunal arbitral a constaté sans arbitraire que santésuisse avait remis à la recourante l'ensemble des données nécessaires à la comparaison de ses coûts directs à la charge de l'assurance obligatoire des soins avec ceux des psychiatres du groupe de référence (statistique des factureurs du 17 juillet 2017 [Rechnungssteller-Statistik RSS], complétée par les données du "Datenpool" de SASIS SA et la liste nominative des psychiatres composant le groupe de référence). Dès lors, quoi qu'elle en dise, la recourante a eu accès à ses propres données et, sous une forme suffisante, à celles des médecins composant le groupe de comparaison (à ce sujet, voir ATF 136 V 415 consid. 6.3). Dans la mesure où les données de la psychiatre sont incluses dans les tableaux soumis par santésuisse, la recourante pouvait en outre aisément les comprendre et les confronter à celles des autres psychiatres du groupe de comparaison. La recourante n'expose du reste nullement quelles informations concrètes lui auraient fait défaut pour organiser utilement sa défense, le cas échéant en recourant aux conseils d'un spécialiste en traitement des données. S'agissant de la langue (allemande) des intitulés du "Datenpool" de SASIS SA, les dispositions auxquelles se réfère la recourante ne lui confèrent en tant que telles pas un droit absolu à la traduction des pièces versées au dossier par une partie (cf. ATF 131 V 35 consid. 3.3 et les références; arrêt 9C_259/2022 du 20 septembre 2022 consid. 5.2). Au demeurant, santésuisse avait rédigé en français les intitulés des tableaux dans sa statistique des factureurs du 17 juillet 2017 et la recourante se prévaut, par son conseil, de jurisprudences rédigées en allemand. Dès lors, pour autant que la recourante ait satisfait à son obligation de motiver, le grief doit être rejeté.

E. 6.1

Invoquant une violation des art. 56 et 59 LAMal, la recourante reproche au tribunal arbitral d'avoir fondé son examen sur la méthode statistique, alors que le groupe de comparaison n'était pas homogène, et sur une marge de tolérance insuffisante. Elle soutient qu'un nombre important de médecins pris en référence exerçaient une pratique fondamentalement différente de la sienne, de sorte que la comparaison des coûts moyens serait dépourvue de pertinence. Ainsi, elle exerçait exclusivement en cabinet privé, prescrivait 50 % de médicaments en moins que les praticiens du groupe de comparaison, aucun de ses patients n'avait été hospitalisé, et sa patientèle comprenait de nombreux réfugiés ou requérants

d'asile allophones souffrant de traumatismes complexes (liés aux conflits armés et à des violences physiques, psychiques et/ou sexuelles). Elle précise qu'elle recourait de plus à des approches thérapeutiques spécifiques (TCC, EMDR, Brainspotting, ICV) nécessitant des séances plus rapprochées et potentiellement plus longues en cas de crise, sans possibilité de déléguer les interventions de crise à des tiers (notamment des institutions) en raison de la barrière linguistique. À l'inverse, parmi les cinquante premiers noms de la liste des praticiens du groupe de comparaison, vingt praticiens auraient une pratique divergente de la sienne et aucun ne traiterait de traumatismes complexes de personnes réfugiées et/ou requérants d'asile allophones. Partant de ces particularités cumulées, elle estime arbitraire la marge de tolérance de "140 %" retenue et demande à ce qu'elle soit portée à "170 %" ($100\% + [30\% \times 2,5]$) afin de refléter fidèlement la spécificité de sa pratique.

E. 6.2

Dans leur réponse, les caisses-maladie font valoir que le groupe de comparaison est homogène. La pratique de la recourante présentait des caractéristiques similaires à celles des médecins appartenant au groupe de comparaison, la recourante n'ayant pas démontré qu'elle traitait une proportion plus élevée de cas particulièrement "lourds". Les formations suivies par la recourante ne pouvaient en outre être assimilées à des titres de spécialisation reconnus et sa maîtrise de la langue de sa patientèle ne saurait justifier, à elle seule, une intensité accrue de la pratique. S'agissant de la base statistique, les intimées allèguent que le coût moyen du groupe est déterminé sur l'ensemble des coûts et des patients, de sorte que le nombre de médecins ne jouerait aucun rôle. Sur la marge de tolérance, les caisses-maladie sont d'avis que le tribunal arbitral a relevé de manière injustifiée le plafond fixé par la jurisprudence de 130 à 140 points. L'absence d'hospitalisation parmi les patients de la recourante tendrait en effet plutôt à indiquer l'absence de cas "lourds". La liberté thérapeutique du médecin ne l'exonérerait enfin pas du respect des exigences en matière d'économicité, applicable uniformément indépendamment de l'approche thérapeutique choisie.

E. 7.1

En l'occurrence, quoi qu'en dise la recourante, l'élément déterminant pour la méthode statistique n'est pas l'identité parfaite des différentes prises en charge médicale, mais la similitude des caractéristiques essentielles. Or, comme l'a constaté sans arbitraire le tribunal arbitral, ces critères sont réunis. La recourante est une psychiatre généraliste. Dès lors, elle a été comparée à juste titre avec d'autres psychiatres genevois qui pratiquent dans des conditions semblables (même titre de spécialiste en psychiatrie, même zone géographique urbaine, même facturation tarifaire TARMED, etc.). Qu'il existe des différences au sein du groupe de comparaison est inhérent à tout collectif; ces différences relèvent non pas de la validité de la méthode, mais de la seconde étape de l'analyse, à savoir l'octroi, le cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance (ATF 150 V 129 consid. 4.1; 144 V 79 consid. 6). Cette marge de 20-30 % sert précisément à tenir compte des particularités et des différences entre médecins - qu'il appartient au médecin concerné d'alléguer et de prouver (ATF 150 V 129 consid. 4.1 et les références; arrêt K 83/05 du 4 décembre 2006 consid. 7) -, ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques, pour autant que ces particularités (p. ex. l'âge des patients) ne soient pas déjà intégrées dans la méthode appliquée. De tels éléments sont, par exemple, une proportion très élevée de patients suivis de longue date, un nombre de visites à domicile supérieur à la moyenne, une proportion significative de patients étrangers

ou encore l'absence d'une permanence destinée à la prise en charge des situations d'urgence (ATF 150 V 129 consid. 4.3.2 et la référence; arrêt K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.3, non publié in ATF 130 V 377). Aussi, s'agissant du refus de l'autorité précédente de mettre en oeuvre une expertise analytique, la recourante n'établit pas que sa patientèle se singulariserait au point de rendre impossible toute comparaison statistique avec le groupe de référence. Il n'y a pas lieu de s'écarter de la méthode choisie par le tribunal arbitral.

E. 7.2

L'autorité précédente a ensuite examiné l'ensemble des éléments invoqués par la recourante en faveur de ses coûts et en a retenu plusieurs, soit par une déduction chiffrée, soit par une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance. La recourante n'établit pas que la démarche suivie par l'autorité précédente respectivement méconnaîtrait ou excéderait son large pouvoir d'appréciation, ou aboutirait à un résultat insoutenable.

E. 7.2.1

La recourante reprend tout d'abord ses affirmations non documentées par des données objectives en instance cantonale selon lesquelles ses coûts étaient renchérissés en raison de la barrière de la langue, car elle ne pouvait pas déléguer ses patients à des tiers, notamment à des institutions. La maîtrise de la langue de la patientèle peut certainement faciliter l'alliance thérapeutique, la compréhension des symptômes et la continuité des soins. La recourante ne documente cependant ni l'indisponibilité d'interprètes dans les filières d'urgence et les structures partenaires, ni l'absence de coordination pluridisciplinaire possible (réseau asile, services de psychiatrie publique, etc.), ni l'inefficacité de ces relais. Le tribunal arbitral a par ailleurs rappelé à juste titre qu'il n'existait aucune donnée statistique relative aux coûts hospitaliers indirects, soit les hospitalisations évitées (ATF 144 V 79 consid. 6.3). La jurisprudence considère en revanche que la prise en charge des situations d'urgence a plutôt tendance à faire baisser les coûts du fournisseur de prestations par rapport à ceux des patients qui bénéficient d'un suivi de longue durée (ATF 150 V 129 consid. 4.3.2; arrêt K 152/98 du 18 octobre 1999 consid. 5e). Quoi qu'il en soit, dans la mesure où les affirmations de la recourante ne sont étayées par aucune donnée objective, on ne saurait la suivre lorsqu'elle affirme qu'il lui était impossible de déléguer ses patients à des tiers. Le tribunal arbitral a dès lors retenu sans arbitraire qu'une proportion significative de patients étrangers peut certes justifier des coûts plus élevés à la charge de l'assurance obligatoire des soins (consid. 7.1 supra), en en tenant compte dans la marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance, mais qu'elle ne pouvait pas justifier, à elle seule, l'écart de coûts résultant principalement d'un nombre de séances par patient sensiblement plus élevé (2,5×) que la moyenne du groupe de référence (s'agissant de la prise en compte d'une patientèle étrangère, voir arrêts 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 9.1; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 5.3). On cherche par ailleurs en vain dans le recours une quelconque explication concrète à ce sujet.

E. 7.2.2

La recourante allègue ensuite traiter des cas plus "lourds" que les psychiatres du groupe de référence, mais ne propose aucune quantification objective de ce surcroît de complexité (par ex. profil de morbidité, scores cliniques, besoins en interventions de crise, trajectoires de soins sur plusieurs années), ni ne relie ces éléments aux garanties de prise en charge pour l'année 2016 (cf. art. 3 ss OPAS). Ainsi, pour justifier une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance de 120 - 130, la recourante se limite à invoquer un amplificateur

arithmétique ($100 + [30 \times 2,5]$), qui confond la tolérance (exprimée en points d'indice) avec un multiplicateur de fréquence de séances ($2,5 \times$). Or la tolérance n'est pas un coefficient appliqué au volume de prestations, mais un indice-limite au-delà duquel la présomption de non-économité s'applique. On ne saurait dès lors suivre la recourante lorsqu'elle propose des majorations artificielles qui n'ont d'autre but que de vider la méthode statistique de sa substance. Porter l'indice-limite de 130 (140) à 170 points reviendrait par ailleurs à neutraliser, en l'espèce, sans justification objective tout excédent pour une proportion considérable de prestations non-économiques.

E. 7.2.3

S'agissant enfin des critiques de la recourante portant sur les psychiatres composant le groupe de référence qui auraient une pratique divergente (psychiatres pour enfants, sexologues, praticiens hospitaliers, médecins n'exerçant pas en cabinet privé, psychiatre à la retraite), la recourante n'établit pas que l'indice-limite de tolérance ne suffirait pas à tenir compte de ses particularités. On rappellera que l'indice repose sur un coût moyen par patient (ou par traitement; cf. ATF 135 V 237 consid. 4.6.4; arrêts 9C_166/2022 du 9 décembre 2024 consid. 8.1.3, destiné à publication; 9C_588/2022 du 26 septembre 2023 consid. 7.2). Dès lors, il neutralise l'effet de la taille de la patientèle, si bien que le nombre de patients, en tant que tel, n'est pas, à lui seul, déterminant. Le tribunal arbitral n'a ensuite pas nié l'existence des formations complémentaires suivies par la recourante (EMDR, ICV, "Brainspotting", TCC, etc.) et de sa spécialisation dans l'accompagnement des femmes venant du Caucase russe. Il a toutefois rappelé à juste titre que ces éléments ne pouvaient pas, en tant que tels, justifier une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance. Il eut appartenu à la recourante d'établir qu'elle avait effectivement mis en oeuvre ces méthodes auprès d'un nombre important de ses patients, que celles-ci avaient eu des effets objectivement mesurables sur les coûts moyens de l'année 2016 et d'expliquer pourquoi elles nécessitaient des frais supplémentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins, au-delà des garanties de paiement accordées par les caisses-maladie dans des cas particuliers. Or, dans son recours, la recourante ne prétend nullement avoir fourni de tels éléments en instance cantonale. Aussi, là encore, la recourante n'établit pas que le tribunal arbitral aurait versé dans l'arbitraire en intégrant ces différents éléments dans l'indice-limite de tolérance. En particulier, l'autorité précédente pouvait retenir à juste titre que la langue et la non-délégation invoquées ne commandaient pas en elles-mêmes une correction spécifique chiffrée, mais qu'elles avaient déjà été absorbées par l'octroi d'une marge de tolérance, précisément destinée à tenir compte de la spécificité de la patientèle et des modalités de prise en charge. Enfin, les intimées n'ont aucun intérêt juridiquement protégé à demander au Tribunal fédéral d'examiner si l'indice-limite pouvait effectivement être porté à 140 points, alors que la jurisprudence fixe une limite à 130 points, dans la mesure où elles n'ont pas formé un recours contre l'arrêt attaqué.

E. 7.3

En définitive, en ce qu'elle allègue que l'emploi de la méthode analytique s'imposait au vu des particularités de sa pratique, de sa patientèle, des soins prodigués et de l'organisation de sa pratique, la recourante ne développe aucune critique suffisante contre le résultat de l'appréciation des preuves opérée par la juridiction cantonale. La recourante n'établit en particulier pas que la solution retenue par le tribunal arbitral apparaîtrait arbitraire dans son résultat. Le tribunal arbitral a admis une déduction chiffrée là où une particularité est mesurable (9'937 fr. 44 pour la faible prescription de médicaments, 70'127 fr. pour les

garanties de couverture des caisses-maladie) et elle a accordé une majoration de la marge de tolérance là où la quantification stricte serait aléatoire ou disproportionnée. Il serait par ailleurs incohérent de déduire les prises en charge garanties par les caisses-maladie pour les cas les plus difficiles et, dans le même temps, d'augmenter de manière exorbitante la tolérance pour les mêmes phénomènes. Dans ces conditions, le reproche d'une prise en compte insuffisante des spécificités de la pratique est infondé. La demande de porter l'indice-limite à 170 points doit être écartée, faute de base factuelle et juridique convaincante.

E. 8

Mal fondé, le recours doit être rejeté. Le présent arrêt rend sans objet la requête d'effet suspensif.

E. 9

Vu l'issue du litige, la recourante supportera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF). Les caisses-maladie intimées n'ont pas droit à des dépens (art. 68 al. 3 LTF ; ATF 149 II 381 consid. 7.3).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.