

## **GE\_GERICHTE A/2005/2005 vom 12. Februar 2010**

GE Cour de justice, 2010-02-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2005\\_2005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2005_2005)

FR: GE\_GERICHTE A/2005/2005 du 12 février 2010

IT: GE\_GERICHTE A/2005/2005 del 12 febbraio 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.02.2010  
A/2005/2005

A/2005/2005 ATAS/139/2010 du 12.02.2010 ( ARBIT ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 06.04.2010, rendu le 27.12.2011, ADMIS, 9C\_260/2010 , 9C\_285/2010 En fait En droit Par ces motifs république et canton de genève POUVOIR JUDICIAIRE  
A/2005/2005 ATAS/139/2010 ARRET DU TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES  
Chambre 7 du 12 février 2010 En la cause AQUILANA CAISSE-MALADIE, sise Bruggerstrasse 46, BADEN ASSURA SA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY ATUPRI KRANKENKASSE, sise Zieglerstrasse 29, BERN CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS, sise Bundesplatz 15, LUZERN CSS VERSICHERUNG, sise Rösslinattstrasse 40, LUZERN E.G.K. GESUNDHEITSKASSE, sise Brislachstrasse 2, LAUFEN GALENOS ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise Militärstrasse 36, ZURICH GROUPE MUTUEL, sis rue du Nord 5, MARTIGNY HELSANA VERSICHERUNG AG, sise Zentraler Betreuungsdienst, ZURICH HOTELA CAISSE MALADIE-ACCIDENTS DE LA STE SUISSE DES HOTELIERS, sise rue de la Gare 18, MONTREUX INTRAS, sise rue Blavignac 10, CAROUGE OKK SCHWEIZ, sise rue Hans-Fries 2, FRIBOURG PHILOS CAISSE MALADIE ACCIDENTS, sise Riand-Bosson, TOLOCHENAZ PROVITA GESUNDHEITSVERISCHERUNG AG., sise Brunngasse 4, WINTERTHUR SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, sise Lagerstrasse 107, ZÜRICH SUPRA CAISSE-MALADIE, sise chemin de Primerose 35, LAUSANNE AQUILANA CAISSE-MALADIE, sise Bruggerstrasse 46, BADEN ASSURA SA - ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise avenue C.-F. Ramuz 70, PULLY ATUPRI KRANKENKASSE, sise Zieglerstrasse 29, BERN CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS, sise Bundesplatz 15, LUZERN CSS VERSICHERUNG, sise Rösslinattstrasse 40, LUZERN E.G.K. GESUNDHEITSKASSE, sise Brislachstrasse 2, LAUFEN GALENOS ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS, sise Militärstrasse 36, ZURICH INTRAS, sise rue Blavignac 10, CAROUGE KOLPING KRANKENKASSE AG, sise Ringstrasse 16, DUBENDORF KPT/CPT CAISSE-MALADIE, sise à BERN OKK SCHWEIZ, sise rue Hans-Fries 2, FRIBOURG SUPRA CAISSE-MALADIE, sise chemin de Primerose 35, LAUSANNE SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, sise Römerstrasse, 38, WINTERTHUR WINCARE VERSICHERUNGEN, sise Konradstrasse 14, WINTERTHUR Toutes représentées par Santéuisse et Me Mario-Dominique TORELLO demanderesses du groupe I demanderesse du groupe II contre Docteur P\_\_\_\_\_, domicilié rue du Rhône 65, GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LACHENAL Bernard défendeur EN FAIT Le Dr Luigi P\_\_\_\_\_ (ci-après : le médecin) est spécialiste FMH en dermatologie à Genève. Le médecin présentant un chiffre d'affaires en honoraires facturés

aux assureurs-maladie supérieur à 500'000 fr. et un indice des frais médicaux par assuré de plus de 150 par rapport à la moyenne de 100 de ses confrères de la même spécialité, il est convoqué par la Fédération genevoise des assureurs-maladie (FGAM) à une séance de la Commission mixte de l'Association des médecins genevois (AMG)/FGAM en date du 3 septembre 1998. Selon le procès-verbal de la même date relatif à cette séance, le médecin emploie quatre personnes en son cabinet. Il explique qu'il travaille énormément, à savoir de 6h à 22h, ainsi que le samedi de 6h à 18h et le dimanche de 10h à 12h. Il ne prend que deux semaines de vacances par année et consacre deux à trois semaines de son temps à la participation à des congrès. Il estime que sa capacité de travail est hors normes et qu'il pratique de nombreuses interventions au cabinet. Il reconnaît qu'il ne fait pas toujours, notamment lors de la première consultation, la distinction entre une consultation esthétique ou non. Il délègue très peu et essaie de maîtriser l'ensemble de son activité, y compris les pansements et les prises de sang. Il ne met pas à la charge des caisses-maladie les traitements esthétiques. Selon les statistiques-facteurs (ci-après : statistiques RSS) de l'association SantéSuisse, organisation faîtière des assureurs-maladie actifs dans le domaine de l'assurance-maladie sociale, le médecin présente en 2000 un indice des coûts directs par malade de 156, par rapport à la moyenne de 100 de ses confrères dans la même spécialité, et un indice des coûts directs et indirects de 159. En 2001, ces indices étaient de respectivement 173 et 170, en 2002 de 206 et 191, en 2003 de 214 et 203 et en 2004 de 152 et 167. Par courrier du 16 décembre 2002, SantéSuisse invite le médecin à lui indiquer les raisons de ses coûts par patient élevés. Par courrier non daté, le médecin répond, par l'intermédiaire de son épouse qui travaille également à l'institut esthétique FOREVER LASER INSTITUT SA et le cabinet de son mari, que le chiffre d'affaires plus élevé que la moyenne s'explique par ses horaires extrêmement chargés et la forte demande des patients. De par sa réputation, il se voyait confier des cas particulièrement complexes, dont le traitement chez ses confrères avait préalablement échoué. Il pratiquait également beaucoup de chirurgie, de sorte que son revenu par cas devrait plutôt être comparé à celui d'un chirurgien. Le 16 août 2004, SantéSuisse communique au médecin les statistiques RSS de 2000 à 2003. Elle le rend attentif au fait qu'elle peut lui demander la restitution d'une partie de ses honoraires et l'invite à lui faire part de ses éventuelles remarques au sujet de l'activité de son cabinet durant l'année 2003. Le 13 octobre 2004, la fiduciaire du médecin répond à SantéSuisse et lui expose que les coûts élevés s'expliquent notamment par une approche technologique sophistiquée, à savoir une plateforme laser très importante, qui permet de traiter des cas dermatologiques de problèmes pileux par épilation laser. Le fait que le nombre de patients traités ait diminué, alors que le coût par cas a augmenté pendant les années 2000 à 2003, est illustratif de cette spécialisation progressive sur des cas compliqués. Ainsi, une sélection progressive s'est effectuée naturellement dans sa clientèle, les patients venant essentiellement consulter le médecin pour des pathologies tumorales et des acnés sévères. Il traite également des angiomes plans de l'adulte étendus par traitement laser à colorant pulsé de dernière génération, parfois sous anesthésie générale, avec l'assistance d'un collègue médecin anesthésiste. Les coûts d'une telle approche pratiquée en ambulatoire sont largement inférieurs à ceux occasionnés lors d'une hospitalisation, mais très supérieurs à ceux d'un traitement plus classique, moins efficace et plus douloureux. Les coûts s'expliquent également par des consultations nécessitant une approche chirurgicale multiple, soit combinant en une seule intervention de nombreuses excisions. Pour les patients souffrant d'acné grave, il combine de multiples approches incluant des traitements médicamenteux lourds et nécessitant des contrôles de laboratoire très suivis, afin de

s'assurer de l'absence d'effets secondaires. Le 1<sup>er</sup> décembre 2004, le médecin est entendu à la Commission paritaire TARMED AMG/Santésuisse concernant les statistiques de 2003. A la question de savoir ce qu'il a entrepris pour corriger sa pratique, le médecin répond que, depuis 1998, tous les traitements esthétiques ont été sortis de sa facturation, ce qui a considérablement baissé son chiffre d'affaires LAMal. Le secrétaire général de Santésuisse attire son attention sur le fait que, parallèlement, son nombre de malades a également diminué. Le médecin précise à cet égard qu'il y a eu plus d'actes chirurgicaux, ce qui augmente nécessairement le coût par patient. Les Drs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ont une pratique comparable. Cependant, ils pratiquent en clinique. Le médecin indique en outre être le seul à avoir une salle d'opération, de sorte que tous les coûts sont dans son chiffre d'affaires, contrairement aux autres médecins. Son cabinet compte aujourd'hui 4,5 employés. Il est en outre le seul à posséder une plateforme laser. Le médecin relève enfin qu'en dermatologie, la limite de l'esthétique est difficile. Il fait toutefois une séparation totale du cabinet et de son institut esthétique. Par courrier du 9 décembre 2004, la Commission paritaire TARMED AMG/Santésuisse demande au médecin le détail des frais concernant l'utilisation de sa salle d'opération, afin de déduire de son chiffre d'affaires le montant concernant celle-ci. Le 1<sup>er</sup> mars 2005, le médecin communique ces renseignements à l'AMG. Il explique par ailleurs que ses patients sont adressés à sa société FOREVER LASER INSTITUT, chaque fois que des soins esthétiques doivent être entrepris. Cet institut a ses propres laser, mais met gracieusement à disposition ses appareils médicaux. Par courrier du 29 mars 2005, la Commission paritaire informe le médecin qu'elle a déduit de son chiffre d'affaires les coûts de la salle d'opération de 340'920 fr. En dépit de cette déduction, son coût à la charge de l'assurance obligatoire des soins demeure supérieur aux normes admises, même en admettant une marge supplémentaire de 30% pour prendre en compte les spécificités du cabinet. Ainsi, une demande en restitution d'honoraires peut être justifiée. Par courrier du 4 avril 2005, Santésuisse demande au médecin le remboursement de la somme de 150'263 fr. pour 2003 à titre d'honoraires perçus en trop en violation du principe d'économicité. Par courrier du 4 mai 2005 au conseil de Santésuisse, le médecin allègue que la présence d'un laboratoire au sein d'un cabinet peut justifier la constitution d'un groupe de comparaison statistique indépendant. En effet, l'utilisation d'un laboratoire d'analyse sanguine augmente considérablement le coût de sa pratique. Le coût du laboratoire est de 14'600 fr. Quant aux opérations, elles ont généré un coût de 141'250 fr. par an. Il relève également que les excisions et les traitements de psoriasis nécessitent de nombreuses consultations, de sorte que sa pratique se distingue dans une mesure importante de celle des autres dermatologues. Il refuse ainsi de donner suite à la demande de remboursement de Santésuisse et demande la reconsidération de son cas. Par demande déposée le 6 juin 2005, les assurances-maladie du groupe I mentionnées sur la page de garde, représentées par Santésuisse et par leur conseil, saisissent le Tribunal de céans d'une demande en paiement de la somme de 150'263 fr., sous suite de dépens, à l'encontre du médecin. Cette somme représente le coût de ses honoraires remboursés en 2003 par les assureurs-maladie dépassant le 130% de la moyenne des coûts par malade de son groupe. Les demanderesses estiment que les particularités du cabinet du défendeur sont déjà largement prises en compte dans la marge de 30% qu'elles ont appliquée, et par la déduction des frais de la salle d'opération. Il n'y avait par ailleurs pas lieu d'ajouter encore un supplément pour les frais découlant du laboratoire. Lors de l'audience du 1<sup>er</sup> juillet 2005, le Tribunal de céans constate l'échec de la tentative de conciliation des parties. A cette occasion, le défendeur répète que les frais relatifs au laboratoire devraient être déduits du

chiffre d'affaires déterminant. Les demanderesses désignent à cette audience Monsieur Jean-Pierre DESJACQUES comme arbitre. Par réponse du 9 septembre 2005, le défendeur conclut au rejet de la demande. Outre les arguments précédents, il relève que les assureurs lui ont régulièrement adressé des formulaires et questionnaires pour demander quels étaient le diagnostic et le type de soins prodigués. Suite à ces questionnaires, les patients étaient remboursés pour la plupart à 100%, dans quelques rares cas à 50% du tarif et, exceptionnellement, pas du tout. Il rappelle en outre qu'il s'est progressivement spécialisé dans la chirurgie et que de plus en plus de patients le consultent pour des actes chirurgicaux. Lui-même les sélectionne en fonction de ses compétences spécifiques. Il conserve ainsi les cas qui nécessitent des interventions chirurgicales et délègue les cas simples de consultation aux confrères, notamment au Dr SCOLARI. Un certain nombre de médecins lui délègue des patients requérant des interventions nécessitant son expertise. Les actes chirurgicaux ont augmenté de manière importante en 2003. En deux mois, il a pratiqué 178 excisions pour un coût de 123'654 fr. 55. Extrapolé sur douze mois, ce chiffre donne une moyenne de 1'068 patients ayant subi des traitements chirurgicaux pour un montant de 741'927 fr. 30. Il s'avère ainsi que le nombre des patients qui le consultent pour des interventions chirurgicales est supérieur au nombre moyen des patients des confrères, et le coût moyen de ces patients est plus élevé que le coût moyen de l'ensemble de ses patients. Sans les frais relatifs au traitement chirurgical, le coût total des 1'317 patients restant s'élève à 517'072 fr. 70, soit un coût moyen par patient de 392 fr. 60. Le défendeur explique en outre qu'il traite un grand nombre de patients souffrant de multiples cancers épidermiques récidivants, de scléroses tubéreuses de Bourneville, nécessitant la combinaison chirurgie-laser, de maladies de Reklinghausen, pour lesquelles il utilise un laser à CO2 ultrapulsé, un laser Erbium et un laser Nd:YAG normal, des sclérodermies et des pathologies nécessitant des traitements spécifiques et des lésions vasculaires (angiomes plans et autres). Ses patients viennent d'un peu partout en Suisse, sur recommandation d'autres médecins. Le défendeur se prévaut en outre de la prescription, en relevant que les demanderesses avaient eu connaissance des faits fondant une action en restitution dès la fin du mois de février 2004, dès lors que la livraison des données par les médecins a lieu chaque mois, de sorte que les statistiques sont disponibles au plus tard à la fin du mois de février de l'année suivante. Ainsi, la demande déposée en juin 2005 doit être déclarée prescrite. Par ailleurs, sa pratique étant très différente de celle de ses confrères, les statistiques RSS ne peuvent être utilisées. Selon toute vraisemblance, il est le dermatologue qui pratique de loin le plus d'interventions. Un grand nombre de cas de ses patients a été en outre examiné in concreto en appliquant la méthode analytique. Les assureurs ne sauraient remettre ces honoraires en question par la suite en usant de la méthode statistique. Si toutefois, celle-ci devait être utilisée, une marge de sécurité supplémentaire devrait être ajoutée pour tenir compte des particularités de son cabinet. Il y aurait notamment lieu de déduire les frais du laboratoire de 141'250 fr. Par courrier du 18 octobre 2005, le défendeur désigne le Dr Jacques-Alain WITZIG comme arbitre. Par courrier du 7 avril 2006, SantéSuisse, représentée par son conseil, informe le défendeur que, dans la mesure où son indice de coût direct par malade en 2004 est toujours largement supérieur à la moyenne de ses confrères, elle s'apprête à lui réclamer un trop-perçu de 133'297 fr. 70, tout en précisant qu'elle serait éventuellement disposée à prendre en compte le coût LAMal de la salle d'opération que le défendeur voudrait bien lui communiquer. Le 3 mai 2006, le défendeur informe SantéSuisse que le total des charges relatives à la salle d'opération s'élève à 344'964 fr. 86 en 2004, tout en rappelant qu'il dispose également d'un laboratoire et qu'il est disposé à en communiquer les coûts. Lors de

l'audience de comparution personnelle des parties du 3 mai 2006 devant le Tribunal de céans, Santésuisse explique ce qui suit: " Les statistiques ont été préparées le 4 juin 2004, comme cela est indiqué sur celles-ci. Nous avons ouvert action le 1er jour utile après le 4 juin 2005, soit le 6 suivant. Les caisses maladie envoient les données statistiques au pool des données (Datenpool) à Soleure. A une date déterminée les statistiques globales sont transmises au secrétariat de Santésuisse et aux caisses maladie. Je précise que les données nominales ne sont communiquées à qui de droit. La comparaison concrète des données avec les Docteurs A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, dermatologues, n'a pas été faite. Nous ne pouvons pas non plus vous communiquer les données concernant ces médecins, en raison de la protection des données." Quant au défendeur, il déclare ce qui suit: " Je n'ai pas fait plus tôt état des frais de laboratoire, dans la mesure où, dans un premier temps, la question centrale était plutôt celle des opérations que je pratique fréquemment. Lorsque j'ai reçu la lettre de Santésuisse me réclamant la restitution d'honoraires, j'ai essayé de comprendre ce qui pourrait encore mieux me différencier des autres dermatologues. Les examens en laboratoire servent surtout à faire des analyses de sang des patients qui prennent certains médicaments. En 2003, j'employais 4 employées et demie à 100%. Une personne était responsable à 100% de la salle d'opération, une du laboratoire, une de la réception, une aidait pour le traitement des enfants à 50% et une personne était engagée à 50% pour le nettoyage. Il manque un 50%. Je ne me rappelle plus quelle personne occupait ce dernier 50%. " Par courrier du 20 juin 2006, Santésuisse indique au défendeur que la Commission paritaire AMG/Santésuisse a accepté en 2005 de déduire les frais relatifs à la salle d'opération, sur la base des chiffres que le défendeur lui a communiqués et sans connaître les bases de calcul établissant les pourcentages de la répartition des charges entre la salle d'opération et les consultations, de sorte que les coûts pertinents LAMal n'avaient pas été établis de manière précise. Depuis l'entrée en vigueur de la tarification TARMED, les médecins facturent l'utilisation de la salle d'opération sur la base des positions tarifaires 35.0010 (prestation de base technique pour salle d'opération) et 35.0020 (réduction du prix de la facture, dans la mesure où la facturation de l'intervention elle-même prend déjà en compte la salle d'opération dans la prestation technique). Santésuisse informe le défendeur qu'elle n'est prête à prendre en considération les coûts de la salle d'opération qu'à condition qu'il lui fournisse les informations précises justifiant de tels coûts, en se fondant sur les positions TARMED précitées pour l'année 2004. Quant aux frais relatifs au laboratoire, elle n'est pas disposée à entrer en matière. Le 28 juin 2006, le Tribunal de céans entend le Dr I\_\_\_\_\_ en tant que témoin. Celui-ci déclare ce qui suit: "Je suis spécialiste en médecine interne et je pratique depuis 24 ans. J'ai été médecin-conseil de la Caisse genevoise d'assurance maladie, puis de la CONCORDIA pendant 20 ans, jusqu'en juin 2005. De 1995 à 2000, j'ai également été le médecin-conseil d'INTRAS. Pour ces caisses-maladie, je devais notamment contrôler le caractère économique des prestations facturées. On me soumettait 30 à 40 réponses par semaine données par des médecins aux questions posées par les caisses. J'ai dû contrôler beaucoup de petits cas du Dr P\_\_\_\_\_. Pour un dermatologue, il y a toujours la suspicion qu'il facture des soins esthétiques. Cependant, je n'ai jamais refusé le remboursement d'une facture du Dr P\_\_\_\_\_. J'ai toujours trouvé qu'elles étaient plutôt normales par rapport à d'autres dermatologues. Je n'ai jamais eu un cas du Dr P\_\_\_\_\_, pour lequel il ne remplissait pas les critères LAMal. Ses réponses aux questions posées étaient claires et franches. Le Dr P\_\_\_\_\_ a des appareils dans son cabinet dont d'autres dermatologues ne disposent pas. Il possède également un laboratoire et y fait des tests d'analyse, ce que d'autres

dermatologues ne font pas non plus. Le fait de posséder une salle d'opération, des appareils sophistiqués et un laboratoire distingue le Dr P\_\_\_\_\_ des autres dermatologues. Il a des cas pointus qui nécessitent des traitements particuliers et plus coûteux. Pas tous les dermatologues ne font des excisions à Genève. Il s'agit de la chirurgie et seulement la moitié environ des dermatologues en font. Les mélanomes ont augmenté énormément ces dernières années. Je ne suis dès lors pas étonné du nombre de 178 excisions pratiquées par le Dr P\_\_\_\_\_ en 2003. J'ai essentiellement contrôlé des cas individuels, en tant que médecin-conseil des caisses-maladie, mais non pas l'ensemble de la pratique d'un médecin. Je voyais environ 3 à 4 factures du Dr P\_\_\_\_\_ par semaine. Il était certainement le dermatologue le plus contrôlé, probablement pour des raisons de jalousie. Il fait une séparation très stricte entre les soins esthétiques et les soins pour maladie. De manière générale, je considère que la méthode statistique n'est pas le bon moyen pour contrôler le caractère économique de la pratique d'un médecin. Par ailleurs, je pense que cela vaut en particulier pour le Dr P\_\_\_\_\_, car il a trop de particularisme par rapport à ses confrères du même groupe. " Auditionné le même jour, le Dr K\_\_\_\_\_ fait la déclaration suivante: "Je suis spécialiste en dermatologie et vénéréologie. J'ai mon cabinet privé. Je pratique entre 3 et 6 excisions par jour à la charge de la LAMal dans mon cabinet. Je partage une salle d'opération avec un collègue. Je suis co-responsable du Centre laser de l'Hôpital de la Tour et je peux utiliser les appareils de ce centre pour les traitements et interventions chirurgicales. Je possède également avec un autre dermatologue deux lasers. Le Dr P\_\_\_\_\_ dispose d'appareils spéciaux, puissants et coûteux, tel qu'un laser CO2 et d'un laser vasculaire que je ne possède pas. Seulement 3 ou 4 dermatologues possèdent des lasers à Genève. A ma connaissance, il y a toutefois seulement le Dr A\_\_\_\_\_ qui a également un laser CO2 et vasculaire. Pour le traitement du condylome, il faut un laser CO2. Je ne peux pas prodiguer ce traitement dans mon cabinet et je donne alors aux patients une liste des établissements médicaux et médecins qui disposent du laser CO2. Je suis également le Président des dermatologues à Genève. A ce titre, je constate que la pratique des dermatologues est très hétérogène. 80% des dermatologues pratiquent à Genève la petite chirurgie (excisions de grains de beauté et de petites tumeurs). Mais seulement 7 ou 8 personnes opèrent des pathologies plus lourdes et ont une formation chirurgicale. Il y a une quarantaine de dermatologues à Genève. Je considère que les statistiques sont la moins mauvaise méthode pour comparer la pratique des différents médecins. Pour les dermatologues, il conviendrait de faire un sous-groupe avec ceux qui opèrent. Pour le nombre des opérations pratiquées, il conviendrait d'y faire figurer les Drs A\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et moi-même. Je ne peux pas pratiquer des anesthésies totales dans mon cabinet. Je suppose qu'il faut détenir le titre FMH en dermatologie et vénéréologie pour figurer dans le groupe des dermatologues de SantéSuisse. Pour pouvoir opérer dans son cabinet, il faut une salle d'opération et une personne qui la prépare et la nettoie. Il faut également une personne qui épaula le chirurgien pendant l'opération. Cela présuppose une infrastructure coûteuse et des salaires plus élevés. Je ne possède pas de laboratoire dans mon cabinet. Seule une petite minorité de dermatologue en possède un. Selon une étude d'économicité du Dr S\_\_\_\_\_ publiée dans la revue DERMATOLOGY en 2004, les opérations pratiquées dans un cabinet et les examens dans les laboratoires du cabinet sont moins coûteux que si ces interventions sont faites à l'extérieur. Les frais d'un cabinet de dermatologue qui opère sont plus élevés que ceux d'un dermatologue qui n'opère pas." Monsieur E\_\_\_\_\_ fait la déposition suivante à l'audience d'enquêtes susmentionnée: "Je suis le secrétaire général

de l'AMG. Nous n'avons aucune maîtrise sur l'établissement des statistiques de Santésuisse. Nous ne savons pas comment elles sont constituées. A ma connaissance, toutes les factures ne sont pas transmises à Santésuisse, notamment pas celles que le patient paye lui-même en raison de sa franchise. Le bureau de la neutralité des coûts a également constaté que les petites caisses ne transmettaient pas toujours les chiffres, ce qui peut aussi fausser les statistiques. Pour la formation des groupes de médecins de Santésuisse est déterminant le titre FMH. La moyenne des statistiques ne tient pas compte de la gravité des cas traités. L'âge des patients est mentionné dans les statistiques, mais n'est pas forcément relevant. L'âge n'est pas un facteur de pondération. Le diagnostic ne peut pas être décelé sur la base des statistiques. La marge de tolérance de 30% doit couvrir, selon Santésuisse les particularités d'un médecin. Mais j'estime qu'une marge complémentaire devrait pouvoir être ajoutée en fonction de la spécificité du cabinet. Pour les ophtalmologues par exemple, il s'avère que ceux qui opèrent coûtent trois fois plus cher que les autres. Dès qu'il y a une opération cela présuppose une visite pré et après opératoire. Le traitement est par conséquent automatiquement plus cher qu'une simple consultation. Lorsqu'un médecin ne dispose pas d'un laboratoire, la facture du laboratoire externe ne figure pas dans la facturation du médecin, donc dans ses coûts directs. A ma connaissance, les statistiques de Santésuisse ne sont pas vérifiées par un organisme neutre. Je confirme que j'ai bien signé la pièce n°58, chargé du demandeur. Je n'ai pas assisté à la séance de la Commission paritaire du 1er décembre 2004 (pièce n°59). J'ai également signé la lettre du 9 décembre 2004 (pièce n°60). Concernant la pièce n°64, l'AMG a effectivement donné son accord pour déduire de la facturation du Dr P \_\_\_\_\_ les frais relatifs à la salle d'opération et pour facturer la différence subsistant par rapport au coût moyen des autres médecins." Le Tribunal de céans procède le 28 juin 2006 également à l'audition de Monsieur G \_\_\_\_\_ à titre de renseignement, lequel déclare ce qui suit: "Je suis le chef des soins ambulatoires chez Santésuisse. Les statistiques sont élaborées par le Datenpool qui est dans un autre département, celui de la logistique. Moi-même, je dépends du département tarif-prix. Il est exact que les assurances-maladie ont déléguées le contrôle de l'économicité à Santésuisse. En principe, la comparaison se fait avec le groupe de médecins de sa spécialité. On peut toutefois tenir compte des coûts supplémentaires spécifiques. Il existe un concept qualité des données pour leur transmission, ainsi que les obligations des assureurs et de Santésuisse, pour assurer la fiabilité des statistiques. Une fois que Santésuisse reçoit les données, elle procède également à un contrôle de la validité des données. Elle a des contacts réguliers avec les assureurs. Les statistiques ne sont pas contrôlées par un autre organe. Les données sont en principe transmises par les assureurs une fois par mois. Au mois de mars de l'année suivante la livraison des données de l'année précédente est en principe complète. Par la suite, les statistiques sont établies durant les mois de mai et juin. Les statistiques finales ne sont disponibles généralement qu'en juillet. En 2004, les statistiques pour 2003 étaient prêtes le 4 juin 2004. Les statistiques sont terminées le même jour pour tous les médecins. Avant leur publication, elles font l'objet d'un contrôle. Il serait difficile d'établir le coût moyen par cas médical, car il est difficile de définir ce qui constitue un cas médical. Un médecin peut mettre sur une même facture plusieurs cas médicaux. En fait il s'agit d'une question de définition de la facturation." Monsieur J \_\_\_\_\_ est également entendu à titre de renseignement et fait la déclaration suivante: Je suis employé en tant qu'avocat respectivement consultant juridique chez Santésuisse. Je suis responsable pour les procédures d'économicité dans le canton de Berne. Les données sont transmises par les assureurs à Santésuisse. Il s'agit exclusivement des données concernant les traitements à la

charge de la LAMal. Pour établir le coût moyen par patient, la totalité des factures du médecin est divisée par le nombre de ses patients par an. Pour constituer les différents groupes de médecins, c'est le titre FMH qui est déterminant. Le coût moyen par patient d'un médecin est établi sur la base des données de tous les médecins de son groupe du canton concerné. On ne fait plus de différences aujourd'hui entre les médecins avec ou sans radiologie. Lorsque les patients consultent le même médecin plusieurs fois par an, le coût par patient est automatiquement plus élevé. Les indices de Santésuisse ne tiennent pas compte de la gravité du cas, de l'âge, du moins en 2003, et du sexe. Dans le canton de Berne, le Tribunal utilise une formule mathématique compliquée pour tenir compte de l'âge jusqu'à fin 2003. Les statistiques ne permettent pas de déceler les opérations effectuées par un médecin. La marge de tolérance de 30% est sensée couvrir la marge d'erreur inhérente à toute statistique et la liberté des traitements. Toutefois, on peut tenir compte des spécificités d'un médecin. Par exemple, si un orthopédiste fait des arthroscopies, les coûts y relatifs sont à prendre en considération à part. Il appartient au médecin d'apporter la preuve de ses spécificités. Les coûts y afférents sont déduits de la moyenne. On tient également compte du fait qu'un médecin possède une salle d'opération dans son cabinet. On ne tient pas compte des coûts relatifs au laboratoire. Car pour un médecin qui n'en possède pas, ces coûts apparaissent également dans les coûts indirects. Il est possible également de demander la restitution des coûts indirects, mais nous ne le demandons pas systématiquement. Dans les statistiques, sont uniquement prises en considération les factures envoyées aux caisses-maladie. Les factures réglées directement par les patients, en raison de la franchise, ne sont pas enregistrées dans les statistiques, à moins qu'elles aient été envoyées néanmoins à la caisse. 96% des coûts étaient enregistrés dans les statistiques en 2003. Jusqu'en juillet 2004, le groupe des dermatologues comprenait également les médecins spécialisés en angiologie (opération des varices). Il s'agit d'interventions coûteuses." Par courrier du 13 juillet 2006, le défendeur répond au courrier du 20 juin 2006 de Santésuisse, concernant les statistiques 2004, et lui demande de préciser quelles informations elle désire, sa requête n'étant pas claire. Le 25 juillet 2006, Santésuisse répond au défendeur qu'elle a accepté en 2005, dans un but de conciliation, les charges relatives à la salle d'opération, sans avoir exigé comment ces frais étaient répartis entre les prestations LAMal et les prestations de l'assurance complémentaire, ni entre interventions en salle d'opération et consultations. Par ailleurs, Santésuisse a appris que d'autres dermatologues genevois sont également équipés d'une salle d'opération. A cela s'ajoute que l'indice des statistiques ANOVA, utilisé depuis 2004, permet d'élargir le groupe de référence sur toute la Suisse et ainsi d'avoir un échantillonnage plus représentatif, dans lequel figurent de nombreux dermatologues dont le cabinet est également doté d'une salle d'opération. Or, l'indice ANOVA des coûts directs du défendeur est quasiment identique à l'indice RSS, à savoir de 150. Compte tenu de ces faits, Santésuisse n'est plus d'accord d'entrer en matière sur la déduction du coût de la salle d'opération. Il en va de même pour les frais de laboratoire du défendeur. De surcroît, il appert que le défendeur a réussi à baisser son indice à 114 en 2005, tout en disposant toujours d'une salle d'opération et d'un laboratoire, ce qui montre qu'il disposait d'une marge pour réduire ses coûts, afin de respecter le principe d'économicité. Par demande déposée le 28 juillet 2006, les assurances-maladie du groupe II mentionnées sur la page de garde, représentées par Santésuisse et son conseil, saisissent le Tribunal de céans d'une demande en paiement de la somme de 133'297 fr., sous suite de dépens, à l'encontre du médecin. Cette somme représente le coût de ses honoraires remboursés en 2004 par les assureurs-maladie dépassant le 130% de la moyenne des coûts par malade de son groupe.

Les demanderesse estiment que les particularités du cabinet du défendeur sont déjà largement prises en compte dans la marge de 30%. Elles relèvent que, selon les statistiques ANOVA, méthode développée depuis 2004, l'indice des coûts directs, des coûts des médicaments et des coûts totaux étaient en 2004 de respectivement 150, 228 et 162 par rapport à l'indice moyen de 100 des médecins de sa spécialité dans toute la Suisse. Cette méthode permet de prendre en compte des facteurs qui ont une influence significative sur les coûts moyens du fournisseur de prestations, soit la spécialité médicale du médecin, la structure d'âge et le sexe des patients et le niveau des coûts par canton. Les coûts moyens sont ensuite corrigés par la « méthode des moindres carrés » ou du « plus petit carré », afin d'obtenir des « coûts standardisés ». Chaque fournisseur de prestations est comparé à partir de ces coûts moyens corrigés aux médecins de la même spécialité et par rapport à un groupe témoin couvrant le territoire national. L'indice ANOVA est uniquement calculé pour les fournisseurs de prestations s'occupant de plus de 50 patients par an et facturant des coûts totaux de plus de 100'000 fr., ce qui permet d'optimiser l'homogénéité du groupe de comparaison. Les demanderesse se prévalent de ce que l'indice du défendeur a baissé en 2004 à 152. En ce qui concerne le fait qu'il pratique beaucoup d'interventions chirurgicales, il s'agit d'une caractéristique commune à de nombreux autres dermatologues. Quant à la salle d'opération, les demanderesse ne sont pas d'accord de déduire les frais de celle-ci du chiffre d'affaires déterminant pour 2004, dès lors que d'autres dermatologues disposent également d'une salle d'opération. Il n'est pas non plus le seul dermatologue à disposer d'un laboratoire. Les demanderesse relèvent aussi que, pour l'année statistique 2005, le défendeur a baissé son indice à 114, ce qui démontre que les particularités de son cabinet ne justifient pas une marge de tolérance supérieure. Par écritures du 15 septembre 2006, le défendeur persiste dans ses conclusions, dans le cadre de la première demande. En plus des arguments précédents, il relève que le montant retenu au titre du coût total par Santésuisse ne correspond pas au montants encaissés et qu'il a une perte sur débiteur pour l'année 2003 de 17'868 fr. Il cite par ailleurs la déposition du témoin I \_\_\_\_\_ à l'appui de ses dires, ainsi que celle du témoin K \_\_\_\_\_ en ce qui concerne le caractère non homogène du groupe de comparaison. Cependant, les médecins cités par le témoin K \_\_\_\_\_ comme ayant une pratique comparable ne pratiquent pas en cabinet privé, mais en clinique. De ce fait, la facturation du geste technique est effectuée par l'hôpital ou la clinique. Le défendeur est l'un des seuls dermatologues à pratiquer des interventions sous anesthésie générale en cabinet. Outre la salle d'opération munie d'un appareil Cardicap II, il dispose d'une salle de réveil agréée et accréditée par la Commission de parité, d'un défibrillateur Heartstart, ainsi que d'autres appareils nécessaires à la réanimation en cas de nécessité. Depuis une quinzaine d'année, il est en outre assisté d'un médecin anesthésiste. A l'appui de ses dires, il produit une attestation de celui-ci, selon laquelle il a pratiqué 135 actes techniques sous anesthésie générale durant l'année 2003 dans le cadre des prestations LAMal. Le coût des interventions est plus élevé que le coût d'une consultation ordinaire. Ainsi, le tarif en 2003 d'une intervention chirurgicale consistant en l'excision de tumeurs cutanées et sous-cutanées était facturée à la position 469 entre 89 et 1'111 points, selon la difficulté. A cela s'ajoutent les prestations liées à l'anesthésie (entre 33 et 556 points selon la difficulté du geste), les pansements et le matériel. Les frais de salle d'opération au cabinet représentent entre 56 et 150 points. En comparaison, une consultation ordinaire chez le médecin aux heures habituelles est fixée à 48 points. Le nombre de consultations nécessaires est également plus important, en cas d'intervention chirurgicale, les patients étant vus par le médecin au moins trois fois (avant l'intervention, lors de l'intervention et après l'intervention pour contrôler la

plaie ou enlever les fils et discuter le résultat des examens histologiques). Cela est confirmé par le témoin E\_\_\_\_\_. Les frais et charges relatifs à la salle d'opération sont également considérables, comme le confirme le témoin K\_\_\_\_\_. Monsieur J\_\_\_\_\_ a à cet égard admis que les statistiques ne permettaient pas d'appréhender les opérations effectuées par un médecin. Le témoin K\_\_\_\_\_ a confirmé que le défendeur fait partie des trois ou quatre dermatologues qui possèdent des lasers à Genève et qu'il est le seul à disposer d'un laser CO2 et d'un laser vasculaire. Or, le rapport entre un traitement laser et une consultation est de 11.1:1. Le défendeur expose ensuite les frais relatifs au laboratoire et leur répercussion sur les coûts, tout en relevant que pour un médecin qui ne possède pas de laboratoire, ces coûts apparaissent seulement dans les coûts indirects, ce qui est confirmé par les témoins E\_\_\_\_\_ et Monsieur J\_\_\_\_\_. Concernant les statistiques, il relève notamment que celles-ci ne tiennent pas compte des franchises. A cela s'ajoutent que certaines caisses-maladie ne transmettent pas leurs données. Les statistiques ne tiennent aucun compte de la gravité des cas traités, ni des cas où le médecin intervient à plusieurs reprises pour traiter des maladies différentes chez le même patient. Concernant l'année 2004, le défendeur allègue que l'introduction du TARMED le 1<sup>er</sup> janvier 2004 a vraisemblablement eu pour effet d'accélérer le processus de remboursement par les caisses-maladie des prestations effectuées durant 2003, et de concentrer ainsi sur cette année un plus grand nombre de remboursements. Santésuisse est en outre juge et partie, dans la mesure où elle fabrique les statistiques et met ensuite en cause les médecins, qui n'ont aucun moyen de les vérifier. Le défendeur ne s'explique par ailleurs pas comment Santésuisse peut constituer un groupe de comparaison avec 54 dermatologues en 2003, alors que 44 médecins dermatologues pratiquaient à titre privé à la charge de l'assurance-maladie, selon son analyse. Il souligne également qu'il avait 3'134 patients en 2003 et non pas 2'385, comme mentionné dans les statistiques RSS. Ces statistiques ne sont ainsi pas fiables. Si néanmoins il faut les appliquer, une marge de tolérance supplémentaire devrait être ajoutée. Il souligne que le calcul des frais par consultation indique une différence d'indice inférieure, dès lors que son coût de consultation représente 146% des frais de ses confrères. Enfin, le défendeur conteste la légitimation active des 16 parties demanderesses, alors que 82 assureurs participent au transfert de données. Il ne s'agit pas non plus de tous les assureurs qui ont opéré des remboursements de prestations pour ses patients. Les 16 parties demanderesses ne sauraient dès lors avoir qualité pour faire valoir l'ensemble des prétendues créances pécuniaires. Par mémoire après enquêtes du 19 septembre 2006, dans le cadre de la première demande déposée, les demanderesses persistent dans leurs conclusions. Elles se prévalent de nouveau de l'indice du défendeur de 114 en 2005 pour affirmer que les spécificités du cabinet ne justifient pas une marge supplémentaire à la marge de tolérance de 30%. Concernant le témoin I\_\_\_\_\_, elles soulignent la grande subjectivité de celui-ci, dès lors qu'il a déclaré que la méthode statistique n'était pas le bon moyen pour contrôler le caractère économique d'un médecin et que cela valait en particulier pour le défendeur. De l'avis des demanderesses, cette déclaration enlève toute crédibilité à ce témoignage. En outre, ce témoin a admis avoir essentiellement contrôlé des cas individuels, mais non pas l'ensemble de la pratique. En ce qui concerne le témoin E\_\_\_\_\_, les demanderesses relèvent qu'il résulte de sa déposition que les représentants des médecins eux-mêmes ont admis la légitimité des prétentions de Santésuisse à l'égard du défendeur après déduction des frais relatifs à la salle d'opération. Quant aux dépositions des Messieurs G\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, elles corroborent les explications données par les demanderesses. Celles-ci constatent en outre,

même en enlevant du chiffre d'affaires déterminant en 2003 le coût des interventions chirurgicales, l'indice du défendeur reste toujours environ 60% plus élevé que la moyenne de son groupe statistique. Cependant, cette façon de faire n'est pas admissible, d'autres dermatologues pratiquant également la chirurgie. Ainsi, le témoin K\_\_\_\_\_ a expliqué que 80% des dermatologues genevois pratiquent la petite chirurgie, ce qui représente un quart des dermatologues pratiquant à Genève. Enfin, les demanderesses renoncent aux intérêts moratoires. Lors de l'audience de conciliation du 27 septembre 2006 dans le cadre de la seconde demande déposée, le défendeur conteste la compétence du Tribunal de céans en tant qu'autorité de conciliation. A cette occasion, il déclare en outre ce qui suit: " Dès le premier janvier 2004, la tarification a totalement changé. La valeur de la consultation a augmenté, mais celle des gestes techniques a baissé. Ceci explique que mon indice par rapport au coût moyen du cas établi par les statistiques de SANTESUISSE a baissé. Il n'y a pas d'autre explication pour la diminution de mon chiffre d'affaires. Je reproche à SANTESUISSE d'avoir mélangé dans les statistiques 2004 des factures reçues par les caisses au mois d'avril 2003 avec celles reçues en 2004. Différentes tarifications sont dès lors mélangées dans les statistiques 2004. Je suis inscrit au Pool des statistiques CTESIAs; il s'agit de statistiques parallèles établies par la FMH. " Par décision incidente du 18 décembre 2006, le Tribunal de céans rejette l'exception d'incompétence en matière de conciliation. Le 18 avril 2007, le Tribunal de céans procède, dans le cadre de la seconde demande déposée, à une tentative de conciliation des parties qui échoue. Le 20 septembre 2007, le défendeur se détermine sur la seconde demande et conclut à son rejet, sous suite de dépens. Préalablement, il demande que la production de la liste des 47 dermatologues composant le groupe de référence, ainsi que des chiffres permettant de mesurer les écarts statistiques entre les différents médecins du groupe de dermatologues pratiquants à Genève soient ordonnée. Il fait valoir que le droit de réclamer la restitution est prescrit et soulève l'absence de légitimation acquise de 14 caisses-maladies demanderesses du groupe II, dès lors que 82 assureurs participent au transfert des données. En 2004, il a par ailleurs traité 3083 patients au lieu de 2632 comme indiqué dans les statistiques de Santésuisse. Son chiffre d'affaires était de 729'622 fr. au lieu de 920'950 fr. comme mentionné dans les statistiques de Santésuisse. Ainsi, le coût moyen par patient en 2004 n'était que de 236 fr. S'agissant de la baisse de son indice en 2005, il explique que celle-ci est également due à une modification de sa pratique. En effet, en raison des difficultés rencontrées avec Santésuisse, il a renoncé en partie à son activité chirurgicale. S'agissant du refus des demanderesses d'admettre une déduction des coûts liés à la salle d'opération, le défendeur y voit une violation du principe de la bonne foi. Il relève à cet égard que la restitution des honoraires doit être précédée d'un avertissement, selon la loi. Ainsi, il est interdit aux caisses-maladies de modifier d'une année à l'autre et sans avertissement la pratique adoptée à l'égard d'un médecin. Or, le 7 avril 2006, Santésuisse a indiqué qu'elle était disposée à prendre en compte le coût LAMal de la salle d'opération comme en 2003. Trois jours avant de déposer sa seconde demande, elle est revenue sur cette position. Pour le surplus, le défendeur reprend ses arguments précédents. Dans leur réplique du 23 novembre 2007, les demanderesses persistent dans leurs conclusions, dans le cadre de la seconde demande. En plus des arguments précédents, elles relèvent, concernant la salle d'opération, que la facturation de l'intervention elle-même prend déjà en compte cette salle dans la prestation technique, depuis l'entrée en vigueur du TARMED en 2004. Cela explique que les coûts relatifs à cette salle ne peuvent plus être pris en compte pour cette année. Elles estiment par ailleurs que le principe de la bonne foi n'a pas été violé, dès lors qu'elle n'a jamais donné

une assurance concrète à ce sujet. En outre, le défendeur aurait dû justifier le coût de la salle d'opération uniquement pour les prestations à la charge de la LAMal, dans la mesure où elle sert aussi à des interventions à la charge des assurances complémentaires. Dans sa duplique du 8 janvier 2008, le défendeur persiste dans ses conclusions. En plus des arguments précédemment relevés, il fait observer qu'il appartient aux demanderesse d'établir la réalité des faits qu'elles allèguent. Or, elles n'ont pas expliqué comment elles ont formé un groupe de 54 dermatologues en 2003, puis un groupe de 47 en 2004, alors que la direction de la santé ne décompte que 35 dermatologues indépendants pour les années 2003 et 2004. Le 18 avril 2008, le Tribunal de céans ordonne la jonction des deux demandes déposées à l'encontre du défendeur sous le numéro de procédure A/2005/2005. Faisant suite à une demande du Tribunal de céans, le défendeur lui remet, en annexe à son courrier du 25 août 2008, la documentation établissant son chiffre d'affaires relatif aux honoraires facturés à la charge de la LAMal pour les années 2003 et 2004. Le chiffre d'affaires s'élève à 1'246'651 fr. pour 2003. Le défendeur relève qu'il n'y a ainsi pas d'écart entre ce chiffre et celui sortant des statistiques de Santésuisse pour 2003. Pour 2004, il ressort des statistiques Ctésias un chiffre d'affaires de 821'707 fr. 57 et des statistiques pour les traitements médicaux de la caisse des médecins un chiffre d'affaires de 813'644 fr. 85. Ces deux statistiques ne révèlent donc pas non plus une différence significative. Toutefois, selon les statistiques Ctésias, le défendeur a traité 3'083 patients en 2004, ce qui donne un coût par patient de 266 fr. 50, et selon les statistiques de la caisse des médecins 3'331 patients, établissant le coût par patient à 244 fr. 20. La différence entre ces deux statistiques est vraisemblablement due à des difficultés de saisie. Le défendeur relève à cet égard que les statistiques 2004 de Santésuisse font état d'un nombre de patients largement inférieur à celui ressortant des statistiques Ctésias et de la Caisse des médecins. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les statistiques de Santésuisse ne font pas état des factures de patients qui, en raison des franchises, n'envoient pas les factures pour remboursement aux assurances. Concernant les statistiques 2004, elles incluent en outre des prestations effectuées en 2003 et facturées selon l'ancien tarif, sous l'empire duquel le coût des actes techniques était beaucoup plus élevé. Par écritures du 25 août 2008, en réponse à la demande de renseignements du Tribunal de céans, les demanderesse font observer que la liste des patients du défendeur, avec indication de l'assureur-maladie, n'est pas actualisée et comprend des caisses-maladie qui n'existent plus et qui ne pratiquent pas l'assurance obligatoire des soins. De surcroît, le Tribunal fédéral n'a jamais exigé que l'intégralité des caisses-maladies ayant remboursé des factures doit obligatoirement prendre part à la procédure. Le nombre des assureurs-maladie qui participent à une procédure judiciaire peut varier d'une année à l'autre, indépendamment du mandat confié à l'interne, notamment lorsque l'assureur n'a pas adressé l'exemple de facture nécessaire pour démontrer sa légitimation active. Cela est le cas d'HELSANA qui fait partie des demanderesse en 2003, mais non pas en 2004, alors même qu'elle a remboursé pendant cette année-là des prestations pour 178 patients. Les demanderesse produisent enfin les tableaux détaillés pour les années 2003 et 2004 pour les assureurs-maladie ayant remboursé des prestations aux patients du défendeur. Par courrier du 17 octobre 2008, le défendeur se détermine sur les nouvelles pièces produites. Il relève que, parmi les demanderesse de la première demande, figure le Groupe mutuel, sans mention des différentes caisses-maladie composant cette fédération, et estime que cela est contraire à la jurisprudence en la matière. Les caisses-maladie membres de ce groupe ne sauraient dès lors être considérées comme parties à la procédure. Il constate par ailleurs que les caisses-maladie demanderesse, à l'exclusion du Groupe mutuel, ont versé en 2003 62,7

% du montant total payé par l'ensemble des caisses-maladie. Sur la base des 1'496 patients des demanderesse, il y a un coût moyen de 246 fr. par patient. Le coût total dépassant les 130 % du coût moyen s'élève à 93'811 fr. dont il convient encore de déduire les prestations admises par les assureurs d'un montant de 30'327 fr., ainsi que 62,7 % de la perte sur débiteurs, soit 11'203 fr. Toutefois, le défendeur persiste à contester l'application des statistiques. Concernant l'année 2004, il relève que, parmi les caisses-maladie demanderesse du groupe II, seules cinq ont établi leur qualité pour agir et qu'elles ont remboursé en cette année-là la somme de 94'765 fr. pour 268 patients. Compte tenu d'un coût moyen de 230 fr. 20, la différence entre 130 % de celui-ci et le coût moyen des patients du défendeur est de 13'563 fr. 32. En tenant compte des 14 caisses-maladie demanderesse du groupe II, la différence s'élève à 49'521 fr. Pour le surplus, le défendeur reprend ses anciens arguments. Par écritures du 9 octobre 2009, les demanderesse précisent, à la demande du Tribunal de céans, qu'elles ont déjà produit 46 fiches statistiques anonymisées des médecins auxquels le défendeur a été comparé en 2004. Elles donnent par ailleurs des informations sur les assureurs-maladie qui ont remboursé des prestations au défendeur en 2003 et en 2004. Le 27 octobre 2009, les demanderesse produisent la liste nominative des médecins composant le groupe de comparaison des dermatologues dans le canton de Genève en 2003 et en 2004, ainsi que les coûts anonymisés par médecin des groupes de comparaison des dermatologues en 2003 et 2004. Le 20 novembre 2009, le défendeur se détermine sur ces nouvelles pièces. Il relève que, dans le groupe de comparaison afférent à l'année 2003, figurent deux médecins décédés en 2000 et en 2001, six médecins qui ont cessé toute activité professionnelle entre 1997 et 2000, un médecin qui a pris congé pendant les années 2000 à 2007, deux médecins qui ne se sont installés comme indépendants qu'au cours de l'année 2006 et un médecin qui travaillait pour l'essentiel à Nyon depuis 2002. Il considère dès lors que ces douze médecins ne peuvent faire partie du groupe de comparaison. En tout état de cause, il répète que les particularités de sa pratique font qu'il ne saurait être comparé aux dermatologues de la place. Les médecins dermatologues qui opèrent le font au moins en partie dans le contexte de cliniques privées et seul un médecin du groupe, le Dr L \_\_\_\_\_, réalise des interventions chirurgicales sous anesthésie générale au cabinet médical. Concernant le groupe de comparaison pour 2004, le défendeur relève qu'un médecin est décédé et que trois médecins ont cessé leur activité entre 1996 et 2000. Un médecin travaillait essentiellement à Nyon et un autre avait cessé toute activité fin 2003. Il ressort par ailleurs des statistiques anonymisées produites pour ces médecins qu'il est comparé à deux médecins qui n'ont eu qu'un seul patient en 2004, un médecin qui a eu successivement 29 patients en 2003, puis 8 patients en 2004, un médecin qui a eu 30 patients par an en 2004, à savoir trois patients par mois, un médecin qui a 34 patients par an, soit un peu plus que deux patients par mois, et un médecin qui a eu une dizaine de patients par mois. L'activité de tels médecins est manifestement une activité accessoire, selon le défendeur. Il se détermine ensuite sur les assureurs-maladie qui ont remboursé des prestations pendant les années en cause. Sur la base du courrier des demanderesse du 9 octobre 2009, il constate que la caisse-maladie HOTELA n'a remboursé aucune prestation pour ses patients en 2003. Il y a dès lors lieu de la débouter de ses conclusions, sous suite de dépens. Il en va de même de EGK CAISSE DE SANTE. En outre, ÖKK LANDQUART et ÖKK BALE ne sont pas parties à la procédure. Les caisses parties à la procédure n'ont justifié avoir remboursé que la somme de 789'832 fr. De cette somme doivent être déduites les prestations admises par les assurances, selon la jurisprudence en la matière. A cet égard, le défendeur relève que le Dr I \_\_\_\_\_ de la CAISSE GENEVOISE

D'ASSURANCE-MALADIE, de la CONCORDIA et d'INTRAS, a contrôlé chaque semaine trois à quatre de ses factures et n'en a jamais refusé le remboursement. Partant, les prétentions de CONCORDIA et d'INTRAS doivent être rejetées. Le défendeur critique ensuite le groupe de comparaison, dès lors que seuls sept à huit dermatologues du groupe opèrent des pathologies lourdes et peuvent être considérés comme ayant une activité comparable. Il s'agit des Drs B\_\_\_\_\_, A\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Ces dermatologues externalisent, du moins en partie, les coûts et les charges de la pratique chirurgicale ou des traitements laser. Concernant l'année 2004, le défendeur relève que EGK n'a remboursé aucune prestation pour les patients du défendeur, de sorte qu'elle doit être déboutée de ses conclusions sous suite de dépens. Quant à ÖKK SCHWEIZ, elle est partie à la procédure, mais ses prétentions sont répertoriées sous le nom de VIVAO SYMPANY dans le tableau des prestations remboursées. ÖKK LANDQUART et ÖKK BALE ne sont pas parties à la procédure. Le défendeur constate que les caisses-maladie parties à la procédure ont remboursé en 2004 446'409 fr.. De cette somme, il y a également lieu de déduire les prestations de CONCORDIA et d'INTRAS, dans la mesure où ces caisses les ont admises. Enfin, le défendeur conclut à ce que Santéuisse produise les chiffres relatifs au sous-groupe des dermatologues ayant une activité comparable à la sienne. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). b) En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations du défendeur, au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) 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 ratione loci, dans la mesure où le cabinet du défendeur y est installé à titre permanent. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Les demandes des demanderesse respectent les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10). Leurs demandes sont dès lors recevables. L'objet du litige est la question de savoir si la pratique du défendeur en 2003 et en 2004 respecte le principe de l'économicité. 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. a) Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Le même délai s'applique aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 579 p. 582 consid. 4.1). Il s'agit d'une question qui doit être examinée d'office par le juge saisi d'une demande de restitution (ATFA non publié du 24 avril 2003, cause K 9/00, consid. 2). Avant l'entrée en vigueur de la LPGA en date du 1 er janvier 2003, l'art. 47 al. 2

de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (ci-après LAVS) était applicable par analogie pour ce qui concerne la prescription des prétentions en restitution, selon la jurisprudence (ATF 103 V 153 , consid. 3). Cette disposition avait la même teneur que l'art. 25 al. 2 LPGA, de sorte que l'ancienne jurisprudence concernant la prescription reste valable. Selon celle-ci, les délais de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 119 V 433 , consid. 3a). L'expiration de ce délai est empêché lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande, dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques, par devant l'organe conventionnel, l'instance de conciliation légale ou le Tribunal arbitral (RAMA 2003, p. 218, consid. 2.2.1). Le délai commence à courir au moment où les statistiques déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (ATFA non publié du 16 juin 2004, cause K 124/03, consid. 5.2). Il convient à cet égard de préciser que le Tribunal fédéral a récemment jugé qu'il n'était 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). b) En l'espèce, les statistiques de Santésuisse concernant l'année 2003 ont été portées à la connaissance des demanderesses au plus tôt le 4 juin 2004, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur ces statistiques. Le défendeur n'a en effet pas produit de pièces établissant une publication antérieure de celles-ci. Selon l'art. 20 al. 3 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit. Dans la mesure où le délai d'un an arrive in casu à échéance le 4 juin 2005, lequel est un samedi, il est reporté au lundi 6 juin suivant. Ainsi, la demande déposée le 6 juin 2005 a été introduite à temps. En 2004, les statistiques de Santésuisse ont été établies le 28 juillet 2005, selon la date qui figure sur celles-ci. Par conséquent, la seconde demande déposée le 28 juillet 2006 respecte également le délai légal d'une année. Il s'ensuit que les prétentions des demanderesses ne sont pas périmées. Conformément à l'art. 56 al. 2 let. b LAMal, les assureurs dans le système du tiers payant ont qualité pour demander la restitution. 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. a) En l'espèce, il convient de constater, concernant l'année 2003, que les caisses HOTELA et EGK Caisse de santé n'ont remboursé aucune prestation pour les patients du défendeur. Elles doivent dès lors être déboutées de leurs demandes concernant 2003. S'agissant des caisses-maladie faisant parties du Groupe mutuel, elles ne sont pas mentionnées nommément en tant que demanderesses, la première demande indiquant uniquement leur fédération. La prétention appartenant aux assureurs-maladie, l'indication du seul Groupe mutuel est cependant insuffisant. Celui-ci sera par conséquent également

débouté de sa demande. Il appert en outre que bon nombre de caisses ont remboursé des prestations pour les patients du défendeur en 2003, alors qu'elles ne figurent pas parmi les demanderesses du groupe I. Ces dernières ne sauraient dès lors réclamer la restitution de la totalité de la somme éventuellement facturée en violation du principe de l'économicité. Il résulte du tableau relatif aux assureurs-maladie ayant remboursé des prestations en 2003 (pièce 97 demanderesses) que les demanderesses du groupe I, à l'exception d'HOTELA, d'EGK Caisse de santé et du Groupe mutuel, ont remboursé 797'733 fr. (frais médicaux et médicaments au cabinet) sur un total remboursé de 1'259'828 fr., ce qui représente 63,32% du total. Elles n'ont ainsi la légitimation active que pour réclamer ce pourcentage de la somme éventuellement due en raison d'une polypragmasie. b) En ce qui concerne l'année 2004, le Tribunal de céans laissera ouverte la question de la qualité pour agir des demanderesses du groupe II, au vu des considérations qui suivent (cf. infra consid. 16). a) Pour établir l'existence d'une polypragmasie, le Tribunal fédéral des assurances admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 119 V 453 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377, ATF 98 V 198). b) La méthode statistique consiste à comparer la statistique des frais moyens de traitement auprès du médecin en cause avec celle concernant les traitements auprès d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables, à condition que la comparaison s'étende sur une période assez longue et que les éléments statistiques soient rassemblés d'une manière analogue. Une polypragmasie doit être admise lorsqu'un nombre considérable de notes d'honoraires émises par un médecin à une caisse-maladie est en moyenne sensiblement plus élevé que celles d'autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable, alors qu'aucune circonstance particulière le justifie (ATF 119 V 453 consid. 4b). Il y a toutefois lieu de tenir systématiquement compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 454 consid. 4c in fine), ainsi que le cas échéant d'une marge supplémentaire (RAMA 1988 K 761, p. 92 consid. 4c ; SVR 2001 KV n° 19, p. 52 consid. 4b). La marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130, afin de ne pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 (consid. 6.1 non publié de l'ATF 130 V 377). c) Lorsque l'existence de particularités du cabinet médical est établie, la jurisprudence admet l'utilisation de deux méthodes. La première consiste à ajouter un pourcentage supplémentaire à la marge de tolérance admise. Il est cependant également possible de déterminer les particularités spécifiques et de les quantifier, puis de déduire le montant ainsi déterminé des coûts directs totaux du cabinet médical, tels qu'ils résultent des statistiques RSS (ATF non publié du 30 juillet 2001, cause K 50/00, consid. 4b/bb et les références y citées). A cet égard, il n'est pas nécessaire de contrôler toutes les positions de l'ensemble des factures du groupe des patients pour lesquels un surcoût est allégué (ATF précité, consid. 5a; ATF 119 V 453, consid. 4b). d) Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral des assurances, il convient de prendre en considération pour l'examen de l'économicité l'indice de l'ensemble des coûts, à savoir aussi bien les coûts de traitement directs que de traitements indirects (coût des médicaments et autres coûts médicaux occasionnés par le médecin auprès d'autres fournisseurs de prestations), lorsque l'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). En l'occurrence, le défendeur conteste l'utilisation des statistiques de Santésuisse en ce qui le concerne. En premier lieu, il met en cause leur fiabilité. La valeur probante des statistiques établies par Santésuisse a été cependant expressément reconnue par le Tribunal fédéral des assurances. Notre Haute Cour a ainsi jugé que seules les statistiques RSS fournissaient les données qui permettaient une comparaison valable entre les différents fournisseurs de prestations et ainsi de se prononcer sur le respect ou la violation du principe de l'économicité (ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03, consid. 6.4.2). De surcroît, la jurisprudence a développé des moyens pour compenser les défauts des statistiques RSS (ATFA non publié du 18 mai 2004, K 150/03, consid. 6.4.1). Quant au fait que les chiffres de ces statistiques ne coïncideraient in casu pas avec les chiffres réels du cabinet du défendeur pour les années 2003 et 2004, s'agissant du chiffre d'affaires et du nombre de ses patients, il est à relever que cette différence de chiffres ne constitue pas un indice pour une erreur dans les statistiques, dès lors que celles-ci ne sont pas établies sur la base du chiffre d'affaires du cabinet de l'année en cause, ni du nombre des patients qui ont consulté le médecin, mais sur la base des factures remboursées par les assurances aux patients. Le chiffre d'affaires pris en considération dans les statistiques est ainsi déterminé par l'addition du montant des factures transmises par les assurés à leurs caisses-maladie pendant une année, ainsi que le nombre des patients faisant l'objet de ces factures. Il convient ainsi de considérer qu'il est dans la logique des choses que le chiffre d'affaires et le nombre des patients soient inférieurs aux chiffres ressortant de la comptabilité du cabinet, dans la mesure où certaines factures ne parviennent pas à l'assurance, notamment lorsque leur montant est inférieur à la franchise contractée. Il est vrai que certaines factures, d'un montant modeste, échappent aux statistiques, du fait qu'elles sont inférieures à la franchise contractée, ce qui peut conduire à une élévation du coût moyen par patient. Toutefois, ce problème se pose de la même façon à tous les médecins du groupe de comparaison, de sorte qu'aucun inconvénient ne peut en résulter pour le défendeur. S'agissant de la question de l'applicabilité de la méthode statistique dans le cas d'espèce, le défendeur fait valoir que sa pratique médicale ne saurait être comparée aux médecins du groupe de comparaison, dans la mesure où il pratique notamment énormément d'actes chirurgicaux. A l'appui de ses dires, il a produit, pour les mois d'octobre et novembre 2003, ses notes d'honoraires relatives aux excisions pratiquées. Il allègue à cet égard avoir pratiqué 60 excisions en octobre 2003 et 118 en novembre 2003 pour un montant total de 123'654 fr. 55. Ces opérations sont établies par pièce. Cependant, selon les calculs du Tribunal de céans, elles ne représentent qu'un coût de 108'654 fr. 95 et concernent 170 patients différents. En effet, certaines factures ont été produites à double, voire à triple (factures 1/132366-46347, 1/132513-7319, 1/133190-2814, 1/132891-40787, 1/132404-26313, 1/132896-16067, 1/133205-4971 et 1/132431-46467). Le coût moyen relatif à ces cas est de l'ordre de 639 fr. 10, soit sensiblement supérieur au coût moyen par malade en 2003 de 246 fr. 98, selon les statistiques RSS. A cet égard, le témoin I \_\_\_\_\_ a déclaré que pas tous les dermatologues ne font des excisions à Genève. Selon ce médecin, les mélanomes ont par ailleurs énormément augmenté ces dernières années, de sorte qu'il ne s'étonne pas du nombre d'excisions pratiquées par le Dr P \_\_\_\_\_ en 2003. Le Dr K \_\_\_\_\_ a indiqué que seulement sept ou huit personnes opéraient des pathologies plus lourdes à Genève et ont une formation chirurgicale. Par ailleurs, selon ce même témoin, les frais d'un cabinet de dermatologue qui opère sont plus élevés que ceux d'un dermatologue qui n'opère

pas. Le défendeur dispose également d'appareils spéciaux, puissants et coûteux que d'autres dermatologues ne possèdent pas, comme cela est ressorti des enquêtes (cf. les déclarations des témoins I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_). Le témoin K\_\_\_\_\_ a notamment précisé que seulement trois ou quatre dermatologues possèdent des lasers à Genève. Le défendeur est le seul, avec le Dr Maurice A\_\_\_\_\_, à posséder un laser CO2 et un laser vasculaire. Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans admet que le cabinet du défendeur présente des particularités qui le rendent difficilement comparable aux autres dermatologues du groupe de comparaison. Le témoin I\_\_\_\_\_ a déclaré que le défendeur était certainement le médecin le plus contrôlé en Suisse et qu'il a contrôlé un grand nombre de factures de ce dernier par semaine, lesquelles étaient toutes conformes à la loi. Cependant, comme le font valoir à raison les demanderesses, le médecin-conseil contrôle des factures de cas en cas et non pas une pratique médicale dans son ensemble. Par ailleurs, il semble que le souci des caisses-maladies soit surtout de faire une séparation stricte entre les soins esthétiques et les soins pour maladie, les premiers n'étant pas à la charge de la LAMal. Partant, le Tribunal de céans juge insuffisant le seul témoignage du Dr I\_\_\_\_\_ pour admettre que le défendeur a eu une pratique conforme au principe de l'économicité. Cela étant, le Tribunal de céans estime qu'il y a lieu de procéder in casu à l'application de la méthode mixte et de déduire du chiffre d'affaires déterminant le coût relatif aux patients ayant fait l'objet d'excisions en 2003. Selon le défendeur, il convient d'extrapoler les coûts y afférents des mois d'octobre et de novembre 2003 par six pour obtenir la moyenne du coût des traitements chirurgicaux pendant toute l'année. De l'avis du Tribunal de céans, il faut toutefois tenir compte, en se fondant notamment sur les déclarations du défendeur (cf. procès-verbal du 3 septembre 1998 de la Commission mixte AMG/FGAM), qu'il consacre, en moyenne au moins, un mois et demi par an à ses vacances, aux jours fériés et à la formation continue. Selon les calculs du Tribunal de céans, comme relevé ci-dessus le coût des excisions était de 108'654 fr. 95. Il sied de diviser cette somme par 2, puis de la multiplier par 10,5. On obtient ainsi un coût annuel de 570'438 fr. en chiffres ronds. Ce coût représente presque 45,75 % du chiffre d'affaires du défendeur de 1'246'651 fr., selon les pièces qu'il a produites, et concerne 892,5 patients (170 patients : 2 x 10,5), soit 28,47% de ses patients dont le nombre total est de 3'134, selon le défendeur. Il convient dès lors de considérer que 54,25 % du chiffre d'affaires ont trait aux cas n'impliquant pas des opérations coûteuses. Le nombre des patients y relatif est de 71,53 %. Ces pourcentages étant établis sur la base des coûts directs du défendeur, il y a lieu de les transposer également sur les coûts directs ressortant des statistiques RSS 2003. 54,25 % du chiffre d'affaires de 1'259'828 fr. représentent 683'456 fr. 70 pour 1'706 patients, soit 71,53 % des 2'385 patients ressortant des statistiques RSS. Ainsi, le coût moyen pour ces patients, n'ayant pas fait l'objet d'interventions chirurgicales, est de l'ordre de 400 fr. 60. En tenant compte que l'indice des coûts totaux du défendeur était en 2003 inférieur de 5,14% de l'indice des coûts directs, il y a lieu de prendre seulement 94,86% de cette somme, soit 380 fr. Selon les statistiques RSS, la moyenne des coûts directs était en 2003 de 246 fr. 98. En éliminant du groupe de comparaison établi par Santésuisse pour 2003 les médecins avec un chiffre d'affaires inférieur à 100'000 fr., soit 13 médecins, le total des coûts directs s'élève à 10'908'956 fr. pour 44'288 malades. Il convient à cet égard de relever qu'avant l'introduction du TARMED, en date du 1<sup>er</sup> janvier 2004, les médecins opérant en clinique facturaient leurs prestations sous leur propre nom (cf. ATA/1684/2009, notamment consid. 9c). Il n'y a dès lors pas lieu de faire une distinction en 2003 entre les dermatologues opérant uniquement en cabinet et ceux qui opèrent en tout ou partie en clinique. Ainsi, le coût direct

moyen par patient du groupe de comparaison restreint est légèrement inférieur à celui ressortant des statistiques et s'établit à 246 fr. 30. Par rapport à ce coût, le coût moyen par patient du défendeur de 380 fr. représente un indice de 154,28. Dès lors qu'il est fait application de la méthode mixte, le Tribunal de céans estime qu'il n'y a pas lieu d'accorder au défendeur une marge de tolérance supérieure à 20% par rapport au coût moyen des patients n'ayant pas fait l'objet d'opérations chirurgicales. Partant, il y a lieu d'admettre que son coût moyen dépasse de 34,28 % le coût moyen admissible. Par rapport au coût moyen direct de 246 fr. 30, la différence représente 84 fr. 40. Multiplié par les 1'706 patients concernés, le surcoût s'élève à 143'986 fr. 40. Dans la mesure où les demanderesses du groupe I ne représentent que 63,32 % du total des prestations remboursées par tous les assureurs-maladie pour les patients du défendeur, seul ce pourcentage peut lui être réclamé dans la présente procédure, soit 91'172 fr. 20. Comme relevé ci-dessus, il y a par ailleurs lieu de déduire, de la somme dépassant 120% de l'indice moyen, les factures admises par les demanderesses du groupe I et remboursées en 2003. Concernant ces factures, le défendeur a produit les pièces 7 à 87 (chargé du 17 octobre 2005). En premier lieu, il convient d'écarter des factures admises celles qui concernent les caisses-maladie qui ne sont pas parties à la procédure. Il s'agit notamment de VISANA, de SWICA, de la FTMH (cette assurance ne fait pas partie de Santésuisse, selon les informations données par les demanderesses par écritures du 9 octobre 2009), de la KPT/CPT et de l'Institution commune LAMal. Par ailleurs, la WINTERTHUR et la NATIONALE SUISSE ASSURANCES sont intervenues comme assureurs-accidents. En tout état de cause, elles ne figurent pas parmi les demanderesses. En outre, certaines factures, qui auraient été admises, ne l'ont été qu'à 50% ou ne concernent pas la demande de renseignement de l'assureur-maladie. En ce qui concerne les factures des patients O \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ (pièces 43 et 57 défendeur), elles n'indiquent pas le nom de la caisse-maladie concernée, de sorte qu'il n'est pas possible d'en tenir compte. Pour la plupart des factures produites, le défendeur n'a par ailleurs pas démontré qu'elles ont été effectivement remboursées, après son échange de correspondances avec la caisse-maladie. Néanmoins, le Tribunal de céans l'admettra, les demanderesses ne l'ayant pas contesté. Il ne saurait cependant être considéré que les demanderesses CONCORDIA et INTRAS aient admis la totalité des factures du défendeur. Cela ne peut en effet pas être déduit de la déposition du témoin I \_\_\_\_\_, lequel a uniquement déclaré avoir contrôlé beaucoup de petits cas du défendeur pour ces caisses-maladies. Ainsi, il peut être retenu que les factures suivantes ont été admises par les demanderesses dont la légitimation active a été reconnue: SUPRA 436 fr. 00 166 fr. 25 175 fr. 50 237 fr. 50 CSS 872 fr. 00 (2x 436 pour le même patient) ACCORDA (reprise par la CSS) 283 fr. 50 ASSURA 1'240 fr. 50 (490 fr. + 431 fr. + 319 fr. 50 pour le même patient) 957 fr. 50 84 fr. 50 494 fr. 50 SANITAS 775 fr. 40 530 fr. 80 77 fr. 00 PHILOS 787 fr. (323 fr. + 463 fr. pour le même patient) 179 fr. 50 224 fr. 75 929 fr. 00 (239 fr. + 167 fr. + 356 fr. + 167 fr. pour le même patient) 367 fr. 25 833 fr. 20 INTRAS 232 fr. 00 352 fr. 50 (185 fr. 50 + 167 fr. pour le même patient) 260 fr. 50 321 fr. 00 (2x 160 fr. 50 pour le même patient) 1'204 fr. 00 2'552 fr. 50 (447 fr. + 370 fr. + 228 fr. + 285 fr. + 171 fr. + 105 fr. 50 + 456 fr. + 399 fr. + 91 fr. pour le même patient) 1'250 fr. 50 830 fr. 25 CONCORDIA 319 fr. 50 348 fr. 00 (3x 116 fr pour le même patient) 782 fr. 60 (167 fr. 50 + 615 fr. 10 pour le même patient) 743 fr. 50 1'932 fr. 50 (518 fr. 50 + 232 fr. + 116 fr. + 116 fr. + 305 fr. + 645 fr.) TOTAL 21'100 fr. 50 Au vu de l'application de la méthode mixte, il n'y a pas lieu de tenir compte en plus de la salle d'opération et du laboratoire. La déduction des frais de laboratoire ne se justifie par ailleurs plus, lorsque les coûts totaux des médecins sont pris en

considération, dès lors les frais y relatifs figurent également dans les coûts indirects pour les médecins ne disposant pas d'un laboratoire. Le défendeur estime par ailleurs qu'il y a lieu de déduire des honoraires facturés la perte sur débiteur. Toutefois, tel n'est pas admis, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 108/01 et K 118/01 du 15 juillet 2003 consid. 12). Cela étant, le défendeur est tenu de rembourser aux demanderesses du groupe I, dont la légitimation active a été admise, la somme de 70'072 fr. en chiffres ronds (91'172 fr. 20- 21'100 fr. 50) concernant l'année statistique 2003. a) Pour l'année 2004, le défendeur n'a pas donné de précisions concernant les interventions chirurgicales. Toutefois, dans la mesure où il a déclaré ne pas avoir changé sa pratique pendant cette année-là, il y a lieu d'admettre que 45,75% de son chiffre d'affaires concernent des interventions chirurgicales pour 28,47% de ses patients. Il s'agit ainsi d'établir quel est le coût moyen des 71,53% patients restants par rapport à 54,25 % du chiffre d'affaires des statistiques RSS. 54,25% de ce chiffre d'affaires de 926'316 fr. (coûts directs) représentent 502'526 fr. 40 et 71,53 % des 2'332 patients, selon les statistiques RSS, 1'668 patients. Ainsi, le coût moyen pour ces patients s'établit à 301 fr. 30. Il n'y a pas lieu de diminuer ce coût pour tenir compte de l'indice des coûts totaux, dès lors que celui-ci était supérieur à l'indice des coûts directs en 2004. Le coût direct moyen par patient en 2004 était de 231 fr. 40, selon les statistiques RSS. En ne tenant compte que des dermatologues à Genève avec un chiffre d'affaires supérieur à 100'000 fr., le coût moyen est encore inférieur, soit de 230 fr. 90. Ainsi, l'indice du défendeur pour les patients sans intervention chirurgicale est de 130,48. Il convient toutefois de tenir compte de ce que, dès l'introduction du TARMED en 2004, les interventions chirurgicales des médecins effectuées en tout ou partie dans un établissement hospitalier, ce qui est le cas de plusieurs dermatologues à Genève, sont facturées par cet établissement. Cela a pour conséquence de baisser le coût moyen par patient de ces médecins, dès lors qu'il est admis que les interventions chirurgicales coûtent plus chères. Partant, dans la mesure où le défendeur ne pratique des interventions de ce genre qu'en cabinet, il y a lieu de lui appliquer une marge de tolérance de 30% pour 2004. Il s'avère ainsi qu'il n'a dépassé pour cette dernière année l'indice admissible de 130 que de façon insignifiante. Une polypragmasie ne peut donc être retenue pour 2004. Cela étant, la première demande sera partiellement admise et le défendeur condamné à rembourser aux demanderesses, prises conjointement et solidairement, la somme de 70'072 fr. La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite (cf. art. 46 de la loi cantonale d'application de la LAMal du 29 mai 1997- LaLAMal; RS J 3 05). Les frais du Tribunal, par 10'424 fr., dont 454 fr. 50 de taxes de témoins, et un émolument de 300 fr., sont mis à charge de la demanderesses, qui succombent en majeure partie, à raison de 8'043 fr. (3/4) et du défendeur à raison de 2'681 fr. (1/4). En outre, les demanderesses seront condamnées à verser au défendeur une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 5'000 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES: Statuant A la forme : Déclare les demandes recevables. Au fond : Rejette la demande du 6 juin 2005 de la Caisse-maladie HOTELA, d'EGK Caisse de Santé et du Groupe mutuel. Admet partiellement la demande précitée en ce qui concerne les autres demanderesses du groupe I. Condamne le défendeur à verser aux demanderesses du groupe I, prises conjointement et solidairement, à l'exclusion de la Caisse-maladie HOTELA, d'EGK Caisse de Santé et du Groupe mutuel, la somme de 70'072 fr., en mains de Santésuisse. Rejette la demande du 26 juillet 2006 interjetée par les demanderesses du groupe II. Met à la charge des parties un émolument de justice de 300 fr. et les frais du Tribunal de 10'424 fr., à raison de 8'043 fr. pour les demanderesses, prises conjointement et

solidairement, et à raison de 2'681 fr. pour le défendeur. Condamne les demanderesse à verser au défendeur une indemnité de 5'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. 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 Claire CHAVANNES La présidente 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

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