

VD_GERICHTE ZK19.030328 vom 8. April 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZK19.030328

FR: VD_GERICHTE ZK19.030328 du 8 avril 2025

IT: VD_GERICHTE ZK19.030328 del 8 aprile 2025

Erwägungen

E. 1

CSS ASSURANCE-MALADIE SA, à Lucerne (également en tant que successeure en droit d'INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA et de SANAGATE SA),

E. 1.1

Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 155'409 calculé selon l'analyse de régression. 2. Subsidiairement : Principalement :

E. 1.2

Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 106'723 calculé selon l'analyse de régression (montant réduit selon les prestations facturées à l'assurance obligatoire avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans les valeurs intrinsèques requises). Subsidiairement :

E. 2

SUPRA-1846 SA, à Lausanne,

E. 2.1

Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 273'280 calculé selon l'indice ANOVA. 3. Il est pris acte que les demandeurs se réservent le droit de modifier le montant de la prétention en restitution après la fin de la procédure. 4. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur. Tout en répondant aux griefs soulevés par P._____ dans ses réponses, les demanderesses ont justifié la modification de leurs conclusions par le fait que P._____ avait facturé plusieurs positions tarifaires qu'il n'était pas en droit de facturer. h) Dans ses dupliques du 30 mars 2023, P._____, désormais représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne, a, en substance, maintenu ses conclusions tendant à l'irrecevabilité des demandes, respectivement au rejet de celles-ci. Il a remis une nouvelle fois en question la qualité pour agir de santésuisse dans le cadre de la présente procédure, respectivement le défaut de représentation de certaines demanderesses, et rappelé que sa pratique présentait des spécificités qui devaient faire l'objet d'une approche individualisée. Aussi requérait-il la mise en œuvre d'une expertise analytique de sa pratique afin d'examiner les spécificités de sa patientèle. La production de diverses pièces était par ailleurs requise de la part des demanderesses.

- 12 - i) Les 6 et 27 juillet 2023, les demanderesses ont produit des déterminations spontanées. j) Par courrier du 22 janvier 2024, la Fédération des médecins suisses (FMH) a produit, à la demande du président du Tribunal arbitral des assurances, l'attestation de

valeurs intrinsèques de P._____. k) Dans leurs déterminations du 2 février 2024, les demanderesses ont relevé que P._____ n'était, faute de disposer des valeurs intrinsèques nécessaires, pas en droit de dispenser et de facturer les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. l) Dans ses déterminations du 22 avril 2024, P._____ a indiqué que, dans la mesure où il bénéficiait de formations continues dans le domaine de la médecine interne, il était en droit de facturer toutes les positions du TARMED relevant de ce domaine. Au surplus, la FMH lui avait expliqué qu'il n'était pas nécessaire de disposer du titre de spécialiste pour pratiquer la médecine interne générale au cabinet comme médecin de premier recours. De son point de vue, il était par conséquent en droit d'utiliser son titre et ses formations continues pour facturer les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. m) Dans leurs déterminations du 26 avril 2024, les demanderesses ont relevé que P._____ ne disposait que du titre de « médecin praticien » ainsi que de l'attestation « pratique du laboratoire au cabinet médical », si bien qu'il n'était pas autorisé, en 2016 et 2017, à facturer les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. n) Par courrier du 30 mai 2024, P._____ a versé à la procédure une copie d'un arrêté ministériel de [...] du 17 mai 2024 l'autorisant à porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine interne.

- 13 - o) Dans un courrier du 2 octobre 2024, P._____ a produit une décision du 24 septembre 2024 de la Commission des professions médicales MEBEKO, rattachée au Département fédéral de l'intérieur, reconnaissant le titre postgrade de médecin spécialiste en médecine interne délivré par la Belgique susmentionné comme équivalant au titre fédéral de spécialiste en médecine interne générale. p) Par courrier du 4 mars 2025, P._____ a relevé que la reconnaissance de son titre de médecin spécialiste en médecine interne modifiait profondément sa situation, en ce sens qu'elle remettait en question les arguments antérieurs de Santé Suisse quant à la durée et la nature de sa formation et imposait une réévaluation de ses statistiques en l'intégrant rétroactivement au groupe de comparaison des médecins spécialistes. q) Le 12 mars 2025, les demanderesses ont relevé que ni le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine interne, ni la reconnaissance de ce titre par les autorités suisses compétentes n'avaient été octroyés avec effet rétroactif, de sorte que ce n'était qu'à partir du 24 septembre 2024 que le demandeur disposait des valeurs intrinsèques lui permettant de facturer les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. r) Par courrier du 18 mars 2025, P._____ a soutenu que les éléments sur lesquels se fondait la reconnaissance du titre de spécialiste en médecine interne générale étaient antérieurs à septembre 2010, ce qui aurait dû l'autoriser à se prévaloir de ce titre dès 2010. Selon l'arrêté ministériel de la Communauté française de Belgique du 17 mai 2024 susmentionné, pour porter le titre de médecin spécialiste en médecine interne, il fallait avoir effectué une formation de cinq ans au moins comprenant au moins trois années de formation base et deux années de formation supérieure en médecine interne ; il fallait de plus avoir effectué une présentation lors d'une réunion scientifique ou publié un article clinique ou scientifique en médecine interne. En s'appuyant notamment

- 14 - sur son curriculum vitae et un document complémentaire à celui-ci, P._____ soutenait qu'il réunissait ces conditions depuis 2010. s) Dans une lettre du 25 mars 2025, les demanderesses ont soutenu qu'à leur avis, il importait peu de savoir à quel moment P._____ avait réuni les conditions qui lui auraient permis d'obtenir des autorités belges l'autorisation de porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine interne, dès lors que ni le titre de médecin spécialiste en médecine interne ni la

reconnaissance de celui-ci par la MEBEKO ne lui avaient été octroyés avec effet rétroactif. E n d r o i t : 1. a) D'après l'art. 89 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.1), les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral (al. 1). Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (al. 2). Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (al. 3). Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties (al. 4). b) Dans le canton de Vaud, le Tribunal arbitral des assurances est rattaché à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 36 al. 2 ROTC [règlement organique du Tribunal cantonal vaudois du 13 novembre 2007 ; BLV 173.31.1]). Il est présidé par un juge cantonal désigné par le Président du Tribunal cantonal, ainsi que par deux arbitres désignés pour chaque affaire par son Président (art. 114 al. 1 à 3 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure

- 15 - administrative ; BLV 173.36]). En pratique, le Président du Tribunal arbitral désigne généralement un arbitre parmi ceux proposés par la partie demanderesse et un arbitre parmi ceux proposés par la partie défenderesse. Pour le surplus, la procédure est régie par l'art. 115 LPA-VD et par les art. 106 ss LPA-VD relatifs à l'action de droit administratif (par renvoi de l'art. 116 LPA-VD). Ces dispositions renvoient elles-mêmes, pour partie, aux règles de la procédure administrative ou de la procédure de recours de droit administratif prévues par la LPA-VD (art. 109 al. 1 LPA-VD) et, pour partie, aux règles de la procédure civile ordinaire (art. 109 al. 2 LPA-VD et art. 243 al. 3 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Cela étant, les normes auxquelles renvoie l'art. 116 LPA-VD ne sont applicables que par analogie et la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances doit rester simple et rapide ; le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige et administre les preuves nécessaires, qu'il apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal). Compte tenu de ces exigences de droit fédéral, le Tribunal arbitral des assurances impose une procédure plus ou moins formaliste, proche de la procédure civile ordinaire ou plus proche de la procédure simplifiée prévue par le CPC, selon la valeur litigieuse, la nature du litige qui lui est soumis et les parties en présence. Il fait rectifier les actes de procédure qui ne lui paraissent pas respecter les formes nécessaires (art. 27 al. 5 LPA-VD, par renvoi de l'art. 109 al. 1 CPC). Il n'examine pas d'office toutes les hypothèses de fait ni tous les arguments juridiques envisageables à l'appui des conclusions de l'une ou l'autre des parties, mais se limite aux faits allégués et arguments soulevés et, à défaut, n'examine d'office que ceux qui lui paraissent les plus pertinents au vu du dossier. c) Compte tenu de la nature du litige et du fait que le défendeur exerçait dans le canton de Vaud au moment des faits litigieux et du dépôt de la demande, le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur les demandes déposées les 5 juillet 2019 et 14 octobre 2019, si bien que celles-ci sont recevables sur le plan formel.

- 16 - 2. a) Selon l'art. 1 de ses statuts du 11 décembre 2015, santéssuisse est une association au sens de l'art. 60 CC (code civil suisse du 10 décembre 1907 ; RS 210). S'il est constant qu'elle n'a pas qualité pour agir en son propre nom en tant que demanderesse (cf. TF

9C_167/2010 du 14 janvier 2011 consid. 2.2), il est notoire qu'elle représente diverses caisses-maladie autorisées à pratiquer à charge de l'assurance-maladie sociale (cf. TF 9C_260/2010 et 9C_285/2010 du 27 décembre 2011 consid. 5.3.1). A teneur de l'art. 17 de ses statuts, lors de litiges devant les tribunaux, et pour ceux relevant du Tribunal administratif concernant des désaccords et matière de convention ou de tarif, santésuisse agit en tant que représentante des membres et est investie des mandats nécessaires lors de procès et de procédures administratives. Ce mandat vaut spécialement en cas de procédures selon les art. 53, 56, 59, 89, 90a al. 2 et 91 LAMal. Des membres de l'association peuvent, à titre individuel, renoncer à la représentation au cas par cas. Aussi, santésuisse a-t-elle qualité pour agir pour ses membres dont elle a dûment produit la liste en cours de procédure. b) S'agissant des assureurs-maladie non-membres de santésuisse, ils ont valablement donné procuration à cette dernière de les représenter dans le cadre notamment de demandes de remboursement au sens de l'art. 56 LAMal. Aussi convient-il de constater que KPT Caisse- maladie SA, le groupe Helsana (Helsana Assurances SA et Progrès Assurances SA), le groupe Sanitas (Sanitas Assurances de base SA et Compact Assurances de base SA) ainsi que le groupe CSS (CSS Assurance- maladie SA, Intras Assurance-maladie SA et Sanagate SA) sont également valablement représentés par santésuisse. A relever que, depuis le dépôt de la demande, Progrès Assurances SA a fusionné avec Helsana Assurances SA, Compact Assurances de base SA a fusionnée avec Sanitas Assurances de base SA et Intras Assurance-maladie SA et Sanagate SA ont fusionné avec CSS Assurance-maladie SA. c) Cela étant constaté, il n'y a pas lieu de donner suite aux requêtes de production de pièces formulées le 30 mars 2023 par le défendeur et d'examiner plus avant les griefs en lien avec la légitimation

- 17 - active de santésuisse et le défaut de procuration de certains assureurs, l'argumentation formulée confinait dans le cas d'espèce à la témérité. On relèvera néanmoins que, dans la mesure où santésuisse disposait, s'agissant des assureurs-maladie non-membres, de procurations – générales (pour KPT Caisse-maladie SA et les groupes Helsana et Sanitas) ou spécifiques (pour le groupe CSS) – valablement établies avant le dépôt des demandes, elle n'a pas à produire de nouvelles procurations à chaque fois qu'un représentant d'un assureur-maladie perd son habilitation à la représenter. 3. Le litige a pour objet le point de savoir si les demanderesses sont en droit d'exiger, pour les années 2016 et 2017, le remboursement par le défendeur des différents montants qu'elles lui réclament. 4. a) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins, conformément à l'art. 32 al. 1 LAMal. Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). b) Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2024). La LAMal est régie par le principe que les fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins et exerçant en pratique privée doivent fournir personnellement leurs prestations. Le traitement médical est donc en principe la prestation médicale fournie personnellement par le médecin (Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in : Schweizerisches

- 18 - Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Sécurité sociale, 3ème éd., Bâle 2016, n° 384). 5. a) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art. 43 al. 1 LAMal). Le tarif est une base de calcul de la rémunération. Il peut notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré), attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation) ou prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire) (art. 43 al. 2 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art. 43 al. 4 LAMal). Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe (art. 43 al. 5 LAMal). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art. 43 al. 6 LAMal). Les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente ; ils ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la présente loi (protection tarifaire) (art. 44 al. 1 LAMal). b) Conformément à ce qui précède, la Fédération des médecins suisses et santésuisse ont adopté le 5 juin 2002 la Convention-cadre TARMED, qui introduit une structure tarifaire unifiée pour l'ensemble de la Suisse (ci-après : structure tarifaire TARMED), pour les prestations des médecins exerçant en pratique privée et ceux fournissant des prestations selon les formes d'assurance particulière (HMO, modèle de médecin de premier recours, etc.) (art. 1 et 2 de la Convention-cadre TARMED). En raison de différends entre les partenaires tarifaires sur l'adaptation de la convention, le Conseil fédéral a édicté, le 20 juin 2014, l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie (RS 832.102.5), qu'il a par la suite adaptée régulièrement. Cette ordonnance définit la Convention-cadre TARMED,

- 19 - avec les adaptations apportées par le Conseil fédéral, selon son annexe 1, comme structure tarifaire uniforme sur le plan suisse (art. 2 de l'ordonnance). La structure tarifaire TARMED contient des dispositions qui garantissent leur qualité non seulement en termes d'économicité, mais également d'efficacité et d'adéquation, notamment en réservant certaines prestations à des médecins disposant d'une formation spécialisée. Le chiffre 10 du chapitre « Interprétations générales » précise ainsi, sous le titre « Valeur intrinsèque », que « [l]es prestations ne peuvent être facturées que par les spécialistes répondant aux exigences de valeur intrinsèque qualitative et, le cas échéant, quantitative liées à ces prestations (exigences de formation postgraduée et continue, notamment titre de spécialiste et formations approfondies, attestations de formation complémentaire et certificats d'aptitude technique) ». La structure tarifaire TARMED à laquelle se réfère l'ordonnance sur la fixation et l'adaptation de structures tarifaires dans l'assurance-maladie répond ainsi également au mandat donné par le législateur fédéral au Conseil fédéral de prendre les mesures nécessaires à garantir la qualité et l'adéquation des prestations (art. 58 al. 1 à 3 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 mars 2021 ; voir également art. 58h LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er avril 2021). 6. a) D'après l'art. 56 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1). La rémunération des prestations qui dépassent les limites fixées par la loi peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56 al. 2 LAMal). Pensée pour la restitution à raison d'un traitement non économique, cette disposition est également applicable par analogie à

d'autres situations où des prestations de l'assurance-maladie obligatoire ont été touchées de manière indue (TF 9C_571/2019 du 23 juillet 2020 consid. 2.2 ; 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2 ; 9C_258/2010 du 30 novembre 2011 consid. 5.4 et la référence ; Gebhard Eugster, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG*, 2e éd., Zurich 2018, n° 28 ad art. 56 LAMal).

- 20 - b) A teneur de l'art. 25 LPGA, applicable par analogie aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal, nonobstant le prescrit de l'art. 1 al. 2 let. e LAMal, les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile (al. 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. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant (al. 2, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020 ; cf. sur l'application par analogie de l'art. 25 LPGA : TF 9C_525/2018 du 21 novembre 2018 consid. 3 ; 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 4 ; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2 ; ATF 133 V 579 consid. 3 et 4). Malgré la terminologie légale, il s'agit de délais (relatif ou absolu) de péremption et non de prescription (ATF 150 V 305 consid. 3.2 et les arrêts cités ; 142 V 20 consid. 3.2.2 ; 133 V 579 consid. 4.1 ; TF 9C_778/2016 du 17 décembre 2017 consid. 5.1). Ces délais ne peuvent par conséquent pas être interrompus. Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Là où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire et où, par conséquent, une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est sauvegardé par un acte préalable par lequel l'assureur-maladie fait valoir de manière appropriée sa créance en restitution des prestations contre le fournisseur de prestations. Si l'acte conservateur a été accompli, le délai se trouve sauvegardé, cela une fois pour toutes (TF 9C_593/2021 du 6 septembre 2022 consid. 3.3.2 ; 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 5.1 et les références). 7. En premier lieu, il convient d'examiner la question de la péremption du droit de réclamer la restitution.

- 21 - a) D'après le défendeur, il était peu probable que les demanderesses aient toutes reçu en même temps les données statistiques sur lesquelles elles ont fondé leurs demandes de restitution. Il invitait par conséquent le Tribunal arbitral des assurances à requérir auprès des différentes demanderesses tout document permettant de déterminer quand elles ont eu précisément accès à ses données statistiques. b) De jurisprudence constante, le délai de péremption commence à courir au moment où la statistique des factureurs (Rechnungssteller-Statistik ; RSS) de SASIS SA est portée à la connaissance des assureurs-maladie, quelle que soit la méthode – statistique ou analytique – sur laquelle se fonde la remise en cause du caractère économique des prestations dispensées (TF 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2 ; 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2). c) Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Là où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire – comme c'est le cas dans le canton de Vaud (cf. T. arb. 16/20 – 1/2024 du 18 janvier 2024 consid. 2a/aa) – et où, par conséquent, une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est sauvegardé par un acte préalable

par lequel l'assureur- maladie fait valoir de manière appropriée sa créance en restitution des prestations contre le fournisseur de prestations (ATF 133 V 579 consid. 4.3.5). Si l'acte conservateur a été accompli, le délai se trouve sauvegardé, cela une fois pour toute (TF 9C_593/2021 du 6 septembre 2022 consid. 3.3.2 ; 9C_778/2016 du 15 décembre 2017 consid 5.1 et les références). d) En l'espèce, les statistiques des factureurs établies par SASIS SA relatives aux années 2016 et 2017 ont été portées à la connaissance des demanderesses au plus tôt le 17 juillet 2017 (pour l'année 2016) et le 17 juillet 2018 (pour l'année 2017), ainsi que l'atteste les courriers adressés à santésuisse par SASIS SA. Il s'ensuit que le délai

- 22 - de péremption a été sauvegardé, s'agissant de la demande relative à l'année 2016, par la requête de conciliation déposée le 26 juin 2018 devant la Commission paritaire SVM-santésuisse, et, s'agissant de la demande relative à l'année 2017, par la demande déposée le 5 juillet 2019 devant le Tribunal arbitral des assurances. On relèvera à cet égard qu'aucune des pièces du dossier ne permet d'envisager la publication antérieure desdites statistiques et par conséquent la péremption du droit de demander la restitution à la date à laquelle la requête de conciliation, respectivement la demande ont été déposées. Le grief tiré de la péremption de la demande en restitution est par conséquent mal fondé et les mesures d'instruction requise par le défendeur doivent être rejetées. e) Pour le surplus, il convient de préciser que l'art. 209 al. 3 CPC, disposition qui prévoit que la partie demanderesse est en droit de porter l'action devant le tribunal dans un délai de trois mois à compter de la délivrance de l'autorisation de procéder, n'est pas applicable dans le cadre de la présente procédure. En effet, la procédure vaudoise ne prévoit pas que la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM- santésuisse est obligatoire (cf. T. arb. 16/20 – 1/2024 du 18 janvier 2024 consid. 2a/aa) et que la partie demanderesse doit disposer d'une autorisation de procéder valable pour pouvoir porter l'action devant le Tribunal arbitral des assurances. 8. Dans son mémoire de réponse du 25 janvier 2021, le défendeur s'est également plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en tant que les demanderesses refusaient de lui transmettre toutes les données nécessaires pour permettre de vérifier la manière dont les indices ont été calculés et, partant le fondement des prétentions. A l'appui de leur réplique du 3 décembre 2021, les demanderesses ont produit, sous forme anonymisée, la totalité des données relatives aux années 2016 et 2017 (coûts directs [coût de traitement et de médicaments fournis ; nombre de visites à domicile et de consultations ; âge moyen et nombre de malades ; totaux et indices déduits de ce qui précède et comparés à la valeur analogue du groupe de référence], coûts indirects [coût des médicaments, analyses et séances de physiothérapie

- 23 - prescrites ; totaux et indices déduits de ce qui précède et comparés à la valeur analogue du groupe de référence], coûts totaux [directs et indirects également comparés à la valeur analogue du groupe de référence], franchise, hospitalisations et PCG anonymisées de chacun des médecins du groupe de comparaison), si bien qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu a été réparée devant le Tribunal arbitral des assurances. 9. Sur le fond, les demanderesses reprochent au défendeur, en sus des critiques adressées à l'encontre de l'économicité de sa pratique médicale, de dispenser et de facturer les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520, sans disposer des valeurs intrinsèques nécessaires. a) La structure tarifaire TARMED prévoit que les différentes prestations relevant des positions TARMED 00.0410 (« Petit examen par le spécialiste de premier recours »), 00.0420 (« Examen complet par le spécialiste de premier recours ») et

00.0520 (« Consultation psychothérapique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par position de 5 min ») ne peuvent être facturées que par des médecins disposant de la valeur intrinsèque « médecine interne », « pédiatrie » et « médecine générale ». b) Selon l'attestation de valeurs intrinsèques établie par la FMH à la demande du Tribunal arbitral des assurances, le défendeur est titulaire du titre de formation postgrade « médecin praticien » (cf. art. 2 al. 1 let. a OPMéd [ordonnance du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires ; RS 811.112.0]) ainsi que de l'attestation de formation complémentaire « pratique du laboratoire au cabinet médical ». Ce faisant, il n'est en droit de facturer que les prestations de la valeur intrinsèque « médecin praticien », les positions tarifaires facturables par tous les médecins, les prestations tarifaires qui ne sont attribuées à aucun diplôme et les positions de la pratique du laboratoire au cabinet médical.

- 24 - c) L'attestation de valeurs intrinsèques établie par la FMH ne fait pas mention d'un titre de formation postgrade « médecine interne générale » que le défendeur se serait vu délivrer le 12 décembre 2022 par la Société Suisse de Médecine Interne Générale. De fait, ce n'est que le 24 septembre 2024 que, selon le registre des professions médicales (MedReg), le titre de formation postgrade « médecine interne générale » a été reconnu. En tout état de cause, l'obtention de ce titre est sans influence sur le sort de la cause, dès lors que ce fait est postérieur à la période qui fait l'objet de la présente procédure et ne saurait déployer un effet rétroactif ; il en va de même de la reconnaissance antérieure, par les autorités belges, du titre de « médecin spécialiste en médecine interne ». Les éléments avancés par le défendeur dans son écriture du 18 mars 2025 ne modifient en rien ce qui précède, dès lors qu'il n'a pas fait valider sa formation en Belgique en temps utile, respectivement ne disposait pas, au moment des faits, de la reconnaissance d'un titre de spécialiste en médecine interne générale délivrée par la MEBEKO. d) Les attestations de formation continue délivrées par la Société Suisse de Médecine Interne Générale – portant sur la période 2016 à 2024 – ne permettent pas au défendeur de suppléer l'absence, au moment des faits litigieux, de titre postgrade fédéral ni de facturer ses prestations en tant que spécialiste de ce domaine. Ces attestations prouvent uniquement que le défendeur a suivi la formation continue que chaque détenteur d'un titre postgrade fédéral est légalement tenu d'accomplir (art. 40 let. b LPMéd [la loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires ; RS 811.11] ; voir également l'art. 9 de la réglementation pour la formation continue [RFC] de l'Institut suisse pour la formation médicale postgrade et continue du 25 avril 2002), formation continue qu'il a fait valider auprès de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (art. 12 RFC). e) Dans ses déterminations du 22 avril 2024, le défendeur soutient que la FMH lui aurait assuré qu'il n'était pas nécessaire de disposer d'une formation postgrade en « médecine interne générale » pour pratiquer cette discipline au cabinet comme médecin de premier

- 25 - recours, son titre et ses formations continues étant suffisantes pour facturer les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520. Il ne s'agit-là toutefois que de simples allégations qui ne sont étayées par aucun élément concret et objectif et qui, partant, ne suffisent pas à justifier un examen sous l'angle de la protection de la bonne foi. f) Pour le reste, le défendeur ne peut pas se prévaloir de la garantie des droits acquis. La garantie des droits acquis permet à tout médecin d'exercer sa profession dans le même cadre qu'avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, du TARMED et de continuer à facturer les mêmes prestations qu'il fournissait jusqu'alors sous sa propre responsabilité,

régulièrement et sans contestation sur le plan de la qualité, pendant trois ans avant l'entrée en vigueur de la structure tarifaire TARMED. Or, dans la mesure où le défendeur exerce la médecine en Suisse depuis 2011, il n'est pas concerné par la réglementation en la matière. g) Aussi convient-il d'admettre les conclusions des demanderesse tendant à la restitution des sommes de 160'371 fr. pour 2016 et de 206'586 fr. pour 2017 pour avoir facturé les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans disposer des valeurs intrinsèques requises. 10. a) Les demanderesse demandent également la restitution, pour 2016, d'un montant de 159'748 fr. et, pour 2017, d'un montant de 106'723 fr. en raison d'une pratique non économique du défendeur. Elles estiment pouvoir calculer ce montant en se référant aux statistiques de facturation du défendeur, comparées à celles d'un groupe de comparaison composé d'autres médecins praticiens. Pour 2016, leur calcul prend en considération les coûts totaux et les coûts directs du défendeur, après déduction du montant de 160'371 fr., ainsi qu'un « indice ANOVA » de 203 points, après déduction d'une marge de 30 %. Pour 2017, leur calcul prend en considération les coûts totaux et les coûts directs du défendeur, après déduction du montant de 206'586 fr., ainsi qu'un « indice de régression » de 157 points, après déduction d'une marge de 20 %. Les méthodes de

- 26 - calcul appliquées par les demanderesse négligent toutefois le fait que l'indice ANOVA et l'indice de régression ont été établis en prenant en considération la totalité des coûts du défendeur, sans déduction des montants de 160'371 fr. et 206'586 fr. demandés en remboursement pour des prestations qu'il n'était pas en droit de facturer. Or les demanderesse ont établi elles-mêmes que ces prestations représentaient environ 25 %, respectivement 30 % des coûts directs facturés par le défendeur. Il s'ensuit inévitablement que la pratique du défendeur n'est pas comparable, statistiquement, à celle des autres médecins de son groupe de comparaison. En l'absence de données statistiques fiables, il n'y a par conséquent pas lieu d'examiner si la pratique du défendeur pendant les années 2016 et 2017 pouvait être qualifiée d'économique. b) Pour le reste, il n'y a pas lieu d'examiner les problématiques – thématiques – par les demanderesse dans leurs écritures – des prestations facturées en l'absence du patient (position TARMED 00.0140) et de la durée des consultations, dès lors qu'aucune conclusion chiffrée et motivée n'a été prise à leur sujet. 11. a) La procédure est en principe écrite (art. 27 al. 1 LPA-VD). Sans doute, le Tribunal arbitral des assurances peut-il appointer une audience et ordonner des débats (art. 27 al. 3 LPA-VD en corrélation avec les art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Le droit d'être entendu découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101) ne comprend cependant pas le droit inconditionnel d'être entendu oralement (ATF 134 I 140 consid. 5.3). b) Le défendeur requiert implicitement la tenue d'une audience de plaidoiries finales (courrier du 4 mars 2025). Cette mesure n'apparaît toutefois pas nécessaire, dès lors que le défendeur a eu à de multiples reprises l'occasion de s'exprimer par écrit. 12. a) En définitive, la demande doit être partiellement admise et le défendeur condamné au paiement en faveur des demanderesse, d'une

- 27 - part, d'un montant de 160'371 fr. pour l'année 2016 et, d'autre part, d'un montant de 206'586 fr. pour l'année 2017. b) Les frais de procédure sont fixés à 9'200 fr., compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; BLV 173.36.5.1], en corrélation avec les art. 45 et 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, ces frais seront mis à la charge des demanderesse, pour moitié, soit 4'600 fr., et du défendeur, pour moitié, soit 4'600 francs. Les frais sont compensés avec les avances de frais versées par les demanderesse. c) Le

défendeur versera aux demanderesse la somme de 5'000 fr. à titre de dépens partiels (art. 11 al. 1 et 2 TFJDA, en corrélation avec l'art. 55 LPA-VD), ainsi que la somme de 4'600 fr. à titre de remboursement de l'avance de frais versée.

E. 2.2

Le défendeur est condamné, pour l'année 2017, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 187'668 calculé selon l'indice ANOVA (montant réduit selon les prestations facturées à l'assurance obligatoire avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420 et 00.0520 sans les valeurs intrinsèques requises). Subsidiairement :

E. 3

CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENT SA, à Lucerne,

E. 4

ATUPRI ASSURANCE DE LA SANTÉ SA, à Berne,

E. 5

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny,

E. 6

KPT CAISSE-MALADIE SA, à Berne,

E. 7

VIVAO SYMPANY SA à Bâle (également en tant que successeure en droit de MOOVE SYMPANY SA et de KOLPING CAISSE- MALADIE SA),

E. 8

EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny,

E. 9

SWICA ASSURANCE-MALADIE SA, à Winterthur,

E. 10

GALENOS SA, à Berne (en tant que successeure en droit de GALENOS ASSURANCE-MALADIE ET ACCIDENTS),

E. 11

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny,

E. 12

AMB ASSURANCES SA, à Le Châble, 402

- 2 -

E. 13

SANITAS ASSURANCES DE BASE SA, à Zurich (également en tant que successeure en droit de COMPACT ASSURANCES DE BASE SA),

E. 14

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny,

E. 15

ASSURA-BASIS SA, à Pully,

E. 16

VISANA SA, à Berne,

E. 17

HELSANA ASSURANCES SA, à Zurich (également en tant que successeure en droit de PROGRES ASSURANCES SA),

E. 18

SANA24 SA, à Berne,

E. 19

VIVACARE SA, à Berne, demanderesses, toutes représentées par santésuisse, à Soleure, elle-même représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, et P. _____, à [...], défendeur, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne. _____
Art. 32, 43, 56 al. 1, 89 LAMal

- 3 - E n f a i t : A. a) P. _____ est titulaire d'un diplôme de médecine obtenu en [...] et exerce depuis 2011 la médecine en Suisse en qualité de médecin praticien indépendant. En 2016, il exploitait, sous le numéro de registre des comptes-créanciers (RCC) [...], un cabinet médical situé à [...]. b) Par courriers des 17 novembre 2014 et 11 janvier 2016, santésuisse a remis à P. _____ ses statistiques relatives aux années 2013 et 2014 et l'a rendu attentif au fait que ses indices coûts totaux par malade étaient supérieurs à la marge de tolérance admis par la jurisprudence. Elle l'a invité à lui communiquer par écrit les particularités de sa pratique en relation avec sa patientèle, susceptibles d'expliciter le dépassement d'indice constaté. c) Par courrier du 31 mai 2016, P. _____ s'est déterminé de la manière suivante : Je voudrais tout d'abord m'excuser pour les reports successifs à vous répondre. Comme je vous l'ai déjà expliqué dans mes courriels précédents, ce retard est dû à une surcharge de travail qui fait qu'il m'a été difficile jusqu'à ce jour de trouver le temps nécessaire permettant de répondre de façon adéquate à votre attente. Et, en raison de la charge de travail trop importante qui est la mienne, je dois vous avouer que j'ai finalement opté de vous répondre simplement, en optant de décrire la réalité de ma pratique, sans regarder et analyser les graphiques dont vous m'avez fait part et qui évoquent les caractéristiques de ma pratique. Mon retard s'explique en partie par le fait que je voulais vous adresser un courrier détaillé et « technique » ; j'y ai finalement renoncé pour éviter encore un autre report. Aussi, à travers le présent courrier, je voudrais tout simplement apporter les éléments de réponse concernant la réalité de ma pratique en 2013, 2014, 2015 voire 2016, à travers les points suivants : A. Du temps de travail journalier presté et du point de vue du déroulement de la journée de travail : En moyenne 14 à 16h par jour, le lundi, mardi, mercredi et vendredi, soit de 6h (arrivée au cabinet) à 20h (départ du cabinet) avec une pause de 30 min environ entre 12h00 et 14h00 ;

- 4 - ■ Entre 6h et 8h, tâches administratives diverses et parfois, consultation de certains patients pour des situations particulières ; ■ De 8h à 12h30 puis de 14h à 18h30, consultation au cabinet ; ■ En général, entre 12h30 et 14h00 ou 18h30 et 20h, visite de patients impotents à domicile (VAD) et dans les établissements médico-sociaux (EMS) notamment, la Fondation [...], La [...], Le [...] etc ; ■ Joignable au téléphone à partir de 20h jusqu'au lendemain matin, je demeure joignable après mon départ du cabinet, par mes

patients en général et par les patients impotents suivis à domicile et, surtout par les équipes soignantes de nuit pour les patients résidant en EMS ; En moyenne 14h, le jeudi qui est souvent réservé, en dehors des réunions et formations diverses aux activités suivantes : ■ Tâches administratives diverses à savoir, la rédaction de certains rapports de consultation, les demandes d'avis spécialisé, les rapports pour la SUVA et les assurances etc ; ■ La présentation de cas de patients présentant des pathologies complexes ou nécessitant une intervention urgente (urgence cardiologique, cas oncologique, cas d'endocrinologie et diabétologie, cas orthopédiques, cas de psycho-gériatrie, cas de psychiatrie etc) nécessitant un avis spécialisé dans le cadre d'un consilium par un spécialiste ou groupe de spécialiste ou service spécialisé à l'hôpital ([...], Hôpital [...], Centre de la mémoire de l'Hôpital [...], Hôpital psychiatrique [...]) etc ; ■ Les VAD et les visites dans les EMS. Durant le weekend, en moyenne 8 à 12h par jour, le samedi et le dimanche : ■ Garde pour les EMS avec visite sur place si nécessaire ; ■ Les VAD ; ■ Les tâches administratives diverses. B. Le type de population constituant mes patients : ■ La majorité de mes patients est âgée, en moyenne entre 65 et 80 ans et il s'agit le plus souvent de patients poly- morbides ayant en général de nombreuses pathologies actives. La consultation de ces patients dure en général facilement plus de 40 min en moyenne, que ce soit au cabinet, à domicile ou à l'EMS - des exemples précis sont nombreux ; ■ Le 2ème groupe en nombre d'importance, âgé de 20 ans à 40 ans comprend des patients qui constituent des cas lourds, souffrant de pathologies particulières pour lesquelles, bien souvent les spécialistes et les hôpitaux ne trouvent souvent pas de réponse aux problèmes qu'ils posent, des cas psychiatriques complexes, des cas d'addictions sévères à diverses drogues illicites à l'alcool etc. Pour la plupart, ce sont des patients qui « atterrissent » à ma consultation parce qu'ils ont appris que j'acceptais tout type de patient et surtout que je prenais du temps nécessaire pour mes patients et leur réservais une écoute attentive. A noter que ces patients pour la plupart ont été refusés par certains confrères. Ces cas qui sont le plus

- 5 - souvent à l'AI, demande du temps et un investissement important du médecin. Ces cas imposent souvent de participer à des concilia avec des spécialistes en vue d'une prise en charge thérapeutique adéquate - ici également, les exemples précis sont nombreux. ■ Le 3ème groupe qui se situe entre 40 et 50 ans, me consulte en général soit pour un bilan de santé de la quarantaine, de la cinquantaine pour les bien-portants et pour une prise en charge optimisée pour ceux qui souffrent déjà d'une pathologie quelconque. Il est à noter que dans le cadre de la médecine préventive, la plupart de mes patients qui arrivent à la cinquantaine sont instruits dans le sens de pratiquer une colonoscopie. Dans cette même idée, les fumeurs qui n'ont pas eu droit à une radiographie du thorax durant les 5 à 10 dernières années sont encouragés à faire cet examen. ■ Le 4ème groupe, plus faible, comprend des étrangers d'origines diverses et notamment africaine. Bien souvent, il s'agit de population de réfugiés qui ne parlent pas français ; ce qui nécessite la présence d'un interprète durant la consultation. Ce type de consultation prend donc du temps qui excède facilement les 40 min. Il est à noter que c'est mon origine étrangère notamment africaine qui fait que ce groupe de patients fait le choix de leur suivi à ma consultation. C. Des prestations particulières qui tendent à être de moins en moins pratiquées et encore au cœur de ma pratique ■ Les VAD ■ La plupart de patients devenus impotents qui ne peuvent plus être suivis par leur médecin traitant me font souvent la demande d'un suivi à domicile ; ■ Les visites dans les EMS comme médecin consultant ([...], la visite de patients sollicitée par les patients résidents ou par les équipes de soins des EMS, etc. D. Des prestations particulières imposées par une rigueur personnelle dans la tenue des dossiers de patients ■ Bilan d'entrée

incluant une prise de sang, un ECG pour les patients âgés de plus de 40 ans avec en plus, une radiographie du thorax pour les patients fumeurs en l'absence d'une radiographie durant les 5 dernières années ; ■ Conseils de voyage et conseil de vaccination ; ■ Petite chirurgie (ongle incarné, thrombose hémorroïdaire, excision de lipome, kyste épidermoïde, et autres petites interventions de dermatologie) ; ■ Transfert de dossier accompagné d'un rapport médical détaillé et élément du dossier classé en différentes rubriques pour une meilleure compréhension ; Bilan radiologique complémentaire en général ■ Radiographie simple et ultrason ■ CT-Scan et IRM souvent complémentaire sur conseil des radiologues et de spécialistes consultés Actes techniques ■ Ponction lombaire ;

- 6 - ■ Infiltration articulaire etc E. Pour la facturation des prestations Celle-ci répond à un ordre constant est à comprendre de la façon suivante. La facturation n'est pas toujours détaillée en vue de simplifier le travail de saisie des prestations par l'assistante médicale et surtout de minimiser les erreurs de facturation. En réalité voici comment se décompose habituellement, la facturation des consultations : ■ Consultation de 30 min en général répartie en 1°, 0 à 5 min pour l'accueil ; 2°, 10 à 15 min pour motif de consultation et anamnèse ; 3°, 5 à 10 min pour l'examen clinique (petit à grand status) 4°, 5 à 10 min pour expliquer les hypothèses diagnostiques plausibles ou les diagnostics retenus, élaboration du bilan complémentaire ou des stratégies de traitement ; 5°, Rédaction du rapport de consultation en présence ou plus souvent en l'absence du patient, sur la base de notes prises durant la consultation. Au total, la consultation dure en moyenne, soit entre 20 min et 40 min + 5 min pour le rapport, soit plus souvent, entre 30 et 45 min, car il s'agit le plus souvent de patients poly-morbides (plusieurs pathologies avec bien souvent au moins 3 à 5 motifs de consultation par séance) ; ■ La consultation de cas complexes de patients âgés, poly-morbides et de patients relevant de la psychogériatrie (souvent dément) avec dossier (souvent volumineux) reçu au préalable ou non du médecin traitant prenant initialement en charge le patient ou de l'EMS : Durée en moyenne de 45 min, avec dossier reçu au préalable Durée en moyenne supérieur à 45 min, en l'absence de dossier ; ■ Consultation de cas psychiatriques ou d'addiction Durée en moyenne entre 30 min et 1 h voire d'avantage pour certains cas très complexes ; ■ Petite chirurgie : selon le cas, entre 30 min et 1h00 de temps ; ■ La pratique de désensibilisation au cabinet, en collaboration avec mes collègues immuno-allergologues, qui nécessite la commande de produits de désensibilisation - bien souvent coûteux - pour chaque patient. Voici, cher Monsieur, ce que je peux globalement dire sur ma pratique. J'espère avoir répondu à votre attente. Dans le cas contraire et dans tous les cas, je reste disposé à vous éclairer davantage et à apporter plus de détails sur ma pratique, dans le cas où cela vous semblerait encore nécessaire.

- 7 - d) Par courrier du 14 août 2017, lequel faisait suite à un entretien entre P. _____ et des représentants de santésuisse au sujet des statistiques relatives à l'année 2015, santésuisse a notamment souligné la surfacturation de la position TARMED 00.0140 (prestation médicale en l'absence du patient [y compris l'étude du dossier], par période de 5 min) et la longueur des consultations. Elle l'a averti qu'elle analyserait en détail les statistiques de l'année 2016 et qu'il n'était pas exclu qu'elle dépose une demande de remboursement de ses honoraires pour non-respect du caractère économique des prestations. e) Le 26 juin 2018, santésuisse a saisi la Commission paritaire SVM-santésuisse d'une requête de conciliation. A cette occasion, elle a pris des conclusions à l'encontre de P. _____ tendant au remboursement, pour l'année statistique 2016, d'un montant de 230'324 fr. (calculé selon l'indice RSS), respectivement d'un montant de 217'418 fr.

(calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]). f) La séance de conciliation s'est déroulée le 4 septembre 2018 et n'a pas abouti. B. a) Par demande du 5 juillet 2019 (enregistrée sous le n° de référence T. arb. 10/19), CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-trois autres assureurs-maladie, tous représentés par santésuisse, ont ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce qu'P._____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2017, le montant de 155'409 fr. (calculé selon l'analyse de régression en deux étapes), respectivement le montant de 273'280 fr. (calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]). b) Par ordonnance du 6 août 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a, avec l'accord des parties, suspendu la procédure T. arb. 10/19 jusqu'à l'issue de la procédure de conciliation introduite simultanément devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

- 8 - c) Par demande du 14 octobre 2019 (enregistrée sous le n° de référence T. arb. 20/19), CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-et-un autres assureurs-maladie, tous représentés par santésuisse, ont ouvert action devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud et conclu, sous suite de frais et dépens, à ce que P._____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2016, le montant de 217'418 fr. (calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]). d) Le 15 novembre 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a ordonné la reprise de la procédure T. arb. 10/19 à la suite de l'échec de la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse. Dans le même temps, il a ordonné la jonction des procédures T. arb. 10/19 et T. arb. 20/19 pour faire l'objet d'une instruction et d'un jugement communs. e) Dans ses réponses du 13 janvier 2020 (relative à l'année statistique 2016) et 25 janvier 2021 (relative à l'année statistique 2017), P._____, représenté par Me Nelly Iglesias, avocate à Genève, a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'irrecevabilité des demandes, respectivement à leur rejet. Il estimait, sur le plan formel, que plusieurs assureurs parties à la procédure n'étaient pas valablement représentés par une procuration, de sorte que les conclusions les concernant devaient être retranchées. Les conclusions portant sur l'année 2016 étaient par ailleurs irrecevables dans leur totalité en raison de la violation du délai de trois mois pour introduire action devant le tribunal arbitral à la suite de la délivrance de l'autorisation de procéder. Pour le reste, il considérait en substance que ni la méthode statistique ni la méthode ANOVA n'étaient applicables pour l'analyse de sa pratique, compte tenu des spécificités de cette dernière (notamment la part importante de cas lourds dans sa patientèle, laquelle générait des coûts considérables). f) Le 9 septembre 2021, le président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à l'issue de laquelle aucun accord n'a pu être trouvé entre les parties. A cette occasion, le président

- 9 - du Tribunal arbitral des assurances a invité les demanderesses à déposer une réplique. g) Dans leur réplique du 3 décembre 2021, les demanderesses, désormais représentées par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, ont reformulé leurs conclusions de la manière suivante : Année statistique 2016 : 1. Principalement :

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