

**TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES**

---

---

Jugement du 22 août 2022

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Antonazzo-Grecu et Baumgartner, arbitres  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

1. **T.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
2. **H.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
3. **D.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
4. **O.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
5. **I.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
6. **Z.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
7. **G.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
8. **U.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
9. **K.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
10. **Q.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
11. **B.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
12. **X.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
13. **E.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,
14. **V.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,

15. **Y.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,

16. **F.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,

17. **S.**\_\_\_\_\_, à [...], demanderesse,

toutes représentées par santésuisse et agissant par Me Valentin Schumacher, avocat à Lausanne,

et

**A.**\_\_\_\_\_, à [...], défendeur.

---

**Art. 56 et 59 LAMal**

## **E n f a i t :**

**A. a)** Par acte du 20 mai 2021, T. \_\_\_\_\_ et consorts (ci-après : les demanderesses) ont ouvert contre A. \_\_\_\_\_ (ci-après : le défendeur), devant le Tribunal arbitral des assurances, une action en paiement d'un montant de 152'387 fr. correspondant à des postes tarifaires que le défendeur n'était selon elles par en droit de facturer, ainsi que d'un montant de 23 fr. correspondant, pour le solde de sa facturation, à ce qui excédait une pratique pouvant être considérée comme économique, selon leurs conclusions principales.

Les demanderesses ont exposé, en substance, qu'en 2019, le défendeur, a facturé quasiment exclusivement la position tarifaire 00.0520 (consultation psychothérapeutique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 mn) alors qu'il ne disposait pas d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il a ainsi facturé cette position pour un montant total de 152'387 fr. en 2019, dont les demanderesses ont demandé la restitution, le recourant ayant en réalité une pratique de psychiatre sans disposer du titre requis.

Par ailleurs, les demanderesses ont observé que le défendeur a facturé notablement plus de prestations par patient que ses confrères médecins praticiens en 2019. Sa pratique était hors norme au point qu'elle ne respectait pas le principe d'économicité. En se référant aux statistiques de facturation de Sasis SA et la méthode dite « d'analyse de régression des coûts », elles estimaient qu'au vu de sa pratique et de sa facturation, le défendeur dépassait de 282 points l'indice de régression des coûts du groupe de comparaison des médecins praticiens pour les coûts totaux, après déduction d'une marge de tolérance de 20 %. Compte tenu de coûts totaux (CT) de 183'031 fr., de coûts totaux directs (CTD) de 152'421 fr., d'un indice de régression des coûts totaux (IR) de 402 points et d'une marge de tolérance (MT) de 120 points, le montant à restituer pouvait être fixé à 106'922 fr. selon la formule  $CT/IR \times (IR-MT) \times CTD/CT$ . Les demanderesses proposaient toutefois de déduire des coûts totaux le montant de 152'387 fr. correspondant en réalité à des prestations de

psychiatres que le demandeur n'était pas en droit de facturer. Il en résultait des coûts totaux « corrigés » de 30'644 fr. (183'031 fr. - 152'387 fr.) et des coûts directs « corrigés » de 34 fr. (152'421 fr. - 152'387 fr.). Compte tenu d'un indice de régression des coûts totaux (IR) de 402 points et d'une marge de tolérance de 120 points, le montant à restituer - en plus des 152'387 fr. déjà exigés, pouvait être fixé à 23 fr. 85.

**b)** Les demanderesses ont également saisi la Commission paritaire SVM-Santésuisse d'une demande de conciliation et ont requis la suspension de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances, jusqu'à la fin de cette conciliation.

Invité à se déterminer sur la suspension de la procédure, le défendeur n'a pas répondu dans le délai imparti.

Le Président du Tribunal arbitral a suspendu la cause le 5 juillet 2021.

Le 24 janvier 2022, les demanderesses ont informé le Président du Tribunal arbitral des assurances de l'échec de la conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse et ont requis la reprise de la procédure. Le Président du Tribunal arbitral a levé la suspension le 2 mars 2022 et a invité le défendeur à se déterminer sur la demande. Le défendeur n'a pas répondu.

**B.** Le 18 mai 2022, le Président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation à laquelle le défendeur, dûment convoqué, a fait défaut. La partie demanderesse a pris une nouvelle conclusion tendant à ce que le défendeur soit exclu du droit de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour une durée d'une année.

Le lendemain, le Président du Tribunal arbitral des assurances a communiqué ces nouvelles conclusions au défendeur et l'a invité à se déterminer sur la demande ainsi qu'à proposer ses moyens de preuves,

dans un délai échéant le 20 juin 2022. Il a précisé qu'à défaut, le tribunal arbitral statuerait en l'état du dossier, en ajoutant que Mme Heidi Baumgartner et la Dre Alexandra Antonazzo - qui avaient déjà été mandatées pour une procédure opposant les mêmes parties devant le Tribunal arbitral des assurances - seraient désignées comme arbitres.

Le défendeur n'a pas réagi dans le délai imparti.

### **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 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 les art. 115 ss

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).

**c)** Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur l'action en restitution déposée le 20 mai 2021 et la demande est recevable sur le plan formel.

**2. a)** Le litige porte sur le point savoir si les demanderesses sont en droit d'exiger le remboursement, par le défendeur, de montants de 152'387fr. et de 23 fr. qu'il leur aurait facturés à tort en 2019.

**b)** Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TFA K 167/04 du 18 mars 2005 consid. 1). Ainsi, les règles en vigueur au 31 décembre 2019 restent en l'espèce applicables, dès lors que le litige porte sur la facturation de prestations fournies par le défendeur durant l'année 2019.

**3. 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 prestation doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt du patient et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (art. 56 al. 2 LAMal). Outre l'obligation de restituer tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée, l'art. 59 al. 1 LAMal prévoit la possibilité, pour le Tribunal arbitral des assurances, de sanctionner le fournisseur de prestations qui ne respecte pas les exigences relatives au caractère économique et à la qualité des prestations par un avertissement, une amende et, en cas de récidive, l'exclusion temporaire ou définitive de toute activité à charge de l'assurance obligatoire des soins (art. 59 al. 1 let. a à d LAMal).

Le Tribunal arbitral prononce la sanction appropriée sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs (art. 59 al. 2 LAMal). Cette dernière disposition implique que le Tribunal arbitral doit être saisi par un assureur ou une fédération d'assureurs pour prononcer une sanction contre un médecin. Une fois saisi, il n'est en revanche pas lié par la mesure proposée par la partie demanderesse, l'objectif du législateur en introduisant le catalogue de sanctions de l'art. 59 étant de laisser davantage de marge de manœuvre aux tribunaux (sur cet objectif : Message relatif à la révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance-maladie [liberté de contracter] du 26 mai 2004, FF 2004 p. 4077). Le Tribunal arbitral veillera toutefois au respect du droit d'être entendu du fournisseur de prestations concerné et ne prononcera pas, sans lui laisser l'opportunité de se déterminer, une sanction à laquelle il n'a pas à s'attendre au regard du déroulement de la procédure et, notamment, de l'échange d'écritures entre les parties.

**c)** Aux termes de l'art. 35 al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal. Ces fournisseurs de prestations sont notamment les médecins (art. 35 al. 2 let. a LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]), s'ils sont titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral (art. 36 al. 1 LAMal [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]).

**4. 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. 3 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, 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 « Les 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 1<sup>er</sup> avril 2021).

**c) aa)** La structure tarifaire Tarmed prévoit que les différentes prestations relevant de la psychiatrie et de la psychothérapie (sous chiffre 02), ne peuvent être facturées que par des médecins disposant d'un titre FMH de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, ou d'un titre étranger reconnu comme équivalent en Suisse. Des prestations de psychothérapie déléguée, effectuées par un psychologue, peuvent par ailleurs être

facturées aux conditions prévues par le chiffre 2.03. La psychothérapie déléguée est notamment limitée « au maximum par médecin à 4 thérapeutes et/ou 100 heures par semaine ». La Commission paritaire d'interprétation (CPI), constituée conformément à l'art. 16 de la Convention-cadre Tarmed, a précisé cette condition en ce sens que la limitation concerne uniquement l'aspect temporel (maximum 100 heures par semaine), indépendamment du nombre de thérapeutes (décision I-13001 « Adaptation de l'IC-02.03-1 [Psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical], valable dès le 1<sup>er</sup> avril 2013 ; cf. pièce D 17, ainsi que la liste des décisions de la CPI sur le site internet de la FMH [[www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/groupes-travail.cfm](http://www.fmh.ch/fr/themes/tarifs-ambulatoires/groupes-travail.cfm), consulté le 11 février 2022]).

**bb)** Les médecins disposant d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale peuvent également facturer certaines prestations dans le domaine psychiatrique, sous la position tarifaire 00.0520 : consultation psychiatrique ou psychosociale par le spécialiste de premier recours, par période de 5 mn. Cette position peut être utilisée pour une intervention de crise, le traitement de comportements addictifs et des addictions (substances psychotropes, alcool, nicotine), pour la prise en charge lors d'affections fonctionnelles ou psychosomatiques, de troubles du développement psychique de l'enfant ou de l'adolescent, ou encore lors d'affections psychiques chroniques. Les médecins ne disposant pas d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, et notamment les médecins praticiens, ne peuvent pas facturer la position Tarmed 00.0520. Le fait que Tarmed mentionne sous cette position, sous « remarques », un point médical de 9.69 pour les médecins praticiens, au lieu de 10.42, découle uniquement de l'application d'une réduction linéaire (« facteur d'échelle ») de 0.93 des points médicaux pour les médecins disposant uniquement d'un diplôme de médecin praticien (Tarmed, Interprétation générale 52). Pour des raisons techniques, cette réduction a été reportée sous « remarques » pour toutes les positions tarifaires Tarmed, y compris celles qui ne peuvent pas être facturées par les médecins ne disposant pas d'autre diplôme que celui de médecin praticien (Office fédéral des

assurances sociales, Réponses aux questions fréquemment posées sur les adaptations apportées à la structure tarifaire TARMED au 1<sup>er</sup> janvier 2018, Foire aux questions [FAQ], version du 5 juillet 2019 [consulté sur le site de l'Office fédéral des assurances sociales [www.bag.admin.ch] le 27 juin 2022, sous la rubrique Assurances/Assurance-maladie/Prestations et tarifs/Prestations médicales/Système tarifaire Tarmed/documents). On ne peut pas en déduire qu'un médecin praticien sans titre de spécialiste en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale, est en droit de fournir et de facturer des prestations relevant de la position 00.0520.

**5. a)** Le Dr A.\_\_\_\_\_ est inscrit au Registre des professions médicales, tenu par le Département fédéral de l'intérieur conformément à l'art. 51 LPMéd (loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires ; RS 811.11), comme titulaire d'un diplôme fédéral de médecin depuis 1994 et comme titulaire du titre postgrade fédéral de médecin praticien, depuis 2009. Il ressort des données statistiques produites par les demanderesse, ainsi que de leurs allégations non contestées, qu'il facture quasiment exclusivement ses prestations sous la seule position tarifaire 00.0520. Il contourne très probablement, par ce moyen, l'exigence d'un titre postgrade fédéral de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, nécessaire pour dispenser et facturer des prestations relevant des positions tarifaires mentionnées sous le chapitre 2 de Tarmed. A cela s'ajoute qu'il ne dispose pas d'une spécialisation en médecine interne, en pédiatrie ou en médecine générale de sorte qu'il n'est pas en droit de dispenser et facturer des prestations relevant de la position tarifaire 00.0520, même de manière moins importante quantitativement. Les prestations correspondantes ne peuvent ainsi pas être qualifiées d'adéquates, efficaces et économiques et ont été facturées et payées à tort. Les demanderesse sont en droit d'exiger la restitution des montants payés ensuite de factures fondées sur cette position tarifaire, sur la base des art. 56 al. 2 et 59 al. 1 let. b LAMal. Cela correspond à un montant de 152'387 fr. pour l'année 2019, comme l'allèguent les demanderesse, sans contestation du défendeur.

**b)** Les demanderesses demandent encore la restitution d'un montant de 23 fr. pour 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. Leur calcul prend en considération les coûts totaux et les coûts directs du défendeur, après déduction du montant de 152'387 fr., ainsi qu'un « indice de régression » de 282 points, après déduction d'une marge de 20 %. Cette méthode de calcul néglige toutefois le fait que l'indice de régression a été établi en prenant en considération la totalité des coûts du défendeur, sans déduction du montant de 152'387 fr. demandé en remboursement pour des prestations qu'il n'était pas en droit de facturer. Or, les demanderesses ont établi elle-même que la presque totalité de ces coûts correspond à la facturation d'un seul poste tarifaire. Il s'ensuit inévitablement que la pratique du défendeur n'est pas comparable, statistiquement, à celle des autres médecins de son groupe de comparaison. Le raisonnement des demanderesses ne peut donc pas être suivi. On ne peut rien tirer, en ce qui concerne les quelques prestations facturées sous un autre poste tarifaire que le chiffre Tarmed 00.0520, de l'analyse statistiques des demanderesses.

**6.** Au vu de la pratique du défendeur, la question d'une interdiction du droit de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins se pose très sérieusement. Les demanderesses ont pris une conclusion dans ce sens. Il ressort toutefois du texte de l'art. 59 LAMal qu'une telle sanction ne peut être prononcée qu'en cas de récidive. Dans une procédure précédente, le défendeur a été rendu attentif au fait que sa pratique posait très sérieusement problème et qu'il encourrait un avertissement et, en cas de récidive, une exclusion temporaire ou définitive (Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud, arrêt T. arb. 12/20 - 3/2022 du 13 avril 2022, consid. 5). Cet arrêt ayant été notifié postérieurement à l'année 2019, à laquelle remonte la pratique du défendeur mise en cause dans la présente procédure, on ne peut pas parler de récidive après une première mise en garde. Une suspension du droit de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins ne peut

donc pas être prononcée dans la présente procédure. Il convient en revanche d'avertir formellement le défendeur qu'une telle récidive pourrait entraîner, à l'avenir, une exclusion de son droit de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

**7.** Les demanderesse obtiennent gain de cause pour l'essentiel de leurs conclusions. Les frais de procédure, par 5'000 fr., sont donc entièrement mis à la charge du défendeur, mais sont compensés avec les avances de frais effectuées par les demanderesse. Le défendeur versera à ces dernières une indemnité de dépens de 7'000 fr. Ce montant comprend des débours de 5'000 fr. pour les frais avancés par les demanderesse.

**Par ces motifs,  
le Tribunal arbitral des assurances  
prononce :**

- I. La demande est admise.
- II. A.\_\_\_\_\_ est condamné à restituer aux demanderesse, solidairement entre elles, un montant de 152'387 fr. (cent cinquante-deux mille trois cent huitante-sept francs) pour l'année 2019.
- III. A.\_\_\_\_\_ est averti du fait qu'il encourt une suspension de son droit de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, pour une durée temporaire ou définitive, en cas de récidive d'une pratique contraire aux principes d'adéquation, d'efficacité et d'économicité.
- IV. Les frais de justice sont arrêtés à 5'000 fr. (cinq mille francs), dont 750 fr. (sept cent cinquante francs) à titre d'honoraires pour chacune des deux arbitres-asseesseures, et sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_. Ils sont toutefois compensés avec les

avances de frais d'un même montant versées par les demanderesses.

**V.** A.\_\_\_\_\_ versera aux demanderesses une indemnité de dépens de 7'000 fr. (sept mille francs), y compris les débours correspondant à l'avance de frais dont elles se sont acquittées.

Le président :

La greffière :

**Du**

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Valentin Schumacher (pour T.\_\_\_\_\_ et consorts),
- A.\_\_\_\_\_,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :