

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 9 décembre 2025

Composition : M. PIGUET, président
Mme Baumgartner et M. Ducor, arbitres
Greffière : Mme Lopez

Cause pendante entre :

1. **CSS ASSURANCE-MALADIE SA**, à Lucerne (également en tant que successeur en droit d'**INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA** et **ARCOSANA SA**),
2. **AQUILANA VERSICHERUNGEN**, à Baden,
3. **SUMISWALDER KRANKENKASSE**, à Sumiswald,
4. **CONCORDIA ASSURANCE SUISSE DE MALADIE ET ACCIDENTS SA**, à Lucerne,
5. **ATUPRI ASSURANCE DE LA SANTE SA**, à Berne,
6. **AVENIR ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny (également en tant que successeur en droit d'**EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA**),
7. **KPT CAISSE-MALADIE SA**, à Berne,
8. **VIVAO SYMPANY SA**, à Bâle (également en tant que successeur en droit de **MOOVE SYMPANY SA**),
9. **EGK GRUNDVERSICHERUNGEN AG**, à Laufen,
10. **SWICA ASSURANCE-MALADIE SA**, à Winterthur,
11. **GALENOS AG**, à Berne (en tant que successeur en droit de **GALENOS KRANKEN- UND UNFALLVERSICHERUNG**),
12. **MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA**, à Martigny (également en tant que successeur en droit de **SUPRA-1846 SA**),
13. **AMB ASSURANCES SA**, à Le Châble,

- 14.SANITAS GRUNDVERSICHERUNGEN AG**, à Zurich (également en tant que successeur en droit de **WINCARE ASSURANCES SA** et de **COMPACT ASSURANCES DE BASE SA**),
15.PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, à Martigny,
16.ASSURA-BASIS SA, à Pully,
17.VISANA SA, à Berne,
18.HELSANA VERSICHERUNGEN AG, à Zurich (également en tant que successeur en droit de **PROGRES ASSURANCES SA**, **AVANEX ASSURANCES SA** et **SANSAN ASSURANCES SA**),
19.SANA24 SA, à Berne,
20.VIVACARE SA, à Berne,

demandereses, toutes représentées par santésuisse, à Soleure, elle-même représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg,

et

BP._____, à QV***, défendeur, représenté par Me Emmanuel Kilchenmann, avocat à Fribourg.

Art. 25, 33 et 43 LAMAL

En fait :

A. a) BP._____ (ci-après également : le défendeur) est titulaire d'un diplôme de médecine obtenu en Suisse en ***. En 2016, il exploitait, sous le numéro de registre des comptes-créanciers (RCC) ***, un cabinet médical situé à QV***.

b) A la suite de la publication des statistiques relatives à l'année 2016, santésuisse a organisé le 21 juin 2018 un entretien avec BP._____ afin d'évoquer la situation globale de ses coûts et, le cas échéant, trouver un accord à l'amiable.

Dans un courrier du 22 juin 2018, santésuisse a résumé le contenu de l'entretien de la manière suivante :

Nous revenons sur l'aimable entretien qui a eu lieu le 21 juin dernier dans les locaux de santésuisse à Lausanne.

Votre pratique atypique et votre facturation nous ont interpellés et ce, en parallèle à vos coûts moyens par malade qui sont clairement supérieurs à la moyenne de vos confrères vaudois et suisses depuis plusieurs années.

Vous nous avez expliqué que vos coûts par malade ont augmenté en 2016 en raison de la pratique, dans votre cabinet, de traitements de plasmaphérèse membranaire. Comme vous l'avez dit vous-même, vous ne proposez plus ce type de traitements car les assureurs refusent le remboursement de cette prise en charge. En effet, de notre point de vue, ce type de traitements ne respecte pas les dispositions prévues par la LAMal en termes d'efficacité et d'économicité (art. 32 LAMal).

En allant plus en détails dans la facturation des séances d'acupuncture, nous avons été interpellés par votre chaînage. En effet, toutes vos séances sont facturées de la même manière soit : « partie générale » □ 00.0010 ; 00.0020 (2 fois) ; 00.0030 puis la partie « acupuncture » □ 00.1710 ; 00.1720 (2 fois) ; 00.1730 et encore 2 fois la position 00.1735 (soit une demi-heure de surveillance). Cela signifie au final des prestations facturées pour l'équivalent de 1h10 !

Quand bien même cette facturation suivrait, selon vous, les recommandations de la société suisse d'acupuncture, nous ne pouvons admettre une telle systématique, sachant que la facturation doit impérativement être en adéquation avec la prestation fournie et sa durée, ce dont nous doutons fortement en raison de ce que vous nous avez indiqué lors de l'entretien : « les consultations ne sont pas toujours identiques et ne durent pas toujours une heure... » et ensuite

vous ajoutez « ... qu'il faut également prendre du temps pour ranger la salle et mettre à jour le dossier »).

Vous refusez d'être comparé aux autres médecins du groupe « praticien » car vous estimez que vous n'êtes pas comparable à vos confrères en raison du type de traitements que vous proposez. Nous avons lourdement insisté sur le fait que selon l'Annexe 1 de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), seules l'acupuncture, la médecine anthroposophique, la médecine traditionnelle chinoise, l'homéopathie et la phytothérapie sont remboursés par l'assurance de base.

Pour santésuisse, il n'est pas admissible que la mésothérapie, l'ozonothérapie ou encore la nasosympaticothérapie soient facturées à charge de l'assurance obligatoire des soins.

Quand nous vous avons interrogé sur la position de surveillance au cabinet 00.01370 [recte : 00.1370] (que vous facturez près de 4 fois plus souvent que les médecins praticiens vaudois) vous nous avez répondu que vous gardez vos patients « sous surveillance » après leur avoir traité les sinus via la technique de la nasosympaticothérapie (cette méthode comprend l'application d'huiles essentielles). Vous avez d'ailleurs admis vous-même que cette prestation devrait être à la charge des assurances complémentaires. Ainsi, il n'est absolument pas admissible que des prestations LAMal soient facturées pour un traitement LCA.

Idem quand vous expliquez que pour la mésothérapie, vous facturez la consultation et l'injection à l'assurance de base et les médicaments aux patients (ou à sa complémentaire).

D'ailleurs cela conforte les soupçons que nous avons sur le fait que des prestations non à charge de la LAMal puissent être facturées par analogie via les positions « standards » du TARMED (00.0010 ; 00.0020 ; 00.0610 ; ...) ce qui est totalement contraire à la LAMal et inadmissible pour les assureurs.

Nous avons également émis des réserves quant à vos prescriptions de laboratoire particulièrement élevées. Vous avez justifié votre indice de 255 par le fait que vos patients vous demandent des check-ups ! De plus, vous dites « investiguer sérieusement les cas de fatigues chroniques », par exemple. Nous avons insisté sur le fait que les check-ups n'ont pas à être remboursés par l'assurance obligatoire (caractère préventif) et enfin vous avons rappelé que les analyses à la charge des assureurs-maladie dans le cadre de l'AOS doivent servir à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25, al. 1, LAMal). Vous devez donc cibler les analyses que vous prescrivez dans un but précis.

Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, nous devons entreprendre des démarches afin d'obtenir la rétrocession d'une partie des montants qui ont été remboursés à tort en 2016.

Nous avons pris comme base de référence l'indice ANOVA qui s'élève à 153, selon la récente jurisprudence, et, si nous devons saisir la

Commission paritaire cantonale c'est un montant de CHF 90'809.- que santésuisse demanderait.

Dans le cadre d'un accord à l'amiable, nous vous avons proposé de transiger contre le versement d'un montant de CHF 60'000.- au titre de l'année statistique 2016.

Nous attendons votre positionnement d'ici le 6 juillet ; passé ce délai nous déposerons formellement notre requête.

c) Le 9 juillet 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 BP._____ tendant au remboursement, pour l'année statistique 2016, d'un montant de 108'856 fr. (correspondant à des prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire des soins facturées au titre de la LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.1]), subsidiairement d'un montant de 72'481 fr. (calculé selon la méthode ANOVA [analyse de la variance]).

La séance de conciliation s'est déroulée le 22 octobre 2018 et n'a pas abouti.

d) Le 12 juillet 2019, santésuisse a saisi la Commission paritaire SVM-santésuisse d'une nouvelle requête de conciliation. A cette occasion, elle a pris des conclusions à l'encontre de BP._____ tendant au remboursement, pour l'année statistique 2017, d'un montant de 102'369 fr. (calculé selon l'indice de régression en deux étapes), subsidiairement d'un montant de 82'520 fr. (correspondant à des prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire des soins facturées au titre de la LAMal), plus subsidiairement d'un montant de 53'508 fr. (calculé selon la méthode ANOVA).

La séance de conciliation s'est déroulée le 18 septembre 2019 et n'a pas abouti.

B. a) Par demande du 12 juillet 2018 (enregistrée sous le n° de référence T. arb. 6/18), CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-cinq 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 BP._____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2016, le montant de 108'856 fr. (correspondant à des prestations ne relevant pas de l'assurance obligatoire des soins facturées au titre de la LAMal), plus subsidiairement le montant de 72'481 fr. (calculé selon la méthode ANOVA).

Par ordonnance du 7 septembre 2018, le président du Tribunal arbitral des assurances a, avec l'accord des parties, suspendu la procédure T. arb. 6/18 jusqu'à l'issue de la procédure de conciliation introduite simultanément devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

Le 12 mars 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a ordonné la reprise de la procédure T. arb. 6/18 à la suite de l'échec de la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

Dans sa réponse du 9 juillet 2019 (relative à l'année statistique 2016), BP._____, représenté par Me Emmanuel Kilchenmann, avocat à Fribourg, a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. En substance, il estimait que santésuisse n'avait pas démontré, dans le cadre de sa demande, qu'il avait facturé des prestations en lien avec des thérapies qui ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins. Pour le reste, il considérait que la méthode ANOVA n'était pas applicable pour l'analyse de sa pratique, compte tenu des spécificités de cette dernière (notamment l'âge de sa patientèle et le fait qu'il traitait des patients atteints de douleurs chroniques), seule la méthode analytique étant susceptible de prouver l'existence d'une polypragmasie.

b) Par demande du 12 juillet 2019 (enregistrée sous le n° de référence T. arb. 16/19), CSS Assurance-maladie SA ainsi que vingt-six 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 BP._____ soit condamné à leur restituer, pour l'année statistique 2017, le montant de 102'369 fr. (calculé selon l'indice de régression en deux étapes), subsidiairement le montant de 82'520 fr. (correspondant à des prestations ne relevant pas de

l'assurance obligatoire des soins facturées au titre de la LAMal), plus subsidiairement le montant de 53'508 fr. (calculé selon la méthode ANOVA).

Par ordonnance du 11 septembre 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a, avec l'accord des parties, suspendu la procédure T. arb. 16/19 jusqu'à l'issue de la procédure de conciliation introduite simultanément devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

Le 14 novembre 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a ordonné la reprise de la procédure T. arb. 16/19 à la suite de l'échec de la procédure de conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

Dans sa réponse du 25 mai 2020 (relative à l'année statistique 2017), BP. _____ a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet de la demande. En substance, il estimait que ni la méthode ANOVA ni la méthode fondée sur l'indice de régression en deux étapes n'étaient applicables pour l'analyse de sa pratique, compte tenu des spécificités de cette dernière (notamment l'âge de sa patientèle et le fait qu'il traitait des patients atteints de douleurs chroniques), seule la méthode analytique étant susceptible de prouver l'existence d'une polypragmasie. Pour le reste, il estimait que santésuisse n'avait pas démontré, dans le cadre de sa demande, qu'il avait facturé des prestations en lien avec des thérapies qui ne relevaient pas de l'assurance obligatoire des soins.

c) Le 21 janvier 2021, le président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation, au cours de laquelle il a ordonné la jonction des procédures T. arb. 6/18 et T. arb. 16/19 pour faire l'objet d'une instruction commune et d'un jugement commun.

A cette occasion, santésuisse, désormais représentée par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg, a modifié les conclusions prises dans les demandes des 12 juillet 2018 et 12 juillet 2019 dans le sens suivant :

Affaire T. arb. 6/18 (année statistique 2016) :

Conclusions :

1. Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 108'856.- calculé sur la base des prestations non-LAMal facturées à l'assurance obligatoire des soins.
2. Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 72'481.- 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 probatoire.
4. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur.

Affaire T. arb. 16/19 (année statistique 2017) :

Conclusions :

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 82'520.- calculé sur la base des prestations non-LAMal facturées à l'assurance obligatoire des soins.

2. Principalement :

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 102'369.- calculé selon l'indice de régression.

Subsidiairement :

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 53'508.- 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 probatoire.
4. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur.

Au terme de l'audience, aucun accord n'a pu être trouvé entre les parties. Les demanderesses ont alors été invitées à déposer une réplique.

d) Dans leur réplique du 7 avril 2021, les demanderesses ont reformulé leurs conclusions de la manière suivante :

Année statistique 2016 :

1. Principalement :

Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 62'307.- calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0420 et 00.0520 sans qu'il dispose des valeurs intrinsèques requises.

Subsidiairement :

Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 37'053.- calculé sur la base des prestations non-LAMal facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0420 et 00.0520.

2. Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 56'134.- calculé sur la base des prestations non-LAMal facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0840, 00.0850, 00.2640, 00.1370 et 00.0610.
3. Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 18'464.- calculé sur la base d'une facturation systématique et non-économique de la position TARMED 00.0020 en lien avec les séances d'acupuncture.
4. Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 72'481.- calculé selon l'indice ANOVA.
5. 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.
6. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur.

Année statistique 2017 :

1. Principalement :

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 56'049.- calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins sans qu'il dispose des valeurs intrinsèques requises avec les positions TARMED 00.0420 et 00.0520.

Subsidiairement :

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 32'506.- calculé sur la base des prestations non-LAMal facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0420 et 00.0520.

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 36'952.- calculé sur la base des prestations non-LAMal facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0840, 00.0850, 00.2640, 00.1370 et 00.0610.
3. 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 14'560.- calculé sur la base d'une facturation systématique et non-économique de la position TARMED 00.0020 en lien avec les séances d'acupuncture.

4. Principalement :

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 102'369.- calculé selon l'indice de régression.

Subsidiairement :

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 53'508.- calculé selon l'indice ANOVA.

5. 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.
6. Les frais et dépens sont mis à la charge du défendeur.

En substance, elles ont notamment relevé que BP. _____ avait reconnu avoir utilisé différentes positions tarifaires en lien avec des traitements de médecine alternative non couverts par l'assurance obligatoire des soins. Il en résultait par conséquent une utilisation manifestement excessive (positions TARMED 00.0840, 00.0850, 00.1370 et 00.0610) ou inadéquate (position TARMED 00.2640) de ces positions par rapport au groupe de comparaison. Il apparaissait par ailleurs que le défendeur avait facturé des positions tarifaires (positions TARMED 00.0420 et 00.0520) pour lesquelles il ne disposait pas des valeurs intrinsèques relatives. Quant aux séances d'acupuncture, elles faisaient visiblement l'objet d'une facturation systématique et non-économique.

e) Dans sa duplique du 20 avril 2023, BP. _____ a, en substance, maintenu ses conclusions tendant au rejet des conclusions des

demandereses, renvoyant pour l'essentiel au contenu de ses réponses des 9 juillet 2019 et 25 mai 2020.

f) Par courrier du 1^{er} février 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 BP._____.

g) Dans leurs déterminations du 8 avril 2024, les demanderesses ont relevé que BP._____ disposait uniquement du titre de formation « médecin praticien » ainsi que des attestations de formation complémentaire « acupuncture et pharmacothérapie chinoise - MTC (ASA) » et « pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR) ». En revanche, il ne disposait pas de certificat de facturation avec attestation de formation continue en « médecine interne générale » valable pour la période postérieure au 31 décembre 2009. Aussi, faute de disposer des valeurs intrinsèques nécessaires, il n'était pas en droit de dispenser et facturer des prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420, 00.0510 et 00.0520. De même, faute de disposer d'un certificat de facturation avec attestation de formation continue en « radiologie médicale / radiodiagnostic », il n'était pas non plus en droit de dispenser et facturer des prestations relevant des positions TARMED 39.0010, 39.0110 et 39.0115. Fort de ces constats, les demanderesses ont modifié leurs conclusions de la manière suivante :

Année statistique 2016 :

1. Principalement :

Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 99'359.- calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420, 00.0510, 00.0520, 39.0010, 39.0110 et 39.0115 sans qu'il ne dispose des valeurs intrinsèques requises.

Subsidiairement :

Inchangé

2. *Inchangé*

3. *Inchangé*

4. Le défendeur est condamné, pour l'année 2016, à restituer aux demandeurs listés dans l'intitulé de la présente demande, en main de santésuisse, un montant de CHF 55'846.- calculé selon l'indice ANOVA.
5. *Inchangé*
6. *Inchangé*

Année statistique 2017 :

1. Principalement :

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 95'660.- calculé sur la base des prestations facturées à l'assurance obligatoire des soins avec les positions TARMED 00.0410, 00.0420, 00.0510, 00.0520, 39.0010, 39.0110 et 39.0115 sans qu'il ne dispose des valeurs intrinsèques requises.

Subsidiairement :

Inchangé

2. *Inchangé*
3. *Inchangé*
4. Principalement :

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 73'724.- calculé selon l'indice de régression.

Subsidiairement :

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 36'487.- calculé selon l'indice ANOVA.

5. *Inchangé*
6. *Inchangé*

h) Dans ses déterminations du 17 septembre 2024, BP. _____ a informé le Tribunal arbitral qu'il avait continué à suivre des formations continues depuis 2009 jusqu'à ce jour et qu'il se tenait à jour dans ses domaines de pratique. Il produirait les attestations de formation continue nécessaires dans les prochains mois.

i) Le 23 septembre 2024, le président du Tribunal arbitral a invité les demanderesses à produire toute explication ainsi que toute pièce éventuelle permettant d'établir le lien objectif entre la surutilisation des

positions TARMED 00.0840 et 00.0850 et les traitements de mésothérapie qui auraient été prodigués par BP._____, respectivement la surutilisation de la position TARMED 00.1370 et les traitements de nasosympaticothérapie qui auraient été prodigués par BP._____.

Dans leurs déterminations du 18 décembre 2024, les demanderesses ont indiqué que des recherches effectuées dans les données des assureurs Assura-Basis SA et du Groupe Mutuel avaient permis d'établir un lien entre la facturation de la position TARMED 00.1370 et la facturation, le même jour, de thérapies relevant de la médecine complémentaire (nasosympaticothérapie, ozonothérapie, autohémothérapie et hirudothérapie). S'agissant du lien entre la facturation des positions TARMED 00.0840 et 00.0850 et les traitements de mésothérapie, les recherches effectuées par Assura-Basis SA et le Groupe Mutuel n'avaient pas permis de faire le lien direct entre la surfacturation de ces positions et les traitements de mésothérapie. Cela étant, au vu de l'étendue de la facturation de ces deux positions, il était plus que vraisemblable qu'elles avaient également été facturées à des patients n'ayant pas conclu d'assurance complémentaire pour les thérapies faisant partie de la médecine complémentaire.

j) Le 23 septembre 2024, le président du Tribunal arbitral a invité BP._____ à produire toute explication ainsi que toute pièce éventuelle (y compris les factures y relatives) permettant d'établir l'indication médicale à l'origine de chaque traitement de plasmaphérèse prodigué en 2016 (29 traitements) et en 2017 (5 traitements).

BP._____ n'a pas donné suite à la requête.

k) Le 16 juillet 2025, le président du Tribunal arbitral a sollicité auprès des demanderesses diverses explications au sujet des rapports de comparaison graphique « tarifpool » produits à l'appui de leurs demandes.

Les demanderesses se sont déterminées le 16 septembre 2025.

En droit :

1. a) D'après l'art. 89 LAMal, 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 du règlement organique du Tribunal cantonal vaudois du 13 novembre 2007 [ROTC ; 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 de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 du code de procédure civile du 19 décembre 2008 [CPC ; 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 12 juillet 2018 et 12 juillet 2019, si bien que celles-ci sont recevables sur le plan formel.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si les demanderesses sont en droit d'exiger le remboursement, par le défendeur, de différents montants qu'il leur aurait facturé à tort en 2016 et 2017.

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 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).

c) Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal, qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien. Le Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour la compétence mentionnée (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. b de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie [OAMal ; RS 832.102]), a adopté l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). Les prestations fournies sur prescription médicale ou mandat médical sont définies aux art. 5 à 11a OPAS.

d) Conformément à l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

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. 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 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 « *[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 1^{er} avril 2021).

5. 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, 2^e éd. 2018, n° 28 ad art. 56 LAMal).

6. a) Dans ses mémoires de réponse des 9 juillet 2019 et 25 mai 2020, le défendeur s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, en tant que les demanderesses ne lui auraient pas communiqué à quel groupe de comparaison sa pratique avait été comparée et quels étaient les médecins qui faisaient partie de ce groupe de comparaison.

b) Les 3 septembre 2019 (année 2017) et 12 septembre 2019 (année 2016), les demanderesses ont produit les listes des médecins faisant partie du groupe de comparaison pris en considération, si bien qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu a été réparée devant le Tribunal arbitral des assurances.

7. Sur le fond, les demanderesses reprochent en premier lieu au défendeur de dispenser et de facturer les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420, 00.0510, 00.0520, 39.0010, 39.0110 et 39.0115, 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 »), 00.0510 (« Consultation spécifique par le

spécialiste de premier recours, par période de 5 min ») 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 ». Les positions TARMED 39.0010 (« Consultation de base/unité d'exploitation Institut de radiologie en dehors de l'hôpital [LAMaI] »), 39.0110 (« Radiologie : crâne, incidence spéciale, premier cliché ») et 39.0115 (« Radiologie : crâne, incidence spéciale, par cliché supplémentaire ») ne peuvent quant à elles être facturées que par des médecins disposant de la valeur intrinsèque « radiologie ».

b) Selon l'attestation de valeurs intrinsèques établie par la FMH à la demande du Tribunal arbitral des assurances, le défendeur ne dispose d'aucun titre de formation postgrade (cf. art. 2 de l'ordonnance du 27 juin 2007 concernant les diplômes, la formation universitaire, la formation postgrade et l'exercice des professions médicales universitaires [OPMéd ; RS 811.112.0]), mais est uniquement titulaire d'une attestation de formation complémentaire « acupuncture et pharmacothérapie chinoise — MTC (ASA) » et d'une attestation de formation complémentaire « pratique du laboratoire au cabinet médical (CMPR) ». Ce faisant, il n'est en droit de facturer que les positions tarifaires facturables par tous les médecins, les prestations tarifaires qui ne sont attribuées à aucun diplôme, les positions de l'acupuncture et pharmacothérapie chinoise et les positions de la pratique du laboratoire au cabinet médical, sous réserve d'éventuels droits acquis lui permettant de facturer d'autres prestations.

c) La garantie des droits acquis permet à tout médecin d'exercer sa profession dans le même cadre qu'avant l'entrée en vigueur, le 1^{er} 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. Ne disposant d'aucun titre postgrade, le défendeur a dû choisir le titre postgrade correspondant à son domaine d'activités (Concept « valeur intrinsèque » TARMED 9.0, n. 2.2.2) ; son choix s'est alors porté sur le titre postgrade de

médecine interne générale (attestation de valeurs intrinsèques, point C1, p. 1). Pour continuer d'avoir le droit de facturer les positions TARMED pour lesquelles le titre postgrade de médecine interne générale est exigé (y compris les positions TARMED litigieuses 00.0410, 00.0420, 00.0510 et 00.0520), le défendeur était tenu de suivre la formation continue prévue pour cette discipline (attestation de valeurs intrinsèques, info 4 ad point C1, p. 7).

d) En sus des positions TARMED exigeant le titre postgrade choisi, tout médecin était habilité à désigner d'autres positions TARMED relevant d'autres spécialités, pour lesquelles il pouvait également demander la garantie des droits acquis. Dans le cas du défendeur, on trouve ces positions dans la liste figurant au point C2, p. 2 à 6 de l'attestation de valeurs intrinsèques établie par la FMH, laquelle contient notamment les positions TARMED litigieuses 39.0110 et 39.0115. A l'origine, le Concept « valeur intrinsèque » TARMED 9.0 prévoyait que les positions TARMED de droits acquis relevant d'autres titres postgrades étaient soumises à l'obligation d'attester une formation continue spécifique, séparée de celle relevant du titre postgrade choisi par le médecin (ch. 2.3.2 du Concept « valeur intrinsèque » TARMED 9.0). Par lettre-circulaire du 24 juillet 2009, les partenaires du TARMED ont toutefois simplifié cette réglementation, en prévoyant que seule la formation continue relevant du titre postgrade choisi par le médecin est désormais nécessaire (voir également, Christoph Hänggeli, Possédez-vous un diplôme de formation continue ?, in Bulletin des médecins suisses, 2009 1906). Pour continuer d'avoir le droit d'utiliser les positions TARMED qu'il avait désignées en sus de celles relevant du titre postgrade de médecine interne générale (notamment les positions TARMED litigieuses 39.0110 et 39.0115), le défendeur était ainsi tenu de suivre la formation continue prévue pour cette discipline (attestation de valeurs intrinsèques, info 4 ad point C1, p. 7).

e) Or il ressort de l'attestation de valeurs intrinsèques établie par la FMH que le défendeur n'a plus présenté d'attestations de formation continue postérieurement au 31 décembre 2009. Dans ses déterminations du 17 septembre 2024, il a certes informé le Tribunal arbitral qu'il entendait

produire les attestations de formation continue nécessaires dans les « prochains mois ». Or, à ce jour, le recourant n'a produit aucune attestation de formation continue. Cela étant, il sied de rappeler que si le principe inquisitoire impose au Tribunal arbitral des assurances de constater les faits (cf. supra consid. 1b), ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2).

f) Il découle de ce qui précède que le défendeur ne dispose plus de la valeur intrinsèque qualitative requise pour facturer les positions TARMED litigieuses relevant du titre postgrade de médecine interne générale (position 00.0410, 00.0420, 00.0510 et 00.0520), ou celles figurant dans la liste arrêtée au point C2, p. 2 à 6 de l'attestation de valeurs intrinsèques (positions 39.0110 et 39.0115).

g) Quant à la position TARMED litigieuse 39.0010, elle ne relève ni du titre postgrade de médecine interne générale ni de la liste figurant au point C2, p. 2 à 6 de l'attestation de valeurs intrinsèques. Le défendeur ne pourrait en tout état de cause pas se prévaloir de la garantie des droits acquis à l'égard de cette position, pour laquelle il ne dispose pas de la valeur intrinsèque qualitative.

h) Aussi convient-il d'admettre les conclusions 1 des demanderesses tendant à la restitution des sommes de 99'359 fr. pour 2016 et de 95'660 fr. pour 2017 pour avoir facturé les prestations relevant des positions TARMED 00.0410, 00.0420, 00.0510, 00.0520, 39.0010, 39.0110 et 39.0115 sans disposer des valeurs intrinsèques requises.

Positions	2016	2017
00.0410	20'415.00	21'341.00
00.0420	42'103.00	31'980.00
00.0510	12'233.00	14'328.00
00.0520	20'204.00	24'069.00

39.0010	81.00	81.00
39.0110	4'286.00	3'861.00
39.0115	37.00	0.00
TOTAL	99'359.00	95'660.00

8. Les demanderesses contestent la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des traitements par plasmaphérèse prodigués par le défendeur en 2016 et 2017.

a) Conformément à l'art. 1 de l'OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - disposition qui reprend textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (ATF 142 V 249 cons. 4.2 ; TF 9C_328/2016 du 10 octobre 2016 consid. 3.2).

b) Aux termes du chiffre 2.1 « Médecine interne générale » de l'annexe 1 de l'OPAS, dans sa teneur en vigueur au moment de la survenance des faits juridiquement déterminants, est obligatoirement pris en charge par l'assurance-maladie la mesure « Plasmaphérèse » aux conditions suivantes :

- syndrome d'hyperviscosité ;
- maladie du système immunitaire, lorsqu'une plasmaphérèse s'est révélée efficace, soit notamment en cas de myasthénie grave, de purpura thrombocytopénique, d'anémie hémolytique immune, de leucémie, de syndrome de Goodpasture, de syndrome de Guillain-Barré ou d'intoxication aigüe ;
- hypercholestérolémie familiale homozygote.

c) En l'occurrence, le Tribunal arbitral, à l'instar des demanderesses, doute que la méthode de plasmaphérèse appliquée par le défendeur (plasmaphérèse à membrane Hemofenix) corresponde à la méthode dont la prise en charge a été admise dans l'OPAS (sur la question,

voir l'arrêt du Tribunal arbitral des assurances de la République et canton de Neuchâtel TARB.2017.1 du 15 septembre 2022 consid. 7). Dans un article paru le *** dans le journal « *** » ayant pour sujet l'emploi de cette technologie au sein du cabinet du défendeur, il est d'ailleurs fait mention qu'il s'agissait d'une méthode nouvelle qui était inconnue du Service d'hématologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et du Service de la santé publique du canton de Vaud (aujourd'hui : Direction générale de la santé). Au cours de la séance qui s'est tenue le 21 juin 2018, le défendeur avait également indiqué à santésuisse que les assureurs, après avoir pris en charge dans un premier temps ce traitement, ne le rembouraient plus. Cela étant, cette question peut demeurer indécise pour les motifs qui suivent.

d) Quoiqu'il en soit, le défendeur, malgré la demande explicite du Tribunal arbitral, n'a fourni aucune explication ni pièce justificative permettant d'établir l'indication médicale à l'origine de chaque traitement de plasmaphérèse qu'il a prodigué en 2016 (29 traitements) et en 2017 (5 traitements). Faute pour le défendeur d'avoir établi que les traitements par plasmaphérèse relevaient du ch. 2.1 de l'annexe 1 de l'OPAS, ceux-ci ne sauraient être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

e) Aussi convient-il d'admettre les conclusions 2 des demanderesses tendant à la restitution des sommes de 6'890 fr. pour 2016 et de 1'188 fr. pour 2017 pour avoir facturé les prestations relevant de la position TARMED 00.2640.

Positions	2016	2017
00.2640	6'890.00	1'188.00

9. Les demanderesses contestent la facturation par le défendeur de la position TARMED 00.1370 (« Prise en charge, suivi et surveillance au cabinet médical, pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 15 min. ») et des positions TARMED 00.0840 (« Injection dans un réservoir [intraveineux, intra-artériel, liquide physiologique] par le spécialiste ») et 00.0850 (« Mise en place d'une voie veineuse périphérique

par le spécialiste, toute voie d'abord », dans la mesure où ces positions seraient systématiquement utilisées dans le cadre de thérapie relevant des médecines complémentaires.

a) A l'appui de leur position les demanderesse ont produit les résultats de recherches effectuées dans les données 2016 et 2017 d'Assura-Basis SA et des assureurs appartenant au Groupe Mutuel.

aa) Il apparaît que, lors de chaque sympathicothérapie facturée à l'assurance complémentaire, le défendeur a également facturé le même jour la position TARMED 00.1370 à l'assurance obligatoire des soins.

Données d'Assura-Basis SA

	Sympathicothérapie	Position 00.1370
Patient 1	1	1
Patient 2	2	2
Patient 3	4	4
Patient 4	1	1
Patient 5	1	1
Patient 6	4	4
Patient 7	4	4
TOTAL	17	17

Données du Groupe Mutuel

	Sympathicothérapie	Position 00.1370
Patient 5929371	1	1
Patient 5426226	1	1
Patient 2256314	1	1
Patient 986147	1	1
Patient 448528	1	1
TOTAL	5	5

bb) Il apparaît que, lors de chaque ozonothérapie facturée à l'assurance complémentaire, le défendeur a également facturé le même jour les positions TARMED 00.1370 et 00.0850 à l'assurance obligatoire des soins.

Données d'Assura-Basis SA

	Ozonothérapie	Position 00.1370	Position 00.0850
Patient 1	8	8	8
TOTAL	8	8	8

Données du Groupe Mutuel

	Ozonothérapie	Position 00.1370	Position 00.0850
Patient 5477406	1	1	1
Patient 2963154	4	4	4
Patient 2553892	8	8	8
Patient 2175762	2	2	2
Patient 2175762	4	4	4
Patient 1256894	10	10	10
Patient 858444	4	4	4
Patient 560519	5	5	5
Patient 239270	4	4	4
TOTAL	37	37	37

cc) Il apparaît que, lors de chaque autohémothérapie facturée à l'assurance complémentaire, le défendeur a également facturé le même jour les positions TARMED 00.1370, 00.0840 et 00.0850 à l'assurance obligatoire des soins.

Données du Groupe Mutuel

	Autohémoth.	Position 00.1370	Position 00.0840	Position 00.0850
Patient 2752486	5	5	5	5
TOTAL	5	5	5	5

dd) Il apparaît que, lors de chaque hirudothérapie facturée à l'assurance complémentaire, le défendeur a également facturé le même jour la position TARMED 00.1370 à l'assurance obligatoire des soins.

Données d'Assura-Basis SA

	Hirudothérapie	Position 00.1370
Patient 1	4	4
TOTAL	4	4

Données du Groupe Mutuel

	Hirudothérapie	Position 00.1370
Patient 797218	2	2
TOTAL	2	2

ee) Il apparaît enfin que, lors de l'oxygénothérapie facturée à l'assurance complémentaire, le défendeur a également facturé le même jour les positions TARMED 00.1370, 00.0840 et 00.0850 à l'assurance obligatoire des soins.

Données du Groupe Mutuel

	Oxygénoth.	Position 00.1370	Position 00.0840	Position 00.0850
Patient 1259530	1	1	1	1
TOTAL	1	1	1	1

b) De manière plus générale, il y a lieu de constater que le défendeur facture bien plus fréquemment les positions TARMED 00.1370, 00.0840 et 00.0850 que les médecins de son groupe de comparaison.

aa) A titre liminaire, il convient de constater que les seules données versées à la procédure qui permettant une comparaison résultent des rapports de comparaison graphique « tarifpool - nombre » et « tarifpool - montant de facturation ». Si les demanderesses n'ont pas été en mesure de renseigner le Tribunal de céans sur le nombre et les noms des médecins concernés par ses données, le Tribunal de céans estime que ce nombre ne saurait être supérieur à celui correspondant aux médecins pris en compte pour procéder aux comparaisons statistiques, à savoir les médecins qui ont plus de 100'000 fr. de prestations ou plus de cinquante patients. Après examen des données du « datenpool » pour l'année 2016, il apparaît que seule la moitié environ des médecins du groupe de comparaison remplit les conditions précitées. Le Tribunal de céans en déduit que les chiffres figurant dans les rapports « tarifpool - nombre » et « tarifpool - montant de facturation » ne concernent au plus que 134 médecins pour l'année 2016 (268 / 2) et 149 médecins pour l'année 2017 (298 / 2).

bb) En ce qui concerne la position TARMED 00.1370, il ressort des données produites par les demanderesses que le défendeur l'a utilisée à 799 reprises en 2016 et à 553 reprises en 2017, tandis que les autres médecins de son groupe de comparaison - au nombre de 134 en 2016 et de 149 en 2017 - l'ont utilisée en moyenne à 142,2 reprises en 2016 ($[19'849 - 799] / 134$) et à 101,8 reprises en 2017 ($[15'722 - 553] / 149$).

cc) En ce qui concerne la position TARMED 00.0840, il ressort des données produites par les demanderesses que le défendeur l'a utilisée à 97 reprises en 2016 et à 77 reprises en 2017, tandis que les autres médecins de son groupe de comparaison - au nombre de 134 en 2016 et

de 149 en 2017 - l'ont utilisée en moyenne à 3,2 reprises en 2016 ([534 - 97] / 134) et à 2,4 reprises en 2017 ([435 - 77] / 149).

dd) En ce qui concerne la position TARMED 00.0850, il ressort des données produites par les demanderesses que le défendeur l'a utilisée à 243 reprises en 2016 et à 166 reprises en 2017, tandis que les autres médecins de son groupe de comparaison - au nombre de 134 en 2016 et de 149 en 2017 - l'ont utilisée en moyenne à 16,9 reprises en 2016 ([2'504 - 243] / 134) et à 19,2 reprises en 2017 ([3'031 - 166] / 149).

c) Si les recherches effectuées par les demanderesses n'avaient pas pour vocation d'être exhaustives - Assura-Basis SA et les assureurs du Groupe Mutuel ne représentant que cinq des vingt assurances demanderesses -, il en ressort néanmoins de sérieux indices permettant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existe un lien entre la facturation conséquente des positions TARMED 00.1370, 00.0840 et 00.0850 et une pratique étendue de la médecine complémentaire de la part du défendeur (en lien, notamment, avec la nasosympathicothérapie, l'ozonothérapie, l'autohémothérapie, l'hyrudothérapie, l'oxygénothérapie ou encore la mésothérapie, soit des disciplines dont la prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins n'est pas reconnue [cf. art. 35a OAMal et 4 OPAS *a contrario*]). En tout état de cause, le défendeur, lequel a d'ailleurs admis au cours de la séance qui s'est tenue le 21 juin 2018 notamment facturer la position TARMED 00.1370 lorsqu'il pratiquait la nasosympathicothérapie, n'a, tout au long de la procédure, fourni aucune explication circonstanciée permettant de justifier, dans leur étendue, l'utilisation de ces positions tarifaire et des traitements médicaux relevant de l'assurance obligatoire des soins.

d) Aussi convient-il d'admettre, quant à leur principe, les conclusions 2 des demanderesses en tant qu'elles tendent à la restitution de prestations relevant des positions TARMED 00.1370, 00.0840 et 00.0850. Cela étant, il n'y a pas lieu d'exiger le remboursement de l'ensemble des montants versés au titre de ces positions tarifaires ; il convient bien plutôt de réduire le montant des prestations remboursées à hauteur de la

moyenne du groupe de comparaison, compte tenu d'une marge de 30 % destinée à tenir compte de l'autonomie dans le choix des traitements du défendeur.

Position	2016	2017
00.1370	24'454.00	16'890.00
Moyenne du groupe	4'370.00	3'123.00
130 %	5'681.00	4'060.00
Différence à restituer	18'773.00	12'830.00

1. 2016 : $(610'084 - 24'454) / 134 = 4'370 // 4'370 \times 130 \% = 5'681$
2. 2017 : $(482'152 - 16'890) / 149 = 3'123 // 3'123 \times 130 \% = 4'060$

Position	2016	2017
00.0840	4'224.00	3'353.00
Moyenne du groupe	147.00	104.00
130 %	191.00	135.00
Différence à restituer	4'033.00	3'218.00

1. 2016 : $(23'953 - 4'224) / 134 = 147 // 147 \times 130 \% = 191$
2. 2017 : $(18'901 - 3'353) / 149 = 104 // 104 \times 130 \% = 135$

Position	2016	2017
00.0850	14'866.00	10'174.00
Moyenne du groupe	1'039.00	1'162.00
130%	1'351.00	1'511.00
Différence à restituer	13'515.00	8'663.00

1. 2016 : $(154'114 - 14'866) / 134 = 1'039 // 1'039 \times 130 \% = 1'351$
2. 2017 : $(183'379 - 10'174) / 149 = 1'162 // 1'162 \times 130 \% = 1'511$

e) Ainsi, les conclusions 2 des demanderessees tendant à la restitution des sommes de 36'321 fr. pour 2016 et de 24'711 fr. pour 2017 pour avoir facturé les prestations relevant des positions TARMED 00.1370, 00.0840 et 00.0850 doivent être admises.

Positions	2016	2017
00.1370	18'773.00	12'830.00
00.0840	4'033.00	3'218.00
00.0850	13'515.00	8'663.00
TOTAL	36'321.00	24'711.00

10. Les demanderessees reprochent encore au défendeur une surutilisation de la position TARMED 00.0610 (« Instruction du patient par le spécialiste pour lui apprendre à effectuer lui-même des mesures ou des soins, par période de 5 min »).

a) En ce qui concerne la position TARMED 00.0610, il ressort des données produites par les demanderessees que le défendeur l'a utilisée à 626 reprises en 2016 et à 514 reprises en 2017, tandis que les autres médecins de son groupe de comparaison - au nombre de 134 en 2016 et de 149 en 2017 - l'ont utilisée en moyenne à 171 reprises en 2016 ($(23'540 - 626) / 134$) et à 149 reprises en 2017 ($(22'710 - 514) / 149$). A l'appui de ses écritures, le défendeur n'a fourni aucune explication justifiant l'utilisation disproportionnée par rapport à son groupe de comparaison de cette position tarifaire.

b) Aussi convient-il d'admettre, quant à leur principe, les conclusions 2 des demanderessees en tant qu'elles tendent à la restitution de prestations relevant de la position TARMED 00.0610. Cela étant, il n'y a pas lieu d'exiger le remboursement de l'ensemble des montants versés au titre de ces positions tarifaires ; il convient bien plutôt de réduire le montant des prestations remboursées à hauteur de la moyenne du groupe de comparaison, compte tenu d'une marge de 30 % destiné à tenir compte de l'autonomie dans le choix des traitements du défendeur.

Position	2016	2017
00.0610	9'570.00	9'333.00
Moyenne du groupe	3'068.00	2'652.00
130%	3'988.00	3'448.00
Différence à restituer	5'582.00	5'885.00

1. 2016 : $(420'618 - 9'570) / 134 = 3'068 // 3'068 \times 130 \% = 3'988$
2. 2017 : $(404'439 - 9'333) / 149 = 2'652 // 2'652 \times 130 \% = 3'448$

11. Les demanderessees reprochent encore au défendeur de facturer systématiquement 20 minutes de consultation de base pour un patient qui vient pour une séance d'acupuncture. A ce titre, elles demandent le remboursement de la moitié des prestations relevant de la position TARMED 00.0020 (« Consultation pour les personnes au-dessus de 6 ans et de moins de 75 ans, par période de 5 min en plus [prestation additionnelle] ») facturées lors des séances d'acupuncture.

a) A l'appui de leur position les demanderesses ont produit les résultats de recherches effectuées dans les données 2016 et 2017 des assureurs appartenant au Groupe Mutuel, dont il ressort que le défendeur, facture, pour une séance d'acupuncture, systématiquement une consultation de base de 20 minutes (positions TARMED 00.0010, 00.0020 [2x] et 00.0030), suivie d'une séance d'acupuncture de 20 minutes (positions TARMED 00.1710, 00.1720 [2x] et 00.1730) ainsi que 30 minutes de surveillance (position TARMED 00.1735 [2x]).

b) Ainsi que le relève les demanderesses, le chaînage systématique opéré par le défendeur interpelle. Si une consultation de base de 20 minutes peut se justifier lors de la première séance d'acupuncture, dès lors que celle-ci doit être précédée de l'examen du patient et de la pose du diagnostic, la nécessité de procéder à une consultation préalable de 20 minutes au cours des séances suivantes apparaît pour le moins insolite, dans la mesure où lesdites séances sont destinées à la mise en œuvre, moyennant d'éventuelles adaptations, du traitement défini lors de la première séance.

c) Dans la mesure où le défendeur a admis, au cours de la séance qui s'est tenue le 21 juin 2018, s'entretenir en règle générale cinq minutes avec ses patients avant de débiter la séance d'acupuncture, la requête des demanderesses tendant au remboursement de la moitié des prestations relevant de la position TARMED 00.0020 en lien avec les séances d'acupuncture n'apparaît nullement arbitraire. Aussi convient-il d'admettre les conclusions 3 des demanderesses tendant à la restitution des sommes de 18'464 fr. pour 2016 ($(9,57 \text{ \{prestation médicale\} + 8,19 \text{ \{prestation technique\}}) \times 0,96 \text{ [valeur de point cantonale]} \times 1'083 \text{ [nombre de séances d'acupuncture]})$) et de 14'560 fr. pour 2017 ($(9,57 \text{ \{prestation médicale\} + 8,19 \text{ \{prestation technique\}}) \times 0,96 \text{ [valeur de point cantonale]} \times 854 \text{ [nombre de séances d'acupuncture]})$) pour avoir facturé des prestations relevant de la position TARMED 00.0020 en lien avec des séances d'acupuncture.

Positions	2016	2017
00.0020	18'464.00	14'560.00

12. Pour finir, les demanderesses demandent, en sus des montants réclamés pour des traitements non couverts par l'assurance obligatoire des soins, la restitution, pour 2016, d'un montant de 55'846 fr. et, pour 2017, d'un montant de 73'724 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 de médecins praticiens. Pour 2016, leur calcul prend en considération les coûts directs du défendeur, après déduction du montant de 173'957 fr., ainsi qu'un « indice ANOVA » de 153 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 147'172 fr., ainsi qu'un « indice de régression » de 149 points, après déduction d'une marge de 20 %. Les méthodes de calcul appliquées par les demanderesses négligent toutefois le fait que l'indice ANOVA et l'indice de régression pris en considération ont été établis en tenant compte de la totalité des coûts du défendeur, sans déduction des montants de 173'957 fr. et 147'172 fr. demandés en remboursement pour des prestations qu'il n'était pas en droit de facturer. L'indice ANOVA et l'indice de régression, dès lors qu'ils ont été calculés sur des coûts - non corrigés - qui ne correspondent pas à la situation réelle du cabinet, ne reflètent par conséquent pas l'économicité réelle du cabinet du 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.

13. a) En définitive, la demande doit être partiellement admise et le défendeur condamné au paiement en faveur des demanderesses, d'une part, d'un montant de 166'616 fr. pour l'année 2016 et, d'autre part, d'un montant de 142'004 fr. pour l'année 2017.

Positions	2016	2017
00.0410	20'415.00	21'341.00
00.0420	42'103.00	31'980.00
00.0510	12'233.00	14'328.00
00.0520	20'204.00	24'069.00

39.0010	81.00	81.00
39.0110	4'286.00	3'861.00
39.0115	37.00	0.00
00.2640	6'890.00	1'188.00
00.1370	18'773.00	12'830.00
00.0840	4'033.00	3'218.00
00.0850	13'515.00	8'663.00
00.0610	5'582.00	5'885.00
00.0020	18'464.00	14'560.00
TOTAL	166'616.00	142'004.00

b) Les frais de procédure sont fixé à 6'000 fr., compte tenu de l'importance et de la difficulté de la cause (art. 4 al. 1 du tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 [TFJDA ; 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 un tiers, soit 2'000 fr., et du défendeur, pour deux tiers, soit 4'000 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 4'000 fr. à titre de remboursement de l'avance de frais versée.

**Par ces motifs,
le Tribunal arbitral des assurances
p r o n o n c e :**

- I.** Les demandes sont partiellement admises.
- II.** BP._____ est condamné à restituer aux demanderesse, solidairement entre elles, un montant de 166'616 fr. (cent soixante-six mille six cent seize francs) pour l'année 2016.
- III.** BP._____ est condamné à restituer aux demanderesse, solidairement entre elles, un montant de 142'004 fr. (cent quarante-deux mille quatre francs) pour l'année 2017.

- IV.** Les frais de procédure sont arrêtés à 6'000 fr. (six mille francs) et mis à la charge des demanderesses, à concurrence de 2'000 fr. (deux mille francs), et de BP._____, à concurrence de 4'000 fr. (quatre mille francs). Ces frais sont intégralement compensés avec les avances de frais versées par les demanderesses.
- V.** BP._____ versera aux demanderesses la somme de 9'000 fr. (neuf mille francs) à titre de dépens partiels ainsi que de restitution partielle d'avance de frais de procédure.

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 les demanderesses),
- Me Emmanuel Kilchenmann (pour le défendeur),
- 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 :