

**TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES**

---

---

Jugement du 28 mai 2020

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
MM. Courvoisier et Reichenbach, arbitres  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à Martigny, demanderesses,

et

**A.**\_\_\_\_\_ **SA**, à Lausanne, représentée par Me Daniel Kinzer, avocat à Genève, défenderesse.

---

**Art. 25, 32, 43, 44, 56 et 89 LAMal, art. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed**

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

**A.** Entre le mois de mars 2015 et le 15 février 2016, le laboratoire d'anatomie pathologique et de cytopathologie A.\_\_\_\_\_ SA a adressé quarante-cinq factures respectivement à la [...], [...], [...], [...], [...] et [...]. Ces factures tendaient à la prise en charge d'examens en extemporané d'échantillons de tissus dermiques. Ces interventions étaient réalisées par un médecin pathologiste d'A.\_\_\_\_\_ SA. Les factures contenaient également des postes quant aux frais de déplacement et de visites entre le siège du laboratoire, à Lausanne, et le lieu de l'intervention, soit le cabinet du Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, à [...].

Par courrier du 26 novembre 2015, S.\_\_\_\_\_, agissant pour le compte des assureurs précités, a interpellé A.\_\_\_\_\_ SA au sujet d'une facture (n°1470856) d'un montant de 1'289 fr. 25. Elle concernait trois analyses en extemporané réalisées le 2 octobre 2015 au cabinet du Dr N.\_\_\_\_\_ sur trois patients différents. Il a également invité le prestataire à transmettre un rapport d'histopathologie ainsi que la justification du déplacement du médecin pathologiste de [...] à [...].

Sans nouvelles de la part d'A.\_\_\_\_\_ SA, S.\_\_\_\_\_, a réitéré sa demande le 28 décembre 2015.

Par courrier du 7 janvier 2016, A.\_\_\_\_\_ SA a donné suite à l'interpellation, relevant que leur médecin pathologiste s'était rendu à [...] afin de pratiquer un examen en extemporané à la demande du Dr N.\_\_\_\_\_. A.\_\_\_\_\_ SA détaillait que le temps de voyage nécessaire depuis son laboratoire jusqu'au lieu de l'intervention, en l'espèce [...], était de deux heures aller-retour, soit 24 fois la position 00.0095 selon la qualification TARMED. Elle admettait cependant avoir commis une erreur dans la mesure où trois analyses avaient été requises en extemporané pour trois patients différents, le laboratoire d'analyse aurait ainsi dû partager ledit déplacement, voir ne facturer que l'aller à la première

patiente et le retour au troisième patient. A.\_\_\_\_\_ SA a ainsi adressé une nouvelle facture d'un montant de 1'016 fr. 45.

Par courrier du 15 février 2016, la [...] et consorts, par l'intermédiaire de Groupe Mutuel, Association d'assureurs, ont refusé de prendre en charge les indemnités de déplacement (position TARMED 00.0095) et de visite (position TARMED 00.0060). Elles retenaient que les déplacements effectués de [...] à [...] par le médecin pathologiste d'A.\_\_\_\_\_ SA ne remplissaient pas le critère de l'économicité des prestations. En effet, les analyses pouvaient être réalisées par un pathologiste dont le domicile professionnel se trouvait beaucoup plus proche du lieu de l'intervention.

Le 30 mars 2016, A.\_\_\_\_\_ SA a pris position et, sur la question de l'économicité d'un examen en extemporané réalisé *in situ*, a mentionné les éléments suivants :

« Dans le deuxième type d'examen en extemporané, qui correspond aux cas contestés, le pathologiste est en contact direct avec le chirurgien en étant présent DANS le bloc opératoire lors de l'intervention. Ces deux praticiens peuvent donc échanger leurs informations et mener une réflexion commune au fur et à mesure de la progression de l'intervention. La nécessité éventuelle d'une recoupe, par exemple, est directement effectuée *in situ*, sans perte de temps. A.\_\_\_\_\_ SA est probablement l'un des seuls laboratoires de pathologie en Suisse romande à les pratiquer, car nous avons fait des investissements importants en installant (à nos frais et sans coûts supplémentaire pour les établissements concernés) des cryostats dans les blocs opératoires dans lesquels nous sommes amenés à intervenir; l'installation de tels équipements a été faite afin d'assurer les meilleures prestations possibles aux chirurgiens, et donc aux patients. Sans la présence de ces cryostats, nous ne pourrions proposer des prestations de ce niveau, soit notre présence dans le bloc en temps réel. Ainsi, le seul intervenant qui perd du temps est le pathologiste en raison de son déplacement. Je me permets de préciser que l'offre d'une telle prestation est pour tout laboratoire génératrice d'une perte de temps bien plus importante que le déplacement à proprement parler. Le pathologiste perd souvent un temps important sur place à attendre le fragment à analyser ou simplement à attendre que l'intervention pour laquelle il a été requis débute, le programme opératoire ayant pris du retard, temps qui n'est évidemment pas pris en compte dans la facturation... En contrepartie du temps supplémentaire ainsi consacré par le pathologiste, sans revenir sur le gain pour le patient d'une intervention beaucoup plus courte, cet examen réalisé sur place permet de réaliser des économies importantes. Pour ne citer que les principales, je relèverai le temps

d'occupation du bloc qui se trouve raccourci, donc moins onéreux, les honoraires des différents intervenants (chirurgien, anesthésiste) sont également réduits, l'opération étant plus rapide, la récupération du patient est meilleure, d'où une diminution des éventuelles complications liées à la durée de l'anesthésie, etc... Il nous apparaît que le coût du déplacement du pathologiste, même sur un trajet jusqu'à [...], est largement compensé par les économies ainsi réalisées. »

Le 22 août 2016, S.\_\_\_\_\_, a confirmé que les coûts de déplacements en cause ne remplissaient pas les critères d'économicité, les analyses pouvant être réalisées par un médecin pathologiste dont le domicile se trouvait beaucoup plus proche du lieu d'intervention. Il priait ainsi A.\_\_\_\_\_ SA de lui restituer les montants correspondants aux indemnités de déplacement ainsi que les frais de visite facturés depuis le mois de mars 2015, soit des montants de 6'972 fr. 70 et de 1'460 fr. 50.

**B. a)** Le 27 octobre 2016, [...] et [...] (ci-après : les demanderesses), par l'intermédiaire de S.\_\_\_\_\_, ont ouvert une action en restitution devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud, ayant pour objet les factures qui leur avaient été adressées entre le mois de mars 2015 et le 15 février 2016 par A.\_\_\_\_\_ SA. Elles concluaient, sous suite de frais et dépens, à la restitution d'un montant de 8'433 fr. 20 avec intérêt à 5% dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016. Elles estimaient que les prestations facturées ne respectaient pas le principe d'économicité ni les règles du TARMED, dès lors qu'il était possible de solliciter l' [...] ainsi qu'un laboratoire avec cryostat à [...]. Les déplacements seraient alors minimes.

**b)** Par réponse du 15 février 2017, A.\_\_\_\_\_ SA, (ci-après : la défenderesse) par l'intermédiaire de son conseil Me Daniel Kinzer, avocat à Genève, a conclu au rejet de la demande. Pour la défenderesse, la différence de coût entre deux options médicales qui n'étaient pas équivalentes devait être nette. En l'espèce, les demanderesses auraient dû comparer les coûts induits par des analyses effectuées en extemporané sur place ou en stationnaire, soit dans un laboratoire extérieur au lieu de l'intervention. Il y avait en outre un intérêt médical incontestable à effectuer des analyses en extemporané sur le lieu de

l'intervention par rapport à ceux réalisés en stationnaire, notamment la disponibilité immédiate, en temps réel, du résultat des analyses, laissant ainsi au praticien la possibilité de se prononcer immédiatement sur l'indication de gestes complémentaires, comme l'ablation de ganglions, sans procéder à une nouvelle intervention chirurgicale.

**c)** Dans sa duplique du 7 mars 2017, les demanderesse ont maintenu leurs conclusions.

**C.** Une audience de conciliation et d'instruction s'est tenue en date du 3 mai 2017. Le Juge instructeur a tenté la conciliation, en vain.

### **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 du 13 novembre 2007 ; RSV 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 du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]). En pratique,

le Président du Tribunal arbitral désigne 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 sv. 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 civil 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). Sous réserve 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 des procédures simplifiées ou sommaires prévues 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 27 octobre 2016, dite demande ayant pour le surplus été déposée dans les formes requises pour la procédure civile ordinaire, de sorte qu'elle est également recevable de ce point de vue.

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si la défenderesse était en droit de facturer les positions Tarmed 00.0095 et 00.0060 pour les déplacements de ses médecins jusqu'au cabinet du docteur N.\_\_\_\_\_ et leur examen extemporané *in situ*. Les demanderesses en contestent notamment le caractère économique. En effet, il était possible pour le Dr N.\_\_\_\_\_ de contacter l' [...] ( [...]), démarche qui n'aurait engendré que

des déplacements minimales. Pour la défenderesse, les demanderesses n'ont pas comparé la différence réelle de coût entre les interventions litigieuses et les examens préconisés par les caisses-maladie, soit des examens réalisés par un laboratoire de pathologie situé en [...]. La défenderesse souligne également que l'examen en extemporané comporte de nombreux avantages pour le patient.

**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. Ces prestations comprennent notamment les médicaments prescrits par un médecin (art. 25 al. 2 let. b LAMal). 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 peut être tenu de restituer les sommes qui lui ont été versées pour des prestations ne respectant pas les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (art. 56 al. 2 LAMal).

**b)** 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). Une telle facturation serait notamment contraire au principe d'économicité.

**c)** 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, 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).

**d) aa)** Les prestations médicales et non médicales dans le domaine de l'histopathologie et de la cythopathologie font l'objet des chiffres 37.0210 à 37.0700 de la structure tarifaire prévue par la Convention-cadre Tarmed, notamment des chiffres 37.0270 et 37.0450 pour l'examen extemporané.

**bb)** Sous le chapitre « 00 Prestations de base », la structure tarifaire prévoit le droit de facturer les visites (chiffre 00.0060). Elle prévoit, comme règle d'interprétation, que le poste « visite » comprend toutes les prestations médicales que le spécialiste fournit au patient à l'extérieur de son cabinet, sans moyens auxiliaires ou avec des moyens simples (par exemple le contenu de la trousse médicale), pour les troubles et symptômes que le patient présente à sa venue chez lui et ceux qui apparaissent durant le traitement. Il vaut pour toutes les sortes de visites au patient (au domicile de ce dernier, sur les lieux d'un accident, etc.), à

l'exception des traitements à l'hôpital (patient ambulatoire et/ou hospitalisé).

**cc)** Le chiffre « 00.0095 Indemnités de déplacement » est un sous-chapitre du chiffre « 00.0060 Visite », du chiffre « 00.2110 Consilium » et du chiffre « 00.2120 Consilium approfondi », ainsi que de deux autres positions tarifaires n'entrant manifestement pas en considération en l'espèce. La structure tarifaire prévoit expressément que le chiffre 00.0095 ne peut être facturé qu'en relation avec une autre position tarifaire telle que « 00.0060 Visite », « 00.2110 Consilium » ou « 00.2120 Consilium approfondi », ainsi que deux autres positions n'entrant manifestement pas en considération en l'espèce. Par consilium au sens des postes 00.2110 et 00.2120, il faut entendre le conseil demandé par un spécialiste traitant à un autre spécialiste (également s'il est au service d'un assureur) à propos du diagnostic, des éventuelles mesures diagnostiques, du traitement et du pronostic d'un patient. Il n'y a pas de consilium si un patient est confié à un spécialiste pour l'exécution exclusive de prestations spéciales et/ou un traitement ou une thérapie. Pour ces prestations, la consultation de base et les prestations spéciales en question peuvent être facturées.

**4. a)** En l'espèce, la défenderesse a envoyé un médecin hors de ses locaux pour un examen en extemporané d'échantillons de tissus dermiques, au cabinet du docteur N.\_\_\_\_\_. Elle a notamment facturé pour ce motif le poste « 00.0060 Visite ». Il ressort toutefois de l'instruction, notamment des déclarations de la défenderesse en audience de conciliation et d'instruction du 3 mai 2017, qu'elle a installé au cabinet du docteur N.\_\_\_\_\_, ainsi que dans les divers autres cabinets avec lesquels elle collabore, un appareil (Cryostat) destiné à permettre aux médecins qu'elle envoie sur place de pratiquer les analyses requises. Elle en est restée propriétaire. Il s'agit d'un moyen auxiliaire que l'on ne peut pas considérer comme un « moyen simple », telle que le contenu d'une trousse médicale, au sens des règles d'interprétation figurant sous le chiffre « 00.0060 Visite » de la structure tarifaire. La défenderesse n'était donc pas en droit de facturer ce poste. Le recours à des moyens auxiliaires

plus importants que des moyens simples signifie que le médecin envoyé sur place par la défenderesse ne peut plus être considéré comme « en déplacement », au vu du matériel installé sur son lieu d'intervention et dont la défenderesse est restée propriétaire. Par ailleurs, c'est à juste titre que la défenderesse n'a pas facturé de consilium. En effet, il ne s'agissait pas d'une prestation de conseil d'un spécialiste traitant à un autre spécialiste, mais bien de l'exécution exclusive d'une prestation spéciale, que la défenderesse a facturé selon les postes 37.0210 à 37.0700 (cf. consid. 3d/cc ci-avant).

**c)** Dès lors que ni le poste « 00.0060 Visite », ni les postes « 00.2110 Consilium » et « 00.2120 Consilium approfondi » ne pouvaient être facturés, la facturation du poste « 00.0095 Indemnités de déplacement » était également exclue (consid. 3d/cc ci-avant), selon le tarif applicable.

**d)** Il ressort de ce qui précède que la structure tarifaire Tarmed, qui lie les parties, ne permettait pas à la défenderesse de facturer les prestations litigieuses. Il ne s'agit pas ici de nier l'utilité médicale des prestations fournies sur place par la défenderesse ni les avantages d'un examen extemporané *in situ*, notamment la réception et la discussion immédiate des résultats des différentes analyses, qui permettent au chirurgien d'évaluer immédiatement les options thérapeutiques, en particulier si l'opération doit se poursuivre par un curage ganglionnaire ou une excision plus large d'une pièce tumorale ; on peut ainsi réduire la durée d'une anesthésie ou éviter une nouvelle intervention avec les risques et inconvénients qu'elle comporte, tout en limitant l'angoisse du patient. Ces avantages peuvent être relativisés pour certaines interventions bénignes, mais sont indéniables pour des interventions plus importantes. Il conviendrait alors toutefois, en tout cas pour les opérations sous anesthésie locale pour lesquelles l'examen extemporané *in situ* serait choisi, de grouper les interventions de manière à limiter les frais de déplacement. Tel ne semble pas avoir été toujours le cas en l'espèce, au vu des factures produites. Quoi qu'il en soit, la structure tarifaire assimile un tel procédé à une prestation fournie par le spécialiste comme s'il était

dans ses propres locaux ou dans un cabinet secondaire, au vu des moyens auxiliaires dont il dispose sur place et dont la défenderesse reste propriétaire. Il appartient aux partenaires tarifaires d'évaluer si une modification sur ce point est souhaitable pour l'avenir, éventuellement en contraignant le prestataire de soins à grouper ses interventions pour limiter les coûts ou en exigeant l'aval préalable du médecin-conseil de l'assureur-maladie concerné, de manière à lui permettre de vérifier la nécessité du procédé dans le cas d'espèce. Mais en l'état, le tarif ne permet pas la facturation des postes litigieux.

**5. a)** Les demanderesses ont établi par pièce avoir acquitté des factures ou remboursé des assurés pour un montant total équivalent à 8'433 fr. 20, pour les deux postes de facturation litigieux. Ce montant n'est pas contesté, comme tel, par la défenderesse, qui devra par conséquent le restituer aux demanderesses. Cela étant, il convient d'observer que les demanderesses ont déduit des quote-parts de participation aux frais, pour les factures remboursées selon le système du tiers garant (art. 42 al. 1 LAMal), ou ont facturé ces quote-parts aux assurés concernés, pour les factures acquittées en tiers payant (art. 42 al. 2 LAMal). Elles ont vraisemblablement également déduit une franchise dans certains cas (sur les quote-parts et franchises : art. 64 al. 2 LAMal). Ces participations aux coûts sont comprises dans le montant de 8'433 fr. 20 que la défenderesse devra restituer, les demanderesses agissant sur ce point comme représentantes des assurés concernés (art. 89 al. 3 LAMal). Il appartiendra par conséquent aux demanderesses de restituer à ces assurés les participations aux coûts qu'elles ont prélevées dans ce contexte.

**b)** Les demanderesses concluent encore au paiement d'un intérêt de 5% l'an sur le montant réclamé en justice, depuis le dépôt de la demande. Elles ne mentionnent pas le fondement de cette conclusion. La LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) n'est pas applicable aux rapports entre fournisseurs de prestations et assureurs, et la jurisprudence nie l'existence d'un principe général fondant le droit à des intérêts moratoires sur les créances entre

ces parties, lorsque ces intérêts ne sont pas prévus par les conventions tarifaires applicables (cf. ATF 139 V 82). Les conclusions des demandereses seront donc rejetées sur ce point.

**6. a)** Au vu de ce qui précède, les demandereses voient leurs conclusions admises pour l'essentiel. Elles n'étaient pas représentées par un avocat et ne peuvent pas prétendre de dépens. La défenderesse ne peut pas davantage prétendre de dépens au vu du sort de ses conclusions (art. 55 al. 1 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD).

**b)** Les frais de justice sont mis à la charge de la défenderesse, qui succombe (art. 49 LPA-VD, par renvoi des art. 109 al. 1 et 116 LPA-VD). Compte tenu de la valeur litigieuse et de la difficulté de la cause, l'émolument et les frais sont fixés à 4'300 fr. (art. 4 et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), dont 1'800 fr. pour chacun des arbitres. Ce montant est compensé avec l'avance de frais effectuée par les demandereses.

**c)** La défenderesse est condamnée au paiement aux demandereses d'une indemnité de dépens de 4'300 fr. correspondant à leur avance de frais.

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

- I. L'action en restitution déposée le 27 octobre 2016 par [...] est partiellement admise en ce sens qu'A.\_\_\_\_\_ SA est condamnée au paiement, aux demanderesse, solidairement entre elles, d'un montant de 8'433 fr. 20.
  
- II. Les frais de procédure sont fixés à 4'300 fr. (quatre mille trois cents francs), dont 1'800 fr. (mille francs) pour chacun des arbitres, et sont mis à la charge d'A.\_\_\_\_\_ SA. Ils sont couverts par l'avance de frais versée par les demanderesse.
  
- III. A.\_\_\_\_\_ SA est condamnée au paiement aux demanderesse, solidairement entre elles, d'une indemnité de dépens de 4'300 fr. (quatre mille trois cents francs), correspondant à leur avance de frais.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- S.\_\_\_\_\_,
- Me Kinzer, pour la défenderesse,
- Office fédéral pour la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt 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).

Le greffier :