

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 20 juin 2022

Composition : M. MÉTRAL, président
M. Ducor et Mme Baumgartner, arbitres
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

D1. _____, à [...], demanderesse,
D2. _____, à [...], demanderesse,
D3. _____, à [...], demanderesse,
D4. _____, à [...], demanderesse,
D5. _____, à [...], demanderesse,
D6. _____, à [...], demanderesse,
D7. _____, à [...], demanderesse,
D8. _____, désormais **D9.** _____, à [...], demanderesse,
D10. _____, à [...], demanderesse,
D11. _____, à [...], demanderesse,
D12. _____, à [...], demanderesse,
D13. _____, à [...], demanderesse,
D14. _____, désormais **D15.** _____, à [...], demanderesse,
D16. _____, à [...], demanderesse,
D17. _____, à [...], demanderesse,
D18. _____, à [...], demanderesse,
D19. _____, à [...], demanderesse,

dénommées ci-après : les demanderesse 1, toutes représentées par santésuisse SA et agissant par Me Valentin Schumacher, avocat à Fribourg,

ainsi que

D1. _____, à [...], demanderesse,
D2. _____, à [...], demanderesse,
D3. _____, à [...], demanderesse,
D4. _____, à [...], demanderesse,
D5. _____, à [...], demanderesse,
D6. _____, à [...], demanderesse,
D7. _____, à [...], demanderesse,
D8. _____, désormais **D9.** _____, à [...], demanderesse,
D10. _____, à [...], demanderesse,
D11. _____, à [...], demanderesse,
D12. _____, à [...], demanderesse,
D20. _____, désormais **D13.** _____, à [...], demanderesse,
D14. _____, désormais **D15.** _____, à [...], demanderesse,
D16. _____, à [...], demanderesse,
D17. _____, à [...], demanderesse,
D18. _____, à [...], demanderesse,
D19. _____, à [...], demanderesse,
D21. _____, à [...], demanderesse,
D22. _____, à [...], demanderesse,
D23. _____, à [...], demanderesse,

dénommées ci-après : les demanderesse 2, toutes représentées par
santésuisse SA et agissant par Me Valentin Schumacher, avocat à
Fribourg,

et

H. _____, à [...], défendeur, représenté par Me Yann Oppliger, avocat à
Renens

Art. 25 al. 1, 35 al. 1 et 59 al. 1 LAMal

E n f a i t :

A. **a)** Le Dr H._____ est titulaire d'un diplôme de médecine et d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie reconnu en Suisse. Il exploite le « Centre de psychiatrie et psychothérapie R._____ », à [...], sous une raison individuelle. Il facture ses prestations aux assureurs-maladie sous le numéro de registre des comptes-créanciers (RCC) [...].

Le 31 mai 2018, santésuisse a informé H._____ que les prestations psychiatriques qu'il avait facturées pour l'année statistique 2016 paraissaient hors norme. Il avait ainsi facturé un nombre d'heures très élevé tout au long de l'année et les coûts moyens par patient (coûts directs) étaient notablement plus élevés que ceux de ses confrères psychiatres, selon les données statistiques dont elle disposait. Elle l'a invité à lui communiquer s'il avait engagé un autre médecin comme collaborateur et à lui communiquer, cas échéant, le nombre d'heures facturées imputables à son activité ainsi que son autorisation cantonale de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Le 5 juin 2018, H._____ a répondu qu'il avait engagé du personnel en raison de l'augmentation de l'activité de son cabinet médical. En 2016, il avait ainsi collaboré avec la Dre V._____ (médecin-assistant à 100 %, à raison de 42 heures par semaines), le Dr Z._____ (médecin chef de clinique adjoint à 100 %, à raison de 42 heures par semaine), la Dre K._____ (médecin stagiaire à 80 %, à raison de 33.60 heures par semaine), ainsi qu'avec les psychologues A._____ (100 %, à raison de 42 heures par semaine), N._____ (100 %, à raison de 42 heures par semaine) et G._____ (20 %, à raison de 8h40 par semaine). En 2017, les psychologues W._____ (80 %, 33.6 heures par semaine), F._____ (50 %, 21 heures par semaine), X._____ (40 %, 16 heures par semaine) et C._____ (50 %, 21 heures par semaine), ainsi que les Drs P._____ (médecin-assistant, 100 %, 42 heures par semaine) et T._____ (pédopsychiatre, cheffe de clinique adjointe, 80 %, 33.6 heures par

semaine) avaient rejoint le cabinet. H._____ précisait avoir pris du retard dans ses tâches administratives et avoir engagé une responsable pour les ressources humaines en 2017, afin de gérer les dossiers du personnel.

Par demande datée du 9 juillet 2018 et postée le 13 juillet 2018, D1._____ et consorts, demanderesses 1, représentées par santésuisse, ont saisi le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud d'une action en paiement de 2'017'653 fr., subsidiairement en paiement de 1'516'035 fr., sous suite de frais et dépens, contre H._____. Les demanderesses 1 estiment qu'il a facturé des prestations qu'il n'était pas en droit de facturer pendant l'année 2016, correspondant au montant exigé en restitution. Elles exposent que la convention tarifaire cantonale applicable prévoit que si un médecin engage un autre médecin comme collaborateur, il doit l'annoncer à santésuisse et à la Société vaudoise de médecine (SVM) avant son entrée en fonction. Or, H._____ n'a annoncé aucun engagement en 2016 et a annoncé uniquement l'engagement de deux psychologues en 2017, selon le « registre des codes créanciers ». Les demanderesses 1 exposent également que selon leurs recherches, aucun des médecins mentionnés par H._____ n'avait d'autorisation de pratiquer à la charge de l'assurance-obligatoire des soins en 2016, et qu'aucun d'entre eux n'avait obtenu un titre FMH ou postgrade en psychiatrie et psychothérapie. Par ailleurs, aucun poste de psychothérapie déléguée n'avait été facturé en 2016, ce qui laissait à penser que les prestations fournies par les psychologues et la doctoresse « stagiaire » avaient été facturées, à tort, comme si elles avaient été exécutées par le défendeur lui-même. Au vu du nombre maximum d'heures pendant lesquelles le recourant pouvait avoir raisonnablement travaillé et qu'il était en droit de facturer selon elles, les demanderesses 1 estiment lui avoir payé un montant de 2'017'653 fr. pour des prestations qu'il n'était pas en droit de facturer en 2016 (sur un total de 2'337'222 francs).

Le 9 juillet 2018 également, les demanderesses 1 ont saisi la Commission paritaire SVM-santésuisse d'une demande de conciliation relative à la facturation d'H._____ en 2016 et ont requis la suspension

de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances jusqu'à l'issue de cette procédure de conciliation.

Le président du Tribunal arbitral des assurances a ouvert une procédure sous le numéro de cause T. arb. 8/18, qu'il a suspendue, avec l'accord du défendeur, par ordonnance du 20 septembre 2018, jusqu'à l'issue de la conciliation tentée devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

b) Le 25 février 2019, les demanderesses 1 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 ordonné la reprise.

Le 3 juillet 2019, le défendeur s'est déterminé, après trois prolongations de délai, et a conclu au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Il admet certaines difficultés dans la gestion administrative du cabinet, en précisant toutefois qu'il travaille désormais avec un « coach FMH » pour y remédier. Il allègue que deux psychologues ont travaillé à son cabinet en 2016, à savoir « G._____ », de juin à décembre 2016, à un taux d'activité de 40 %, et N._____, de juin à septembre 2016 également, à un taux d'activité de 100 %. Il a également collaboré avec plusieurs médecins, à savoir la Dre V._____, médecin assistante de janvier à décembre 2016, pour un taux d'activité de 100 %, le Dr Z._____, en décembre 2016, à 100 %, la Dre K._____, de janvier à décembre 2016, comme médecin stagiaire, engagée à 80 %, mais travaillant en réalité à 100 % en raison de la demande importante des patients. En bref, il estime que les prestations effectuées par ses collaborateurs, ainsi que ses propres prestations, correspondent aux prestations facturées et doivent être prises en charge par les demanderesses 1. Il précise que les montants correspondant aux salaires versés aux collaborateurs, pour un montant total de 424'900 fr. en 2016, devraient en tous les cas être pris en charge en sus des honoraires que les demanderesses 1 reconnaissent avoir été facturés correctement.

c) Le 26 septembre 2019, le président du Tribunal arbitral des assurances a tenu une audience de conciliation lors de laquelle les parties ont demandé une nouvelle suspension de la cause en vue de poursuivre leurs discussions transactionnelles. La cause a été suspendue.

B. a) Entre-temps, le 5 juillet 2019, D1. _____ et consorts, demanderesse 2, représentées par santésuisse, ont ouvert contre H. _____ une nouvelle action tendant principalement au paiement de 1'400'486 fr., subsidiairement au paiement de 542'924 fr., plus subsidiairement encore au paiement de 502'875 fr., sous suite de frais et dépens. Elles exposent que la facturation du défendeur en 2017 pose les mêmes problèmes qu'en 2016. Certes, deux médecins auraient pu travailler en 2017 comme médecins assistants, sous la supervision du défendeur, à la condition d'avoir été annoncés préalablement à santésuisse et de mentionner sur les factures leur code GLN personnel (global localisation number), ce qui n'avait pas été fait. Ils n'auraient pu travailler, au maximum, qu'un équivalent plein-temps sous la supervision du défendeur. Enfin, ce dernier indiquait avoir collaboré avec 7 psychologues, mais avait facturé 10'124 fr. seulement pour de la psychothérapie déléguée, ce qui était dérisoire au vu du montant total qu'il avait facturé à l'assurance obligatoire des soins. Le nombre d'heures de psychothérapie déléguée était limité à 100 par semaine, et ces heures sont rémunérées à 143 fr. 54, contre 206 fr. 44 pour le tarif horaire d'un médecin-psychiatre. L'utilisation d'un code tarifaire erroné rendait impossible la vérification de la limite de 100 heures par semaine et conduisait en outre à une surfacturation horaire de 62 fr. 90. Au vu du nombre d'heures maximal pendant lesquelles le défendeur pouvait avoir raisonnablement travaillé et qu'il était en droit de facturer selon elles en 2017, les demanderesse 2 estiment lui avoir payé un montant de 1'400'486 fr. pour des prestations qu'il n'était pas en droit de facturer (sur un total de 1'727'487 francs).

Le 5 juillet 2019 également, les demanderesse 2 ont saisi la Commission paritaire SVM-santésuisse d'une demande de conciliation relative à la facturation d'H. _____ en 2017 et ont requis la suspension

de la procédure devant le Tribunal arbitral des assurances jusqu'à l'issue de cette procédure de conciliation.

Le président du Tribunal arbitral des assurances a ouvert une procédure sous le numéro de cause T. arb. 15/19 et l'a suspendue, avec l'accord du défendeur, par ordonnance du 14 novembre 2019, jusqu'à l'issue de la conciliation tentée devant la Commission paritaire SVM-santésuisse.

C. a) Les 16 décembre 2019 et 15 janvier 2020, les demanderesses dans les causes T. arb. 8/18 et T. arb. 15/19 ont informé le tribunal arbitral du fait que les discussions transactionnelles n'avaient pas abouti. En particulier, les tentatives de conciliation devant la Commission paritaires SVM-santésuisse, pour les créances faisant l'objet de la procédure T. arb. 15/19 avaient échoué. Les demanderesses ont requis la jonction des causes T. arb. 8/18 et T. arb. 15/19 et la reprise de la procédure.

b) Le président du tribunal arbitral a ordonné la reprise de la procédure T. arb. 15/19. H. _____ a déposé sa réponse le 11 juin 2020, après trois prolongations de délai, en concluant au rejet de la demande, sous suite de frais et dépens. Reprenant pour l'essentiel l'argumentation déjà développée dans la cause T. arb. 8/18, il allègue que cinq psychologues ont travaillé dans son cabinet en 2017, à savoir W. _____ (dès le 11 mai 2017, à raison de 42 heures par semaine), F. _____ (dès le 7 février 2017, à raison de 42 heures par semaine), A. _____ (dès le 1^{er} octobre 2017, à raison de 42 heures par semaine), C. _____ (du 20 mars au 31 octobre 2017, à raison d'environ 21 heures par semaine) et X. _____ (dès le 1^{er} septembre 2017, à raison de 42 heures par semaine). Le défendeur allègue par ailleurs que plusieurs médecins ont collaboré avec lui en 2017, à savoir le Dr Z. _____ (45 heures par semaine de janvier à décembre 2017) et la Dre K. _____ (40 heures par semaines de janvier à décembre 2017). Il souligne que les salaires versés aux collaborateurs devraient en tous les cas être pris en charge, sans toutefois en préciser le montant.

c) Le 8 juillet 2020, le président du tribunal arbitral a tenu une audience de conciliation dans la cause T. arb. 15/19, sans succès. A l'issue de l'audience, il a joint les causes T. arb. 8/18 et T. arb. 15/19, sous le numéro de cause T. arb. 8/18. Il a par ailleurs invité le défendeur à produire, dans un délai de 30 jours, la preuve du paiement des salaires allégués pour les différents médecins et psychologues de son cabinet, pour les années 2016 et 2017, la preuve des autorisations de pratiquer délivrées par l'Etat de Vaud pour les médecins et psychologues, ainsi que la preuve de la reconnaissance des diplômes étrangers.

Le 6 août 2020, le défendeur a requis une prolongation de délai pour produire les documents requis. Le 20 août 2020, le président du tribunal arbitral a prolongé le délai au 15 septembre 2020, en précisant qu'il n'y aurait pas de nouvelle prolongation sauf cas de force majeure.

Le 15 septembre 2020, le défendeur a informé le président du tribunal arbitral du fait qu'il ne pouvait produire d'autres pièces que celles déjà produites à l'appui de sa réponse. En effet, malgré les efforts entrepris, la documentation requise restait introuvable en raison de la gestion administrative déficitaire de l'époque.

Le 8 avril 2021, le président du Tribunal arbitral a invité le défendeur à produire, dans un délai au 10 mai 2021, tout moyen de preuve utile en vue d'établir sa reconnaissance comme médecin formateur pour l'assistantat en cabinet dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie en 2016 et 2017, ainsi que le suivi effectif d'une formation postgrade en psychiatrie et psychothérapie en Suisse par les Drs V. _____ et Z. _____ en 2016 et 2017.

Le 14 juin 2021, après une prolongation de délai, le défendeur a produit un certificat de reconnaissance comme médecin formateur pour l'assistantat en cabinet dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie, établi par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue pour l'année 2017, ainsi qu'une attestation de

reconnaissance du diplôme de médecin obtenu en Espagne pour la Dre V._____, établie le 26 février 2014 par la Commission des professions médicales MEBEKO.

Le 17 juin 2021, le président du Tribunal arbitral a invité le Dr Z._____ à produire les attestations relatives aux formations postgrades suivies en 2016 et 2017 dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie. Ce dernier a produit deux certificats de travail, le 30 juin 2021. Le premier a été établi le 12 décembre 2016 par [...] SA, pour le Centre de psychiatrie et psychothérapie [...], et fait état de l'activité exercée par le Dr Z._____ dans ce centre du 14 avril au 30 novembre 2016 en qualité de médecin, à 80 %. Il ne fait pas état d'une formation postgrade. Le second, non daté, a été établi par la responsable des ressources humaines du Centre de psychiatrie et psychothérapie R._____ et porte sur l'activité de médecin-assistant du Dr Z._____ dans ce centre, dirigé par le défendeur, du 1^{er} décembre 2016 au 31 octobre 2017. Il indique que le Dr Z._____ a travaillé sous la supervision de son supérieur direct.

Le 14 juillet 2021, le président du tribunal arbitral a informé les parties du fait qu'il ne serait pas procédé à d'autres mesures d'instruction. L'avis contraire du tribunal arbitral demeurant réservé lorsque la cause lui aurait été soumise. Il a invité les parties à lui indiquer si elles étaient disposées à renoncer à l'audience de débats et à procéder à un échange de mémoires de plaidoiries. Les parties ont accepté. Le défendeur a produit son mémoire le 27 septembre 2021 en maintenant les conclusions prises dans ses mémoires précédents. Les demanderesses ont produit leur mémoire le 28 octobre 2021 en concluant, en substance, à la condamnation du défendeur à leur restituer un montant de 1'824'192 fr., subsidiairement de 1'516'035 fr. pour l'année 2016, et un montant de 1'252'668 fr., subsidiairement de 542'924 fr., plus subsidiairement encore de 502'875 fr. pour l'année 2017. La cause a été gardée à juger.

D. Parallèlement aux procédures T. arb. 8/18 et T. arb. 15/19, désormais jointes sous le numéro de cause T. arb. 8/18, D1._____ et

d'autres assurances-maladies, représentées par santésuisse, ont ouvert une nouvelle action en paiement contre le défendeur, le 26 mai 2020, relative à l'année statistique 2018. Elles ont conclu au remboursement par le défendeur d'un montant de 803'669 fr., subsidiairement de 415'306 fr., plus subsidiairement encore de 383'679 fr., ainsi qu'à ce que le Tribunal arbitral interdise au défendeur de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins pendant six mois, sous suite de frais et dépens. Le président du Tribunal arbitral a ouvert une procédure sous le numéro T. arb. 9/20 et a suspendu la cause jusqu'au 19 avril 2021 pour permettre la conciliation devant la Commission paritaire SVM-santésuisse, lors de laquelle le défendeur était représenté par M._____. Le président du Tribunal arbitral a ensuite procédé à une audience de conciliation le 7 septembre 2021, lors de laquelle il a constaté l'échec de la conciliation et informé les parties du fait qu'il désignerait comme arbitres-esseurs ceux déjà désignés pour la cause T. arb. 8/18, mais qu'en revanche, il ne prévoyait pas une nouvelle jonction des causes. L'échange d'écritures s'est ensuite poursuivi dans la cause T. arb. 9/20, qui fera l'objet d'un jugement ultérieur.

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 832.10), 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 lorsque 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 ; 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 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. 113 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 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). 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 LPA-VD). 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) Les demandes sont recevables au regard de ce qui précède. On précisera dans ce contexte que D1._____ est désignée comme [...] dans le mémoire-demande du 9 juillet 2018. Il s'agit manifestement d'une inadvertance, qu'il convient de rectifier d'office dans la mesure où il n'y a aucun doute sur le fait que santésuisse agit bien pour D1._____, qui a d'ailleurs établi la procuration du 3 juillet 2018 en faveur de cette organisation, produite à l'appui de la demande. Le numéro 8 est par ailleurs mentionné sur le mémoire-demande et correspond à D1._____ dans la liste des assureurs-maladie établie par l'Office fédéral de la santé publique et l'ensemble des prétentions des demanderesses sont fondées sur la LAMal, ce qui permet aisément d'identifier D1._____, plutôt que [...], comme étant l'une des demanderesses. Enfin, le défendeur n'a soulevé aucun grief relatif au défaut de légitimation active de l'une des demanderesses.

2. Le litige porte sur le point savoir si santésuisse, pour les demanderesses, est en droit d'exiger le remboursement, par le défendeur, d'un montant de 3'076'860 fr. 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). 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 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.

b) Aux termes de l'art. 35 al. 1 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable en l'espèce [ATF 138 V 176 consid. 7.1]), 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. Ces fournisseurs de prestations sont notamment les médecins (art. 35 al. 2 let. a LAMal), 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 jusqu'au 31 décembre 2021, applicable en l'espèce). Le Conseil fédéral règle l'admission des médecins titulaires d'un certificat scientifique équivalent (art. 36 al. 2 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable en l'espèce). Par ailleurs, le Conseil fédéral peut limiter l'admission des médecins à pratiquer à la charge de l'assurance

obligatoire en exigeant la preuve d'un besoin (art. 55a al. 1 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2021, applicable en l'espèce).

c) Selon l'art. 38 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102 ; dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable en l'espèce), pour être admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, les médecins doivent prouver qu'ils détiennent un titre postgrade au sens de l'art. 20 LPMéd (loi fédérale du 23 juin 2006 sur les professions médicales universitaires ; RS 811.11). Les médecins titulaires d'un diplôme étranger reconnu au sens de l'art. 15 LPMéd ont les mêmes droits que les médecins titulaires d'un diplôme fédéral correspondant. Les médecins titulaires d'un titre postgrade étranger reconnu au sens de l'art. 21 LPMéd ou d'une autorisation cantonale de pratiquer conformément à l'art. 36 al. 3 LPMéd, ont les mêmes droits que les médecins titulaires d'un titre postgrade fédéral correspondant (art. 39 OAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, applicable en l'espèce).

Les médecins visés à l'art. 36 LAMal ne sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins que si le nombre maximum fixé dans l'annexe 1 pour le canton et le domaine de spécialité concernés n'est pas atteint (art. 1 al. 1 OLAF [ordonnance du 3 juillet 2013 sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire, abrogée le 1^{er} juillet 2021 ; RO 2013 2255], en relation avec l'art. 55a al. 1 LAMal). Ne sont pas soumises à la preuve du besoin, et ne sont donc pas soumises à ces limites, les personnes qui ont exercé pendant au moins trois ans dans un établissement suisse reconnu de formation postgrade (art. 55a al. 2 LAMal, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 30 juin 2021, applicable en l'espèce). Les médecins titulaires du seul diplôme fédéral ou d'un titre équivalent sont dispensés de l'autorisation lorsqu'ils suivent une formation postgrade au sens de l'art. 25 LPMéd. Ils doivent pratiquer sous la surveillance directe d'un médecin au bénéfice d'une autorisation de pratique dans la même discipline (art. 76 al. 2 LSP [loi cantonale vaudoise

du 29 mai 1985 sur la santé publique ; BLV 800.01]). Un médecin autorisé à pratiquer ne peut pas s'adjoindre plusieurs assistants (art. 93 al. 7 LSP).

d) Les fournisseurs de prestations doivent inscrire sur leurs factures toutes les indications administratives et médicales nécessaires à la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique des prestations conformément à l'art. 42, al. 3 et 3^{bis} LAMal (art. 59 al. 1 OAMal).

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 en matière de soins ambulatoires 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 Convention-cadre Tarmed est notamment complétée par la Convention tarifaire cantonale (TARMED) conclue les 3 juin et 26 août 2008 par la Société vaudoise de médecine et santé suisse (ci-après : Convention cantonale ; cette convention peut être consultée sur le site de la Société vaudoise de médecine : www.svmed.ch, sous la rubrique formation et pratique/conventions et valeur du point Tarmed [date de consultation : 2 juin 2022]).

c) 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'une titre étranger reconnu comme équivalent en Suisse. Des prestations de psychothérapie déléguée, effectuées par un psychologue, peuvent par ailleurs être facturées par le médecin 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^{er} 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, consulté le 2 juin 2022]).

d) Conformément aux art. 8 al. 3 et 9 al. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed, celui qui entend engager un médecin ou un médecin-assistant sous sa responsabilité doit l'annoncer à santésuisse avant son entrée en fonction (voir également les art. 14 al. 3 et 15 al. 2 de la Convention cantonale).

Par ailleurs, l'art. 6 al. 1 et 2 de la Convention-cadre Tarmed prévoit que la FMH délivre aux médecins un numéro « EAN » (numéro d'individualisation européen uniforme). En vertu du numéro EAN et des données reçues concernant le droit de facturation, santésuisse attribue au médecin un numéro d'enregistrement (n° RCC). Le numéro EAN et le numéro d'enregistrement doivent figurer sur chaque facture et chaque ordonnance. Le numéro EAN est actuellement appelé numéro GLN (Global Location Number).

5. Les demanderesse allèguent avoir payé à H._____ un montant total de 2'337'222 fr. pour les prestations facturées en 2016 sous son numéro RCC, et de 1'727'487 fr. pour les prestations en 2017 sous son numéro RCC (coûts directs). On peut tenir ces allégations pour établies, compte tenu des pièces D5 et D6 produites par les demanderesse à l'appui de la demande du 5 juillet 2019, et en l'absence de toute contestation du défendeur à ce propos.

6. a) Les demanderesse soutiennent qu'H._____ n'a pu travailler, au plus, que 1920 heures pour chacune des années 2016 et 2017, sans même procéder à une déduction pour tenir compte des heures de travail non directement productives. Cela représenterait un montant facturable de 396'364 fr. en 2016 comme en 2017, compte tenu d'un tarif horaire de 206 fr. 44 pour un psychiatre. Les demanderesse estiment que le solde a été facturé pour des prestations qui n'ont pas été fournies et doit leur être rétrocédé.

b) Le défendeur allègue qu'une grande partie des prestations facturées correspond à des consultations par des médecins et psychologues qui travaillaient au Centre de psychiatrie et psychothérapie R._____. Il admet avoir été dépassé par les tâches administratives à l'époque, ce qui expliquerait que certaines prestations de psychologues auraient été facturées au tarif horaire d'un psychiatre, et que les prestataires de soins aient facturé leurs prestations sous son numéro RCC uniquement. Il soutient par ailleurs avoir personnellement travaillé notablement plus d'heures en 2016 et 2017 que ce que les demanderesses veulent bien admettre, faisant état de 3126.8 heures de travail en 2016 et 3074 heures de travail en 2017.

7. a) Pour l'année 2016, le défendeur allègue que la Dre V._____ a travaillé dans son cabinet pendant toute l'année, réalisant 45 heures de consultation par semaine, soit 9 heures de travail par jour pendant 234 jours en 2016 (254 jours ouvrables, dont à déduire 20 jours de vacances), une demi-journée par semaine étant consacrée à sa formation. Selon le défendeur, cela représenterait des prestations facturées sous son numéro RCC, mais effectuées par la Dre V._____, pour un montant de 391'286 fr. 37 en 2016. Selon le certificat de salaire qu'il a produit, la rémunération de la Dre V._____ pour l'année 2016 était de 190'400 francs.

b) Selon le Registre des professions médicales publié par l'Office fédéral de la santé publique (Medregom), la Dre V._____ est titulaire, depuis le 26 février 2014, d'une reconnaissance en Suisse de son diplôme de médecin obtenu en Espagne. Elle n'est titulaire d'aucun titre postgrade en psychiatrie-psychothérapie et rien au dossier n'indique qu'elle était titulaire d'une autorisation de pratique en Suisse. Invité à produire la preuve des autorisations de pratiquer délivrées par le canton pour les médecins qu'il employait en 2016, ainsi que la preuve des diplômes de médecin et titres post-grades délivrés en Suisse ou les preuves de reconnaissance de titres étrangers, le défendeur a uniquement produit une attestation de reconnaissance en Suisse, par la Commission des professions médicales MEBEKO, du diplôme de médecin obtenu en

Espagne par la Dre V._____. Invité à produire la preuve du fait qu'il était reconnu comme médecin formateur pour l'assistanat en cabinet en 2016, le défendeur n'a pas été en mesure de le faire, de sorte que ce fait ne peut pas être tenu pour établi. Le défendeur n'a par ailleurs pas démontré le suivi effectif d'une formation postgrade par la Dre V._____ en 2016. Dans ces conditions, il n'est pas établi que la Dre V._____ était en droit de facturer, comme médecin-assistante chez le défendeur, des prestations de psychiatrie-psychothérapie à l'assurance obligatoire des soins en 2016. Les traitements que le défendeur allègue avoir été facturés sous son numéro RCC, mais effectués par la Dre V._____, n'étaient pas à la charge des demandereses. Le fait qu'un salaire ait été versé à la Dre V._____, pour un montant au demeurant très inférieur aux factures alléguées, ne justifie pas la prise en charge de traitements que la Dre V._____ n'était pas en droit de pratiquer.

8. a) Le défendeur allègue que le Dr Z._____ a travaillé en décembre 2016 dans son cabinet réalisant 45 heures de consultation par semaine, soit 9 heures de travail par jour pendant 21,6 jours. Selon le défendeur, cela représenterait des prestations facturées sous son numéro RCC, mais effectuées par le Dr Z._____, pour un montant de 40'131 francs. Selon un certificat de salaire qu'il a produit, la rémunération du Dr Z._____ était de 14'000 fr. en 2016.

Toujours selon le défendeur, en 2017, le Dr Z._____ aurait consulté 45 heures par semaine, à raison de 9 heures par jour (allégué 116 du mémoire-réponse du 11 juin 2020), ou 36 heures par semaine (allégué 119). Le défendeur allègue finalement un total de 1'512 heures de consultations facturées, sous son numéro RCC, par le Dr Z._____ en 2017, pour un montant total de 312'137 fr. 28.

b) Selon le Registre des professions médicales, le Dr Z._____ est titulaire, depuis 2007, d'un titre de médecin délivré par les autorités roumaines ; il est également titulaire d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie délivré par ces mêmes autorités en 2017. En revanche, il n'a été mis au bénéfice d'une reconnaissance en Suisse de

son titre de médecin que le 25 octobre 2017 et son titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie n'a été reconnu en Suisse que le 28 mars 2018. Invité à produire la preuve du fait qu'il était reconnu comme médecin formateur pour l'assistantat en cabinet en 2016 et 2017, le défendeur n'a été en mesure de le faire que pour l'année 2017. Il n'a pas davantage démontré le suivi effectif d'une formation postgrade par le Dr Z._____ en Suisse, en 2016 et 2017, ni apporté la preuve d'une reconnaissance en Suisse de ses titres de médecin et de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie avant les dates indiquées par le Registre des professions médicales. Bien qu'invité à le faire par le tribunal, le Dr Z._____ n'a lui-même produit aucun document établissant le suivi d'une formation postgrade en 2016 ou 2017. En d'autres termes, il n'est pas établi que le Dr Z._____ était en droit de travailler comme médecin ou médecin-assistant en Suisse avant le 25 octobre 2017, date de la reconnaissance de son titre obtenu en Roumanie. A fortiori n'était-il pas en droit de facturer des prestations nécessitant un titre de psychiatre et ne peut-il se prévaloir d'un statut d'assistant suivant une formation postgrade de psychiatre, avant même d'avoir obtenu la reconnaissance de son titre de médecin en Suisse. Enfin, le Dr H._____ n'a produit aucune preuve du salaire versé au Dr Z._____ pour son activité en 2017. Au vu de ce qui précède, il n'est pas établi que le Dr Z._____ était en droit de pratiquer des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse, comme médecin-assistant chez le défendeur, en 2016 et 2017. Pour ce motif déjà, les traitements que le défendeur allègue avoir été facturés sous son numéro RCC, mais effectués par le Dr Z._____ en 2016 et 2017, n'étaient pas à la charge des demanderesse. Au demeurant, le défendeur n'a pas établi le salaire versé au Dr Z._____ en 2017, ni apporté de preuve des heures de travail facturables effectivement réalisées par ce médecin. Dès lors qu'il n'a pas respecté les dispositions conventionnelles prévoyant que chaque médecin travaillant dans un cabinet doit mentionner son numéro EAN ou GLN sur ses factures, il supporte, sur ce point également, les conséquences de l'absence de preuve.

9. a) Le défendeur allègue que la Dre K._____ aurait consulté, durant toute l'année 2016, 42 heures par semaine pendant 48 semaines, soit 2016 heures au total. Selon le défendeur, ce sont ainsi 2016 heures qui auraient été facturées sous son numéro RCC, pour des prestations en réalité effectuées par la Dre K._____, pour un montant total de 416'183 fr. 04. La Dre K._____ aurait également travaillé en 2017, à raison 40 heures de consultation par semaine, pour un montant total facturé de 379'849 fr. 60.

b) Selon le Registre des professions médicales, la Dre K._____ est titulaire d'un titre de médecin obtenu en Algérie en 2003, non reconnaissable en Suisse ; il est mentionné que ce titre est « contrôlé (22.12.2020) ». Le défendeur allègue qu'elle est titulaire d'un diplôme de médecin de l'Université d'[...], en Algérie, depuis 1997, dont il produit une copie non traduite en français. Le défendeur allègue par ailleurs, sans en apporter la preuve (le curriculum vitae non signé produit sous pièce 111 étant insuffisant à cet égard), que « son FMH » était en cours en 2016, qu'elle avait déjà « réussi ses premiers examens », qu'elle bénéficiait d'une expérience de trois ans comme « médecin assistant au Services psychiatriques du [...] et d'une expérience d'une année de psychogériatrie ».

Le défendeur n'allègue pas, ni de démontre que la Dre K._____ disposait d'une reconnaissance de son titre de médecin en Suisse, ni qu'elle disposait d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Il soutient qu'elle aurait travaillé à son cabinet comme « stagiaire », sous sa responsabilité ; il ne soutient pas qu'elle aurait eu le droit de travailler comme médecin assistante. A l'évidence, il n'était pas en droit de facturer des prestations de la Dre K._____ à l'assurance obligatoire des soins pendant la période 2016-2017, lors de laquelle son titre étranger, non reconnu en Suisse, ne faisait pas même l'objet d'un contrôle. Au demeurant, ses allégations relatives aux heures de travail de la Dre K._____ ne sont pas démontrées et le défendeur supporte les conséquences de l'absence de preuve.

10. a) Pour l'année 2016, le défendeur allègue avoir salarié des psychologues pour des prestations de psychothérapie déléguée, à savoir G._____, de juin à décembre 2016, à un taux d'activité de 40 %, et N._____, de juin à décembre 2016, à 100 %. Il admet avoir facturé à tort leurs prestations au tarif applicable pour des prestations par un médecin psychiatre, plutôt qu'au tarif de la psychothérapie déléguée. Cela étant, il soutient que G._____ a effectué 403,2 heures de travail entre juin et décembre 2016, soit 16,8 heures par semaine pendant 24 semaines, dont à déduire deux semaines de vacances. Compte tenu d'un tarif horaire de 140 fr. pour de la psychothérapie déléguée, il en conclut que sur les honoraires facturés sous son numéro RCC, un montant de 56'448 fr. correspond à des prestations de G._____ qu'il était en droit de facturer.

b) A défaut d'avoir facturé correctement les heures de psychothérapie déléguée et de produire un contrat de travail ou toute autre pièce probante relative au nombre d'heures travaillées par G._____ ou facturées pour ses prestations en 2016, le recourant ne démontre pas, serait-ce au degré de la vraisemblance prépondérante, ses allégations. Il supporte le fardeau de l'échec de la preuve sur ce point. On peut tout au plus extrapoler, à partir du salaire versé à G._____ pour l'année 2016 (21'000 fr., selon la pièce 104), les prestations facturables aux assureurs-maladie à un tarif horaire de 143 fr. 54, comme l'admettent les demanderesses en se référant aux contrats de travail d'autres psychologues, figurant au dossier (cf. consid. 11b ci-après).

c) En ce qui concerne N._____, les allégations du recourant sont tout simplement invraisemblables. Il allègue qu'elle aurait travaillé à 100 % entre juin et décembre 2016 et consulté pendant 117 jours à raison de 8 heures par jour, compte tenu de 10 jours de vacances, pour des factures correspondant à un montant total de 131'040 fr., alors que le salaire qu'il lui a versé était de 31'500 fr. (pièce 103), ce qui correspondrait plutôt à un taux d'activité de 50 à 60 %, si l'on compare avec ce qui a été allégué pour G._____ et au salaire de cette dernière. Quoi qu'il en soit, à défaut d'avoir facturé correctement les heures de psychothérapie déléguée et de produire un contrat de travail ou toute

autre pièce probante relative au nombre d'heures facturables effectuées par N._____, le recourant échoue à établir ses allégations et supporte les conséquences de l'échec de la preuve. On peut tout au plus extrapoler, à partir du salaire versé à N._____ pour l'année 2016, les prestations facturables aux assureurs-maladie à un tarif horaire de 143 fr. 54, comme l'admettent les demanderesses en se référant aux contrats de travail d'autres psychologues, figurant au dossier (cf. consid. 10b ci-après).

d) Si l'on prend en considération les positions Tarmed 02.0210 à 02.0260 applicables pour les prestations de psychologues, on constate que 12.46 points leur étaient attribués, en 2016 et 2017, par période de cinq minutes, ce qui représente, pour une valeur du point de 0.96 applicable dans le canton de Vaud à l'époque, un tarif horaire de 143 fr. 54 ($12.46 \times 0.96 \times 12$). Les prestations d'un médecin psychiatre étaient rémunérées, en 2016 et 2017, 17 fr. 92 par période de cinq minutes ($11.87 + 6.05$; cf. positions tarifaires 02.0010 à 02.0066), ce qui représente un tarif horaire de 206 fr. 44 ($17.92 \times 0.96 \times 12$). Le tarif a depuis lors été revu, avec une nouvelle version entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, mais elle n'est pas applicable en l'espèce. On précisera que certaines opérations rémunérées à un tarif nettement inférieur ne sont pas prises en considération ici, ce qui est favorable au défendeur.

En considérant que le 45 % des montants facturés revenait aux psychologues du cabinet, à partir de certains contrats de travail figurant au dossier, on peut admettre qu'un montant de 116'666 fr. a été facturé pour les prestations de N._____ et G._____ en 2016 ($[31'500 + 21'000] / 45 \times 100$). Ces prestations ont été facturées, à tort, sous des positions tarifaires de psychiatrie, correspondant à un tarif horaire de 206 fr. 44, au lieu de positions tarifaires de psychothérapie déléguée correspondant à un tarif horaire de 143 fr. 54. Après rectification, un montant de 81'119 fr. aurait en réalité dû être facturé ($116'666 \text{ fr.} / 206.44 \times 143.54$). Ce montant est favorable au défendeur dans la mesure où il comprend très vraisemblablement des prestations facturées à d'autres assureurs qui ne sont pas parties à la procédure.

11. a) Pour l'année 2017, le défendeur soutient, selon ses dernières allégations, avoir salarié des psychologues pour des prestations de psychothérapie déléguée, à savoir F._____, du 7 février au 31 décembre 2017, à raison de 42 heures par semaine, C._____, du 20 mars au 31 octobre 2017, à raison de 21 heures par semaine, W._____, du 11 mai au 31 décembre 2017, à raison de 42 heures par semaine, X._____, du 1^{er} septembre au 31 décembre 2017, à raison de 42 heures par semaine, A._____, du 1^{er} octobre au 31 décembre 2017, à raison de 42 heures par semaine. Il admet avoir facturé à tort leurs prestations au tarif applicable pour des prestations par un médecin psychiatre, plutôt qu'au tarif de la psychothérapie déléguée. Il admet également avoir facturé davantage que 100 heures par semaine pour les prestations effectuées par des psychologues délégués. Il demande cependant que la facturation de 100 heures par semaine, au tarif horaire de 140 fr., soit décomptée des prétentions des demanderesse, pour tenir compte des heures de psychothérapie déléguée qui ont été effectuées et qui pouvaient être facturées.

b) Il ressort des documents produits par le défendeur que les psychologues F._____, C._____, W._____, X._____ et A._____ ont effectivement travaillé pour lui en 2017. On admettra également, au vu des diplômes produits, qu'elles étaient en droit de traiter des patients sur délégation du défendeur.

Le 14 février 2019, en vue de l'obtention d'un code de contrôle, le défendeur a annoncé à Sasis SA l'entrée en fonction de F._____ le 8 février 2017, à un taux de 40 %. Il a par la suite établi un certificat de travail relatif à une activité à 50 % du 1^{er} mars 2017 au 30 novembre 2019, et a annoncé au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud le début d'activité de F._____ au 1^{er} mars 2017. En l'absence d'autre preuve, et le recourant supportant le fardeau de la preuve dès lors que les prestations de F._____ n'ont pas été facturées en mentionnant son code EAN ou GLN, on admettra que cette dernière a travaillé à 40 % du 1^{er} mars au 31 décembre 2017.

Le 10 mars 2017, le défendeur a annoncé à Sasis SA l'entrée en fonction de C._____ le 20 mars 2017, pour une activité de 21 heures par semaine. Il a également annoncé son activité de psychothérapie déléguée au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, dès le 20 mars 2017, à 50 %. On admettra par conséquent une activité de 21 heures par semaine de C._____, du 20 mars au 31 décembre 2017.

A._____ était au bénéfice d'un contrat de travail oral en 2017. Un contrat écrit a été signé, avec effet dès le 1^{er} janvier 2018. Il prévoit un horaire de travail de 42 heures par semaine. L'annonce faite à Sasis SA mentionne également une activité de 42 heures par semaine, que l'on tiendra pour établie. Le contrat de travail d'A._____ prévoit par ailleurs une rémunération correspondant à 45 % des heures facturées. On admettra que les mêmes conditions étaient applicables en 2017 et que l'intéressée a effectivement travaillé au cabinet du défendeur du 1^{er} octobre au 31 décembre 2017.

Le 20 février 2019, le défendeur a annoncé l'activité de W._____ à son cabinet, à un taux de 60 %, dès le 11 mai 2017. Le contrat de travail écrit figurant au dossier fait toutefois état d'un taux d'activité de 80 % en 2017. Dans le doute, il convient de constater un taux d'activité de 60 %, le défendeur supportant le fardeau de la preuve dès lors qu'il n'a pas permis un contrôle suffisant de la facturation en utilisant exclusivement son code RCC pour les prestations de tous ses collaborateurs, d'une part, et en facturant au tarif d'un psychiatre et non d'un psychothérapeute. Le contrat prévoit une rémunération correspondant à 45 % des heures facturées. Pour 2017, on admettra que W._____ a travaillé au cabinet du défendeur dès le 11 mai et jusqu'à la fin de l'année.

Le contrat de travail de X._____ prévoit un taux d'activité de 20 % dès le 1^{er} septembre 2017. Il n'y a aucun motif de constater un taux d'activité supérieur. Le contrat prévoit par ailleurs une rémunération de 45 % des heures facturées. Pour 2017, on admettra que X._____ a

travaillé au cabinet du défendeur dès le 1^{er} septembre et jusqu'à la fin de l'année.

c) On constate, à la lecture de ce qui précède, que les psychologues travaillant pour le défendeur en 2017 n'ont pas pu travailler 100 heures par semaine, mais notablement moins, pour toute la période du 1^{er} janvier au 30 septembre 2017. Ce n'est qu'à partir du 1^{er} octobre 2017 qu'elles ont pu, collectivement, cumuler 100 heures de travail au moins par semaine. Quoi qu'il en soit, on ne saurait admettre que les horaires de travail mentionnés correspondent à des heures facturables. De toute évidence, il n'est en effet pas possible de facturer intégralement ses heures de travail. On mentionnera notamment les colloques, les vacances, les rendez-vous manqués, les pauses, les actes non facturables, tous les temps morts inévitables sur une journée de travail et, par périodes tout au moins, une clientèle pouvant être insuffisante. X._____ n'a ainsi été rémunérée que 7'902 fr. 35 pour 7 mois d'activité en 2018, ce qui représente un peu moins de 3 heures facturées par semaine (7902 fr. 35 / 7 mois / 4.33 semaines / 45*100 [rémunération correspondant à 45 % des heures facturées] / 206 fr. 55 [tarif horaire facturé par le Dr H._____ pour la psychothérapie déléguée]). Cela n'équivaut largement pas au taux d'activité de 20 % auquel était théoriquement engagée X._____, qui correspondrait à 8.4 heures par semaine. Rien ne permet de constater, enfin, que les heures de psychothérapie déléguée ont été facturées exclusivement aux demanderesses.

d) Au final, on ne peut pas tenir pour établi que les heures de psychothérapie déléguée facturées aux défenderesses en 2017 aient représenté plus de 60 % de l'horaire de travail de X._____, W._____, A._____, C._____ et F._____, ce qui représente approximativement, par mois, 44 heures en mars 2017, 98 heures en avril 2017, 142 heures en mai 2017, 163 heures de juin à août 2017, 185 heures en septembre 2017 et 295 heures d'octobre à décembre 2017. Le taux de 60 % est évidemment très approximatif et paraît relativement favorable au défendeur compte tenu de l'absence de preuves plus précises au dossier. Un calcul aurait pu être effectué en extrapolant les heures facturées à

partir de la rémunération versée aux psychologues concernées, en prenant en considération une rémunération correspondant à 45 % de ces heures et un tarif horaire de 143 fr. 54 en psychothérapie déléguée. Le défendeur n'ayant pas produit de document probant sur ce point, ce calcul n'est pas possible. Le défendeur supporte pour le surplus le fardeau de l'absence de preuve relative au nombre d'heures facturables effectivement réalisées, dès lors qu'il n'a pas permis un contrôle de ces heures en facturant l'intégralité des prestations sous un seul numéro RCC. Le montant facturable compte tenu des heures admises ci-avant correspond à 264'544 fr. pour un tarif horaire de 143 fr. 54.

12. a) Le défendeur allègue avoir lui-même travaillé 6 jours par semaine en 2016, à raison de 12 heures par jour hormis le jeudi (6 heures) et le samedi (7 heures), sans prendre de vacances ni présenter d'absence pour cause de maladie. Cela représenterait 3'126.8 heures de consultation, qui ont pu être facturées aux demanderesse 1, pour un montant total de 645'496 fr. 59.

Pour l'année 2017, le défendeur soutient avoir travaillé 6 jours par semaine à raison de 12 heures par jour, sauf le jeudi (6 heures) et le samedi (7 heures), sans vacances ni absence pour cause de maladie. Il aurait ainsi travaillé 3074 heures en 2017, ce qui correspondrait à un montant total de 634'596 fr. 56 facturé aux demanderesse 2.

Le défendeur propose comme moyen de preuve d'être interrogé comme partie, ainsi que le témoignage de M._____.

b) Les allégations du défendeur relatives aux nombres d'heures travaillées en 2016 et 2017 ne sont pas plausibles et ne pourront pas être établies, au degré de la vraisemblance prépondérante, par son audition ni par l'audition de M._____. Le témoignage de ce dernier ne pourra renseigner le tribunal que de manière trop approximative et insuffisamment probante, dès lors qu'il représentait le recourant devant la Commission paritaire SVM-santésuisse lors de la dernière tentative de conciliation entre les parties. Rien ne permet de constater, par ailleurs,

que le défendeur aurait facturé ses prestations exclusivement aux demanderesses. Ces dernières admettent de prendre en considération toutes les heures qu'elles estiment avoir pu être travaillées par le défendeur en 2016 et 2017, soit 1'920 heures par année, étant précisé que ce chiffre ne tient pas compte d'une déduction qui serait nécessaire pour tenir compte du temps de travail non facturable.

c) En novembre 2010, le Contrôle fédéral des finances a établi et publié un rapport intitulé « Tarmed – le tarif des prestations médicales ambulatoires – Evaluation de la réalisation des objectifs et du rôle de la Confédération » (ci-après : rapport du Contrôle fédéral des finances ; le rapport peut être consulté sur le site du Contrôle fédéral des finances, à l'adresse suivante : [https://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20\(32\)/8381%20Rapport%20fran%C3%A7ais%20d%C3%A9c%202010.pdf](https://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20(32)/8381%20Rapport%20fran%C3%A7ais%20d%C3%A9c%202010.pdf) [date de consultation : 2 juin 2022]). Il y constate notamment que le temps de travail annuel d'un médecin pris en considération pour établir le tarif était de 1'920 heures par année, pour 208,7 jours de travail effectif (après déduction des vacances, jours fériés et absences diverses). Cela correspond approximativement à une semaine de travail de 46 heures, étant précisé que la durée du travail hebdomadaire des médecins indépendants entre 2005 et 2009 serait plutôt de 53 heures, soit 7 heures de plus par semaine (rapport, p. 25). Le nombre de semaines de travail effectif pris en considération est, au plus, de 41,74 (208,7 / 5). Si l'on se réfère à ce document, on peut admettre un nombre d'heures de travail annuel de 2'212 heures pour le défendeur (1'920 + 7 heures * 41,74 semaines). Cela ne correspond toutefois pas intégralement à des heures de travail facturables.

Toujours selon le rapport du Contrôle fédéral des finances, le tarif du point médical pour l'unité fonctionnelle « salle de consultation, psychiatrie » a été fixé en prenant en considération une productivité de 79 %. En d'autres termes, 20,1 % du temps de travail en salle de consultation a été considéré comme non facturable. En prenant en considération ce taux de productivité, on peut tenir pour plausible que le défendeur a

réalisé un nombre annuel d'heures facturables de 1747,48 en 2016 et en 2017. Ce calcul est favorable au défendeur dans la mesure où il ne prend pas en considération le fait qu'une part des factures du défendeur ne concernait pas les demanderesse, dès lors que ces dernières ne représentent pas la totalité des parts de marché de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Le défendeur a par ailleurs largement échoué à établir le nombre effectif d'heures de travail facturables qu'il a réalisées en 2016 et 2017 et a rendu impossible un calcul plus précis de ces heures en facturant l'ensemble des prestations de son cabinet - quel que soit le fournisseur de prestations - sous un seul numéro RCC et sans indication d'un numéro GLN correspondant au fournisseur de prestation concerné.

Au final, on admettra que pour ses prestations en dehors de la psychothérapie déléguée, le défendeur n'était pas en droit de facturer davantage que 360'750 fr. pour chacune des années 2016 et 2017 (1747,48 heures x 206 fr. 44).

13. a) Compte tenu de ce qui précède, on constate que les factures émises par le défendeur, sous son seul numéro RCC, et payées ou remboursées par les demanderesse 1 en 2016 (coûts directs) représentent un montant total de 2'337'222 francs. C'est manifestement excessif pour un médecin travaillant seul. Le défendeur admet avoir en réalité avoir également facturé sous son numéro RCC, au tarif admis pour des prestations d'un psychiatre, des prestations de psychothérapie déléguée. Il n'a toutefois pas établi que ces prestations correspondraient, compte tenu d'un tarif correct, à un montant supérieur à 81'119 fr. en 2016 (consid. 10 ci-avant). Le défendeur admet avoir encore facturé sous son numéro RCC des prestations de médecins assistants ou d'un médecin stagiaire. Comme on l'a vu (consid. 6 et 8), il n'était toutefois pas en droit de facturer leurs prestations à l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie. Enfin, il n'a pas été établi que le défendeur était en droit de facturer aux demanderesse 1 davantage que 360'750 fr. pour sa propre activité en 2016 (consid. 12). Le défendeur supporte les conséquences de l'absence de preuve permettant un calcul plus précis des heures effectivement facturables aux demanderesse, pour son activité ou celles

de psychothérapeutes délégués, dès lors qu'il a rendu impossible un contrôle plus précis en facturant toutes les prestations sous un seul numéro RCC, qu'il a facturé des prestations de psychothérapie déléguée au tarif applicable pour une consultation par un psychiatre, et qu'il a facturé des prestations de médecins assistants ou stagiaires sans avoir établi qu'ils étaient en droit de travailler à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Pour l'année 2016, le recourant sera tenu de restituer aux demanderesses 1 un montant de 1'895'353 fr. correspondant à la différence entre les prestations facturées (2'337'222 fr.) et celles admises (81'119 fr. + 360'750 fr.) ci-avant.

b) Pour l'année 2017, le défendeur a émis des factures, sous son seul numéro RCC, payées ou remboursées par les demanderesses 2, pour un montant total de 1'727'487 francs. Là encore, ce montant est manifestement excessif pour un médecin travaillant seul, et le recourant n'a pas établi avoir pu facturer aux demanderesses 2, un montant supérieur à 264'544 fr. pour des prestations de psychothérapie déléguée (consid. 11d). De même n'est-il pas établi que des prestations de médecins assistants ou stagiaires pouvaient être facturées aux demanderesses, ni que les propres prestations du défendeur facturables aux demanderesses 2 correspondraient à un montant supérieur à 360'750 fr. (consid. 12). Le défendeur sera donc tenu de rembourser aux demanderesses la différence entre le montant effectivement facturé (1'727'487 fr.) et celui de 625'294 fr. qu'il était en droit de facturer (264'544 fr. + 360'750 francs). Cela correspond à un montant à restituer de 1'102'193 francs.

14. Les demanderesses ont renoncé à requérir l'interdiction temporaire ou définitive, pour le défendeur, de facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Elles l'ont fait dans la procédure T. arb. 9/20, qui fera toutefois l'objet d'un jugement ultérieur. Sans préjuger du sort de ce litige, force est de constater que les manquements constatés ci-avant sont graves et qu'ils portent sur des montants considérables pour

les années 2016 et 2017. Il convient d'ores et déjà d'avertir le défendeur qu'il encourt une amende ou une interdiction temporaire ou définitive de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de nouvelle violation de ses obligations relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi (art. 56, 58a et 58h LAMal) ou dans une convention, ou encore de dispositions relatives à la facturation (art. 42 LAMal).

15. Les demanderesses obtiennent gain de cause sur l'essentiel de leurs conclusions. Les frais de procédure, par 10'000 fr., sont donc entièrement mis à la charge du défendeur, mais sont compensés avec l'avance de frais effectuée. Le défendeur versera une indemnité de dépens de 13'000 francs. Ce montant comprend des débours correspondant aux avances de frais effectuées pour un total de 10'000 francs.

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

- I. Les demandes sont admises.
- II. H._____ est condamné à restituer aux demanderesses 1, solidairement entre elles, un montant de 1'895'353 fr. pour l'année statistique 2016.
- III. H._____ est condamné à restituer aux demanderesses 2, solidairement entre elles, un montant de 1'102'193 fr. pour l'année statistique 2017.

- IV.** H._____ est averti qu'en cas de nouvelle violation de ses obligations relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations qui sont prévues dans la loi ou dans une convention, ou encore de dispositions relatives à la facturation, il encourt une amende et une interdiction temporaire ou définitive de pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins.
- V.** Les frais de justice sont arrêtés à 10'000 fr., dont 3'850 fr. à titre d'honoraires pour les arbitres-asseesseurs, et sont mis à la charge d'H._____. Ils sont toutefois compensés avec l'avance de frais d'un même montant versée par santésuisse SA.
- VI.** H._____ versera une indemnité de dépens de 6'500 fr. aux demanderesses 1 et de 6'500 fr. aux demanderesses 2, y compris les débours correspondant aux avances 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 les demanderesses),
- Me Yann Opplinger (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 :