

TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES

Jugement du 15 février 2017

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Tritten et M. Popescu, arbitres
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

L._____, **demandeurs 1**, représentés par [...], à Lausanne, et assistés de Me Olivier Burnet, avocat à Lausanne,

Z._____, **demandeur 2**, représentés par [...], à [...], et assistés de Me Olivier Burnet, avocat à Lausanne,

T._____, **demandeurs 3**, représentés par [...], à Lausanne, et assistés de Me Olivier Burnet, avocat à Lausanne,

et

H._____, à [...], défendeur, représenté par Me Christian Deneriaz, avocat à Lausanne.

Art. 56 et 89 LAMal

E n f a i t :

A. Le Dr H._____ exploitait un cabinet médical de médecine interne et cardiologie à [...]. Une première procédure devant le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud l'a opposé à vingt-sept assureurs-maladie, représentés par [...], elle-même représentée par Me Olivier Burnet, à propos des honoraires qu'il avait perçu durant l'année 1996. Les assureurs-maladie estimaient que les traitements prodigués n'étaient pas économiques et exigeaient du Dr H._____ le remboursement d'un montant total de 101'900 fr., avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} juillet 1996 (demande du 16 juillet 1998). Ils ont par la suite amplifié leurs conclusions en demandant le remboursement de 177'968 francs, avec intérêts à 5 % dès le 1^{er} juillet 1996. La cause a été enregistrée sous le numéro T. arb. 6/98.

Le Tribunal arbitral des assurances a mandaté le Dr [...], alors [...], pour une expertise analytique de la pratique du Dr H._____. Dans son rapport d'expertise du 18 janvier 2005, le Dr [...] a notamment constaté, sur la base de l'évaluation des trente dossiers qui lui avaient été soumis, que la grande majorité des patients subissait des investigations cardiologiques qui représentaient la plus grande part des dépenses, ce qui était cohérent avec le type de clientèle du Dr H._____. Il n'y avait pas d'évidence de multiplication répétée et abusive d'actes médicaux. Néanmoins, l'évaluation confirmait une moyenne des frais médicaux plus élevée que la moyenne des autres médecins de la même catégorie. Cela s'expliquait en grande partie par des examens cardiologiques répétés dont certains semblaient insuffisamment justifiés sur la base des indications des dossiers. Certaines des situations rencontrées pourraient entrer dans la définition d'une pratique non-économique. Dans son rapport complémentaire du 8 mars 2006, établi après avoir rediscuté quelques dossiers avec le Dr H._____, l'expert a précisé que ces dossiers ne rentraient pas dans cette catégorie, quand bien même la justification de certaines investigations cardiologiques ne semblait pas explicite à partir

du dossier médical. La moyenne plus élevée des frais médicaux du Dr H. _____ sur l'échantillon examiné pouvait en partie s'expliquer par la complexité clinique de certains cas déferés par des collègues.

Par arrêt du 24 août 2006, le Tribunal arbitral des assurances a rejeté la demande. Il a considéré que l'expert avait, certes, admis dans un premier temps que les traitements étaient discutables dans quatorze dossiers examinés - injustifiés dans deux dossiers -, mais qu'il avait formulé son appréciation de manière très prudente ; il avait en outre revu son point de vue à propos de quatre dossiers initialement considérés comme discutables, dans son rapport complémentaire du 8 mars 2006, quand bien même la justification de quelques investigations cardiologiques ne semblait pas ressortir explicitement du dossier médical. Au final, le Tribunal arbitral a considéré que seul un très faible pourcentage de l'échantillon de trente dossiers examinés révélait des traitements véritablement injustifiés, ce qui était insuffisant pour confirmer l'indice de polypragmasie révélé par les statistiques produites par les assureurs-maladie.

Le Tribunal fédéral a rejeté le recours des assureurs-maladie, par arrêt du 16 juillet 2007 (dans la cause K 130/06).

B. Le 10 novembre 2010, L. _____, représentés par [...], elle-même représentée par Me Olivier Burnet (ci-après : les demandeurs 1 ou les demandeurs), ont adressé au Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud une demande tendant, sous suite de frais et dépens, à la constatation du caractère non-économique de la pratique médicale du Dr H. _____ en 2008 et à la condamnation de ce dernier au paiement de 218'572 francs. Ce montant correspondait, selon les assureurs-maladie demandeurs, aux coûts directs et indirects occasionnés par la pratique non-économique du Dr H. _____ en 2008. Par la suite, les demandeurs ont réduit leurs conclusions en ce sens qu'ils demandent désormais la condamnation du Dr H. _____ au paiement de 186'276 fr. 56, correspondant aux coûts directs occasionnés, selon eux, par la pratique

non-économique du Dr H. _____ en 2008 (détermination no 1 du 13 mars 2012). La procédure a été enregistrée sous le numéro T. arb. 7/10.

A l'appui de leurs conclusions, les demandeurs produisent des statistiques établies par [...] et dont il ressort que l'indice des coûts directs par malade était de 168 en 2008 pour le Dr H. _____ (contre un indice moyen de 100 pour le groupe de référence), que l'indice des coûts indirect était de 370 par malade en 2008 pour le Dr H. _____, soit un indice des coûts directs et indirect de 225. Le total des coûts directs et indirects avait été de 823'713 fr. en 2008 (441'160 fr. de coûts directs et 382'553 fr. de coûts indirects). En prenant une marge de tolérance de 30 % - soit en prenant pour référence non pas un indice moyen de 100, mais de 130 - pour tenir compte des particularités et différences entre cabinets médicaux, ainsi que des imperfections de la méthode statistique et de la liberté thérapeutique du médecin, les demandeurs considèrent que la pratique non-économique du défendeur a occasionné, pour les coûts directs, un surcoût de 186'267 fr. 56.

Le Président du Tribunal arbitral a suspendu la cause du 15 novembre 2010 au 13 juin 2011, à la requête des demandeurs.

C. Le 28 juin 2011, Z. _____, représentés par [...], elle-même représentée par Me Olivier Burnet (ci-après : les demandeurs 2, ou les demandeurs) ont adressé au Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud une demande tendant, sous suite de frais et dépens, à la constatation du caractère non-économique de la pratique médicale du Dr H. _____ en 2009 et à la condamnation de ce dernier au paiement de 137'652 fr. 40. Ce montant correspondait, selon les assureurs-maladie demandeurs, aux coûts directs occasionnés par la pratique non-économique du Dr H. _____ en 2009. La procédure a été enregistrée sous le numéro T. arb. 2/11.

A l'appui de leurs conclusions, les demandeurs 2 produisent des statistiques établies par [...], dont il ressort que l'indice de coûts directs par malade était de 146 en 2009 pour le Dr H. _____ (contre un

indice moyen de 100 pour le groupe de référence) et que l'indice total des coûts directs et indirects était de 211 par malade en 2009 pour le Dr H._____. Le total des coûts directs et indirects avait été de 719'573 fr. en 2009 (358'576 fr. de coûts directs et 360'996 fr. de coûts indirects). En prenant une marge de tolérance de 30 % - soit en prenant pour référence non pas un indice moyen de 100, mais de 130 - pour tenir compte des particularités et différences entre cabinets médicaux ainsi que des imperfections de la méthode statistique et de la liberté thérapeutique du médecin, les demandeurs 2 considèrent que la pratique non-économique du défendeur a occasionné, pour les coûts directs, un surcoût de 137'652 fr. 40.

D. Le 13 juillet 2011, le Président du Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud a joint les causes T. arb. 7/10 et T. arb. 2/11. Il a tenu une audience de conciliation le 5 septembre 2011. D'entrée de cause, le défendeur a contesté la recevabilité des demandes des 10 novembre et 28 juin 2011 au motif que la conciliation prévue par la Convention tarifaire cantonale Tarmed, préalablement à la saisine du Tribunal arbitral, avait été tentée devant une Commission paritaire dont la composition était irrégulière.

Le Président du Tribunal arbitral a tenté la conciliation, en vain, puis a rejeté la requête tendant à la constatation de l'irrecevabilité de la demande.

Par deux mémoires séparés du 1^{er} février 2012, le défendeur a conclu au rejet des deux demandes sous suite de frais et dépens. Il a contesté la validité et la pertinence des statistiques sur lesquelles les demandeurs fondent leur argumentation. Il fait valoir qu'il a poursuivi, après l'arrêt du Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud du 24 août 2006 et l'arrêt du Tribunal fédéral du 16 juillet 2007, sa pratique de médecine préventive. Contrairement à de nombreux autres cardiologues, il bénéficie à son cabinet d'un équipement de haute technologie, soit notamment un équipement de laboratoire, de radiologie, d'échocardiographie avec Doppler couleur, d'un complexe cyclo

ergométrique, de Horter, R-Test, Remler, etc. Il est donc en mesure, contrairement à beaucoup de confrères, de traiter un patient à son cabinet plutôt que de ne le traiter que partiellement et de l'adresser chez d'autres confrères, à l'hôpital ou dans des laboratoires. Il a ainsi pratiqué un certain nombre d'exams particuliers grâce à son équipement de cardiologue, soit essentiellement des radiographies du thorax, radiographies diverses, R-test, Remler, apnéalink, spirométrie, saignées, perfusions et nettoyages des oreilles, pour un montant d'environ 40'000 fr. en 2008 comme en 2009. Cette facturation démontre, toujours selon le défendeur, que sa pratique n'est pas comparable à celle des cardiologues du groupe de comparaison auquel se réfèrent les demandeurs et dont l'équipement n'est pas comparable au sien.

Les demandeurs ont maintenu leurs conclusions au terme de nouvelles déterminations, par deux mémoires séparés du 13 mars 2012. Le défendeur a fait de même le 24 juin 2013. Les demandeurs se sont encore déterminés le 2 décembre 2013. Il sera revenu ultérieurement sur les allégations, moyens de preuve et arguments des parties.

E. Le 10 juillet 2013, T._____, représentés par [...], elle-même représentée par Me Olivier Burnet (ci-après : les demandeurs 3, ou les demandeurs), ont adressé au Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud une demande tendant, sous suite de frais et dépens, à la constatation du caractère non-économique de la pratique médicale du Dr H._____ en 2011 et à la condamnation de ce dernier au paiement de 37'084 fr. 55. Ce montant correspondait, selon les assureurs-maladie demandeurs, aux coûts directs occasionnés par la pratique non-économique du Dr H._____ en 2011. La procédure a été enregistrée sous le numéro T. arb. 14/13.

A l'appui de leurs conclusions, les demandeurs 3 produisent des statistiques établies par [...], dont il ressort que l'indice de coûts directs par malade était de 145 en 2011, pour le Dr H._____ (contre un indice moyen de 100 pour le groupe de référence) et que l'indice total des coûts directs et indirects était de 205 par malade en 2011 pour le Dr

H._____. Le total des coûts directs et indirects avait été de 650'577 fr. en 2011 (358'404 fr. de coûts directs et 292'093 fr. de coûts indirects). En prenant une marge de tolérance de 30 % - soit en prenant pour référence non pas un indice moyen de 100, mais de 130 - pour tenir compte des particularités et différences entre cabinets médicaux, ainsi que des imperfections de la méthode statistique et de la liberté thérapeutique du médecin, les demandeurs considèrent que la pratique non-économique du défendeur a occasionné, pour les coûts directs, un surcoût de 37'084 fr. 55.

Le 30 septembre 2013, le défendeur a conclu au rejet des conclusions des demandeurs 3, pour les motifs déjà invoqués dans ses réponses aux demandes des 10 novembre 2010 et 28 juin 2011 relatives aux remboursements d'honoraires pour les années 2008 et 2009.

F. Le 8 octobre 2013, le Président du Tribunal arbitral a tenté la conciliation dans les trois causes T. arb. 7/10, 2/11 et 14/13. Le 14 octobre 2013, il a informé les parties que ces trois causes étaient jointes. Il a par ailleurs invité les demandeurs à préciser le nom et la qualité de chacun des médecins composant le groupe de spécialistes retenus comme groupe de comparaison statistique, pour chacune des années 2008, 2009 et 2011.

Les demandeurs ont produit les documents demandés (pièces requises 149 et 149bis, pièces demandeurs 27). Ils ont maintenu leurs conclusions relatives à l'année 2011 au terme d'une nouvelle détermination, du 2 décembre 2013, de même que le défendeur, au terme d'une détermination du 26 mars 2014. Les demandeurs se sont déterminés à nouveau le 29 avril 2014, de même que le défendeur, le 23 juin 2014. Il sera revenu ultérieurement sur les allégations et arguments des parties.

Le 20 avril 2016, le Président du Tribunal arbitral a constaté que le bordereau no IV du 21 mars 2014 auquel se référait le défendeur dans certaines déterminations ne figurait pas au dossier. Il a invité le défendeur à produire ce bordereau, ce que celui-ci a fait le 25 avril 2016. Il

en ressort que le défendeur souhaitait notamment la production, par les demandeurs, de l'intégralité des données relatives à la répartition des coûts pour chaque médecin du groupe de comparaison auquel elle se référerait. Les demandeurs ont produit les documents requis en audience du 6 juillet 2016, pour les années 2008 et 2009. Le 12 juillet 2016, ils ont produit le même document, pour l'année 2011 (pièces requises 152, 152bis et 152ter). Le 14 juillet 2016, le Président du Tribunal arbitral a imparti au défendeur un délai au 30 septembre 2016 pour se déterminer. Le défendeur a présenté ses observations dans le délai, entre-temps prolongé au 6 octobre 2016.

Le 10 octobre 2016, le Président du Tribunal arbitral a informé les parties du rejet des moyens de preuves encore requis, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves. La cause paraissant instruite, un jugement serait rendu dès que la charge du tribunal le permettrait.

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).

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 (art. 109 al. 2 LPA-VD). 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 (code de procédure civil du 19 décembre 2008 ; RS 272), 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).

b) Le Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud est compétent pour statuer sur les demandes des 10 novembre 2010, 28 juin 2011 et 10 juillet 2013, compte tenu de la nature du litige et du fait que le défendeur était installé dans le canton de Vaud au moment du dépôt des demandes. Il a depuis lors cessé son activité en Suisse. Les demandes ont été déposées dans les formes requises pour la procédure civile ordinaire, de sorte qu'elles sont également recevables de ce point de vue.

2. Le litige porte sur le caractère économique ou non économique de la pratique médicale du défendeur pour les années 2008, 2009 et 2011, ainsi que les montants qu'il serait tenu de rembourser aux demandeurs dans l'hypothèse d'une pratique non-économique.

3. Selon 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 cette limite peut être refusée. Le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort (al. 2). En cas de non-respect du principe d'économicité au sens de l'art. 56 al. 1 LAMal, le Tribunal arbitral peut ainsi, sur proposition d'un assureur ou d'une fédération d'assureurs, condamner le médecin concerné à la restitution de tout ou partie des honoraires correspondant à une pratique non-économique (art. 59 al. 1 let. b, al. 2 et al. 3 let. a LAMal ; cf. également ATF 141 V 25).

4. a) Le défendeur conteste, en premier lieu, l'utilisation des statistiques produites par les demandeurs et demande qu'une expertise analytique soit effectuée.

b) Les méthodes statistiques et analytique, ou une combinaison de ces deux méthodes, sont admises par le Tribunal fédéral pour établir l'existence d'une polypragmasie («Ueberarztung»). Si les tribunaux arbitraux restent en principe libres de choisir la méthode d'examen, le Tribunal fédéral donne toutefois sa préférence à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui n'est en règle générale appliquée que si des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut. La méthode statistique permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité par rapport à une méthode analytique qui a les défauts d'être coûteuse, difficile à réaliser à large échelle et mal adaptée lorsqu'il s'agit de déterminer l'ampleur de la polypragmasie et le montant à mettre à la charge du médecin concerné (ATF 136 V 415 consid. 6.2 p. 417, TF 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3, 9C_821/2012 consid. 5.2.2).

La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les coûts moyens causés par la pratique du médecin concerné avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables. Pour que cette méthode puisse être appliquée, il faut que les bases de comparaison soient sensiblement identiques et que la comparaison s'étende sur une période suffisamment longue, afin de réduire plus ou moins les éventuelles différences qui peuvent se présenter. Il convient de parler de polypragmasie lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin à une caisse-maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles d'autres médecins relevant de la même spécialité, exerçant dans la même région et disposant d'une patientèle similaire, sans que des circonstances particulières puissent justifier cette différence. On ne saurait toutefois inférer d'un dépassement de la valeur statistique de référence (indice de 100) l'existence d'une pratique médicale non économique. Il convient d'accorder au médecin une marge de tolérance ainsi que, le cas échéant, un supplément sur cette marge de tolérance permettant d'intégrer les spécificités d'une pratique médicale. Selon la jurisprudence, cette marge de tolérance doit se situer entre un indice de 120 et de 130 (ATF 137 V 43 consid. 2.2). Les résultats fournis par la méthode statistique ne constituent toutefois pas une présomption irréfragable, dans la mesure où le médecin concerné a toujours la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de ses confrères appartenant à son groupe de comparaison (ATF 136 V 415 consid. 6.2 ; TF 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3, 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 5.2.3).

5. a) Les demandeurs ont produit les statistiques de [...] pour les médecins cardiologues facturant des honoraires aux assureurs-maladie dans le canton de Vaud en 2008, 2009 et 2011. Les chiffres suivants en ressortent notamment :

	2008	2009	2011
Age moyen des malades	64.1	64.4	65.4
Coûts directs par malade	681.91	701.64	740.54
Indice coûts directs par malade	100	100	100

Coûts indirects par malade	268.35	273.48	208.32
Indice coûts indirects par malade	100	100	100
Total coûts directs et indirects par malade	950.25	975.12	948.86
Indice coûts directs et indirects par malade	100	100	100

Les demandeurs ont produits les mêmes statistiques pour les médecins internistes facturant des honoraires aux assureurs-maladie dans le canton de Vaud, en 2008, 2009. Les chiffres suivants en ressortent notamment :

	2008	2009
Age moyen des malades	54.7	54.2
Coûts directs par malade	452.74	447.28
Indice coûts directs par malade	100	100
Coûts indirects par malade	875.70	852.91
Indice coûts indirects par malade	100	100
Total coûts directs et indirects par malade	1328.44	1300.19
Indice coûts directs et indirects par malade	100	100

En ce qui concerne la pratique du Dr H. _____ dans sa spécialité de cardiologie, les demandeurs ont produit les statistiques de [...], qui établissent les chiffres suivants :

	2008	2009	2011
Age moyen des patients	61.3	60.2	59
Coûts direct (total)	441'160	358'576	358'484
Coûts directs par malade	1078.56	1145.87	1070.10
Indice coûts direct par malade	168	146	145
Coûts indirects par malade	969.83	993.64	871.92
Indice coûts indirects par malade	362	370	419
Total coûts directs et indirects par	2048.38	2139.52	1942.02

malade			
Indice coûts directs et indirects par malade	219	225	205

b) Les demandeurs ont établi leurs conclusions en prenant pour comparaison le groupe de référence des cardiologues établis dans le canton de Vaud. Pour 2011, ce groupe comprend septante-cinq médecins, dont pratiquement tous sont cardiologues et internistes, comme le recourant, si l'on vérifie leurs domaines de spécialisation sur le Registre des professions médicales mis à disposition par l'Office fédéral de la santé publique (www.medregom.admin.ch). Sept d'entre eux ont comme seul domaine de spécialisation la cardiologie, toujours selon ce registre, cinq autres n'y étant pas mentionnés lorsque le registre a été consulté (février 2016). On doit considérer, de ce point de vue, que le groupe de référence est représentatif de la pratique du recourant.

c) Le Dr H. _____ dispose d'équipements dont une partie importante des cardiologues du groupe de référence ne disposent pas ou pas de manière aussi complète, toujours si l'on se réfère au Registre des professions médicales. Le défendeur en fait le point central de son argumentation, considérant qu'il pratique ainsi des examens onéreux que d'autres cardiologues font pratiquer par des confrères en cabinets privés ou en milieu hospitalier. Il convient toutefois de relativiser fortement la portée de cette argumentation. D'une part, si des confrères lui adressent des patients pour pratiquer certains examens, cela devrait se traduire, pour le Dr H. _____, par un abaissement des coûts par patient et par année plutôt que par une augmentation, dans la mesure où il s'agit de patients qui le consultent de manière relativement ponctuelle. Il est vrai, en revanche, que les patients que le DrH. _____ n'adresse pas lui-même à un confrère ou à l'hôpital pour un examen par un autre médecin spécialiste, entraînent probablement pour lui une augmentation des coûts par patient et par année. Dans ce contexte, on soulignera toutefois qu'en ce qui concerne les examens de laboratoire prescrits par le Dr H. _____, l'indice des coûts (indirects) par malade le concernant était de 95 en 2008, 125 en 2009 et 85 en 2011. En dehors de l'année 2011, on ne donc

peut pas considérer que le Dr H._____ aurait confié notablement moins d'examens de laboratoire à l'extérieur, par rapport à ses confrères cardiologues du groupe de référence (bordereau 5 des demandeurs, pièce 30, p. 2). Les coûts indirects pour des patients adressés à d'autres confrères médecins ne ressortent par ailleurs pas des statistiques produites par les demandeurs. En revanche, on constate qu'en 2008 et 2009, la proportion des coûts des traitements facturés par le Dr H._____ sous les rubriques «diagnostic et traitement non chirurgical du cœur et des vaisseaux», par rapport à l'ensemble des traitements directs facturés, était inférieure à celle des coûts facturés par ses confrères du groupe de référence pour ces mêmes rubriques (40,90 % contre 59.79 % en 2008 et 39,32 % contre 59,92 % en 2009 [bordereau 3 des demandeurs, pièces 20a et 20b]). Le Dr H._____ ne peut donc guère en tirer argument en sa faveur. En ce qui concerne les coûts des traitements pour les imageries et radiographies, ceux facturés par le défendeur étaient effectivement, proportionnellement, plus importants (pour l'année 2008 : 3.06 % pour le poste 001.39 et 0.26 % pour le poste 001.30, alors que les proportions pour le groupe de référence sont respectivement de 0.23 % et 0.01 % ; pour l'année 2009 : 3,39 % contre 0,23 % pour le poste 001.39 [bordereau no 3 des demandeurs, pièces 20a et 20b]). Cela traduit, effectivement, plus d'examens de ce type pratiqués par le Dr H._____, mais pour des coûts annuels de l'ordre de 6'000 fr. (sur un total de coûts directs de 441'160 fr en 2008, 358'576 fr. en 2009 et 338'484 fr. en 2011) quasiment sans influence sur l'indice total des coûts par patients. On tiendra néanmoins compte de l'équipement du défendeur et des pathologies complexes qu'il traite, dans le cadre de la marge de tolérance admise par la jurisprudence pour l'application de la méthode statistique (cf. consid. 5e in fine et consid. 6b ci-après)

d) Le défendeur expose que de nombreux médecins du groupe de référence ne pratiquaient plus pendant les années entrant en considération. Les demandeurs ont toutefois exposé, de manière convaincante, que les médecins facturent sous des «numéros RCC» qui ne sont annulés qu'avec du retard, par exemple parce qu'une opération a encore été effectuée après la fin de la pratique du médecin concerné

(remboursement d'une prestation, etc.). Le maintien de tels médecins dans le groupe de référence n'a pas d'influence, ou une influence tout à fait négligeable, sur l'indice des coûts par patient sur lequel est basé l'analyse du caractère économique de la pratique du défendeur. Il en irait différemment si l'on se référait aux coûts totaux par médecin, ce qui n'est pas le cas.

e) Le défendeur allègue que sa patientèle est relativement âgée et qu'elle présente des pathologies complexes qui expliquent des coûts plus élevés. Il soutient par ailleurs qu'une partie des médecins du groupe de référence n'exerce pas uniquement en cabinet privé, mais également dans des cliniques privées ou des hôpitaux. Le défendeur n'expose toutefois ni quels médecins seraient concernés dans la liste des médecins du groupe de référence, ni en quoi la pratique en clinique privée ou en hôpital, d'une part, et en cabinet privé, d'autre part, modifierait de manière importante l'indice des coûts par patients facturés à l'assurance-obligatoire des soins par ces médecins. En ce qui concerne le type de patientèle du défendeur, on constate que l'âge moyen de ses patients (60.2 en 2008, 58.9 en 2009 et 59 en 2011 [bordereau 4 des demandeurs, pièce 25]) est inférieur à l'âge moyen des patients du groupe de référence (64.1 en 2008, 64.4 en 2009 et 65.4 en 2011 [bordereau 4 des demandeurs, pièce 26]). Enfin, l'allégation relative aux pathologies complexes de la patientèle du Dr H. _____ n'a été que partiellement corroborée par l'expertise analytique réalisée en 2006, contrairement à ce qu'il soutient. A l'époque, l'expert avait considéré, dans un premier temps, que l'évaluation des dossiers soumis par le défendeur confirmait une moyenne des frais médicaux plus élevée que la moyenne des autres médecins de la même catégorie, qui s'expliquait en grande partie par des examens cardiologiques répétés dont certains semblaient insuffisamment justifiés sur la base des indications des dossiers. Il avait par la suite modéré cette appréciation, après avoir rediscuté certains dossiers avec le défendeur, pour finalement constater que la moyenne plus élevée des frais médicaux sur l'échantillon examiné pouvait en partie s'expliquer par la complexité clinique de certains cas qui lui avaient été déférés par ses collègues (arrêt du Tribunal arbitral des assurances du canton de Vaud du

24 août 2006 dans la cause T. arb. 6/98, p. 24 et 27). Il conviendra d'en tenir compte au moment de fixer la marge de tolérance à admettre par rapport à l'indice des coûts du groupe de référence (consid. 6b ci-après). En revanche, compte tenu des améliorations apportées par [...] aux données statistiques disponibles depuis 1996 - année sur laquelle portait la procédure T. arb. 6/98 -, il n'est pas justifié d'écarter purement et simplement l'usage de ces statistiques en raison des constatations de l'expertise dans la cause T. arb. 6/98, ni de procéder à une nouvelle expertise analytique.

6. a) L'obligation de restitution fondée sur les art. 56 al. 2 et 59 al. 1 let. b LAMal ne peut englober que les coûts directement liés à la pratique du médecin (y compris les médicaments délivrés par lui ; ATF 137 V 43 consid. 2.5). L'exclusion des coûts indirects de l'obligation de restitution n'enlève rien au fait que l'examen du caractère économique de la pratique médicale doit se faire sur la base d'une appréciation globale de la situation. Ne constitue par exemple pas une pratique médicale contraire au principe d'économicité la pratique qui, tout en étant à l'origine d'importants coûts directs, engendre des coûts indirects limités et des coûts globaux (directs et indirects) dans la moyenne, voire inférieurs à celle-ci parce que le médecin concerné conduit personnellement de nombreux traitements qu'un autre médecin aurait délégué à des tiers (ATF 137 V 43 consid. 2.5.6 ; TF 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 5.2.4). On en tiendra compte en se référant à l'indice des coûts directs et indirects s'il est inférieur à l'indice des coûts directs. Dans le cas contraire, on se référera à l'indice des coûts direct (cf. ATF 137 V 43 consid. 3.1, TF 9C_570/2015 du 6 juin 2013 consid. 3.5).

b) Il ressort des statistiques présentées par les demandeurs que le défendeur présente des coûts directs d'un montant total de 441'160 fr. en 2008, de 358'576 en 2009 et de 358'484 en 2011. En prenant en considération l'indice des coûts directs par malade du défendeur, soit 168 en 2008, 146 en 2009 et 145 en 2011, et en admettant une marge de tolérance de 40 %, on constate des coûts directs admissibles de 367'633 fr. pour 2008 (441'160 fr. /168*140), de 343'840

fr. pour 2009 (358'576 fr. /146*140) et de 346'122 fr. pour 2011 (358'484 fr. /145*140). Il en résulte un trop perçu de 73'527 fr. pour l'année 2008, 14'736 pour 2009 et 12'362 pour 2011, par rapport aux coûts facturés par le défendeur. La marge de tolérance de 40 % tient raisonnablement compte de la liberté thérapeutique du défendeur, mais également d'une marge supplémentaire en raison des spécificités de sa pratique, en particulier de l'équipement de son cabinet et du fait que sa patientèle présente des pathologies complexes pouvant expliquant partiellement ses coûts plus élevés.

L'indice des coûts globaux par patient est moins favorable au défendeur, puisqu'en ce qui le concerne, il est de 225 en 2008, 211 en 2009 et 205 en 2011. Il convient donc d'en faire abstraction. Les demandeurs, qui fondent leurs conclusions sur la comparaison de l'indice des coûts globaux par patient du défendeur avec celui du groupe de référence, ne peuvent pas être suivis sur ce point.

7. a) Au final, aucune des parties n'obtient entièrement gain de cause, de sorte que les frais et dépens seront répartis (art. 51, 55 et 57 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 11'500 fr. (art. 4 et 7 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]) et correspondent à l'avance de frais effectuée par les demandeurs. Ils sont répartis comme suit entre les parties :

- 3'000 fr. à la charge des demandeurs 1, solidairement entre eux,
- 2'700 fr. à la charge des demandeurs 2, solidairement entre eux,
- 2'500 fr. à la charge des demandeurs 3, solidairement entre eux,
- 3'300 fr. à la charge du défendeur.

Les frais sont intégralement couverts par l'avance effectuée par les demandeurs.

b) Au vu des conclusions respectives des parties et du sort de la procédure, le défendeur peut prétendre une indemnité de dépens réduite, qu'il convient de fixer comme suit, compte tenu de l'ampleur du litige, de ses difficultés et de l'ampleur du travail requis :

- 6'300 fr. à titre de participation (réduite) aux honoraires de son conseil,
dont à déduire
- 3'300 fr. en remboursement de l'avance de frais des demandeurs 1, 2 et 3,

soit un solde de 3'000 fr. de dépens en sa faveur. Ce montant sera réparti à raison d'un tiers à la charge des demandeurs 1, solidairement entre eux, un tiers à la charge des demandeurs 2, solidairement entre eux, et un tiers à la charge des demandeurs 3, solidairement entre eux.

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

- I.** Les conclusions des demandeurs 1, tous représentés par [...], sont partiellement admises et H._____ est condamné à leur verser, solidairement entre eux, un montant de 73'527 fr. (sept-trois mille cinq cent vingt-sept francs).

- II.** Les conclusions des demandeurs 2, tous représentés par [...], sont partiellement admises et H._____ est condamné à leur verser, solidairement entre eux, un montant de 14'736 fr. (quatorze mille sept cent trente-six francs).

- III.** Les conclusions des demandeurs 3, tous représentés par [...], sont partiellement admises et H._____ est condamné à leur verser, solidairement entre eux, un montant de 12'362 fr. (douze mille trois cent soixante-deux francs).

- IV.** Les frais de procédure sont fixés à 11'500 fr. (onze mille cinq cents francs), dont 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) d'honoraire pour chacun des arbitres, et mis à la charge des demandeurs 1, à raison de 3'000 fr. (trois mille francs), des demandeurs 2, à raison de 2'700 fr. (deux mille sept cents francs), des demandeurs 3, à raison de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), et du défendeur H._____, à raison de 3'300 fr. (trois mille trois cents francs).

- V.** Les demandeurs 1, solidairement entre eux, verseront au défendeur une indemnité de dépens de 1'000 francs (mille francs).

- VI.** Les demandeurs 2, solidairement entre eux, verseront au défendeur une indemnité de dépens de 1'000 francs (mille francs).

- VII.** Les demandeurs 3, solidairement entre eux, verseront au défendeur une indemnité de dépens de 1'000 francs (mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Burnet, avocat (pour les demandeurs 1, 2 et 3),
- Me Christian Deneriaz, avocat (pour le Dr H. _____),
- Office fédéral pour 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 :