

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2320/2015

ATAS/209/2018

ARRET

**DU TRIBUNAL ARBITRAL
DES ASSURANCES**

du 9 mars 2018

En la cause

CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG

AQUILANA VERSICHERUNGEN

MOOVE SYMPANY AG

SUPRA - 1846 SA

CONCORDIA KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNG

ATUPRI KRANKENKASSE

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA

KPT KRANKENKASSE AG

EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA

EGK GRUNDVERSICHERUNGEN

AUXILIA ASSURANCE-MALADIE SA

Demandereses
pour l'année
2012

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Dominique TRITTEN et François
COURVOISIER, Arbitres**

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA

SANITAS KRANKENVERSICHERUNG

INTRAS CAISSE MALADIE

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA

ASSURA-BASIS SA

VISANA AG

HELSANA VERSICHERUNGEN AG

AVANEX VERSICHERUNGEN AG

ARCOSANA AG, sis p.a.

VIVACARE AG

CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG

MOOVE SYMPANY AG

SUPRA - 1846 SA

CONCORDIA KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNG

ATUPRI KRANKENKASSE

AVENIR ASSURANCE MALADIE SA

KPT KRANKENKASSE AG

EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA

EGK GRUNDVERSICHERUNGEN

PROGRÈS VERSICHERUNGEN AG

SWICA GESUNDHEITSORGANISATION

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA

SANITAS KRANKENVERSICHERUNG

INTRAS CAISSE MALADIE

PHILOS ASSURANCE MALADIE SA

Demanderesses
pour l'année
2013

ASSURA-BASIS SA

VISANA AG

HELSANA VERSICHERUNGEN AG

AVANEX VERSICHERUNGEN AG

ARCOSANA AG,

VIVACARE AG

toutes représentées par SANTESUISSE, rue des Terreaux 23,
LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Olivier BURNET

contre

Doctoresse A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Nelly IGLESIAS

défenderesse

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : le médecin ou la défenderesse) est spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et pratique dans le canton de Genève depuis 2007.
2. Par courrier du 24 janvier 2014, Santésuisse a informé le médecin que ses indices statistiques dépassaient la marge de tolérance admise par la jurisprudence et que le montant de ses prestations brutes dépassait le montant théoriquement facturable à l'assurance obligatoire des soins (AOS). Cela étant, elle a invité le médecin à l'informer si un autre psychiatre facturait également des prestations sous son numéro RCC (registre de code créancier). Si elle était la seule à facturer sous ce numéro, elle était invitée à expliquer les raisons du montant élevé de ses prestations brutes.
3. Par courrier du 4 février 2014, le médecin a informé Santésuisse que le docteur B_____ avait travaillé dans son cabinet d'octobre 2010 au 16 novembre 2012. Dès cette date, il avait facturé sous son propre numéro de concordat. Par ailleurs, Madame C_____ avait travaillé au cabinet du 1^{er} janvier 2010 à 2011. Madame D_____, art-thérapeute, était employée depuis le 3 octobre 2011. Le montant élevé de sa facturation s'expliquait par un horaire de travail de 8h à 20h, avec une pause de 15 minutes à midi, du lundi au samedi.
4. Par courriel du 6 février 2014, Curabill, société par l'intermédiaire duquel le médecin facture ses prestations, a informé cette dernière du détail des prestations fournies par chaque prestataire du cabinet en 2012. Selon Curabill, il n'y avait pas de problème pour démontrer que les prestations n'avaient pas toutes été fournies par le médecin, en raison des numéros de clients et du code Tarmed différent pour les thérapies déléguées. Afin de prouver que le chiffre d'affaires du médecin n'était pas dû à une surfacturation, Curabill a conseillé au médecin d'expliquer qu'elle travaillait plus de 8 heures par jour du lundi au samedi et de préciser ses horaires de travail.
5. Par courrier du 24 février 2014, le médecin et le Dr B_____ ont informé Santésuisse que Mme D_____ avait travaillé sous leurs responsabilité et supervision et qu'elle présentait, de par sa formation et son parcours, un niveau excellent dans son travail.
6. Le 23 mai 2014, un entretien a eu lieu entre Santésuisse, les assureurs-maladie CSS et le Groupe Mutuel, d'une part, et le médecin assisté de son avocat et de son mari, d'autre part. Selon le procès-verbal relatif à cet entretien, Madame D_____ n'était pas psychologue, mais art-thérapeute, ce que le médecin ignorait. Or, la psychothérapie à la charge de l'AOS devait être effectuée par des psychologues reconnus, selon les assureurs. Madame D_____ travaillait pour le médecin à 10 % depuis le 3 octobre 2011 à ce jour. Santésuisse allait consulter dès lors les assureurs-maladie afin d'évaluer les montants facturés à tort entre 2011 et 2014 pour les prestations d'art-thérapie. Le médecin consultait par ailleurs tous les vendredis matins à la Clinique de la Tour, mais facturait elle-même. Concernant le

volume impressionnant de facturation du médecin, il était relevé que celle-ci avait facturé à elle seule pour environ CHF 800'000.-, montant qui était difficilement explicable pour une personne travaillant seule, dès lors que cela signifierait qu'elle aurait travaillé plus de 14 heures par jour du lundi au samedi, en prenant 2 semaines de vacances par an. Le médecin a indiqué qu'elle travaillait tous les jours dans son cabinet de 7h30 à 20h00 avec seulement 20 minutes de pause à midi. En 2012, elle avait augmenté son volume de travail. Selon son mari, le médecin avait un don qui lui permettait de travailler énormément, jusqu'à 18 heures par jour s'il le fallait. Le samedi, elle effectuait toute la facturation. Elle n'avait pas pris de vacances en 2012 et travaillait 14 heures par jour. Santésuisse se demandait si le médecin appliquait le Tarmed de façon adéquate. Son mari a enfin expliqué qu'elle travaillait autant parce qu'elle parlait cinq langues. Quant aux particularités du cabinet, le médecin a indiqué qu'elle traitait principalement des troubles de l'humeur et de la personnalité et faisait donc beaucoup de psychothérapies. Elle ne prenait pas en charge des toxicomanes. En 2013, elle avait pris des vacances du 9 juillet au 12 août.

7. Le médecin a fait parvenir à Santésuisse le récapitulatif, établi par Curabill, des prestations facturées en 2012 et 2013 sous son RCC par prestataire de son cabinet.
8. Le 13 juin 2014, Santésuisse a soumis à la défenderesse une proposition de transaction pour le remboursement de la somme de CHF 110'000.- concernant les prestations de psychothérapie déléguée par Mme D_____. Le médecin a refusé l'offre transactionnelle par courrier du 14 juillet 2015.
9. Le 10 juillet 2014, le médecin a renoncé à se prévaloir de la prescription pour toute prétention que Santésuisse et les différents assureurs-maladie que cet organisme représente, pourraient faire valoir à son encontre en raison du dommage résultant d'une prétendue surfacturation résultant des statistiques de l'année 2012.
10. Le 14 juillet 2014, Santésuisse, en sa qualité de représentant de divers assureurs-maladie, a requis la poursuite du médecin pour le paiement de la somme de CHF 210'000.- avec intérêts à 5 % dès le 14 juillet 2014. À titre de créance, elle a indiqué "dommage subi en rapport avec la surfacturation concernant l'année statistique 2012".
11. Le 15 août 2014, un commandement de payer, poursuite no 1_____, a été notifié au médecin. Celle-ci y a formé opposition. La poursuite a été par la suite retirée.
12. Selon les statistiques RSS pour 2013, le chiffre d'affaires du médecin était de CHF 755'184.-, l'indice des coûts directs par patient de 129 et l'indice des coûts directs et indirects de 138.
13. Par courrier du 27 février 2015, Santésuisse a attiré l'attention du médecin sur le fait que ces indices RSS coûts totaux et Anova pour l'année 2013 dépassaient ceux de son groupe de référence et qu'elle serait en droit de lui présenter une demande de rétrocession de CHF 68'653.- pour l'année statistiques 2013.

-
14. Par demande déposée le 3 juillet 2015, les assurances-maladie mentionnées sur la page de garde, représentées par Santésuisse et leur conseil, ont saisi le Tribunal de céans d'une demande à l'encontre du médecin en paiement des sommes de CHF 108'981.- pour les prestations d'art-thérapie remboursées sous son RCC, ainsi que de CHF 290'364.28 pour l'année statistique 2012 et de CHF 229'507.63 pour 2013, en raison d'une polygramasie. Mme D_____ n'étant pas psychologue et ne répondant pas aux critères de la loi, ses prestations n'étaient pas à la charge de l'AOS. Par ailleurs, Santésuisse avait déterminé, dans le cadre de l'évaluation d'économicité, qu'au delà d'un volume de CHF 500'000.- de facturation remboursée pour des prestations de psychiatrie, les données statistiques d'un médecin devaient être évaluées. Les positions Tarmed du chapitre psychiatrie étaient essentiellement des prestations en temps, comptabilisées en tranches de 5 minutes et valorisées de 11.87 points médicaux + 6.05 points techniques, soit un total de 17.92 points par position facturée (hormis les 5 dernières minutes, valorisées à 5.93 + 3.02). Le tarif d'une consultation d'une heure d'un médecin psychiatre était ainsi de CHF 197.83. Le système du Tarmed avait été calculé en considérant un temps de travail annualisé de 1'920 heures, correspondant à l'équivalent d'un temps plein. Ainsi, le chiffre d'affaires d'un psychiatre genevois travaillant à plein temps était estimé à CHF 379'828.-. Or, les statistiques RSS du médecin indiquaient un volume de prestations brutes remboursées sous son RCC de CHF 1'077'721.- en 2012. Par ailleurs, les factures du Dr B_____, remboursées sous le code RCC de la défenderesse, ne mentionnaient pas son code GLN (anciennement EAN), alors même que le Tarmed prévoyait que le fournisseur de la prestation fût clairement identifiable par l'intermédiaire de son code GLN. En tout état de cause, même avec un volume facturé de CHF 790'364.28 en 2012, selon les déclarations de la défenderesse, ce volume dépassait de CHF 410'536.- le chiffre d'affaires estimé pour un psychiatre à Genève. Santésuisse était cependant prête à admettre un volume de facturation de CHF 500'000.-, de sorte que le dépassement n'était plus que de CHF 290'364.28 pour 2012. En 2013, les statistiques RSS de la défenderesse présentaient les mêmes caractéristiques qu'en 2012. La défenderesse a admis avoir facturé un montant de CHF 729'707.63 en 2013, de sorte que le dépassement était de CHF 229'507.63. Dans l'hypothèse où elle n'aurait pas pris de vacances en 2013 ni suivi de formation continue, pourtant obligatoire, et travaillé tous les jours ouvrables, soit 251 jours en 2013, elle aurait travaillé 15.91 heures par jour. Elle aurait ainsi dû travailler de 8h du matin jusqu'à passé minuit avec une seule pause d'un quart d'heure à midi.
15. La tentative de conciliation tentée le 16 octobre 2015 par le Tribunal de céans s'est soldée par un échec.
16. Dans sa réponse du 30 novembre 2015, la défenderesse, représentée par son conseil, a conclu au rejet de la demande, sous suite de dépens. défenderesse a relevé que les demanderesses avaient expressément accepté la prise en charge d'un certain nombre de traitements pour les années 2012 et 2013 et a produit, à l'appui de ses

dire, les approbations de traitements par plusieurs assurances-maladie. Par conséquent, les coûts directs des prestations dont le traitement avait été expressément approuvé par les assurances-maladie devaient dans tous les cas être exclus de la demande en paiement des assureurs-maladie. Cela correspondait pour 2012 à CHF 122'272.75 et pour 2013 à CHF 122'099.55. Quant aux indices des coûts directs et indirects ressortant des statistiques RSS, ceux-ci comprenaient non seulement les données de la défenderesse, mais également celles du Dr B_____ et de Madame D_____. Selon les statistiques de Ctésias SA, son indice des coûts directs et indirects pour 2012 était de 124.1 et l'indice des coûts directs de 116.4, soit inférieurs à la marge de 130 admise. La défenderesse a par ailleurs exposé les particularités de sa pratique médicale. Les critères pour juger un cas de polypragmasie devaient être les indices statistiques et non pas le chiffre d'affaires ou les heures travaillées, dès lors qu'il n'était pas du ressort des assureurs-maladie d'évaluer la capacité de travail et de résistance d'un médecin. Les assureurs-maladie n'étaient donc pas légitimés à demander le remboursement du chiffre d'affaires si l'indice des coûts directs était inférieur à 130. De surcroît, le seuil de CHF 500'000.- pris en compte par Santésuisse comme point de référence pour déterminer un cas de polypragmasie ne reposait sur aucune base légale. Quant au coût d'une séance Tarmed en psychiatrie, il était de CHF 206.44. Il fallait aussi tenir compte de ce que la défenderesse comptait énormément de patients, soit 279 contre 82 en moyenne pour ses collègues en 2012, selon les tableaux et graphiques de Ctésias SA. Il était ainsi logique que son chiffre d'affaires fût plus élevé que celui de la moyenne des collègues. Quant à la qualité de son travail, la défenderesse a produit dix-sept témoignages de patients satisfaits. Admettre une polypragmasie du fait qu'un nombre de patients plus élevé que la moyenne engendrait un chiffre d'affaires plus important serait en outre constitutif d'une atteinte à la liberté économique. Les conditions permettant de restreindre cette liberté n'étaient pas réalisées, une base légale faisant défaut. Concernant Madame D_____, la défenderesse a contesté la légitimation active des demanderesse pour les années 2011 et 2014, dès lors que seuls les assureurs-maladie concernés avaient qualité pour agir en restitution de prestations et que, parmi les demanderesse, figuraient uniquement les assureurs pour les années statistiques 2012 et 2013, à l'exclusion des années 2011 et 2014. Madame D_____ disposait par ailleurs de nombreux diplômes lui permettant de traiter des patients sur délégation. Les tâches confiées à celle-ci remplissaient les critères posés par la jurisprudence pour être qualifiées de traitement thérapeutique remboursé par l'AOS. La défenderesse s'est en outre prévalu de ce que les prétentions afférentes aux années 2011, 2013 et 2014 concernant les honoraires de Madame D_____ étaient prescrites. En effet, au plus tard le 23 mai 2014, Santésuisse avait eu connaissance de toutes les données pertinentes en relation avec les prestations de celle-ci, date de la remise à Santésuisse des chiffres d'affaires pour les années 2012 et 2013 comptabilisés par Curabill. Or, la renonciation à se prévaloir de la prescription que la défenderesse avait signée le 10 juillet 2014, concernait uniquement l'exercice 2012 et ne pouvait

avoir pour effet d'interrompre la prescription concernant les prestations de Madame D_____ afférentes à d'autres années.

17. Dans sa réplique du 7 mars 2016, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions. Quant à l'approbation d'un certain nombre de traitements approuvés par l'un ou l'autre assureur-maladie, cela n'empêchait pas de procéder à une analyse globale de la pratique de la défenderesse. Concernant Madame D_____, elle ne disposait pas d'une formation permettant d'exercer une activité paramédicale de psychothérapie déléguée, selon les critères définis dans le Tarmed. S'agissant du tarif horaire, les demanderesses ont admis qu'une psychothérapie pouvait être facturée à CHF 206.44 par heure, ce qui portait le chiffre d'affaire admissible à CHF 396'364.80 pour 1'920 heures par an. Quant au nombre d'heures travaillées en 2012 et 2013, il était inexact que la défenderesse avait travaillé également le samedi. Il résultait de ses factures qu'elle n'avait travaillé que quelques heures durant certains samedis. Selon ses factures, elle n'avait travaillé que 231 jours durant toute l'année 2013, y compris les quelques heures effectuées des samedis et dimanches. Se fondant sur un article paru dans le Bulletin des médecins suisses de 2012, les demanderesses ont relevé que le revenu moyen était de l'ordre de CHF 130'000.- pour les psychiatres. Il n'était dès lors pas arbitraire de se fonder sur un chiffre d'affaires maximal admissible de CHF 500'000.-. Quant aux prétentions concernant l'exercice 2013, les données statistiques relatives à la défenderesse avaient été portées à la connaissance de Santéuisse seulement le 15 juillet 2014. Partant, la demande du 3 juillet 2015 respectait le délai d'un an. En ce qui concerne la pratique médicale de la défenderesse, elle était contraire à la loi, dès lors qu'il n'était pas imaginable qu'un médecin pût travailler plus de 15 heures par jour pendant plusieurs années, d'autant moins que sa spécialité nécessitait une attention et une concentration évidentes. La qualité des soins prodigués était ainsi sérieusement mise en doute. À cela s'ajoutait que les psychiatres travaillaient en moyenne un peu moins que les autres praticiens, soit à 73 % pour les femmes et à 86 % pour les hommes. Il était difficile d'admettre que la défenderesse consacrerait plus du double de son temps à ses consultations par rapport à ses confrères. L'in vraisemblance du temps prétendument consacré et facturé aux assureurs-maladie contrevenait aux exigences relatives au caractère économique et à la garantie de la qualité des prestations prescrits par la loi. Un regroupage des factures montrait à cet égard qu'elle aurait travaillé plus de 17 heures durant 47 jours en 2013 et qu'elle aurait travaillé 22,5 heures le 11 février 2013, 22 heures 27 minutes le 16 juillet 2013 et 21,75 heures le 8 avril 2013. Cela correspondait à un temps journalier moyen de 16 heures 34 minutes. La défenderesse avait mis au point un système lui permettant de percevoir des montants des assureurs-maladie pour des prestations qu'elle n'avait jamais pu fournir.
18. Dans sa duplique du 17 mai 2016, la défenderesse a maintenu ses conclusions et a produit une expertise privée conduite par Velke GmbH, spécialiste du Tarmed, à l'appui de ses dires. Le nombre d'heures facturées pouvait être expliqué par le fait

que les dossiers médicaux des patients avaient été établis le week-end, mais que le temps nécessaire pour ces travaux avait été reporté à la date de la consultation des patients dans la comptabilité, étant précisé que les prestations administratives devaient être facturées en tant que prestations médicales. Le Tarmed prévoyait en outre que les médecins devaient facturer 5 minutes entières dès qu'une minute était entamée, ce qui impliquait un arrondi des heures. Concernant Madame D_____, sa formation universitaire suivie entre 1974 et 1979 relevait principalement du domaine de la psychologie. Compte tenu de sa formation, elle disposait des qualifications requises en vertu du Tarmed pour effectuer une psychothérapie déléguée. La défenderesse a persisté à considérer que le chiffre d'affaires admis de CHF 500'000.- retenu était totalement arbitraire. Le nombre d'heures de travail par jour n'était pas non plus un critère pertinent pour déterminer un cas de polypragmasie. L'expert avait en outre relevé que son engagement pour ses patients était largement supérieur à la moyenne.

19. L'expertise du 27 avril 2016 de Velke GmbH, produite par la défenderesse, a été établie sur la base du journal de facturation mis à disposition par Curabill, de l'agenda physique pour 2013, des échantillons tirés des dossiers médicaux et des statistiques RSS pour 2013. Il résulte de cette expertise que l'agenda était tenu de manière propre et fiable. La défenderesse effectuait un nombre d'heures largement au-dessus de la moyenne. Celle-ci a déclaré qu'elle comptabilisait les entrées dans l'agenda de manière électronique le week-end. Les annotations dans les dossiers médicaux étaient fiables et plausibles. Sur la base de l'ampleur des prestations par patient, il fallait compter avec un temps de 15 minutes par patient pour l'établissement de chaque dossier médical, travail qui était effectué le week-end, selon les déclarations de la défenderesse. Le nombre de patients découlant de l'agenda correspondait à celui ressortant des statistiques RSS en 2013. Le Tarmed permettait par ailleurs la facturation de prestations administratives avant et après la consultation avec le patient, telles que la lecture du dossier médical et les annotations immédiatement avant et après la consultation. Ces prestations ne devaient pas être enregistrées en tant qu'étude du dossier, mais en tant que prestations thérapeutiques et donc incluses dans les consultations médicales. Dès lors que la défenderesse s'occupait des aspects administratifs principalement le week-end, elle ne facturait pas ces prestations à la date réelle, mais à celle des consultations en présence des patients. Cela expliquait que beaucoup de jours de semaine avaient des heures facturées de plus de 15 heures, voire de 20 heures.

L'expert a également comparé les heures de consultation découlant directement de l'agenda, majorées de 15 minutes par consultation pour les prestations administratives, avec celles ressortant du décompte des heures de Curabill. Cette comparaison a révélé que les heures facturées étaient supérieures 202 heures à celles ressortant de l'agenda. Au tarif horaire de CHF 206.-, cela représentait CHF 41'612.-. Par ailleurs, selon les statistiques RSS, la défenderesse avait facturé 3666 heures, soit 116 heures de plus que celles découlant du décompte des heures

facturées par Curabill (3550 heures), ce qui s'expliquait du fait que les statistiques prenaient en compte la date du remboursement de la prestation et non pas la date de la prestation. La différence entre les heures résultant de l'agenda et de Curabill pouvait être liée au fait que le Tarmed permettait de facturer chaque minute entamée d'une nouvelle unité de temps sur 5 minutes. Ainsi, il y avait lieu d'admettre une marge de tolérance liée à l'arrondissement du temps. Pour la défenderesse, cela correspondait à 312 heures supplémentaires (5 minutes x 3747 consultations par an). En tenant compte de l'arrondissement pour 50% des consultations, le montant facturé en trop n'était plus que de CHF 9'476.- en 2013. En conclusion, l'expert a estimé qu'il n'y avait pas de prestations non réalisées qui avaient été facturées, hormis cas échéant cette différence. Il n'y avait par ailleurs pas de disposition du Tarmed prescrivant un temps de travail maximal ni un nombre de patients maximal par médecin.

20. Par écriture du 19 juillet 2016, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions. Elles ont relevé notamment que les travaux administratifs que la défenderesse comptabiliserait de manière électronique le week-end, ne constituaient pas des prestations au regard de la loi. Cela contredisait en outre ses déclarations initiales. Or, elle avait l'obligation de remplir les documents en indiquant les dates exactes des consultations et des prestations fournies. L'étude des propres documents du médecin relatifs aux dossiers des patients en l'absence du patient ne pouvait par ailleurs pas être facturée. Du regroupage des factures, il résultait que, le 15 juillet 2013, la défenderesse aurait travaillé 21 heures et le lendemain 22,35 heures. Concernant Mme D_____, l'association genevoise des psychologues (AGPSY) avait en outre attesté, par courrier du 14 juillet 2016, que selon la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie, une personne au bénéfice d'une licence en sciences de l'éducation ne pouvait en aucun cas travailler en tant que psychologue, ni à titre dépendant ni à titre indépendant.
21. Par écriture du 30 septembre 2016, la défenderesse a donné suite à la demande du Tribunal de céans de produire les bilans de son cabinet concernant les années 2012 à 2014. Dans ses écritures accompagnant ces pièces, elle a maintenu ses conclusions. Si le montant des honoraires figurant dans les comptes pour 2013 était inférieur au chiffre d'affaire mentionné dans les données de Curabill, cela tenait en fait d'une provision à hauteur de CHF 100'000.- ayant été comptabilisée en relation avec la présente procédure arbitrale. La différence en 2014 du chiffre d'affaires s'expliquait également par la comptabilisation d'une provision à hauteur de CHF 215'000.-, directement déduite des honoraires dans le compte 2014. Elle a en outre relevé que tout médecin devait établir des dossiers médicaux pour ses patients. Dès lors que l'étude et la tenue du dossier du patient était une partie intégrante de la consultation et ne pouvait être facturée en tant que prestation en l'absence du patient, ces prestations avaient été facturées sous la position tarifaire admise relative aux consultations médicales. Toutefois, il n'était pas possible de distinguer d'emblée dans la facturation le temps passé en rendez-vous et le temps

passé à l'établissement des dossiers médicaux. Il était par ailleurs inexact que seule la facturation électronique avait été établie les week-ends et cela ne pouvait être conclu du procès-verbal de la séance du 23 mai 2014, lequel n'avait pas un caractère exhaustif ni précis. L'expertise avait en outre démontré que les heures effectuées le week-end et la semaine résultaient du journal de facturation tel que recensé par Curabill, de son agenda physique, comprenant le détail de tous les rendez-vous, le nom des patients, le type de travail effectué, le temps passé, des échantillons tirés des dossiers médicaux et des statistiques RSS. L'établissement des dossiers médicaux une fois en fin de semaine correspondait de surcroît à la méthode de travail qui avait été enseignée à la défenderesse durant les années 1986-1989, lorsqu'elle avait été médecin-assistant. Au demeurant, la défenderesse n'avait pas facturé le travail effectué le week-end pour l'étude du dossier, mais uniquement l'établissement des dossiers médicaux, comprenant des notes personnelles et autres rapports. Quant à Madame D_____, la défenderesse a soutenu que le Tarmed ne prévoyait pas le remboursement pour les seules prestations réalisées par les psychologues au sens défini par la loi sur les professions de la psychologie

22. Lors de l'audience du 7 octobre 2016, la défenderesse a déclaré ce qui suit :

« La consultation avec le patient dure généralement 45 minutes. Je convoque les patients toutes les 45 minutes. Les consultations s'enchaînent sans pause.

Je n'ai pas de secrétaire. Les patients arrivent, entrent directement dans le cabinet et s'installent dans la salle d'attente, étant précisé qu'il est indiqué sur la porte d'entrée « sonnez et entrez ».

Je précise que mon mari collabore avec moi. Il répond au téléphone, donne la fiche de renseignements aux nouveaux patients et donne les prochains rendez-vous. Comme mon cabinet est à mon domicile, je l'appelle en cas de besoin. Il est par ailleurs rémunéré pour ces tâches.

Quand j'entends la sonnette de la maison, je sais que le patient est arrivé, je termine alors la consultation en cours et j'accompagne le patient à la sortie, puis je reçois le nouveau patient.

Je prépare mes dossiers pendant le week-end et pose les dossiers du jour dans mon bureau. Je n'étudie jamais les dossiers durant la semaine.

Les prestations en l'absence du patient que j'ai facturées pour 5 minutes lors de chaque consultation, correspondent au travail du week-end pour l'étude et l'établissement du dossier médical. Même si ce travail dure généralement 15 minutes par patient, il m'a paru plus juste de le facturer 5 minutes et non pas 15.

Mme D_____ tenait son propre agenda. L'agenda soumis à l'expert que j'ai mandaté ne mentionnait que mes patients. Elle travaillait à 70% environ et de façon irrégulière.

En 2012, je n'ai pas fait de formation continue. Mais en 2013, j'ai participé à un congrès à Tel-Aviv pendant quatre jours. »

« Mes salariés pendant les années litigieuses étaient mon mari, la femme de ménage et Mme D_____.

J'ai reçu un commandement de payer de Santésuisse, auquel j'ai formé opposition.

Un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré (TPPI) comprend un suivi médicamenteux du psychiatre dans le cadre de la psychothérapie. Ce n'est pas la même chose qu'une psychothérapie déléguée.

Curabill versait les honoraires relatifs aux prestations effectuées par Mme D_____ sur un compte spécifique. Curabill nous a fourni un programme qui permet de distinguer chaque prestataire, de sorte que cette société savait ce qui était à verser sur un autre compte.»

Quant au mandataire de la défenderesse elle a précisé que si la défenderesse a facturé parfois 50 minutes, voire plus, cela tenait au fait que chaque minute entamée d'une nouvelle unité de 5 minutes était facturée 5 minutes. Par rapport aux prestations en l'absence du patient facturées, la défenderesse n'avait pas bien compris la question. En fait, les 5 minutes de prestations facturées en l'absence du patient concernaient le moment des salutations au début et à la fin de la séance. Par ailleurs, la préparation du dossier médical et son étude étaient comprises dans la facturation de la consultation. Quant à Curabill, il n'avait jamais donné de conseils de facturation ni attiré l'attention de la défenderesse sur son erreur de facturation.

Le comptable de la défenderesse, Monsieur E_____, a précisé, concernant la rubrique dans le bilan produit «cotisations sociétés médicales, congrès et formation» de l'année 2012, que les médecins avaient le droit de déduire un forfait de CHF 4'000.- à titre de formation continue et que le montant comptabilisé comprenait aussi les cotisations, lesquelles pouvaient être très élevées. Il ne se rappelait cependant plus du détail des frais encourus à ce titre en 2012.

Quant à Santésuisse, son avocat a précisé que la poursuite à l'encontre de la défenderesse avait été retirée.

Madame F_____ de Santésuisse a précisé qu'il était tout à fait possible de distinguer dans les factures les prestations effectuées sur délégation. On ne voyait en outre pratiquement jamais une séance facturée à plus d'une heure. Elle a admis avoir reçu les pièces, figurant sous le chiffre 13 du chargé des demandresses, lors de la séance du 23 mai 2014.

23. Ayant été enjointe à produire les originaux des agendas 2012 et 2013, la défenderesse a produit le 21 octobre 2016 une copie anonymisée des 15 et 16 juillet 2013 de son agenda, tout en précisant que les notes au dossier après chaque consultation et les rapports plus longs adressés à l'office d'assurance-invalidité et aux médecins conseils des assureurs n'avaient pas été effectuées le jour de la consultation, même si ce travail avait été daté du même jour. Par ailleurs, le temps passé effectivement avec la patient pouvait varier par rapport à ce qui était indiqué dans l'agenda, outre le fait qu'il n'y figurait pas le temps passé pour établir les

dossiers médicaux. La défenderesse a aussi produit un tableau statistique de l'Association Suisse des Médecins-Assistant(e)s et Chef(fe)s de cliniques (ASMAC/VSAO) démontrant que le temps de travail effectif des psychiatres était supérieur dans 84% des cas au temps de travail hebdomadaire maximal fixé à 50 heures par la loi fédérale sur le travail.

24. Dans ses écritures du 25 novembre 2016, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions et repris leurs précédents arguments. Il y avait des contradictions dans les déclarations de la défenderesse qui soutenait une fois que les prestations administratives exécutées le samedi concernaient l'établissement des dossiers médicaux alors qu'il était relevé ailleurs, notamment également dans l'expertise, que les entrées dans l'agenda étaient comptabilisées de manière électronique le week-end. Il n'était pas non plus plausible que la défenderesse aurait travaillé le week-end 10 minutes de plus par consultation gracieusement, comme elle l'a déclaré lors de son audition. Enfin, il n'était pas clair si elle avait finalement pris en compte 5 ou 15 minutes supplémentaires, en plus de la consultation.
25. Le 31 janvier 2017, la défenderesse a produit les agendas originaux des années 2012 et 2013, à la requête du Tribunal de céans.
26. Dans ses écritures du 28 avril 2017, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions. Après l'étude des agendas, elles ont reproché à la défenderesse d'avoir mis au point un système permettant d'obtenir des montants supplémentaires sur chaque consultation. Les rendez-vous étaient fixés toutes les 40 minutes en principe, si bien que les consultations ne duraient pas 45 minutes. Toutefois, 55 minutes étaient facturées systématiquement au minimum. A chaque facture étaient ajoutées encore 5 minutes supplémentaires, puis 5 minutes en l'absence du patient. Les 40 minutes de consultation se transformaient ainsi à chaque fois en 55 minutes, soit d'un quart d'heure de plus que la durée de la consultation. Ainsi, en 2013, pour 3259 consultations, 814,75 heures supplémentaires avaient été systématiquement facturées, ce qui représentait un montant de CHF 168'197.-. En 2012, pour 4089 consultations, la somme facturée en plus s'élevait à CHF 211'033.-. Pour la journée du 18 septembre 2013, la défenderesse avait facturé 17 heures 40 minutes, alors que les consultations n'avaient duré que 12 heures 20 minutes. Pour la semaine 15 de l'année 2013, la défenderesse avait consulté durant 55 heures 20 minutes, mais sa facturation s'élevait à 43 heures 18 minutes. A l'examen de diverses factures, il s'était avéré que la défenderesse rajoutait systématiquement des positions tarifaires. Ainsi, pour la patiente G_____, les positions Tarmed, telles qu'elles résultaient de l'agenda, auraient dû être de 726 pour les années 2012 et 2013. Or, 1164 positions tarifaires avaient été facturées, soit 97 heures au lieu de 61 heures, ce qui représentait un taux de majoration de 38% et un montant de CHF 7'538.-. Par ailleurs, les rapports à l'assureur-maladie facturés pour cette patiente étaient contraires aux exigences du Tarmed en la matière. Pour d'autres patients, le processus était le même. En outre, depuis le 10 juillet 2009, date de la décision prise par la Commission paritaire d'interprétation (CPI) Tarmed, il était interdit de

facturer systématiquement une position en l'absence du patient à chaque consultation, tel que l'avait fait la défenderesse. Enfin, celle-ci ne recevait parfois pas les patients durant 40 minutes, comme cela ressortait de son agenda, alors même qu'elle facturait comme d'habitude. Certains patients faisaient également l'objet d'une facturation, quand bien même ils n'apparaissent pas dans l'agenda, comme c'était le cas le 15 janvier 2013. La défenderesse avait ainsi procédé à une surfacturation systématique, facturé systématiquement en l'absence du patient et des séances supplémentaires injustifiables, surfacturé des rapports ne nécessitant guère de travail, n'avait pas utilisé les bonnes positions tarifaires, notamment pour les rapports et les téléphones, facturé des consultations inexistantes et facturé individuellement du temps pris sur plusieurs patients. Elle a ainsi majoré illicitement sa facturation et trompé les assureurs, en s'enrichissant à leurs dépens. Vu la gravité du cas, le Tribunal était invité à dénoncer le cas à l'autorité pénale.

27. Dans ses écritures du 8 juillet 2017, la défenderesse a persisté dans ses conclusions. En plus de ses précédents arguments, elle a soutenu que le nombre d'heures facturées était irrelevant, du moment que les traitements médicaux avaient été admis de par la loi ou par les assureurs-maladie, si bien que les assureurs-maladie n'étaient plus en droit de revenir sur leur consentement et de réclamer le remboursement d'une partie des prestations. Par ailleurs, c'était grâce à ses connaissances linguistiques plus étendues que la moyenne, que la défenderesse pouvait notamment justifier des surcoûts par rapport à d'autres médecins. Elle a en outre contesté avoir déclaré, lors de la séance du 23 mai 2014 avec Santéuisse, avoir établi uniquement la facturation électronique les week-ends. Ce procès-verbal n'avait aucune valeur probante, ayant été établi par les seuls représentants des demanderesses. La défenderesse a également soutenu que les traitements nécessités par l'état de santé étaient admis automatiquement de par la loi jusqu'à 40 séances et ne devaient être approuvés qu'en cas de dépassement de ce nombre. Ainsi, ses traitements devaient être considérés comme économiques au sens de la loi, nonobstant leur coût. La fixation d'une limite maximale d'heures facturables était en outre constitutive d'une entrave inacceptable à la liberté économique des médecins, déjà du simple fait qu'aucune base légale ne la prévoyait. Les demanderesses ont au demeurant omis de mentionner que l'art-thérapeute avait facturé ses prestations sous le même numéro EAN que la défenderesse durant 2013. Ainsi, certaines positions tarifaires pouvaient être utilisées par la défenderesse en même temps par cette dernière et ajouté à celles de la défenderesse, ce qui expliquait en partie certaines journées particulièrement longues. Par ailleurs, les agendas ne pouvaient reproduire le temps réellement passé en rendez-vous avec le patient, l'inscription étant faite avant la consultation, sans savoir combien de temps le patient allait rester compte tenu de son état et des événements qui pouvaient se dérouler durant la séance. Dans les agendas ne figuraient pas non plus les prestations en l'absence du patient, notamment pour l'établissement des dossiers médicaux. D'éventuels changements intervenus après l'enregistrement dans l'agenda n'y étaient pas non plus mentionnés. Ainsi, les intervalles entre les rendez-

vous fixés dans les agendas ne correspondaient pas au temps facturé et servaient uniquement à déterminer la quantité de patients traités, leurs noms et les rendez-vous prévus. La durée effective des consultations variait nécessairement par rapport à un intervalle de quarante minutes figurant dans les agendas. De manière générale, les 45 minutes tenaient compte du temps de la séance avec le patient, des salutations et accompagnement du patient, ainsi que de l'arrondissement à 5 minutes pour chaque minute entamée. Cela était conforme aux dispositions du Tarmed. A cela s'ajoutait le temps nécessaire pour l'établissement du dossier médical qui faisait partie intégrante de la consultation et devait dès lors être facturé comme telle. Il paraissait très raisonnable de ne facturer que 5 minutes pour ce travail, alors même qu'il pourrait aller jusqu'à 15 minutes par patient, selon l'expertise. La défenderesse a admis avoir utilisé la mauvaise position Tarmed pour facturer ce travail, soit celle concernant les prestations en l'absence du patient. Quant aux 5 minutes additionnelles souvent facturées, elles pouvaient correspondre à des temps additionnels passés en séance au-delà de 45 minutes ou d'autres travaux tels que des courriers, l'établissement d'ordonnances et de carnets à souche pour stupéfiants. Ainsi, le temps facturé correspondait à des prestations effectivement réalisées, au nombre important de patients suivis et au Tarmed. S'agissant de la patiente G_____, le temps facturé tenait compte des particularités propres à cette patiente, laquelle avait été traitée en moyenne en deux séances de psychothérapie intégrée par semaine, prenait au cabinet les repas adaptés à ses besoins, compte tenu de son état de santé (notamment anorexie boulimique) et était pesée. Assura avait expressément donné son approbation à la prise en charge de la totalité de ces prestations. Concernant la facturation en-dehors de la présence du patient, elle concernait l'établissement et la tenue des dossiers médicaux. Par ailleurs, selon la décision de la CPI du 29 septembre 2016, la consultation du dossier ou l'adjonction apportée au dossier immédiatement avant ou après la consultation faisait partie intégrante de la consultation et pouvait ainsi prolonger le temps facturable. Il était également à relever que la défenderesse débutait souvent la journée plus tôt qu'à l'heure indiquée dans l'agenda et ne finissait souvent pas à l'heure prévue. Il arrivait aussi qu'elle recevait plusieurs patients à peu de minutes d'intervalle et les plaçait dans des pièces différentes, afin de les prendre en considération chacun son tour. Parfois elle administrait des médicaments à un patient qui devait rester en observation dans une pièce pendant un certain temps avant de pouvoir partir. Lors d'autres séances, il y avait une consultation avec le patient, puis une confrontation avec les membres de la famille. S'agissant particulièrement de la patiente G_____, celle-ci était placée dans une pièce séparée à son arrivée où elle pouvait déjà commencer à manger avant d'être reçue par la défenderesse. Son heure de rendez-vous pouvait dès lors se chevaucher avec d'autres patients. Certains patients se présentaient aussi au cabinet sans rendez-vous, de sorte que les autres rendez-vous étaient décalés.

28. Par écriture du 18 octobre 2017, les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions. Sur la base des pièces de la défenderesse et notamment de ses agendas,

elles ont relevé que des consultations avaient été facturées, alors que le patient n'était pas mentionné dans l'agenda. Il y avait également des erreurs dans la facturation des positions Tarmed pour la facturation de rapports médicaux. Par ailleurs, en ce que la défenderesse se prévalait d'une proportion importante de patients étrangers, elles ont relevé que son agenda prévoyait, dans la plupart des cas, seulement une durée de consultation de 40 minutes, quelle que fût l'origine géographique ou culturelle du patient. En outre, la liberté économique n'était pas en cause, en présence d'une surfacturation systématique des prestations. Il était également interdit de facturer ces prestations sous le numéro EAN/GLN d'un autre fournisseur de prestations. Au demeurant, le volume d'activité de l'art-thérapeute était relativement faible en 2013, dès lors qu'il correspondait à 36 heures. Quant à la durée des consultations, en admettant que certaines consultations pouvaient dépasser le temps prévu dans l'agenda, d'autres consultations de la même durée auraient dû être concrètement raccourcies, le temps n'étant pas élastique. Or, cela n'était pas le cas. La consultation du dossier ou l'adjonction apportée au dossier immédiatement avant ou après la consultation faisait par ailleurs partie intégrante de la consultation, selon la décision CPI. Ainsi, cette prestation devait s'exercer dans ce laps de temps et non pas durant le week-end. Une erreur de facturation était également relevée pour la prestation consistant à administrer des médicaments, tout en gardant le patient en observation pendant un certain temps. Enfin, les demanderesses ont établi une nouvelle sélection individuelle, en prenant en compte l'ensemble des médecins ayant eu, en 2012 et en 2013, plus de 200 patients, y compris la défenderesse. En appliquant une marge de tolérance abaissée à 110, cela démontrait que celle-ci pratiquait une médecine relevant de la polypragmasie, permettant de demander le remboursement de CHF 380'372.- pour 2012 et de CHF 282'405.- pour 2013.

29. Par écriture du 15 décembre 2017, la défenderesse a également persisté dans ses conclusions. Elle a notamment répété que l'agenda ne pouvait être assimilé à un système de pointage permettant de retracer le temps effectivement consacré à chaque patient. Ainsi, une patiente particulière avait dû revenir en urgence le lendemain de son rendez-vous, alors que ce n'était pas annoté dans l'agenda. Elle a également contesté avoir commis des erreurs dans la facturation de rapports médicaux et la facturation de l'administration des médicaments avec une surveillance subséquente. Par ailleurs, elle a persisté à considérer que l'établissement du dossier médical faisait partie intégrante des prestations facturables, même si cela n'avait pas lieu immédiatement avant ou après la consultation. Le refus de prendre en charge ces coûts dans un tel cas était contraire au but visé par le Tarmed, qui était de garantir la prise en charge du temps nécessaire à l'établissement de la documentation des dossiers médicaux. Quant au nouveau groupe de comparaison formé par les demanderesses, les calculs de celles-ci étaient erronés. Il était également contraire à la jurisprudence de réduire la marge de tolérance à seulement 110. S'agissant de l'art-thérapeute, les demanderesses cherchaient à réclamer le chiffre d'affaires de celle-ci à double, en réclamant la

restitution des prestations facturées par cette dernière, d'une part, et en l'incluant dans le chiffre d'affaires de la défenderesse, d'autre part. La défenderesse a enfin reproché aux demanderesses d'avoir introduit directement une demande en paiement à son encontre dans une procédure d'économie, sans lui avoir permis de modifier sa structure de coût et de prendre des mesures pour s'adapter aux injonctions de SantéSuisse, indépendamment du fondement légal de celles-ci.

30. Par écritures du 20 février 2018, la défenderesse a relevé que les demanderesses n'ont pas fourni des informations permettant d'identifier les assureurs ayant remboursé des prestations à l'art-thérapeute pour les années 2011 à 2014. Il y avait également lieu de soustraire de son chiffre d'affaires les honoraires relatifs aux prestations du Dr B_____ et de l'art-thérapeute.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal).

b. En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) du défenderesse n'est pas contestée. Quant aux demanderesses, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise ratione loci, dans la mesure où le cabinet de la défenderesse y est installé à titre permanent.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La demande respecte les conditions de forme prescrites par les art. 64 al. 1 et 65 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA). Elle est dès lors recevable.
3. Le litige porte sur la question de savoir si la défenderesse est tenue de rembourser les prestations fournies par Mme D_____, remboursées en psychothérapie déléguée, d'un montant de CHF 108'980.-, ainsi que si sa pratique pendant les années 2012 et 2013 est contraire au principe de l'économie, autorisant les demanderesses à lui réclamer un trop-perçu de CHF 290'364.28 pour 2012 et de CHF 229'507.63 pour 2013.
4. a. Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La

rémunération des prestations qui dépasse cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de cette loi.

b. Un cas de polypragmasie est réalisé aussi lorsque le fournisseur de prestations facture des montants qui excèdent ceux des traitements plus économiques qu'il aurait pu dispenser, ou que des positions tarifaires sont elles-mêmes cumulées de façon prohibée, car les prestations ne sont ainsi plus limitées à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_21/2016 du 17 novembre 2016 consid. 6.2).

5. a. Selon l'art. 56 al. 2 let. a LAMal ont qualité pour demander la restitution l'assuré ou l'assureur dans le système du tiers garant. Le Tribunal arbitral est en effet également compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré. En pareil cas, l'assureur représente l'assuré au procès à ses frais (art. 89 al. LAMal). Ont également qualité pour demander la restitution les assureurs dans le système du tiers-payant (art. 56 al. 2 let. b LAMal). Selon la jurisprudence en la matière, a qualité pour agir l'assureur qui a effectivement pris en charge la facture. Par ailleurs, les assureurs, représentés le cas échéant par leur fédération, sont habilités à introduire une action collective à l'encontre du fournisseur de prestations, sans spécifier pour chaque assureur les montants remboursés (ATF 127 V 286 consid. 5d).

Néanmoins, la prétention en remboursement appartient à chaque assureur-maladie, raison pour laquelle il doit être mentionné dans la demande, ainsi que dans l'arrêt (RAMA 2003, p. 221). Lorsqu'un groupe d'assureurs introduit une demande collective, il ne peut dès lors réclamer que le montant que les membres de ce groupe ont payé. Il n'est pas habilité d'exiger le remboursement d'un montant que d'autres assureurs, lesquels ne sont pas représentés par ce groupe, ont pris en charge.

b. En l'espèce, il résulte des données du Datenpool Jahresdaten Geschäftsjahr 2012 et 2013 que tous les assureurs-maladie ayant remboursé des prestations à la défenderesse font partie des demanderesses. Partant, elles sont habilitées à demander l'intégralité de l'éventuel trop perçu.

Quant aux prétentions en remboursement des prestations fournies en psychothérapie déléguée par Mme D_____, la légitimation active des demanderesses peut rester ouverte, au vu de ce qui suit.

6. La défenderesse invoque préalablement la péremption des prétentions des demanderesses.
- a. Aux termes de l'art. 25 al. 2 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA), le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de

prescription plus long, celui-ci est déterminant. Cette disposition s'applique aux prétentions en restitution fondées sur l'art. 56 al. 2 LAMal (ATF 133 V 579 p. 582 consid. 4.1).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les délais de la disposition précitée constituent des délais de péremption (ATF 142 V 20, consid. 3.2.2 p. 24). Ils ne peuvent dès lors être interrompus (ATF 136 II 187 consid. 6 p. 192). L'expiration de ce délai est empêchée lorsque les assureurs-maladie introduisent une demande, dans le délai d'une année à partir de la connaissance des statistiques, devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral. Le délai commence à courir au moment où les statistiques déterminantes sont portées à la connaissance des assureurs suisses (arrêt du Tribunal fédéral K 124/03 du 16 juin 2004 consid. 5.2).

b. Lorsqu'il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire, de sorte qu'une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est également sauvegardé par un acte préalable par lequel l'assureur-maladie fait valoir de manière appropriée sa créance en restitution des prestations contre le fournisseur de prestations. La raison en est que si le délai de péremption ne peut être sauvegardé que par l'introduction d'une demande en justice, cela impliquerait pour l'assureur un risque financier important et ne serait pas exigible (ATF 133 V 579 consid. 4.3.4 et 4.3.5 p. 585 s.).

c. En droit cantonal genevois, selon l'art. 41 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal - J 3 05), le tribunal ne peut entrer en matière avant que le cas ait été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention ou à une tentative de conciliation conformément aux dispositions de l'art. 45 LaLAMal. La teneur des alinéas 1 à 3 de cette disposition est la suivante:

"1 Le tribunal est saisi par une requête adressée au greffe.

2 Si le cas n'a pas été soumis à un organisme de conciliation prévu par convention, le président du tribunal tente de concilier les parties.

3 En cas d'échec, le tribunal statue après avoir permis aux parties de s'expliquer, soit oralement, soit par un échange de mémoires si la nécessité s'en fait sentir, et après avoir procédé à toute mesure probatoire utile. Il établit les faits d'office et apprécie librement les preuves."

Conformément à l'art. 46 al. 1 LaLAMal, les frais du tribunal et de son greffe sont à la charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas 15'000 fr. Dans le jugement ou dans le procès-verbal de conciliation, le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (art. 46 al. 2 LaLAMal). Lorsque le tribunal est saisi d'un litige, il peut ordonner aux parties de faire les avances de frais nécessaires (art. 46 al. 3 LaLAMal).

d. Dès lors que le droit cantonal genevois prévoit une procédure de conciliation obligatoire, notre Haute Cour a considéré dans un arrêt récent (arrêt du Tribunal fédéral 9C_978/2016 du 12 décembre 2016 consid. 5.3) que cela permet au requérant de sauvegarder le délai de péremption, en saisissant l'autorité de conciliation, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'étendre la possibilité des créanciers de sauvegarder ce délai par un acte préalable, par lequel ils feraient valoir de manière appropriée leurs créances contre le fournisseur de prestations.

7. a. En l'espèce, les statistiques de SantéSuisse concernant l'année 2012 ont été portées à la connaissance des demanderesse au plus tôt le 15 juillet 2013, date qui correspond à celle de la préparation des données figurant sur ces statistiques. Dans la mesure où la demande a été déposée le 3 juillet 2015, il sied de constater que le délai légal d'une année est dépassé, si bien que la demande portant sur 2012 est périmée. En effet, comme relevé ci-dessus, un délai de péremption ne peut pas être interrompu et un acte préalable à l'introduction de la demande en justice est insuffisant pour préserver ce délai.

Par conséquent, il y a lieu de débouter les demanderesse de leur demande en remboursement de CHF 290'364.28.

b. S'agissant de l'année statistique 2013, les statistiques ont été communiquées aux demanderesse le 15 juillet 2014. La demande ayant été déposée le 3 juillet 2015, elle respecte le délai de péremption d'une année.

c. En ce qui concerne les prestations facturées par la défenderesse en psychothérapie déléguée durant les années 2011, 2013 et 2014, les demanderesse étaient renseignées déjà depuis le 23 mai 2014, date de la séance avec la défenderesse, de leur droit de demander cas échéant la restitution de ces prestations. La défenderesse leur a également fait parvenir le récapitulatif des prestations facturées sous son RCC pour chaque prestataire, en particulier Mme D_____. Sur cette base, SantéSuisse a soumis à la défenderesse le 13 juin 2014 une offre transactionnelle pour le remboursement de CHF 110'000. Cela démontre qu'à cette date, SantéSuisse savait quelles prestations avaient cas échéant été facturées à tort à la charge de l'AOS. Au demeurant, les demanderesse ont admis lors de l'audience de comparution personnelle des parties avoir reçu le récapitulatif des prestations par prestataire déjà au moment de la séance du 23 mai 2014. Or, la demande n'a été déposée que le 3 juillet 2015, si bien qu'il convient de constater que le délai d'une année n'est pas respecté. Par conséquent, les prétentions pour 2011, 2013 et 2014 concernant la restitution des prestations fournies par l'art-thérapeute et facturées sous le RCC de la défenderesse sont aussi périmées.

Ainsi, les demanderesse seront également déboutées de leur demande en restitution de CHF 108'980.-.

8. a. Pour établir l'existence d'une polypragmasie (Überarztung), le Tribunal fédéral admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K

6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.1; K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.1; ATF 119 V 448 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (arrêts du Tribunal fédéral des assurances op. cit.).

b. La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 op. cit. consid. 4.2). Cette méthode est concluante et peut servir comme moyen de preuve, si les caractéristiques essentielles des pratiques comparées sont similaires, si le groupe de comparaison compte au moins dix médecins, si la comparaison s'étend sur une période suffisamment longue et s'il est pris en compte un nombre assez important de cas traités par le médecin contrôlé. Il y a donc polypragmasie lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin à une caisse-maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles des autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coûts (ATF 119 V 448 consid. 4b et les références).

Pour présumer l'existence d'une polypragmasie, il ne suffit pas que la valeur moyenne statistique (indice de 100, exprimé généralement en pour cent) soit dépassée. Il faut systématiquement tenir compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 448 consid. 4c) et, cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice-limite de tolérance (RAMA 1988 n° K 761 p. 92). La marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130 afin de ne pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 6/06 op. cit. consid. 4.2; K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1 et les références; SVR 1995 KV p. 125). La marge de tolérance sert à tenir compte des particularités et des différences entre cabinets médicaux ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_260/2010 du 27 décembre 2011 consid. 4.3).

c. La méthode de la comparaison des coûts s'appuie généralement sur les coûts par patient des médecins et non pas sur leurs chiffres d'affaires.

Toutefois, dans un cas où les revenus d'une infirmière indépendante dépassaient notablement les revenus de ses collègues indépendants dans le canton, le Tribunal fédéral a également admis l'obligation de restituer les prestations dépassant un revenu annuel maximum établi par les assureurs sur la base d'une semaine de 60 heures par semaine et 48 semaines par an, ainsi que le coût horaire d'une infirmière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2016 du 12 décembre 2017).

d. Le Tribunal fédéral a réaffirmé dernièrement le caractère admissible du recours à la méthode statistique comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère

économique ou non des traitements prodigués par un médecin donné (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Outre le fait que la méthode n'a jamais été valablement remise en cause (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 et 9C_649/2007 du 23 mai 2008; arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 130/06 du 16 juillet 2007, K 46/04 du 25 janvier 2006, K 93/02 du 26 juin 2003 et K 108/01 du 15 juillet 2003) et qu'il ne s'agit pas d'une preuve irréfragable, dans la mesure où le médecin recherché en remboursement a effectivement la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de confrères appartenant à son groupe de comparaison, on rappellera que cette méthode permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité (Valérie JUNOD, Polypragmasie, analyse d'une procédure controversée in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 40-2008, p. 140 ss) par rapport à une méthode analytique 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 charge du médecin (ATF 99 V 193 consid. 3; V. JUNOD, op. cit., p. 140 ss). Enfin, la méthode statistique comprend une marge de tolérance qui permet de prendre en considération les spécificités d'une pratique médicale et de neutraliser certaines imperfections inhérentes à son application (ATF 136 V 415 consid. 6.2).

Selon la jurisprudence, les particularités suivantes liées à la pratique médicale du médecin peuvent justifier un coût moyen plus élevé: une clientèle composée d'un nombre plus élevé que la moyenne de patients nécessitant souvent des soins médicaux (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), un nombre plus élevé de la moyenne de visites à domicile et une très grande région couverte par le cabinet (SVR 1995 p. 125 consid. 4b), un pourcentage très élevé de patients étrangers (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), une clientèle composée d'un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 152/98 du 18 octobre 1999) ou le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 150/03 du 18 mai 2004).

En présence de telles particularités, deux méthodes de calcul ont été admises (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 50/00, résumé dans PJA 2005 p. 1099). D'une part, une marge supplémentaire peut être ajoutée à la marge de tolérance déterminée au préalable (SVR 2001 KV n° 19 p. 52 [K 144/97] consid. 4b, 1995 KV n° 40 p. 125 consid. 4). D'autre part, il est permis de quantifier les particularités en question au moyen de données concrètes recueillies à cette fin, puis de soustraire le montant correspondant des coûts totaux découlant des statistiques (SVR 1995 KV n° 140 p. 125 consid. 4b).

e. Contrairement à la méthode statistique qui s'appuie essentiellement sur la comparaison chiffrée des médecins, la méthode analytique entre dans le détail de la pratique du médecin soupçonné de polypragmasie (JUNOD, op. cit., p. 137).

Lorsque le tribunal arbitral décide d'appliquer cette méthode, il ordonne la sélection d'un nombre représentatif de dossiers du médecin concerné (RAMA 1987 p. 349s).

Le tribunal décide s'il examine lui-même ces dossiers ou s'il les confie à un ou plusieurs médecins mandatés à titre d'expert. L'expert examine en détail le contenu des dossiers afin de déterminer si chaque décision du médecin était correcte dans le cas particulier. Le médecin mis en cause doit généralement soutenir activement le travail de l'expert. Il a ainsi l'opportunité de discuter les cas considérés *a priori* douteux par l'expert et d'apporter ses justifications (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 124/03 du 16 juin 2004 consid. 6 et 7; K 130/06 du 16 juillet 2007, consid. 5 ; V. JUNOD, op. cit., p. 138).

f. Enfin, le Tribunal établit les faits d'office et apprécie librement les preuves (art. 45 al. 3 LaLAMal).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références).
10. a. En l'occurrence, les demanderesses exposent que Santésuisse a déterminé, dans le cadre de l'évaluation d'économicité, qu'au-delà d'un volume de CHF 500'000.- de facturation remboursée pour des prestations de psychiatrie, les données des statistiques des médecins doivent être évaluées. Par ailleurs, le système du Tarmed a été calculé en considérant un temps de travail annualisé de 1920 heures, correspondant à l'équivalent d'un temps plein. Sur la base d'un tarif horaire de CHF 206.44, le chiffre d'affaires admissible est ainsi de CHF 396'364.80. Or, selon les déclarations de la défenderesse, celle-ci a facturé en 2013 CHF 729'507.63 pour ses propres prestations, et a ainsi dépassé de CHF 333'142.83 ce chiffre d'affaires. Toutefois, les demanderesses sont prêtes à admettre un volume de facturation jusqu'à un montant de CHF 500'000.-, si bien qu'elles ne réclament pour 2013 que CHF 229'507.63.
- b. En premier lieu, la défenderesse conteste qu'une polypragmasie puisse être établie sur la base du chiffre d'affaires ou des heures travaillées, en lieu et place des indices statistiques se rapportant au coût par patient. Selon la défenderesse, il n'est pas du ressort des assureurs-maladie d'évaluer la capacité de travail et de résistance d'un médecin. Une demande de remboursement ne peut ainsi être fondée que si l'indice des coûts directs par patient est supérieur à 130. Par ailleurs, le seuil de CHF 500'000.- pris en compte par Santésuisse comme point de référence pour déterminer un cas de polypragmasie ne repose sur aucune base légale. La

défenderesse estime également que le principe de la liberté économique est violé de ce fait.

c. En ce qui concerne le principe même d'établir un revenu annuel maximal admissible, au-delà duquel il doit être considéré que les prestations facturées par un médecin relèvent de la polypragmasie, il convient de relever que le Tribunal fédéral l'a admis dans l'arrêt précité 9C_728/2016.

Par ailleurs, comme le temps n'est pas extensible et ne peut être facturé au maximum à CHF 206.44 par heure en psychiatrie, ce qui est admis par les parties, il doit être reconnu qu'un chiffre d'affaires très élevé par rapport aux jours ouvrables et horaires de travail habituels constitue assurément un indice pour une facturation des prestations non économiques ou non conformes aux prescriptions du Tarmed. Cependant, comme lorsque l'indice du coût par patient d'un médecin est largement supérieur à ceux des confrères de son groupe de comparaison, il ne peut alors qu'être présumé que le principe d'économicité ou les prescriptions en matière de facturation ont été violés. Ici aussi le médecin garde la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de confrères appartenant à son groupe de comparaison.

Au demeurant, la loi ne définit pas comment une violation du principe de l'économicité de la pratique médicale doit être établie. Concernant l'évaluation d'un revenu maximal admissible pour un fournisseur de prestation, cette question relève d'une appréciation et non pas d'un principe légal. Néanmoins, comme les demanderesses l'ont relevé et comme cela résulte du document "Modèles de coûts TARMED 1.08" produit, le tarif de la prestation médicale a été calculé notamment par rapport à un revenu de référence, soit de CHF 207'000.-, et d'un temps de travail annuel de 1920 heures.

Ainsi, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la méthode de comparaison des coûts moyens constitue un mode de preuve et non pas un élément de la définition de la polypragmasie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 7.2).)

Cela étant, compte tenu de ce que la base légale pour les restrictions à la liberté économique des médecins et les autres fournisseurs de prestations ressort clairement de la LAMal, la présomption de la violation de cette loi sur la base des statistiques, y compris le chiffre d'affaires, doit être considérée comme couverte par cette base légale, sous réserve de l'arbitraire.

En tout état de cause, cette question peut rester ouverte, dès lors que le Tribunal de céans se fondera sur l'analyse d'autres éléments, notamment ceux ressortant des statistiques, de l'agenda et des relevés de Curabill, qu'un revenu maximal admissible pour examiner s'il y a surfacturation.

11. Selon l'art. 42 al. 3 LAMal, le fournisseur de prestations doit remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible, ainsi que toutes les

indications nécessaires pour qu'il puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

En vertu de l'art. 43 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent établir leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (al. 1) qui peuvent notamment se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré; al. 2 let. a). Ils 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 (al. 4). Les tarifs à la prestation sont fondés sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse (al. 5). Aux termes de l'art. 44 LAMal, les fournisseurs de prestations doivent respecter les tarifs et les prix fixés par convention ou par l'autorité compétente et ne peuvent exiger de rémunération plus élevée pour des prestations fournies en application de la LAMal (protection tarifaire).

Conformément à l'art. 59 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), les fournisseurs de prestations doivent notamment indiquer dans leur facture les dates de traitement (a) et les prestations fournies, détaillées comme le prévoit le tarif qui leur est applicable (b). La convention-cadre Tarmed précise également à l'art. 11 al. 8 let. d que la facture doit contenir le calendrier des prestations.

12. Les tarifs des fournisseurs de prestations sont fixés dans la convention-cadre Tarmed au niveau national. Pour la psychothérapie prodiguée par les psychiatres, il s'agit généralement d'un tarif au temps consacré, comptabilisé par tranche de 5 minutes.

- a. La position 02.0010 Tarmed concerne la consultation individuelle de base, première séance, par période de 5 minutes.

Selon l'interprétation médicale concernant cette position, celle-ci comprend les salutations à l'arrivée et au départ du patient, les discussions, examens et actes médicaux ne faisant pas l'objet d'une tarification spéciale (par exemple injections spécifiques, pansements, etc.), l'accompagnement du patient pour le confier au personnel soignant (instructions comprises) en vue de tâches administratives, de prestations techniques et curatives et de la remise de médicaments, la lecture du dossier médical et les annotations immédiatement avant et après la consultation.

Les séances suivantes sont facturées sous la position 02.0020.

Il y a en outre des positions tarifaires spécifiques pour les thérapies de couple, familiale et de groupe, ainsi que la consultation psychiatrique par téléphone.

- b. La position 02.0070 Tarmed permet de facturer les prestations fournies en l'absence du patient, étude du dossier incluse.

Il est précisé pour cette position ce qui suit :

« Vaut pour toutes prestations médicales servant au traitement du patient, effectué en son absence (excepté la consultation téléphonique et nécessairement par les spécialistes en psychiatrie), verbalement ou par téléphone, par exemple : obtention d'informations auprès de tiers, renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, discussion avec les thérapeutes et des soignants, envoi chez un médecin consultant, établissement d'ordonnances ou prescriptions en-dehors des consultations, visites et consultations téléphoniques. ».

Selon la décision de la CPI N° 08017-B, valable à partir du 10 juillet 2009,

« Vaut comme étude du dossier : l'étude de documents tiers relatifs aux patients (lecture et évaluation de documents détaillés externes et non pas de ceux rédigés par le médecin et figurant déjà dans le dossier médical du patient), y compris l'étude des articles et des références y cités. Demeure réservée comme exception motivée l'étude extensible de ses propres documents. Ceci doit être documenté et mis à la disposition de l'assureur à sa demande.

La facture automatique de prestations fournies en l'absence du patient ainsi que l'étude de ses propres documents n'est pas admise. »

13. a. En l'occurrence, le chiffre d'affaires de la défenderesse en 2013 doit être assurément considéré comme exceptionnel, au vu du nombre d'heures de consultations par jour qu'il implique. Toutefois, dès lors que la demanderesse traite beaucoup de patients et travaille jusqu'à 13 heures par jour, selon son agenda, il doit être reconnu que sa durée de travail par jour dépasse celle des autres psychiatres en Suisse, ce qui peut, du moins en partie, expliquer son chiffre d'affaires élevé.

De l'examen de l'agenda 2013 de la défenderesse résulte que les rendez-vous sont généralement fixés toutes les 40 minutes. Cependant, selon la déclaration de la défenderesse, la consultation avec le patient dure généralement 45 minutes.

Il ressort par ailleurs du dossier qu'elle facture généralement, pour chaque consultation, une thérapie individuelle d'une durée de 50 minutes, voire de 55 minutes, ainsi qu'une prestation médicale en l'absence du patient de 5 minutes.

Elle a expliqué à cet égard, lors de son audition devant le Tribunal, que les prestations en l'absence du patient étaient facturées pour l'étude et l'établissement du dossier médical, travail qu'elle effectuait le week-end. Sa mandataire a ensuite corrigé ces propos dans le sens que les prestations facturées en l'absence du patient concernaient le moment des salutations au début et à la fin de la séance. Toutefois, dans les écritures suivantes, la défenderesse a de nouveau soutenu que la position 02.0070 avait trait à l'annotation et à l'établissement du dossier médical le week-end.

- b. Du fait que la défenderesse reçoit des patients généralement toutes les 40 minutes, elle doit nécessairement écourter les consultations, de sorte que celles-ci durent probablement seulement 35 minutes, afin de réserver le temps nécessaire aux salutations et aux accompagnements lors du changement des patients. A défaut, il

serait inévitable que la défenderesse prenne de plus en plus de retard dans ses consultations, étant précisé que pour 18 consultations par jour, les 5 minutes nécessaires pour les salutations à chaque consultation représentent 1,5 heure par jour. Certes, les 5 minutes pour les salutations peuvent aussi être facturées si une période de 5 minutes est seulement entamée. Néanmoins, il paraît invraisemblable que la défenderesse termine la consultation après exactement 40 minutes, en entamant sur la consultation de la personne suivante et en acceptant que les consultations suivantes soient décalées de plus en plus. En effet, cela n'est pas conforme à une bonne gestion des rendez-vous.

Il est vrai que l'agenda ne reflète pas forcément la durée réelle d'une consultation. Cependant, si la durée des consultations était variable, cela devrait ressortir de la facturation. Or, comme relevé ci-dessus, la défenderesse facture toujours au minimum 55 minutes et jamais moins.

Partant, il convient d'admettre que la consultation, avec les salutations à l'arrivée et au départ du patient, durent au degré de la vraisemblance prépondérante 40 minutes.

c. En ce que la défenderesse allègue qu'elle a effectué un certain nombre des prestations administratives à une autre date que celle qui est indiquée dans sa facturation, sa façon de faire doit être considérée comme non conforme au Tarmed.

En premier lieu, comme relevé ci-dessus, la lecture du dossier médical et les annotations ne peuvent être comprises dans le prix de la consultation de base qu'à condition d'avoir été effectuées immédiatement avant et après celle-ci. Cela est précisé expressément dans l'interprétation de la position 02.0010 Tarmed. Ainsi, si ce travail est effectué à un autre moment, il ne peut plus être inclus dans cette position.

Une autre interprétation ne serait au demeurant pas conforme à l'art. 59 al. 1 let. a OAMal, selon lequel les factures doivent mentionner la date de la prestation. Admettre que les prestations, comprises dans une même position Tarmed, puissent être scindées en deux et effectuées à des dates différentes, serait contraire aussi à l'exigence d'une facturation détaillée et compréhensible et rendrait impossible la vérification du calcul de la rémunération et du caractère économique de la prestation, comme l'exige l'art. 42 LAMal.

d. Le travail pour la lecture et l'annotation du dossier médical ne peuvent pas non plus être facturé sous la position 02.0070 Tarmed. En effet, selon la décision du CPI précitée, cette position ne comprend pas l'étude des propres documents du médecin. L'établissement du dossier médical ne figure pas non plus parmi les exemples cités pour cette position, à savoir obtention d'informations auprès de tiers, renseignements donnés aux proches ou à d'autres personnes de référence du patient, discussion avec les thérapeutes et des soignants, envoi chez un médecin consultant, établissement d'ordonnances ou prescriptions en-dehors des consultations, visites et consultations téléphoniques. En ce que la défenderesse

soutient que la facturation pour l'établissement des dossiers médicaux ne fait pas l'objet de la décision de la CPI, il sied donc de relever que l'interprétation médicale mentionne clairement ce qui est facturable sous cette position et que la lecture et l'annotation du propre dossier n'en font partie, alors que la position 02.0010 les énumère expressément. Il ne serait au demeurant incohérent de prévoir dans une convention tarifaire la possibilité de facturer la même prestation sous deux positions différentes, soit en l'occurrence les positions 02.0070 et 02.0010.

En tout état de cause, en admettant que la défenderesse a effectué des prestations administratives le week-end, sa facturation ne respecterait pas les dispositions légales précitées concernant l'obligation d'indiquer la date de la prestation effectuée et de fournir une facture détaillée et compréhensible, afin de pouvoir contrôler l'économicité de la prestation.

e. Il ressort de ce qui précède, que la défenderesse n'était pas en droit de majorer ses consultations du temps consacré à l'établissement du dossier durant le week-end ni d'ajouter 5 minutes supplémentaires aux consultations à titre de prestation en l'absence du patient. Partant, pour une consultation qui a duré 40 minutes, avec les salutations, il appert que la défenderesse a facturé 15 minutes en plus en violation du Tarmed et de la loi, même s'il semble que l'établissement du dossier médical correspond à un travail réel. En effet, selon l'expertise de Velke GmbH, les annotations dans les dossiers médicaux sont fiables et plausibles. Elles nécessitent environ 15 minutes par dossier.

14. L'expertise de Velke GmbH produite par la défenderesse révèle par ailleurs que les heures découlant directement de l'agenda, majorées de 15 minutes par consultation pour les prestations administratives, s'élèvent à 3348 heures, soit 202 heures de moins que celles ressortant du décompte des heures facturées par l'intermédiaire de Curabill (3550 heures). Ainsi, le montant facturé est supérieur de 5.69% de celui afférent aux consultations notées dans l'agenda.

Cette expertise constate en outre que les heures facturées par Curabill (3550 heures) en 2013 sont inférieures de 116 heures à celles résultant des statistiques RSS (3666 heures), ce qui s'explique, selon cette expertise, du fait que les statistiques prennent en compte la date du remboursement de la prestation et non pas la date de la prestation. La chambre de céans relève qu'une autre explication pourrait être le fait que le chiffre d'affaires figurant dans les statistiques RSS comprend également les consultations de l'art-thérapeute qui avait facturé ses prestations sous le même numéro EAN que la défenderesse durant 2013.

La différence entre les heures résultant de l'agenda et de Curabill peut être liée, aux dires de l'expert, au fait que le Tarmed permet de facturer chaque minute entamée d'une nouvelle unité de temps sur 5 minutes, si bien qu'il faut admettre une marge de tolérance liée à l'arrondissement du temps. Cela correspond à 312 heures supplémentaires (5 minutes x 3747 consultations par an). En tenant compte de

l'arrondissement pour 50% des consultations, le montant facturé en trop n'est que de CHF 9'476.-.

Toutefois, pour pouvoir facturer une nouvelle unité de 5 minutes, ne serait-ce qu'entamée, l'agenda doit laisser une certaine marge entre deux consultations, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence où les consultations se succèdent à 40 minutes d'intervalles. Ainsi, comme déjà constaté ci-dessus, au degré de la vraisemblance prépondérante, il doit être constaté qu'une consultation ne peut durer plus que 35 minutes, si bien que l'unité de 5 minutes entamée est déjà comprise dans la durée d'une consultation de 40 minutes.

15. Les différences entre les heures travaillées selon l'agenda et des heures facturées résultent également de l'analyse de certains jours travaillés.

a. Ainsi, du détail des positions facturées le 15 juillet 2013 par la défenderesse, il résulte qu'elle a donné 22 consultations ce jour. Le 16 juillet 2013, elle a facturé 22 consultations de 55 minutes, une de 60 minutes et une de 65 minutes, y compris les prestations médicales en l'absence du patient de 5 minutes. À cela s'ajoute une prestation en l'absence du patient de 10 minutes en dehors d'une consultation.

Or, si on compare les consultations facturées avec celles mentionnées dans l'agenda 2013 de la défenderesse, il appert qu'elle a donné ce jour, entre 8h et 21h, 19 consultations, soit 3 consultations de moins que ce qu'elle a facturé. Pour le 16 juillet sont mentionnées dans l'agenda 17 consultations, ce qui fait une différence de 7 consultations en moins.

La défenderesse ne donne aucune explication sur cette différence, si ce n'est que l'agenda ne reflète pas forcément la durée et le nombre des consultations. Cependant, même si la défenderesse arrivait plus tôt certains jours et partait plus tard, ainsi qu'intercalait des rendez-vous supplémentaires entre ceux figurant dans l'agenda, ceux-ci auraient dû figurer dans l'agenda. Il paraît aussi difficilement imaginable que la défenderesse ait pu intercaler 3 respectivement 7 autres rendez-vous de 40 minutes au minimum entre les consultations notées dans son agenda. Cela aurait du moins impliqué le raccourcissement d'autres consultations, ce qui ne ressort toutefois pas des heures facturées.

En tout état de cause, dès lors que ces consultations ne sont pas mentionnées dans son agenda, la défenderesse a échoué dans la preuve de les avoir effectivement données. Partant, rien que pour les 15 et 16 juillet 2013, il convient d'admettre une surfacturation de CHF 1'892.36 (10 consultations x 55min/60min x CHF 206.44).

b. L'analyse de la journée du 18 septembre 2013 permet de constater que la défenderesse a donné 18 consultations qui, selon l'agenda, ont duré 12 heures 20 minutes. En considérant que, comme relevé ci-dessus, la défenderesse a majoré ses consultations de 15 minutes supplémentaires, il en résulte une surfacturation de 4,5 heures. Or, elle a en réalité facturé 5 heures 20 minutes en plus, selon les allégués des demanderesse non contestées.

c. Concernant la semaine 15 de 2013 (4.4. au 12.4.), la durée des consultations était, selon l'agenda, de 55 heures 20 minutes pour 83 consultations. Or, la défenderesse a facturé 83 heures 18 minutes, soit 28 heures en plus. Même après avoir tenu compte de la facturation des 15 minutes en plus de la durée de la consultation (20 heures 45 minutes pour la semaine 15 de 2013), il convient de constater que la défenderesse n'a pas réussi à justifier la facturation de 7 heures 15 minutes, ce qui représente CHF 1'496.69 (7.25 heures x CHF 206.44).

d. Pour la patiente G_____, les demanderesse ont allégué que, selon les agendas, 60 heures auraient pu être facturées seulement pour 2012 et 2013, alors que la défenderesse a facturé 97 heures. Cela n'est pas contredit par celle-ci. Par ailleurs, il ne résulte pas de l'agenda que cette patiente aurait bénéficié d'une consultation en date du 17 juillet 2013, alors qu'une telle consultation a été facturée, indépendamment du fait que le rapport médical facturé la veille n'est pas conforme au Tarmed.

La défenderesse relève à cet égard que le temps facturé pour cette patiente tient compte des particularités de sa maladie (anorexie), relevant que celle-ci bénéficiait de deux consultations par semaine, ainsi que d'une prise de repas au cabinet sous contrôle du médecin et d'une pesée à la fin.

Cependant, en psychiatrie, c'est essentiellement un tarif au temps consacré qui est applicable, comme cela résulte du Tarmed, et non pas un tarif à la prestation ou un tarif forfaitaire. Or, le temps consacré à cette patiente, évalué sur la base de l'agenda, ne correspond pas aux heures facturées et la défenderesse n'est pas en mesure de prouver par d'autres moyens la réalité des heures de traitement.

e. Comme les demanderesse l'ont relevé, il résulte aussi pour certains jours que la défenderesse a tenu dans les faits des consultations d'une durée inférieure à 40 minutes, dès lors qu'elle a reçu trois patients dans un laps de temps de 80 minutes.

Elle explique à cet égard qu'il lui arrive de recevoir plusieurs patients à peu de minutes d'intervalle et de les placer dans des pièces différentes, afin de les prendre en considération chacun son tour. Parfois elle administre des médicaments à un patient qui doit rester en observation dans une pièce pendant un certain temps avant de pouvoir partir. Lors d'autres séances, il y a une consultation avec le patient, puis une confrontation avec les membres de la famille.

Ces explications de la défenderesse ne justifient cependant pas de facturer pour chaque patient au moins 55 minutes, comme elle le fait systématiquement pour chaque consultation. Seulement le temps réellement consacré à un patient peut être facturé, sous réserve du droit de facturer une unité de 5 minutes, même si elle est seulement entamée. Il n'est pas compréhensible comment des patients reçus en même temps et placés dans des pièces différentes, dans un laps de temps de 80 minutes, peuvent ensuite bénéficier d'une consultation de 40 minutes sans que la suite de la journée soit totalement perturbée. S'il y a une administration de

médicaments ou une observation dans une pièce, cela ne permet pas non plus de facturer le prix d'une consultation de 55 minutes.

16. a. Au vu de ce qui précède, il sied de constater que, même en tenant compte que l'établissement du dossier a été effectué le week-end, il ressort de l'agenda 2013 de la défenderesse et du décompte de Curabill qu'elle a facturé plus d'heures que celles découlant de l'agenda. La différence en pourcent entre les consultations selon l'agenda et celles facturées, relevée par l'expertise de Velke GmbH, est de 5,69%. Les prestations facturées par la défenderesse ne peuvent ainsi pas être justifiées à concurrence de pourcentage et sont par conséquent sujettes à restitution.

Selon les statistiques 2013, le chiffre d'affaires de la défenderesse était de CHF 755'184. Toutefois, la défenderesse a également facturé sous son RCC les honoraires de l'art-thérapeute d'un montant de CHF 46'639.27. Selon les chiffres fournis par Curabill, le chiffre d'affaires de la défenderesse s'élève avec celui de l'art-thérapeute à CHF 776'146.90 (CHF 729'507.63 + CHF 46'639.27), si bien que CHF 46'639.27 représentent 6% de ce chiffre cumulé. Partant, il faut également déduire 6% du chiffre d'affaires statistique de CHF 755'184 pour obtenir celui lié aux activités de la seule défenderesse, lequel s'établit ainsi à CHF 709'872.96. 5,69% de cette somme représentent CHF 40'391.77 que la défenderesse est ainsi tenue de restituer.

b. Concernant la surfacturation de 15 minutes par consultation, il résulte du planning de 2013 de la défenderesse qu'elle a donné en cette année 3758 consultations, selon le relevé établi par les demanderessees. Le nombre des consultations est de 3747 selon l'expertise de Velke GmbH.

Cependant, il y a lieu de se fonder sur les statistiques RSS 2013, afin de ne pas fausser la comparaison d'une année à l'autre sur la base des statistiques. Celles-ci sont de surcroît plus favorables à la défenderesse, dès lors qu'elles ne mentionnent que 3259 consultations en 2013.

Dans ces consultations sont comprises également celles de l'art-thérapeute. Selon les chiffres fournis par Ctésias SA (pièce 3 défenderesse), sur 4035 consultations, l'art-thérapeute en a donné 311, ce qui représente 7,7%. Cela étant, il y a lieu de diminuer le nombre des consultations attribuées à la défenderesse de ce pourcentage, si bien que les consultations déterminantes sont de 3008,5. Dès lors la défenderesse est déjà tenue de rembourser la somme de CHF 40'391.77 à titre de prestations facturées sans preuve du traitement effectivement réalisé, soit 5,69% de celles-ci, il sied de tenir compte uniquement du nombre des consultations diminué de ce pourcentage, soit de 2'837.31 consultations. Cela étant, le total des prestations indûment perçues en raison de la surfacturation de 15 minutes s'élève à CHF 146'433.56 (2'837.31 consultations x 15 minutes/60 minutes x CHF 206.44).

c. Partant, une surfacturation peut être établie pour la somme de CHF 186'825.33 (CHF 146'433.56 + CHF 40'391.77) en chiffres ronds.

-
17. a. La somme de surfacturation de CHF 186'825.33 est inférieure à la somme CHF 229'507.63 réclamée par les demanderesse.

Reste donc à examiner si cette différence de CHF 42'682.30 est aussi constitutive d'une polypragmasie.

b. A cet égard, il y a lieu de relever qu'en se fondant sur un chiffre d'affaires statistique de CHF 709'872.96 pour 3008.5 consultations selon ces mêmes statistiques, comme établis ci-dessus, le coût par consultation s'élève à CHF 235.95, ce qui représente plus d'une heure en moyenne, alors même que la défenderesse facture généralement CHF 189.23 pour 55 minutes. La différence est de 19,8% et dépasse ainsi les 5,69% qui ne sont pas justifiés selon les calculs de l'expertise de Velke GmbH. Or, 19,8% de CHF 709'872.96 représentent CHF 140'554.84.

Ainsi, la somme de CHF 40'391.77 établie à titre de prestations non justifiées paraît trop basse. Cela semble également être étayé par les irrégularités de facturation relevées par les demanderesse, en particulier pour certains jours et concernant la patiente H_____, que la défenderesse n'a pas su justifier. A cela s'ajoute que ses consultations durent parfois bien moins que 40 minutes, lorsque plus que deux patients sont convoqués dans un laps de temps de 80 minutes, comme cela ressort de l'agenda.

Toutefois, il y a une grande différence entre le nombre de consultations figurant dans les statistiques RSS (3008,5 pour la seule activité de la défenderesse, selon les calculs du Tribunal), d'une part, et celui ressortant de l'expertise Velke GmbH (3747) et du relevé des demanderesse sur la base de l'agenda (3758). Cette différence est difficilement explicable et jette un doute sur l'exactitude du nombre de consultations recensé dans les statistiques RSS. En effet, la différence entre les chiffres d'affaires de CHF 709'872.96, selon ces statistiques moins l'activité de l'arthérapeute, et de CHF 729'507.63, selon Curabill, n'est que de 2,69%, alors que la différence du nombre de consultations selon les statistiques RSS et l'expertise est de 19,7%.

Cela étant, la chambre de céans considère qu'aucune prétention supplémentaire ne peut être tirée du fait que, selon les statistiques RSS, le coût par consultation s'élève à CHF 235.95.

18. Par ailleurs, même si les assureurs-maladie ont donné leur approbation expresse pour certains traitements, cela ne signifie pas qu'ils ont donné à la défenderesse un blanc-seing pour la facturation de prestations non conforme au Tarmed et au temps réellement consacré au traitement. Or, en l'occurrence, seules la facturation et la réalité de certains traitements sont en cause, mais non pas leurs adéquation et efficacité.
19. La défenderesse se prévaut de certaines particularités de son cabinet médical, en rapport notamment avec ses connaissances linguistiques étendues. Cependant, cet argument n'est pertinent que lorsqu'il s'agit de comparer le coût par patient du médecin avec le coût moyen du groupe de comparaison, ce qui n'est pas le cas en

l'espèce. En effet, en l'occurrence, le calcul des sommes à restituer est fondé uniquement sur les erreurs de facturation de la défenderesse, ainsi que sur la réalité du temps consacré aux traitements, et non pas le coût moyen par patient.

20. Les demanderesses ont en outre fondé leurs prétentions sur une statistique-factureurs restreinte aux médecins psychiatres ayant eu plus de 200 patients, y compris la défenderesse. Selon celle-ci, son indice des coûts directs par patient est de 162. En appliquant une marge de tolérance abaissée à 110, cela permet de demander le remboursement de CHF 282'405.- pour 2013.

Outre le fait que les chiffres avancés par les demanderesses sont contestés par la défenderesse, il n'en demeure pas moins que, selon les statistiques-factureurs comprenant tous de psychiatres de Genève, l'indice des coûts directs de la défenderesse est de 129 et se situe donc encore à l'intérieur de la marge de 130% admise par la jurisprudence. Par ailleurs, de l'avis de la chambre de céans, il n'est pas admissible de restreindre le groupe de comparaison pour arriver à des résultats plus défavorables au médecin en ce qui concerne la détermination du coût par patient.

21. Enfin, la défenderesse reproche aux demanderesses d'avoir réintroduit directement une demande en paiement à son encontre dans une procédure d'économicité, sans lui avoir permis de modifier sa structure de coûts et de prendre des mesures pour s'adapter aux injonctions de Santésuisse. Ce faisant, elle se fonde sur une newsletter de Tarifsuisse SA qui gère les évaluations de l'économicité au nom et sur mandat de Santésuisse.

Il résulte effectivement de cette newsletter que ces évaluations ont avant tout un rôle préventif et que les demandes de restitution ne sont pas l'objectif premier de ce type de contrôle. Il est uniquement procédé à de telles demandes lorsque le fournisseur de prestations ne peut ou ne veut justifier ses coûts trop élevés et s'il ne fait aucun effort pour les réduire.

Il ne s'agit cependant tout au plus d'une directive qui n'a pas valeur légale. Au contraire, l'art. 56 al. 2 LAMal prescrit expressément que le fournisseur de prestations est tenu de restituer les sommes reçues à tort au sens de cette loi, sans aucune réserve et sans prescrire un délai d'attente. Partant, rien ne s'oppose à ce qu'une demande en restitution soit introduite avant même qu'un fournisseur de prestations ait pu modifier sa pratique médicale, en particulier lorsque la demande est essentiellement fondée sur l'absence de preuve de certaines prestations et une facturation non conforme au Tarmed, comme en l'espèce.

22. Au vu de ce qui précède, la demande sera partiellement admise et la défenderesse condamnée à rembourser aux demanderesses pour l'année 2013, représentées par Santésuisse, la somme de CHF 186'825.- en chiffres ronds. Les demanderesses pour l'année 2012 seront déboutées de leur demande.
23. La procédure devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 LALAMal, les frais du Tribunal et de son greffe sont à la charge des

parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, port, émoluments d'écritures), ainsi qu'un émoulement global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le Tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (cf. art. 46 al. 2 LALAMal).

Les demanderesses, représentées par Santésuisse, obtiennent 30% de leurs conclusions, à savoir un montant de CHF 186'825.- sur des conclusions totales de CHF 628'852.91. Eu égard au sort du litige, les frais du Tribunal, de CHF 4'875.-, et un émoulement de justice, fixé à CHF 3'000.-, seront mis à concurrence de 70%, soit de CHF 5'512.50, à la charge des demanderesses, prises conjointement et solidairement, et de 30%, soit de CHF 2'362.50, à la charge de la défenderesse.

24. Au vu de l'issue du litige, les dépens seront compensés.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES:**

Statuant

À la forme :

1. Déclare la demande recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Déboute les demanderessees pour l'année 2012 de leur demande.
4. Condamne la défenderesse à verser aux demanderessees pour l'année 2013, prises conjointement et solidairement, aux mains de SantéSuisse, la somme de CHF 186'825.-.
5. Met les frais du Tribunal, de CHF 4'875.-, et un émolument de justice, fixé à CHF 3'000.-, à concurrence de CHF 5'512.50 à la charge des demanderessees, prises conjointement et solidairement, et de CHF 2'362.50 à la charge de la défenderesse.
6. Compense les dépens.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le