

GE_GERICHTE ATAS/1216/2019 vom 19. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1216_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/1216/2019 du 19 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/1216/2019 del 19 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

Selon l'art. 89 al. 1 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). 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 - RS 832.102) de la demanderesse n'est pas contestée. Elle est par ailleurs la créancière du remboursement des prestations, celles-ci ayant été facturées en tiers payant. Quant aux défenderesses, 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 centre de soins de la demanderesse y est installé à titre permanent. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La demande respecte les conditions de forme prescrites par l'art. 64 al. 1 et 65 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10). Partant, elle est recevable.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si les défenderesses sont tenues de rembourser les prestations fournies par la demanderesse, respectivement par ses soignants, que celle-ci a facturées CHF 95'106.80 au total, après amplification de ses conclusions. Se pose en particulier la question de savoir si ces prestations respectent le principe de l'efficacité, d'économicité et d'adéquation et si elles ont été facturées conformément au Tarmed.

E. 4

Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, aux conditions des art. 32 à 34. Il s'agit des prestations qui servent à diagnostiquer ou traiter une maladie et ses séquelles selon l'art. 25 LAMal (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire par des médecins et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1 et 3). Selon l'art. 35 LAMal, seuls les fournisseurs de prestations remplissant les conditions des art. 36 à 40 sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (al. 1). Il s'agit notamment des médecins et des personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient (al. 2 let. a

et e). Les institutions qui offrent des

A/2547/2017 - 16/30 - soins ambulatoires dispensés par des médecins sont admises lorsque ces médecins remplissent les conditions fixées à l'art. 36, conformément à l'art. 36 a LAMal. S'agissant de la psychothérapie, l'art. 2 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) a la teneur suivante : 1. L'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée. 2. On entend par psychothérapie une forme de traitement qui : a. concerne des maladies psychiques et psychosomatiques ; b. vise un objectif thérapeutique défini ; c. repose essentiellement sur la communication verbale, mais n'exclut pas les traitements médicamenteux de soutien ; d. se base sur une théorie du vécu et du comportement normaux et pathologiques ainsi que sur un diagnostic étiologique ; e. comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie ; f. se caractérise par un rapport de travail de confiance ainsi que par des séances de thérapie régulières et planifiées ; g. peut être pratiquée sous forme de thérapie individuelle, familiale, de couple ou en groupe.

E. 5

Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont examinées périodiquement (al. 2). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement

A/2547/2017 - 17/30 - efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5 ; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

E. 6

a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2019 - LPGA - RS 830.1), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante

d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, de l'invalidité et des limitations fonctionnelles. Ces principes sont applicables mutatis mutandis également aux expertises portant sur la pratique médicale, notamment l'évaluation de l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

A/2547/2017 - 18/30 - conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 7

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 citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 8

a. S'agissant de la légitimation active de la demanderesse, les défenderesses contestent que celle-ci ait la qualité pour agir pour demander le paiement de factures émises par les Dresses J_____ et B_____, étant précisé que la demanderesse n'a été reconnue comme fournisseur de prestations qu'à partir du 13 janvier 2017. Toutefois, la Dresse B_____ a cédé ses créances à la demanderesse, comme cela ressort de sa déclaration du 15 octobre

2015. Cela étant, il sied d'admettre que la demanderesse est également habilitée à faire valoir le droit au remboursement des factures de celle-ci. Concernant la Dresse J_____, elle a également attesté avoir cédé sa créance en remboursement de ses factures à la demanderesse, pour la période du 15 août 2011 au 14 octobre 2015. Partant, pour cette période, la légitimation active de la demanderesse pour faire valoir les créances de ce médecin doit aussi lui être reconnue. b. S'agissant des factures émises à l'origine en tiers garant, la demanderesse n'a en principe pas la légitimation active. Toutefois, elles ont été réémises ensuite en tiers payant, ce qui n'a pas été contesté par les défenderesses, pour un montant de CHF 8'544.40 (pièce 43 demanderesse). Partant la demanderesse a également la légitimation active pour en réclamer le paiement.

E. 9

L'activité de la demanderesse a fait l'objet en l'occurrence d'une expertise judiciaire. Le 20 décembre 2018, les experts ont rendu leur rapport sur la base du dossier de la présente procédure, de la littérature concernant les adolescents violents et l'efficacité des psychothérapies, du catalogue de prestations Tarmed, d'un contact avec le président de la commission permanente des tarifs de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie et avec le médecin responsable des urgences du CHUV, le Dr O_____, de la documentation fournie par la demanderesse, d'un entretien du 13 avril 2018 avec Mme D_____, directrice de la demanderesse, de la visite de l'association avec la Dresse B_____, ainsi que Mmes E_____ et

A/2547/2017 - 19/30 - D_____. Enfin, un entretien de synthèse entre les experts et Mme D_____ a eu lieu le 6 décembre 2018. Selon les experts, il peut être attendu du programme A_____ une amélioration substantielle des troubles psychiques des adolescents traités, avec une diminution des symptômes en lien avec la violence, une réduction des passages à l'acte, pouvant faire l'objet de poursuites pénales, et des hospitalisations en milieu psychiatrique. La littérature scientifique relève l'efficacité des programmes de soins pour les adolescents auteurs de violences et le programme A_____ comporte tous les ingrédients des soins mentionnés dans les études spécifiques. Par ailleurs, le programme en cause est régulièrement évalué tant par rapport au suivi de chaque adolescent que de manière générale. Les évaluations cliniques faites par la demanderesse et documentées dans leur rapport annuel attestent que le programme est susceptible de prévenir des récurrences de passages à l'acte violent et d'éviter une hospitalisation, une exclusion du milieu scolaire ou de la formation et des sanctions pénales. Dans les cas examinés, il y avait une indication médicale claire pour le traitement psychothérapeutique des adolescents et le suivi du programme A_____. Ce programme comprend formellement des prestations de psychothérapie au sens de la loi, étant relevé que la part socio-éducative du programme est couverte par une subvention ad hoc et non par l'assurance de base des patients. Quant au nombre des séances à la charge de l'assurance obligatoire des soins, si la loi limite la psychothérapie effectivement à 40 séances, elle prévoit également que le traitement peut dépasser ce nombre à certaines conditions. De facto et selon les études menées, la durée d'une psychothérapie peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années par exemple pour les troubles de la personnalité (minimum trois ans à raison de deux séances par semaine) ou la dépression chronique (18 mois au minimum). Or, les patients traités dans le programme A_____ souffrent de troubles sévères, difficiles à soigner et qui s'apparentent aux troubles de la personnalité, de sorte que le programme doit être considéré comme relativement court. Néanmoins, le respect de la loi est formellement requis en cas de dépassement des 40

séances. Le code Tarmed 02.0080 qui se réfère à l'intervention de crise psychiatrique est valorisé comme une consultation, par tranches de 5 minutes, et a la même valeur que celle-ci tant pour la part médicale que pour la part technique. Sa seule particularité consiste dans l'absence de limitation à sa facturation. Cette position et l'ensemble des autres prestations facturées recouvrent de manière réaliste les prestations du programme A_____, lequel peut être considéré dans sa globalité comme un traitement de crise avec une forte composante psychothérapeutique assumé par les psychologues. Par ailleurs, il n'y a dans le Tarmed pas d'incompatibilité formelle avec des prestations de psychothérapie déléguée qui sont utilisées de manière très fréquente dans les factures incriminées. La caractéristique

A/2547/2017 - 20/30 - notable des factures réside en l'occurrence dans la juxtaposition le même jour de prestations de psychothérapie déléguée de plusieurs catégories (en l'absence, individuelle, familiale, de groupe) et de prestations médicales du type 02.0080. Par ailleurs, les premières interventions du programme A_____ auprès des adolescents doivent être qualifiées d'intervention de crise. Une intervention de crise se déroule sur un temps donné, le plus souvent borné, et comprend durant cette période des rendez-vous planifiés, généralement en équipe multidisciplinaire. Elle se différencie de l'urgence par le fait qu'elle comprend un travail d'équipe psychothérapeutique sur les déterminants de la crise dans le but de prévenir de nouvelles crises. Le programme A_____ semble correspondre à ce type de prise en charge. Ce programme apparaît par ailleurs peu coûteux, en fonction des données à disposition et en comparaison avec d'autres programmes de traitements internationaux, compte tenu de la gravité des troubles traités et de leurs impacts personnel, familial, social, économique et médico-légal. Il est ainsi économique au sens légal. Les traitements facturés constituent des prestations psychothérapeutiques entrant dans les prestations prises en charge par la LAMal, étant rappelé que les prestations d'autres intervenants non médecins ou psychologues n'ont pas été facturées. En règle générale, la psychothérapie déléguée a été facturée de façon conforme à la jurisprudence, à l'exception de quelques cas, ayant fait l'objet de contestations de la part des défenderesses, où l'établissement du diagnostic et la détermination du choix de la thérapie ont été déterminés a posteriori par les médecins, puis ajustés par leurs soins. Toutefois, une telle pratique peut se concevoir au sein d'une équipe expérimentée qui se connaît bien et qui propose des traitements très spécialisés et protocolés, comme dans le cas de la demanderesse. Partant, la totalité du traitement incriminé relève de l'assurance obligatoire des soins. Quant aux expertises du Dr C_____, les experts judiciaires font observer que celui-ci n'est pas au bénéfice du titre de spécialiste de psychiatre et psychothérapeute d'enfants et d'adolescents qui constitue en Suisse une spécialité à part entière. Par ailleurs, ses expertises sont basées sur des éléments anamnestiques notoirement insuffisants pour porter un jugement clinique sur les cas examinés et leur évolution au fil du suivi du programme. Sa méthodologie utilisée ne permet ainsi pas de répondre aux questions relatives aux diagnostics et à la nature des traitements proposés. Ces expertises mettent aussi en évidence des lacunes des connaissances de l'expert. Quant au diagnostic de trouble des conduites de manière générique mentionné par la demanderesse, sans préciser le sous-type, il est suffisant pour justifier un traitement médical pour les adolescents concernés. Partant, la contestation des diagnostics par le Dr C_____ n'est pas propre à invalider le traitement offert par la demanderesse. Ce médecin a par ailleurs une représentation véritablement erronée de la psychothérapie et des règles de l'art en ce qu'il remet en question le caractère approprié des interventions, au motif que les capacités de compréhension ou de verbalisation des jeunes sont en général retreintes. Seule

A/2547/2017 - 21/30 - l'évaluation clinique in presentia permet de juger de manière pertinente les capacités de verbalisation d'un adolescent comme de n'importe quel patient. Cette capacité ne peut être évaluée de manière adéquate que dans le contexte d'une relation de soins. Des thérapeutes expérimentés savent aussi adapter leur technique en fonction des compétences communicationnelles propres de l'adolescent ou de l'adulte. Quant au coût du traitement, qualifié d'exorbitant par le Dr C_____, les experts judiciaires ne partagent pas cette conclusion et la qualifient de dépourvue de fondement. En ce qui concerne le caractère scientifique du programme en cause, l'expert de la défenderesse l'a nié, en s'appuyant sur l'absence d'utilisation d'échelles d'évaluations validées. Toutefois, les intervenants de ce programme s'appuient sur une échelle d'évaluation de l'empathie, un programme structuré, inspiré par des techniques validées scientifiquement, avec le recours aux évaluations « SWOT » (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats), pour ajuster les interventions, ainsi que sur des indicateurs variés en rapport avec un processus de qualité. Au demeurant, une psychothérapie qui ne prendrait pas activement en compte le contexte de vie de l'adolescent serait certainement inefficace et une pure perte de temps et d'argent. L'utilisation des intervenants extérieurs, dont les prestations ne sont pas facturées à l'assurance obligatoire des soins, s'effectue dans un cadre thérapeutique, mené par des psychothérapeutes qualifiés. C'est la présence des thérapeutes dans l'instant et dans l'après coup de la séance avec des intervenants extérieurs, où des mouvements émotionnels peuvent être repris et un travail sur des déterminants psychopathologiques effectués, qui en fait un travail de nature véritablement psychothérapeutique.

E. 10

a. L'expertise judiciaire remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été réalisée en pleine connaissance du dossier, comprend un examen de la pratique médicale de la demanderesse et prend en considération les observations de celle-ci. Enfin, ses conclusions sont motivées et cohérentes. En ce que les défenderesses semblent critiquer la qualité de spécialiste des experts, il sied de relever qu'elles avaient été consultées avant leur nomination et qu'elles les avaient acceptés comme experts. Elles ne sauraient par conséquent remettre en cause, après que l'expertise a été rendue, leurs qualifications de spécialistes en matière de psychothérapie d'enfants et d'adolescents. b. Quant aux expertises du Dr C_____, il convient de relever que celui-ci n'a jamais pris contact avec la demanderesse ni ne s'est rendu sur place, afin de comprendre et analyser sa pratique médicale. Son analyse est uniquement fondée sur le dossier fourni par les défenderesses, comprenant les rapports médicaux de la Dresse B_____ concernant le patient en cause à destination du médecin-conseil des défenderesses et diverses factures de prestations, ainsi que sur les données figurant sur le site internet de la demanderesse. Son dossier est donc manifestement incomplet. Il ne prend par conséquent pas en considération les explications de la demanderesse sur l'efficacité du programme A_____ et fait abstraction de ce que

A/2547/2017 - 22/30 - l'OFAS a élevé en 2011 le programme A_____ au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violence, et que les résultats de ce programme ont servi à la formulation de bonnes pratiques en matière de traitement et de prévention de la violence. Cela étant, une valeur probante ne peut être attribuée aux expertises de ce médecin. Par ailleurs, dans la mesure où son expertise initiale a été critiquée par les experts judiciaires, il appert que l'expertise subséquente du Dr C_____, dans laquelle il se détermine sur l'expertise judiciaire, manque d'objectivité, ce médecin ayant essentiellement

le souci de défendre non seulement sa qualité de spécialiste en la matière, mais également son analyse. Néanmoins, ses critiques seront prises en considération dans ce qui suit dans la mesure nécessaire.

E. 11

En ce qui concerne les principes de l'efficacité, d'adéquation et d'économicité, l'expertise judiciaire conclut que le programme A_____ les respecte entièrement. En effet, en ce qui concerne l'efficacité d'un tel programme, elle est démontrée par les évaluations cliniques faites par la demanderesse et documentées dans leur rapport annuel. L'efficacité d'un tel programme résulte également de la littérature scientifique. Au demeurant, le Tribunal des mineurs, le SPMi, les écoles, les professionnels de la santé, les foyers, les parents et médecins font régulièrement appel à la demanderesse. Le fait que les autorités et tribunaux adressent des adolescents à la demanderesse peut être considéré comme un gage d'efficacité des traitements prodigués. La demanderesse a également signé un contrat de prestations avec le canton de Genève qui lui octroyait une subvention pour fournir des prestations aux femmes et adolescents violents par une prise en charge spécifique. En outre, le programme A_____ a été sélectionné en 2011 au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violence, comme cela est attesté par l'OFAS. Ledit office mentionne à cet égard que les résultats de ce programme ont servi à la formulation de bonnes pratiques en matière de traitement et de prévention de la violence, et que ce programme est considéré comme une réponse adéquate aux problèmes de violence des jeunes. S'agissant de l'adéquation, les experts ont constaté qu'il y avait pour chaque adolescent traité une indication médicale claire pour un traitement psychothérapeutique, ce qui n'est au demeurant pas vraiment nié par le Dr R_____. Enfin, ce programme doit être considéré comme économique, au vu de la gravité des troubles traités et de leurs impacts personnel, familial, social, économique et médico-légal. Il l'est également en comparaison avec d'autres programmes de traitements internationaux, ainsi qu'avec une psychothérapie traditionnelle se déroulant sur plusieurs années à raison d'au moins deux séances par semaine, étant précisé qu'une consultation psychiatrique d'une heure est facturée à CHF 206.44 selon le Tarmed.

A/2547/2017 - 23/30 - Cela étant, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions de l'expertise, selon lesquelles le programme A_____ respecte les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

E. 12

Les traitements facturés relèvent par ailleurs des prestations assurées par la LAMal, s'agissant de prestations psychothérapeutiques prodiguées par des intervenants admis aux termes de la loi, à savoir des médecins et des psychologues sur délégation. En effet, l'expertise confirme qu'aucune prestation d'un intervenant non médical n'a été facturée.

E. 13

a. En ce qui concerne la psychothérapie déléguée, pour qu'un tel traitement puisse être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, l'exécution du traitement psychothérapeutique doit être confiée à un psychologue engagé par le médecin déléguant qui travaille dans les locaux du médecin et sous la surveillance et la responsabilité de celui-ci. Il doit par ailleurs s'agir de mesures qui peuvent faire l'objet d'une délégation à un thérapeute non médecin (psychologue ou psychothérapeute), compte tenu des règles de la science médicale, de l'éthique professionnelle et des circonstances concrètes du cas (ATF 125 V 284 consid. 2 p. 285). Le médecin doit exécuter personnellement tous les actes

strictement médicaux nécessités par la psychothérapie, soit en particulier le diagnostic, le choix et les modifications de la thérapie proprement dites ou la prescription des médicaments. Seule l'exécution du traitement psychologique déterminé par le médecin peut être déléguée au thérapeute. Celui-ci doit travailler sous la direction et la responsabilité du médecin, auquel il appartient de l'instruire et de le surveiller correctement. Le médecin doit également conserver un contact personnel suffisamment intense avec le patient pendant toute la durée de la thérapie, afin de pouvoir intervenir immédiatement pour revenir sur des mesures ordonnées si nécessaire (ATF 114 V 266 consid. 2a p. 270, arrêt du Tribunal fédéral 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 7.1). b. Selon les lignes directrices de la FMPP, le médecin déléguant doit notamment être informé de toute nouvelle thérapie avant son commencement. Il n'est pas nécessaire qu'il soit toujours présent en même temps que les psychothérapeutes, mais devrait être joignable à tout moment. Il doit aussi s'assurer que les psychothérapeutes l'associent à leurs réflexions dès qu'ils sont confrontés à des questions qui dépassent leur compétence (Obligation de surveillance dans la psychiatrie déléguée, www.psychiatrie.ch/fr/fmpp/specialistes-et-commissions/commission-de-la-psychotherapie-deleguee/, document PDF).

E. 14

a. Selon les experts judiciaires, la psychothérapie déléguée a été facturée en l'occurrence de façon conforme à la loi et à la jurisprudence, sauf dans les cas incriminés par les défenderesses. b. La demanderesse a à cet égard déclaré dans ses écritures et lors de son audition que le psychiatre répondant voyait tous les patients sans exception. Au début de la mise en œuvre du programme A_____, il arrivait que la prestation de la psychiatre A/2547/2017 - 24/30 - n'était pas facturée. Selon les déclarations de Mme D_____, cela avait toutefois été corrigé par la suite et cette prestation était désormais facturée sous la position 02.0230, psychothérapie déléguée dans le cadre d'un cabinet médical, séance familiale. Cependant, dans ses écritures du 4 février 2019, la demanderesse admet que les prestations avaient été facturées sous un libellé erroné, à savoir la prestation Tarmed 02.0080 ou en famille Tarmed 02.0230. Cela a été corrigé par la suite et le premier entretien est dorénavant facturé sous la position 02.0010 et les suivants sous la position 02.0020. La position Tarmed 02.0080 n'est plus utilisée. Il est à cet égard expliqué dans l'expertise que le programme est formalisé, chaque étape étant définie et faisant l'objet d'une marche à suivre précise. Il débute par deux entretiens d'évaluation impliquant le jeune en entretien individuel, puis avec la famille et le réseau. Les entretiens d'évaluation sont effectués en présence de la Dresse B_____, comprennent le recueil des éléments anamnestiques et la signature d'un contrat entre l'adolescent et la demanderesse et entre l'adolescent et ses parents. Par ailleurs, la demanderesse expose que lorsqu'elle traite plusieurs membres d'une même famille, elle ne facture en principe la première séance de famille qu'une fois, soit pour le premier patient. Cependant, dans la mesure où certaines factures n'ont pas été remboursées de ce fait pour les autres membres de la famille, elle a réédité certaines factures en ajoutant la position 02.0010. Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, le Tribunal de céans admet que les patients bénéficiant d'une psychothérapie déléguée ont tous été vus au début par le médecin répondant, conformément à ce qui est prescrit pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, sous réserve de ce qui suit. c. Dans la mesure où la Dresse B_____ travaille dans un centre médical en tant que médecin répondant, il doit par ailleurs être admis que les psychologues ont été engagés par le psychiatre déléguant. Il convient également de considérer que le centre médical de la

demanderesse constitue un cabinet médical du médecin répondant, même s'il dispose en plus d'un autre lieu de pratique, de sorte que les prestations de ce médecin sont effectuées in casu dans son cabinet médical. Rien ne s'oppose en effet à ce qu'un médecin exerce sa pratique dans plusieurs endroits.

E. 15

S'agissant de la tarification des prestations, la demanderesse a facturé ses prestations au début sous la position Tarmed 02.0080. Cette position concerne l'intervention de crise psychiatrique, par périodes de 5 minutes. Elle peut aussi être facturée en cas d'intervention psychiatrique de crise par téléphone. Elle n'est pas cumulable avec les positions 02.0010, 02.0020, 02.0030, 02.0040 et 02.0050. Selon les experts, ce code se réfère à la prestation de crise et non à l'urgence et à l'extrême urgence qui font l'objet d'une tarification aux positions Tarmed 00.2505 à 00.2590. L'intervention de crise psychiatrique est valorisée comme une consultation, par tranches de 5 minutes, et elle a la même valeur que celle-ci.

A/2547/2017 - 25/30 - Par ailleurs, dans les factures litigieuses, la position 02.0080 n'a pas été cumulée avec les positions 02.0010 à 02.0050. Il n'y a en outre aucune incompatibilité formelle dans le Tarmed avec les prestations de psychothérapie déléguée. En ce qu'il y a, dans ces factures, une juxtaposition de prestations de psychothérapie déléguée et la présence ces mêmes jours de prestations médicales du type 02.0080 liées au travail du psychiatre, cela ne semble pas contrevenir aux règles formelles du Tarmed. L'ensemble de ces prestations recouvre de manière réaliste les prestations du programme A_____, lequel peut être considéré dans sa globalité comme un traitement de crise avec une forte composante psychothérapeutique assignée par les psychologues, comme exposé dans l'expertise judiciaire. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne juge pas critiquable la répétition d'entretiens de crise et considère cette facturation conforme au Tarmed. Enfin, les défenderesses n'ont subi aucun préjudice du fait d'une éventuelle erreur de facturation, dès lors que la position 02.0080 a la même valeur qu'une consultation.

E. 16

Par la suite, la demanderesse n'a plus facturé ses premières prestations en utilisant la position Tarmed 02.0080, dès lors que les défenderesses avaient critiqué cette façon de faire. La demanderesse a alors facturé fréquemment la position Tarmed 02.0230 psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance familiale, par période de 5 minutes. Il est à cet égard indiqué dans le Tarmed que « Les prestations du chapitre 02.03 [dans lequel la position 02.0230 est répertoriée] ne peuvent être prises en compte que si elles sont fournies sur prescription du médecin ou sous surveillance médicale ». Partant, cette position doit en principe être précédée par la facturation d'une séance chez le psychiatre déléguant, soit par la facturation de la position 02.0010, diagnostic et thérapie psychiatrique, thérapie individuelle, première séance par périodes de 5 minutes. Or, tel n'est fréquemment pas le cas dans les factures de la demanderesse. Comme exposé ci-dessus, la psychiatre déléguant voit cependant tous les patients à la première séance. À cela s'ajoute, que lorsque toute la famille d'un jeune violent est traitée, la séance médicale n'est facturée qu'une seule fois, soit sous le nom de ce dernier. Même si la demanderesse a changé la manière de facturer ses prestations suite aux critiques des défenderesses concernant l'utilisation de la position Tarmed 02.0080, elle n'a pas pour autant changé le déroulement du programme A_____, lequel commence toujours par une séance en présence du médecin répondant. Dans ces conditions, même si la première consultation médicale n'a pas été

facturée, il doit être admis que cela procède d'une erreur de facturation, commise au détriment de la demanderesse, et que les conditions de prise en charge de la psychothérapie déléguée sont nonobstant respectées. Toutefois, dans la mesure où la position 02.0230 a une valeur facturable inférieure aux positions 02.0010 et 02.0020, cette erreur a finalement profité aux défenderesses et ne lui a pas causé de préjudice.

A/2547/2017 - 26/30 -

E. 17

a. En ce qui concerne la durée de la psychothérapie, l'art. 3 OPAS prescrit que l'assurance prend en charge les coûts d'une telle thérapie pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques, sous réserve de l'art. 3b OPAS. Cette dernière disposition prescrit la procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances. Après cette durée, le médecin traitant doit adresser à temps un rapport au médecin-conseil de l'assureur, pour que le coût de la psychothérapie soit pris en charge. Le rapport doit mentionner le type de maladie, le genre, le cadre, le déroulement du résultat du traitement entamé et une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le cadre et la durée probable (al. 1 let. aac). Le médecin-conseil examine le rapport et propose à l'assureur de poursuivre la psychothérapie à la charge de l'assurance, en indiquant sa durée jusqu'au prochain rapport, ou de l'interrompre (al. 3). L'assureur communique ensuite à la personne assurée, avec copie au médecin traitant, dans les quinze jours ouvrables suivant la réception des rapports par les médecins-conseils s'ils continuent de prendre en charge les coûts de la psychothérapie et pour quelle durée (al. 4). b. En l'occurrence, il n'y a pas d'indication sur la durée des différentes thérapies. Celle-ci ne peut pas non plus être déduite des différentes factures produites dans la présente procédure, dès lors que le nom de l'assuré a été caviardé. En tout état de cause, selon les experts judiciaires, il serait tout à fait justifié que ce nombre de séances soit dépassé dans le cadre du programme A_____, dans la mesure où il est établi que les patients souffrent de troubles sévères et difficiles à soigner. En outre, dans la mesure où les défenderesses avaient déjà refusé de prendre en charge les premières 40 séances du programme A_____, la demanderesse pouvait s'abstenir de demander la prise en charge des séances suivantes, la réponse des défenderesses étant déjà connue. Par ailleurs, les défenderesses n'ont pas précisé dans quels cas le nombre de 40 séances a été dépassé, alors qu'elles ont été expressément invitées à le faire. Cela étant, le Tribunal de céans considère qu'il n'y a aucun indice que la procédure pour la poursuite d'une thérapie après 40 séances a été violée.

E. 18

a. Le Dr C_____ a mis en cause dans son expertise les qualifications de Mme D_____ pour l'exercice de la psychothérapie déléguée. Toutefois, celle-ci a déclaré qu'elle ne facturait jamais ses prestations. Elle ne faisait que superviser le traitement. Ainsi, elle ne prodigue aucune psychothérapie. b. En ce qui concerne la Dresse B_____, elle est au bénéfice d'un diplôme fédéral de médecine de l'Université de Genève, d'un doctorat et d'un diplôme de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH. Cela étant, elle remplit les conditions du Tarmed, selon lesquelles le médecin spécialiste délégué doit disposer de la valeur intrinsèque qualitative « psychiatrie et

A/2547/2017 - 27/30 - psychothérapie d'enfants et d'adolescents » ou « psychiatrie et psychothérapie » ou AFC « psychothérapie déléguée ». Au demeurant, les thérapies font l'objet d'une supervision externe. Parmi les superviseurs figure notamment le Dr S_____ qui

possède en particulier un FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. L'encadrement clinique interne est assuré aussi sous la direction de la doctoresse Y_____, psychiatre- psychothérapeute FMH, outre la Dresse B_____ et Mme D_____. Quant aux psychologues, plusieurs de ceux-ci sont au bénéfice de formations en psychothérapie familiale (Mmes E_____, T_____, F_____ et M. H_____), psychologie d'urgence (Mmes T_____ et G_____) et/ou actes de violence (Mme E_____). Ils possèdent ainsi les qualifications requises pour assurer la psychothérapie de jeunes violents et de leurs familles.

E. 19

Les défenderesses critiquent également dans leurs écritures après expertise judiciaire que le temps passé en l'absence du patient dépasse le temps des consultations. En premier lieu, il sied de relever qu'elles ont formé ce grief après l'expertise judiciaire seulement et qu'elles n'ont posé aucune question à ce sujet aux experts. Partant, en l'absence d'un fait nouveau, ce grief doit être considéré comme tardif. En tout état de cause, il n'y a aucun indice que le temps passé en l'absence du patient ait été facturé de façon abusive, et l'importance de ce temps paraît au contraire justifié au degré de la vraisemblance requise. En effet, la demanderesse effectue des supervisions hebdomadaires individuelles sous la direction des Dresses B_____ et U_____, ainsi que de Mme D_____. À cela s'ajoutent des réunions cliniques hebdomadaires en groupe avec la présence de toute l'équipe thérapeutique lors desquelles des aspects cliniques sont abordés pour pouvoir définir des propositions thérapeutiques adaptées. Lorsque les entretiens de famille sont filmés, ils sont supervisés en direct derrière le miroir par les responsables thérapeutiques. Enfin, il y a des supervisions externes régulières (cf. annexe à l'expertise judiciaire p. 9).

E. 20

La demanderesse réclame le paiement de CHF 95'106.80 dans ses dernières conclusions. a. Elle admet toutefois, pour les factures nos 245, 252, 280, 289, 342, 367 et 408 concernant Mutuel Assurance Maladie SA, que la patiente a été vue par le médecin seulement après plusieurs séances. Cependant, ces factures ne permettent pas de déterminer quand la patiente a été vue par le médecin. Cela étant, il y a lieu de constater que les conditions de prise en charge de la psychothérapie déléguée ne sont que partiellement remplies pour ces factures qui représentent CHF 1'674.55 au total. Tout au plus la moitié de cette somme peut dès lors être mis à la charge des défenderesses, à savoir la somme de CHF 837.30 en chiffres ronds. b. S'agissant du patient AA_____, la demanderesse a facturé le 5 novembre 2018 CHF 206.44 pour une consultation individuelle chez le médecin en date du 19 juin

A/2547/2017 - 28/30 - 2017, dans le but de se faire rembourser les prestations pour la psychothérapie déléguée qui a suivi la consultation à cette dernière date. Cependant, cette facture n'a pas de raison d'être dès lors que toute la famille a été vue à cette consultation, notamment aussi AA_____, et que cette consultation a été facturée le 28 juillet 2017 pour AB_____ (fils). Par conséquent, la demanderesse sera déboutée du paiement de cette facture. Il en va de même pour la facture du 5 novembre 2018 concernant les patientes V_____ et W_____. de CHF 206.44. Dans la mesure où la facture concernant cette dernière a été remboursée à tort par Mutuel Assurance Maladie SA, il y a lieu de déduire aussi ce montant des prétentions de la demanderesse. c. Concernant la Dresse J_____, sa dernière facture, concernant Mutuel Assurance Maladie SA, comprend encore des traitements de psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical en date du 15 octobre 2015, alors

qu'elle n'a cédé ses créances que pour la période du 15 août 2011 au 14 octobre 2015. Partant formellement, la demanderesse n'est pas habilitée à réclamer le remboursement des prestations fournies le 15 octobre 2015, lesquelles s'élèvent à CHF 275.11. d. Les autres factures sont conformes à la LAMal et au Tarmed, comme exposé ci-dessus. En se fondant sur le récapitulatif des factures impayées produite par la demanderesse sous pièce 50, Mutuel Assurance Maladie SA est tenue de rembourser à la demanderesse un montant de CHF 69'469.15 (71'200.85 - 837.30 - [3 x 206.44] - 275.11). À cela s'ajoutent les factures émises à l'origine en tiers garant et rééditées en tiers payant de CHF 8'544.40, si bien que Mutuel Assurance Maladie SA doit rembourser au total CHF 78'013.55. Quant à Supra-1846 SA, elle est tenue de payer la somme de CHF 15'361.--.

E. 21

La demanderesse réclame également des intérêts moratoires de 5 % l'an dès le 31^{ème} jour suivant la date d'émission de la facture et au plus tard dès le 20 janvier 2017. a. L'art. 26 al. 2 LPGa prescrit que les intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt 12 mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Selon l'art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), le taux de l'intérêt est de 5 % par an (al. 1). L'intérêt moratoire est calculé par mois pour les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (al. 2).

A/2547/2017 - 29/30 - b. Cela étant, les défenderesses devront des intérêts moratoires de 5 % deux ans après la date des prestations dès le premier du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire est né.

E. 22

Dès lors que la demanderesse obtient largement gain de cause, les défenderesses seront condamnées, conjointement et solidairement, à verser à la demanderesse des dépens d'un montant de CHF 8'000.-.

E. 23

La procédure devant le Tribunal arbitral n'étant pas gratuite (art. 46 de la loi d'application de la LAMal du 29 mai 1997 - LaLAMal – J 3 05), les frais de la procédure, de CHF 9'000.- et CHF 18'000.- (expertise), ainsi que l'émolument de justice, fixé à CHF 5'000.-, seront mis à la charge des défenderesses, prises conjointement et solidairement.

A/2547/2017 - 30/30 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.