

GE_GERICHTE A/2547/2017 vom 18. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2547_2017

FR: GE_GERICHTE A/2547/2017 du 18 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/2547/2017 del 18 gennaio 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.01.2018
A/2547/2017

A/2547/2017 ATAS/33/2018 du 18.01.2018 (ARBIT) En fait En droit Par ces motifs
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/2547/2017 ATAS/33/2018
ORDONNANCE D'EXPERTISE DU TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES du
18 janvier 2018 Chambre 7 En la cause ASSOCIATION A_____, sise à GENÈVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pietro RIGAMONTI
demanderesse contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
MARTIGNY, représentée par GROUPE MUTUEL SUPRA-1846 SA, sise rue des Cèdres
5, MARTIGNY, représentée par GROUPE MUTUEL défenderesses EN FAIT 1.
L'Association « A_____ » (ci-après : l'association) est une association à but non lucratif.
Elle a pour but de prévenir et traiter de manière spécifique la violence des femmes, des
adolescents de 13 à 20 ans, tant garçons que filles au comportement violent, ainsi que la
prise en charge des familles aux transactions violentes. Pour ce faire, l'Association poursuit
les objectifs d'offrir une thérapie de groupe et un accompagnement personnalisé aux
femmes et aux adolescents ayant des comportements violents, une prise en charge des
familles aux transactions violentes, de développer un réseau de collaboration avec les
professionnels de la santé, des services sociaux et de la justice, ainsi que les autres
organismes travaillant dans le domaine de la violence, de créer un réseau de professionnels
spécialisés dans la prise en charge des femmes et des adolescents ayant des comportements
violents, ainsi que des familles aux transactions violentes. ![endif]>![if]> 2. Dans le
document « Description de la mission de l'institution de santé », il est spécifié qu'il s'agit
de prendre en charge des femmes, adolescents et familles auteurs de violences pour le
traitement de comportements hétéro-agressifs et auto-agressifs par des soins
psychothérapeutiques d'orientation systémique, comportementale
psycho-traumatique. ![endif]>![if]> 3. Le 11 janvier 2012, la République et Canton de
Genève a signé un contrat de prestations pour les années 2012 à 2015 avec l'association,
aux termes duquel l'Etat s'engage à octroyer à celle-ci une subvention annuelle de CHF
150'000.- (art. 5 ch. 2 du contrat). Quant à l'association, elle s'est engagée notamment à
fournir des prestations aux femmes, mères et adolescents ayant des comportements violents
sous forme de prise en charge thérapeutique spécifique (art. 4 ch. 1 du
contrat). ![endif]>![if]> 4. Par courriel du 12 mai 2015, au sujet de la facturation lors
d'interventions de crises, le Groupe Mutuel, association qui regroupe plusieurs
assureurs-maladie, a confirmé à l'association qu'il était prêt à accepter la facturation de
plusieurs séances par jour afin de permettre aux notes d'honoraires de l'association de
refléter le plus possible la réalité de ses conclusions. Le Groupe Mutuel attendait par
ailleurs les propositions de l'association pour toutes les factures de crises déjà émises, ainsi
que les factures à venir. ![endif]>![if]> 5. Le 27 mai 2015, l'association a fait une

proposition de facturation de son programme pour adolescents (ci-après: programme ADOS), en précisant ce qui suit : « Qui dit violences, dit crises. Ce protocole de soins répond à la crise de violence, d'où la nécessité d'une présence médicale. ».

6. Selon l'attestation établie le 15 octobre 2015 par la Dresse B_____, toutes ses heures de délégation, ainsi que ses heures de travail à l'adresse de l'association sont facturables par celle-ci et lui sont acquises.

7. Par courrier du 30 octobre 2015, le Groupe Mutuel a fait savoir à l'association qu'il refusait la facturation forfaitaire des traitements et qu'il allait régler les factures actuellement en suspens sur la base de ce qui avait été convenu par téléphone. A ses yeux, dans certains cas, le programme dispensé par l'association était un programme largement préventif, ce qui ne tombait pas dans le champ d'application de l'assurance obligatoire des soins. En ce qui concerne les traitements à partir du 1^{er} novembre 2015, le Groupe Mutuel allait faire examiner ces cas individuellement par l'intermédiaire de son psychiatre-conseil externe, afin qu'il définisse clairement les prestations relevant du domaine de l'assurance obligatoire des soins. Seuls les traitements remplissant les critères d'adéquation, d'efficacité et d'économicité feront l'objet d'une prise en charge selon une facturation Tarmed.

8. Par courrier du 16 novembre 2015, l'association a précisé au Groupe Mutuel que les comportements violents aboutissant à une demande de soins recouvraient en fait une large palette de diagnostics psychiatriques bien documentés et correspondant aux classifications de la CIM et du DSM. Le comportement violent n'était qu'un symptôme. Les soins étaient ainsi curatifs et non pas préventifs. Le soin débutait logiquement par une approche de crise. Par la suite, la prise en charge se poursuivait par des approches psychothérapeutiques individuelles, groupales et éventuellement systémiques, afin de consolider la rémission qui était toujours fragile en psychiatrie et d'éviter les rechutes. Au demeurant, le diagnostic psychiatrique était posé par un médecin psychiatre avant toute élaboration du plan de soin. Les approches systémiques étaient également bien codifiées tant pour leurs indications que leur technique. Elles entraient donc parfaitement dans le catalogue de prestations de l'assurance obligatoire des soins en termes d'efficacité et d'économicité. Elles s'intégraient dans un programme de soins bien défini et complétaient les autres approches psychothérapeutiques individuelles et groupales. Elles étaient aussi reconnues scientifiquement efficaces dans une large palette d'affections psychiatriques. S'agissant des intervenants extérieurs, ceux-ci étaient payés directement par l'association. Seules les prestations du psychothérapeute, soit d'un médecin ou d'une psychologue, étaient facturées.

9. Dans son expertise du 2 mai 2016, le Dr C_____ s'est prononcé sur un cas faisant l'objet du rapport médical du 4 avril 2016 de la Dresse B_____ et les factures des prestations y relatives. Après avoir critiqué les diagnostics retenus, sur la base de l'anamnèse à disposition, il a fait remarquer que le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) ne pouvait être délégué, ce traitement étant une activité spécifiquement médicale. Il a par ailleurs mis en doute l'intervention en urgence du 10 octobre 2013, dès lors qu'un entretien individuel et un entretien famille et réseau avaient eu lieu le 8 octobre précédent. L'adolescente concernée avait aussi été vue en deux entretiens dans le cadre de la psychothérapie déléguée individuelle et de famille, alors qu'elle n'avait pas encore rencontré le médecin, ce qui contrevenait formellement aux règles de la psychothérapie déléguée. La répétition d'entretiens dits de crise les jours suivants était aussi critiquable, la situation étant alors connue et le traitement s'inscrivant dans un protocole précis, défini au préalable. Il s'est par ailleurs étonné de la participation aux séances d'intervenants non médicaux, tels que la brigade des mineurs de la police cantonale de Genève, le corps des gardes-frontières et des

comédiens de l'Association « D_____ ». Ces intervenants ne pouvaient exercer une intervention thérapeutique dans le cadre de la LAMal. L'expert a en outre indiqué ne pas disposer de suffisamment d'éléments d'évaluation pour juger l'efficacité du programme ADOS. Il a par ailleurs jugé non approprié d'associer au traitement des participants qui ne relèvent pas d'une intervention thérapeutique. Il était aussi douteux que le critère de l'économicité soit rempli, dès lors que les interventions ne répondaient pas aux critères d'une urgence pédopsychiatrique qui seule permettait une facturation de crise, que le coût du nombre d'heures facturées était exorbitant par rapport à ce que représenterait une psychothérapie individuelle ou familiale classique et qu'un traitement de type TPPI excluait en principe le recours à la psychothérapie déléguée. L'expert a conclu que le traitement dans le cadre du programme ADOS était avant tout une série d'interventions de nature socio-éducative faisant appel à de multiples intervenants et qu'il ne répondait pas aux critères de la loi.!

10. Le Dr C_____ a encore analysé deux autres cas qui ont fait l'objet de ses expertises du 23 septembre 2016. Dans celle-ci, il a émis en substance les mêmes critiques et est parvenu aux mêmes conclusions.!

11. Au 15 décembre 2016, l'équipe psychothérapeutique de l'association était composée du médecin répondant, la docteure B_____, d'une infirmière et de cinq psychologues-thérapeutes de familles.!

12. Par arrêté du 13 janvier 2017, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (DEAS) a autorisé le centre médicalisé « A_____ » à exploiter un établissement médical privé à l'enseigne « Centre médicalisé A_____ », sis à Genève, pour lequel la Dresse B_____ assume la fonction de médecin responsable. Il est précisé que l'établissement a pour mission de travailler sur le traitement, la prévention, l'information et l'éducation des femmes, des adolescents et des familles ayant des comportements violents.!

13. Par courrier du 20 janvier 2017 adressé à la Dresse B_____, le Groupe Mutuel s'est déterminé sur diverses factures de prestations se répartissant en interventions de crises, psychothérapie déléguée individuelle, psychothérapie déléguée en groupe, psychothérapie déléguée en famille et psychothérapie déléguée en l'absence du patient dans le cadre de l'association. Ce faisant, il a repris les critiques ressortant des expertises du Dr C_____. Ainsi, les traitements dispensés par l'association, plus particulièrement en relation avec le programme ADOS, ne répondaient pas aux critères imposés par la loi. Par conséquent, les prestations facturées dans le cadre de l'association ne seront plus prises en charge.!

14. Le 12 juin 2017, l'association a saisi le Tribunal de céans, par l'intermédiaire de son avocat, d'une demande à l'encontre du Groupe Mutuel, en concluant à la condamnation de celui-ci et notamment des assureurs Mutuel Assurance Maladie SA et Supra-1846 SA au remboursement de l'ensemble des factures non prises en charge d'un montant total de CHF 62'670.35 avec un intérêt à 5% par an dès le 31^{ème} jour suivant la date d'émission de la facture et au plus tard dès le 20 janvier 2017, sous suite de dépens. Elle a également conclu à la constatation que les prestations médicales fournies dans le cadre des programmes de l'association dussent être remboursées par tous les assureurs, y compris l'association du Groupe Mutuel, tant pour le passé que pour le futur. Elle a exposé avoir bénéficié de la collaboration de la Docteure E_____, agissant en tant que médecin déléguant, du 15 août 2011 au 14 octobre 2015, puis de la Dresse B_____ jusqu'au 12 janvier 2017 en tant que médecin déléguant et par la suite, dès la reconnaissance de l'association comme centre médical, en tant que médecin répondant/déléguant. Concernant les jeunes envoyés par le Tribunal des mineurs de Genève, condamnés à une mesure thérapeutique, une collaboration avec le Département de l'instruction publique (DIP) a été établie, laquelle prenait en charge les

coûts des programmes dans ce cas précis. Elle était par ailleurs au bénéfice d'un contrat de prestations avec le département de la sécurité, de la police et de l'environnement (DSPE). En septembre 2016, sur suggestion de Tarifsuisse et dans l'idée d'obtenir une facturation par forfait pour le programme ADOS, la demanderesse avait demandé au DEAS de reconnaître l'association comme un centre médicalisé, autorisation qu'elle a reçue le 13 janvier 2017. Depuis cette autorisation, elle disposait d'un numéro au registre des codes-crédanciers (RCC), en tant que prestataire de soins. Auparavant, la facturation s'effectuait par les numéros RCC respectifs des Doctresses E_____ et B_____. Quant au programme ADOS, il avait pour but d'offrir un traitement efficace aux adolescents ayant des comportements violents. Il s'agissait d'un programme thérapeutique dirigé par un médecin psychiatre et dispensé, par psychothérapie déléguée, par des psychologues qualifiés et formés à ce programme. Celui-ci s'étalait sur une durée approximative de dix mois et se composait d'une évaluation, de plusieurs entretiens individuels et familiaux, de trois modules faisant par moment appel à des intervenants externes, ainsi que de deux bilans finaux pour une totalité de cinquante-quatre heures passées avec le patient (CHF 6'075.- théoriques) et soixante-quatre heures sans celui-ci (CHF 3'237.- théoriques), soit un total de cent dix-huit heures pour un coût total théorique de CHF 9'312.-. La deuxième thérapeute n'était jamais facturée. Les factures Tarmed s'élevaient entre CHF 6'000.- et CHF 7'000.- pour un adolescent qui suivait l'entier du programme sur une période de dix mois. En comparaison, pour une psychothérapie ordinaire qui s'étalait sur une durée de dix mois, soit environ quarante-trois semaines, à raison d'une heure par semaine, soit quarante-trois heures, le coût total estimé de la thérapie s'élevait à CHF 9'460.-, au tarif d'environ CHF 220.- par heure, soit un coût supérieur à celui du programme ADOS. Au demeurant, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a attesté que le programme ADOS avait été sélectionné en 2011 au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violences, mandaté par ledit office. Les intervenants externes étaient des auxiliaires faisant émerger des émotions, sur lesquelles les psychothérapeutes pouvaient ensuite travailler avec les patients dans le but de les faire progresser dans le programme thérapeutique. Ce travail avait lieu de manière immédiate ou a posteriori en séance individuelle ou familiale. Les psychothérapeutes étaient présents à chaque instant du programme et dirigeaient les séances. Seules les prestations de psychothérapie déléguée étaient facturées, conformément au Tarmed, à l'exclusion des prestations des intervenants externes, lesquelles étaient prises en charge par les subventions et dons privés de la demanderesse. Le taux de non-récidive était en moyenne de 80%, ce qui démontrait l'efficacité du programme, ainsi que son adéquation à la maladie traitée. Les autres programmes, soit FEMMES et FAMILLES, étaient des programmes thérapeutiques classiques dispensés par thérapie déléguée et sans l'intervention de tiers. Afin d'obtenir un forfait pour le programme ADOS et simplifier la facturation Tarmed, la demanderesse avait contacté la défenderesse en mai 2015. Le 27 mai 2015, elle avait transmis des propositions contenant un système de facturation divisé en six libellés pour les quatre jours du premier et troisième module. A partir d'octobre 2015 jusqu'au 18 avril 2017, les factures émises par les psychiatres et médecins de la demanderesse, d'un montant total de CHF 48'018.20, n'avaient plus été remboursées. Avec les factures non remboursées aux patients, le montant total des factures litigieuses s'élevait à CHF 62'370.35. De ce fait, la demanderesse se retrouvait dans une situation pécuniaire précaire et craignait devoir mettre fin à ses activités, malgré la demande importante de jeunes et de femmes qui souhaitaient entrer dans ses deux programmes. Or, d'autres assureurs-maladie avaient remboursé la totalité des factures des programmes de la

demanderesse et ainsi considéré que ses prestations remplissaient les critères de la loi.![endif]>![if> 15. Lors de l'audience de conciliation du 30 juin 2017, aucun accord n'a été trouvé. Un délai a été imparti à la partie défenderesse pour se déterminer sur la demande et pour trouver un éventuel accord extra-judiciaire.![endif]>![if> 16. Dans ses expertises des 22, 25 et 27 septembre 2017, le Dr C_____ a analysé trois autres cas et a abouti à des conclusions identiques à celles émises dans ses précédentes expertises.![endif]>![if> 17. Aucun accord n'ayant été trouvé, la partie défenderesse a répondu à la demande par écriture du 30 octobre 2017, en concluant à son irrecevabilité et, subsidiairement, à son rejet, sous suite de dépens. Elle a contesté la légitimation active de l'association, dès lors que les prestations avaient été facturées avant le 12 janvier 2017 par les Dres E_____ et B_____ et non pas par le Centre médical A_____ qui n'était reconnu comme fournisseur de prestations qu'à partir du 13 janvier 2017. Par ailleurs, le Groupe Mutuel n'était pas reconnu comme caisse-maladie autorisée à pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Cela étant, la demande devait être déclarée irrecevable. Enfin, sur la base des expertises du 23 septembre 2016, des 22, 25 et 27 septembre 2017 du docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, la partie défenderesse a nié que les prestations litigieuses remplissaient les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.![endif]>![if> 18. Lors de l'audience de comparution des mandataires du 2 novembre 2017, un délai a été accordé à la demanderesse pour communiquer les noms des assureurs-maladie mis en cause, une cession de créance de la Dre E_____ et les factures initialement émises et transmises aux assureurs sous le numéro RCC des Dres B_____ et E_____. Un délai leur était également imparti pour se prononcer sur le choix d'un expert et pour choisir leurs arbitres.![endif]>![if> 19. Par courrier du 15 novembre 2017, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a confirmé au Tribunal de céans, à sa demande, avoir soutenu le programme ADOS en tant que projet modèle dans le cadre du programme national Jeunes et Violences 2011-2015. Toutefois, il n'avait ni évalué ni fait évaluer scientifiquement ce programme et ne pouvait dès lors se prononcer quant à son efficacité. Seule une auto-évaluation avait été menée par les responsables du programme. Partant, l'OFAS n'était pas en mesure de se positionner quant à l'obligation de rembourser les traitements médicaux du programme ADOS par l'assurance obligatoire des soins.![endif]>![if> 20. Le 16 novembre 2017, la demanderesse a choisi Monsieur F_____ en tant qu'arbitre. Elle s'est également prononcée sur le choix de l'expert et sa mission, en précisant qu'elle devrait se limiter à l'analyse des trois cas examinés dernièrement par le Dr C_____.![endif]>![if> 21. Par courrier du 20 novembre 2017, la partie défenderesse a choisi Monsieur G_____ en tant qu'arbitre.![endif]>![if> 22. Le 28 novembre 2017, le Tribunal de céans a adressé aux parties la liste des questions à l'expert.![endif]>![if> 23. Le 1^{er} décembre 2017, le Tribunal de céans a communiqué aux parties qu'il avait l'intention de confier l'expertise au docteur H_____ du Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (CHUV) et au professeur I_____, de l'Institut de psychothérapie.![endif]>![if> 24. Le 15 décembre 2017, la demanderesse a précisé les noms des assureurs-maladie mis en cause et a produit les autres pièces requises. Sa demande était dirigée contre Mutuel Assurance Maladie SA pour un montant total de CHF 41'643.70 et contre Supra-1846 SA pour un montant de CHF 7'967.10. Quant aux factures émises en tiers-garant, d'un montant total de CHF 14'652.15, la demanderesse a précisé que ces factures avaient été émises en tiers-payant pour un montant total de CHF 8'544.40, les autres factures ayant été payées dans l'intervalle.![endif]>![if> 25. Par courriers du 20 décembre 2017, les parties ont requis une modification de la mission de

l'expert.![endif]>![if> 26. Par courrier du 20 décembre 2017, le Tribunal des mineurs a informé le Tribunal de céans, à sa demande, que la facturation de la participation au programme ADOS était prise en charge par le Service de la protection des mineurs (SPMi) lorsqu'elle était fondée sur une décision du Tribunal des mineurs. Lorsque le jeune était adressé à cette structure par un intervenant en protection de l'enfance, la facture était envoyée à la caisse-maladie. Il a par ailleurs estimé que les factures de ce programme, qu'il a qualifiées d'utilité avérée pour s'occuper des jeunes qui ont un problème de violence, pourraient toujours être prises en charge par les caisses-maladie, même en cas d'ordonnance prononcée par le Tribunal des mineurs.![endif]>![if> 27. Par courrier du 3 janvier 2018, la demanderesse a accepté que l'expertise fût confiée aux experts proposés par le Tribunal de céans.![endif]>![if> 28. Par écriture du 15 janvier 2018, la partie défenderesse a contesté que la totalité de la créance de CHF 41'643.70 concernait Mutuel Assurance Maladie SA, sans préciser lesquelles de ces factures ne concernaient pas cette dernière. S'agissant de la cession de créance des Dresses E_____ et B_____, elle a estimé que celles-ci devraient réclamer elle-même les factures. Par ailleurs, les psychologues n'étaient pas engagés par le médecin, mais par la demanderesse, contrairement à ce la loi exigeait. De surcroît, l'activité des Dresses E_____ et B_____ ne semblait pas non plus avoir été exercée dans leur cabinet, dès lors que la Dresse B_____ avait attesté que toutes les heures de délégation et ses heures de travail à la rue J_____, lieu le travail de l'association, étaient facturables par celle-ci et acquise à celle-ci. La partie défenderesse a mis également en cause une facture établie par la Dresse E_____ concernant des traitements du 6 au 15 octobre 2015, alors même que la collaboration de ce médecin avec la demanderesse avait pris fin le 14 octobre 2015. Enfin, une seule des factures émises en tiers-garant et produites avec la demande pour un montant total de CHF 14'652.15, qui ont été réémises en tiers-payant pour un nouveau montant total de CHF 8'544.40, correspondait aux factures initialement produites. ![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGa), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).![endif]>![if> 2. En l'occurrence, la partie défenderesse conteste que le programme ADOS remplisse les conditions de l'art. 32 al. 1 de loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Selon cette disposition, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques.![endif]>![if> Les parties sont par ailleurs d'accord de soumettre le programme ADOS, respectivement l'analyse de quatre cas, à une expertise. 3. Celle-ci sera confiée au Docteur H_____ et au Professeur I_____.![endif]>![if> 4. Quant à la mission, elle sera modifiée en fonction des remarques des parties.![endif]>![if> *** PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES: Statuant préparatoirement A. Ordonne une expertise judiciaire du programme ADOS, afin d'établir s'il peut être qualifié d'efficace, approprié et économique.![endif]>![if> B. La confie au Dr H_____ et au Professeur I_____.![endif]>![if> C. Dit que la mission des experts sera la suivante :![endif]>![if> - Prendre connaissance du dossier ;![endif]>![if> - Évaluer le programme ADOS sur la base notamment des trois derniers dossiers soumis au Dr C_____, ainsi que le cas faisant l'objet du rapport du 30 août 2017 de la Docteure

B _____ ;

1. Analyser les factures relatives au traitement médical de ces quatre cas ;

2. Prendre tous renseignements utiles, notamment auprès des responsables, médecins et toute autre personne qui mettent en œuvre le programme ADOS ;

3. S'adjoindre tout spécialiste requis au titre de consultant ;

4. Etablir un rapport écrit et répondre aux questions suivantes :

1. Peut-on objectivement attendre du programme ADOS une amélioration, voire la suppression des atteintes psychiques des adolescents traités ? En d'autres termes, ce programme constitue-t-il une méthode dont l'efficacité est scientifiquement prouvée ?

2. Y avait-il dans les cas examinés une indication médicale claire pour le traitement psychothérapeutique des adolescents et le programme ADOS ?

3. Le nombre de séances obligatoirement à la charge de l'AOS (40 séances) a-t-il été dépassé dans les cas examinés ?

4. Dans le cadre du programme ADOS, le code TARMED 02.0080 relatif à l'urgence et l'extrême urgence a-t-il été utilisé de façon conforme au TARMED ? Cas échéant, quelles positions des factures examinées utilisent ce code de façon erronée ?

5. Peut-on qualifier les premières interventions du programme ADOS auprès des adolescents d'interventions de crise ?

6. L'intervention du programme ADOS auprès d'un adolescent qui a des troubles de comportement violent était-elle de nature à éviter une hospitalisation, ainsi que d'autres mesures et/ou sanctions (sanctions pénales, exclusion de l'école, exclusion d'une formation telle qu'un apprentissage) ?

7. Le programme ADOS peut-il être considéré comme économique, c'est-à-dire présentant un bon rapport coût - bénéfice, par rapport à une psychothérapie classique (individuelle, familiale, de couple ou en groupe) ?

8. Les traitements facturés constituent-ils des psychothérapies entrant dans les prestations prises en charges par la LAMal (thérapies individuelles, familiales, de couple ou en groupe) ? Cas échéant, lesquels des traitements facturés ne peuvent pas être considérés comme des psychothérapies à la charge de la LAMal ?

9. Est-ce que les prestations d'autres intervenants non médecins ou psychologues ont été facturées à l'AOS ?

10. La psychothérapie déléguée a-t-elle été facturée de façon conforme à la jurisprudence en la matière, à savoir la psychiatre a-t-elle établi le diagnostic, déterminé le choix et les modifications de la thérapie avant l'exécution de la thérapie proprement dite ? En d'autres termes, la psychothérapie déléguée a-t-elle été facturée conformément aux prescriptions en la matière ?

11. Si seulement une partie des traitements évalués devait relever de l'assurance obligatoire des soins, lesquels des traitements facturés devraient être pris en charge par celle-ci, dans les quatre cas analysés, et à concurrence de quel montant ?

12. Comment vous déterminez-vous sur les expertises du Dr C _____ ?

13. Quelles autres observations avez-vous éventuellement à formuler ?

D. Invite les Dr H _____ et Prof. I _____ à déposer le plus rapidement possible un rapport en trois exemplaires au Tribunal de céans.

E. Réserve le fond.

La greffière Irène PONCET La présidente Maya CRAMER