

# **NE\_GERICHTE TARB.2007.1 vom 2. Juli 2010**

NE Tribunal cantonal, 2010-07-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_TARB.2007.1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TARB.2007.1)

FR: NE\_GERICHTE TARB.2007.1 du 2 juillet 2010

IT: NE\_GERICHTE TARB.2007.1 del 2 luglio 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le litige, qui oppose un assureur à un fournisseur de prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie, au sens de l'article 89 al.1 LAMal, est de la compétence du Tribunal arbitral du canton de Neuchâtel, s'agissant de prestations d'un hôpital du canton (art. 89 al.2 LAMal).

### **E. 2**

des chiropraticiens,

### **E. 3**

des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical;

b.

les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien;

c.

une participation aux frais des cures balnéaires prescrites par un médecin;

d.

les mesures de réadaptation effectuées ou prescrites par un médecin;

e.3

le séjour à l'hôpital correspondant au standard de la division commune;

f.

fbis.5

le séjour en cas d'accouchement dans une maison de naissance (art. 29);

g.

une contribution aux frais de transport médicalement nécessaires ainsi qu'aux frais de sauvetage;

h.6

les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.

1 Voir toutefois les disp. trans. mod. 20.12.2006, à la fin du présent texte. 2 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO200820492057; FF20045207). 3 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du

21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO200820492057;FF20045207).4Abrogée par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), avec effet au 1er janv. 2009 (RO200820492057;FF20045207).5Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO200820492057;FF20045207).6Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1er janv. 2001 (RO200023052311;FF1999727).

1Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour à l'hôpital (art. 39, al. 1) ou dans une maison de naissance (art. 29), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas. Les forfaits sont liés aux prestations et se basent sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.

2Les partenaires tarifaires instituent, conjointement avec les cantons, une organisation compétente pour l'élaboration, le développement, l'adaptation et la maintenance des structures. Pour financer ces activités, une contribution couvrant les coûts peut être prélevée par cas facturé. Les hôpitaux doivent à cet effet livrer à l'organisation les données nécessaires sur les coûts et les prestations. Si une telle organisation fait défaut, le Conseil fédéral l'institue de manière contraignante pour les partenaires tarifaires. Les structures élaborées par l'organisation et leurs adaptations sont soumises par les partenaires tarifaires au Conseil fédéral pour approbation. Si les partenaires ne peuvent s'entendre sur les structures, le Conseil fédéral les fixe.

3Les rémunérations au sens de l'al. 1 ne comprennent pas les parts que représentent les coûts des prestations d'intérêt général. Ces prestations comprennent en particulier:

a.

le maintien des capacités hospitalières pour des raisons de politique régionale;

b.

la recherche et la formation universitaire.

4En cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'al. 1, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 est applicable.

5Les rémunérations au sens des al. 1 et 4 épuisent toutes les prétentions de l'hôpital quant aux prestations prévues par la présente loi.

6Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire.

7Les hôpitaux doivent disposer d'instruments de gestion adéquats; ils doivent en particulier, selon une méthode uniforme, tenir une comptabilité analytique ainsi qu'une statistique de leurs prestations pour calculer leurs coûts d'exploitation et d'investissement et classer leurs prestations. Ces instruments doivent comprendre toutes les données nécessaires pour juger du caractère économique, pour procéder à des comparaisons entre hôpitaux et pour établir la tarification ainsi que la planification hospitalière. Les

gouvernements cantonaux et les partenaires tarifaires peuvent consulter les pièces.

8 En collaboration avec les cantons, le Conseil fédéral fait procéder à l'échelle nationale à des comparaisons entre hôpitaux qu'il publie par la suite en ce qui concerne notamment les coûts et la qualité des résultats médicaux. Les hôpitaux et les cantons doivent livrer les documents requis à cette fin.

1 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janv. 2009 (RO200820492057; FF20045207). Voir aussi les disp. fin. de cette mod. à la fin du présent texte. 2 Voir aussi l'al. 1 des disp. fin. mod. 22 oct. 2008 (RS832.102).

1 Les litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations sont jugés par un tribunal arbitral.

2 Le tribunal arbitral compétent est celui du canton dont le tarif est appliqué ou du canton dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent.

3 Le tribunal arbitral est aussi compétent, si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42, al. 1); en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès.

4 Les cantons désignent le tribunal arbitral. Il se compose d'un président neutre et de représentants en nombre égal des assureurs d'une part, et des fournisseurs de prestations concernés, d'autre part. Les cantons peuvent confier les tâches du tribunal arbitral au tribunal cantonal des assurances complété, dans ce cas, par un représentant de chacune des parties.

5 Les cantons fixent la procédure qui doit être simple et rapide. Le tribunal arbitral établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement.

6 Les jugements contiennent les motifs retenus, l'indication des voies de recours et les noms des membres du tribunal; ils sont communiqués par écrit.

1 Les prestations indûment touchées doivent être restituées. La restitution ne peut être exigée lorsque l'intéressé était de bonne foi et qu'elle le mettrait dans une situation difficile.

2 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.

3 Le remboursement de cotisations payées en trop peut être demandé. Le droit s'éteint une année après que le cotisant a eu connaissance de ses paiements trop élevés, mais au plus tard cinq ans après la fin de l'année civile au cours de laquelle les cotisations ont été payées.

#### **E. 4**

a) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) est en principe applicable à l'assurance-maladie (art.1 al.1 LAMal). Elle l'est en l'espèce puisque la cause concerne un état de fait existant dès le 1<sup>er</sup> janvier 2003, date d'entrée en vigueur de la LPGA, et que les litiges entre caisses et fournisseurs de prestations ne sont pas exclus en tant que tels par l'énumération des domaines dans lesquels la LPGA n'est pas

applicable (art.1 al.2 LAMal a contrario), ceci quand bien même la procédure devant le Tribunal arbitral n'est, en soi, pas soumise à la LPGa (art.1 al.2 litt.e LAMal). b) Selon l'article 25 LPGa, les prestations indûment touchées doivent être restituées (al.1, 1re phrase). 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 (al.2, 1re phrase). Cette disposition – qui ne fait que reprendre, en ce qui concerne l'obligation de restituer comme telle, la réglementation, abrogée, de l'article 47 al.1 LAVS, laquelle était jusque là applicable soit directement soit par renvoi ou encore par analogie dans d'autres domaines du droit des assurances sociales, et notamment aux rapports entre assureurs et fournisseurs de prestations selon la LAMal – est désormais directement applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 133 V 579 cons. 4, p.582, 130 V 318 cons.5.2, p.319). Par "moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait" on entend le moment où l'administration aurait pu, en faisant preuve de l'attention raisonnablement exigible, se rendre compte que les conditions d'une restitution étaient remplies (ATF 119 V 431 cons.3a et les références). Pour se faire une opinion sur l'existence des conditions requises justifiant une restitution, l'administration doit pouvoir prendre connaissance de toutes les circonstances déterminantes dans le cas particulier, permettant de fonder le principe d'une restitution ainsi que son étendue à l'égard d'un débiteur déterminé. Il ne suffit pas que l'administration ait seulement connaissance de certains éléments de fait qui pourraient éventuellement conduire à une restitution, ou que cette prétention soit établie dans son principe mais non dans son ampleur; il en va de même si le débiteur de la créance en restitution n'est pas encore déterminé (ATF 112 V 180 cons.4a). L'exercice du droit ou l'accomplissement des actes nécessaires à son exercice dans le délai exclut une fois pour toutes que le droit se périmé. L'assureur se prémunit contre la péremption de son droit en saisissant, dans le délai d'une année, soit l'organe de médiation conventionnel ou l'instance de conciliation légale (pour autant que cette procédure préalable soit obligatoire, à défaut de quoi l'acte consistant pour le demandeur à faire valoir sa créance auprès du débiteur suffit), soit le tribunal arbitral, de la demande en restitution (ATF 133 V 579 cons.4.3.5, p. 585; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 18.03.2005 [K 167/04]). Cette condition est remplie en l'espèce, car il y a lieu de retenir que la caisse a appris seulement à réception de la lettre de l'hôpital du 16 février 2006 qu'il s'agissait d'une hospitalisation en vertu de 43 ch.1 al.1 CP, ce qui l'a amenée à considérer que l'assuré n'était hospitalisé que pour des motifs de protection des tiers et non pour des raisons purement médicales (encore qu'elle aurait peut-être dû sans attendre tenter d'obtenir de l'hôpital des réponses plus précises à ses questions précédentes). En saisissant la commission paritaire le 15 février 2007, elle a donc agi dans le délai d'une année. c) En principe, la restitution de prestations suppose que soient remplies les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale. Selon un principe général du droit des assurances sociales l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable; en outre, par analogie avec la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Ces principes s'appliquent à la restitution de prestations que celles-ci aient été accordées par une décision formelle ou sans avoir fait l'objet d'une telle décision. Dans ce dernier cas, après un laps de temps

correspondant au délai de recours contre une décision formelle, l'administration ne peut demander répétition des prestations allouées par une décision implicite non contestée qu'aux conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (ATF 129 V 110 cons.1, 127 V 479 cons.2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 23.03.2005 [K 9/04] ).

Toutefois, en dérogation à ce qui précède, la restitution de prestations ne dépend pas des conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale dans les rapports entre les caisses-maladie et les fournisseurs de prestations, car celles-là n'ont pas le pouvoir de rendre des décisions obligatoires régissant les rapports juridiques avec ceux-ci (ATF 114 V 319 cons.4; RAMA 1993 no K 924, p.178 cons.3c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 24.04.2003 [K 9/00] cons.5). Dès lors, le moyen soulevé par les défendeurs sur ce point est mal fondé.

## **E. 5**

a) Selon l'arrêté concernant la prise en charge des frais hospitaliers consécutifs à l'exécution d'une mesure pénale, du 11 novembre 1998 ( RSN 821.121.61 ), aux conditions prévues par la LAMal, les frais d'hospitalisation consécutifs aux mesures pénales prononcées par les autorités judiciaires neuchâtelaises sont pris en charge par l'assureur-maladie de la personne concernée (art.1). Lorsque l'assureur-maladie estime que l'hospitalisation ne relève pas des prestations obligatoires au sens des articles 24 à 31 LAMal, la question est soumise au médecin cantonal qui, après consultation de l'établissement hospitalier et du médecin traitant, émet un préavis (art.2). Si le préavis du médecin cantonal rejoint le point de vue de l'assureur-maladie, les frais de pensions sont à la charge de l'autorité tenue à l'aide sociale, sous forme d'un prix de pension journalier déterminé, pour chaque établissement, par le service de santé publique. Les actes thérapeutiques restent à la charge de l'assureur-maladie sur la base du tarif en vigueur (art.3 al.1 et 2). Si le préavis du médecin cantonal s'écarte du point de vue de l'assureur-maladie, la contestation est soumise à la procédure ordinaire prévue par la Convention neuchâtelaise d'hospitalisation (art.4). b) La demanderesse invoque la position exprimée par la sous-commission de conciliation dans le procès-verbal de sa séance du 21 mai 2007, selon laquelle, lorsque le médecin cantonal, lui-même fonctionnaire de l'Etat, donne son préavis sur la question de savoir si l'hospitalisation relève des prestations obligatoires de l'assureur-maladie, il est juge et partie, de sorte que c'est un expert indépendant qui devrait émettre le préavis. L'arrêté susmentionné soulève effectivement divers problèmes d'application. La question se pose, d'une part, de savoir quelle est la nature juridique, sur le plan procédural, du "préavis" du médecin cantonal. D'autre part, l'arrêté ne permet pas de déterminer comment le patient lui-même, ou le cas échéant l'autorité tenue de l'aide sociale, doivent agir pour s'opposer au préavis du médecin cantonal lorsqu'il concorde avec la position de l'assureur-maladie (art.3 de l'arrêté); leur intérêt légitime à cet égard ne fait pas de doute, mais la procédure prévue par la convention neuchâtelaise d'hospitalisation – savoir la saisine de la commission paritaire – n'est applicable qu'aux litiges entre parties signataires de la convention. Enfin, comme l'a relevé en l'espèce la sous-commission de conciliation, il paraît insatisfaisant que le médecin cantonal se voie attribuer une fonction d'arbitre dans une contestation mettant en cause les intérêts de l'Etat, qu'il représente. Il s'agit là d'un aspect lié à la problématique de la nature juridique du préavis, déjà mentionnée. Quoi qu'il en soit, le Tribunal arbitral établit les faits déterminants pour la solution du litige, administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 89 al. 5 LAMal ). Le préavis incriminé du médecin cantonal constitue, dans le cadre du présent litige, un élément de fait parmi d'autres, dont le contenu – c'est-à-dire le point de vue juridique qu'il exprime – ne peut pas être décisif, dès lors que c'est au tribunal

qu'il incombe d'examiner si et dans quelle mesure les prestations en cause relèvent ou non de l'assurance obligatoire selon la LAMal. C'est pourquoi il a été ordonné une expertise médicale. Le rapport du Dr B. répond, comme cela sera exposé ci-dessous, aux questions pertinentes pour trancher la cause au fond.

#### **E. 6**

La demanderesse fait valoir que, aux termes de l'article 288 du code de procédure pénale ( CPPN ), "sous réserve de dispositions contraires d'un concordat, le paiement des frais d'internement, de traitement ou d'hospitalisation des irresponsables ou des délinquants à responsabilité restreinte, d'exécution de mesures de sûreté, des mesures curatives ou éducatives prononcées contre les enfants et les adolescents, incombe à la commune chargée de l'assistance, lorsque ni eux-mêmes, ni le conjoint ou le partenaire enregistré au sens de la loi fédérale sur le partenariat, ni les autres personnes débitrices de la dette alimentaire, ne sont en mesure de les supporter, en tout ou en partie". Se fondant sur cette disposition, elle a rendu une décision en date du 15 février 2007, adressée à l'office des tutelles, par laquelle elle a demandé le remboursement par le pupille X., sous la tutelle de L., du montant de 227'587.25 francs. Par l'intermédiaire d'un mandataire, le pupille a fait opposition à cette décision. Il ne semble pas que la caisse ait statué sur cette opposition à ce jour. La décision sur opposition que rendra la caisse dans ce litige avec le pupille pourra faire l'objet d'un recours devant le Tribunal canton des assurances (art.56 ss LPGA). Dans la présente procédure, qui porte sur l'éventuelle obligation du fournisseur de prestations de rembourser un montant à la caisse-maladie, le Tribunal arbitral n'a donc pas à se prononcer sur l'application de la disposition susmentionnée. Celle-ci peut constituer le fondement de la prise en charge par le pupille ou des tiers des frais assumés par le fournisseur de prestations, mais ne peut pas dispenser l'assureur-maladie de prendre en charge des prestations qu'il doit en vertu de la LAMal, ou fonder une obligation de lui rembourser de telles prestations versées au fournisseur.

#### **E. 7**

a) Ainsi que cela avait déjà été jugé sous le régime de la LAMA, une caisse-maladie ne peut pas exclure le droit aux prestations hospitalières d'un assuré pour le seul motif qu'il s'agit d'une mesure d'internement ordonnée par une autorité judiciaire. Car de telles mesures ne visent pas en premier lieu l'exécution d'une peine, respectivement la protection de la société contre les délinquants, mais le traitement de ceux-ci par des moyens thérapeutiques. Elles sont ordonnées par le juge lorsque celui-ci, en principe sur la base d'une expertise médicale, parvient à la conclusion que le délit commis est en relation avec une maladie nécessitant un traitement. En règle générale, ce dernier a lieu dans un établissement de soins au sens de l'assurance-maladie et de la même manière que dans le cas des assurés souffrant d'une affection semblable mais non délinquants. Que l'hospitalisation ne soit pas volontaire n'est pas déterminant, parce qu'il n'y a pas de différence fondamentale, du point de vue de l'assurance-maladie, entre une hospitalisation décidée par le corps médical et celle qui est ordonnée par le juge. En particulier la durée de l'hospitalisation dépend, dans le cas de l'exécution d'une mesure également, de la nécessité d'un traitement (ATF 106 V 179 ). Le Tribunal fédéral des assurances a confirmé par la suite cette jurisprudence dans le cas d'un assuré, coupable d'incendie intentionnel et dommages à la propriété, placé par le juge pénal dans un hôpital psychiatrique en application de l'article 43 chiffre 3 al.2, 1re phrase, aCP (disposition selon laquelle "si le traitement ambulatoire paraît inefficace ou dangereux pour autrui et que l'état mental du délinquant nécessite néanmoins un traitement ou des soins

spéciaux, le juge ordonnera le placement dans un hôpital ou un hospice"). Dans ce précédent, le tribunal a rappelé que si le séjour dans un établissement de soins ne fonde pas encore, en soi, le droit aux prestations de l'assurance-maladie (par exemple en cas d'hospitalisation pour des motifs d'ordre purement social), l'intensité des soins médicaux requis par la maladie ne constitue cependant pas le seul critère décisif pour admettre ou non la nécessité de l'hospitalisation. En conséquence, il n'est pas déterminant, pour se prononcer sur l'obligation de prise en charge par la caisse-maladie des frais d'hospitalisation, de savoir si dans le cas particulier c'est le traitement purement médical qui est prépondérant par rapport au traitement prodigué à l'hôpital parce que l'assuré ne peut pas recevoir les soins et surveillance adéquats à domicile ou parce que cela ne peut pas être exigé de sa famille. En outre, quand bien même le juge des assurances sociales n'est pas lié par les constatations du juge pénal, il ne devrait pas s'écarter – dans l'intérêt de la sécurité du droit – sans nécessité d'une décision fondée sur des considérations du droit pénal. Alors même que le traitement en milieu hospitalier serait fondé davantage sur la dangerosité sociale de l'assuré, la nécessité du traitement médical fait partie des motifs de l'hospitalisation. Il n'est pas décisif que, lors de la décision de placement par le juge pénal, des motifs de protection de la société aient été au premier plan (RJAM 1986 no K 680, p.229). Le Tribunal fédéral des assurances a repris ce qui précède dans sa jurisprudence postérieure à l'entrée en vigueur de la LAMal et de la LPGA, dans le cas d'un assuré placé par le juge dans une clinique psychiatrique en application des articles 43 chiffre 1 al.1 aCP (mesures concernant les délinquants anormaux) et 44 chiffre 1 al.1 aCP (traitement des alcooliques et des toxicomanes). Lorsqu'un séjour stationnaire en milieu hospitalier est médicalement nécessaire – parce qu'il vise à traiter l'atteinte à la santé psychique et le risque de récurrence qu'elle comporte – il est à la charge de l'assurance-maladie, alors même que le placement de l'assuré a été ordonné par le juge en raison de la dangerosité de l'intéressé pour autrui (arrêt du 23.05.2006 [K 142/2004]). b) En conséquence, l'argumentation de la demanderesse selon laquelle l'assuré a été, en l'espèce, placé en milieu psychiatrique par décision des autorités judiciaires pénales (arrêt de non-lieu et traitement de la Chambre d'accusation, du 23.11.2000) et maintenu en milieu hospitalier pour des motifs de protection des tiers, sans qu'il y ait une notable amélioration de son état de santé, est dénuée de pertinence dans la mesure où la demanderesse semble considérer que l'assureur-maladie serait délié de son obligation de fournir les prestations de l'assurance obligatoire en cas d'hospitalisation du seul fait que le placement et le maintien en milieu hospitalier est commandé par la dangerosité de l'intéressé et le risque de récurrence. Ce qui est déterminant, c'est le besoin d'un traitement en milieu hospitalier, comme cela sera exposé plus loin.

## **E. 8**

a) Selon l'article 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Les prestations comprennent, notamment, les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social, les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques, les mesures de réadaptation, le séjour en division commune d'un hôpital, le séjour dans une institution prodiguant des soins semi-hospitaliers (art. 25 al. 1 et 2). Sont des hôpitaux les établissements, et celles de leurs divisions, qui servent au traitement hospitalier (ou semi-hospitalier) de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (art. 39 al.1 et 2 LAMal). Selon l'article 49 al.3 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2008), en cas

d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital en vertu des alinéas 1 et 2, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'article 50 est applicable. D'après l'article 50 LAMal (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2008), en cas de séjour dans un établissement médico-social (art.39 al.3), l'assureur prend en charge les mêmes prestations que pour un traitement ambulatoire et pour les soins à domicile. Il peut toutefois convenir, avec l'établissement médico-social, d'un mode de rémunération forfaitaire. Les alinéas 6 et 7 de l'article 49 LAMal sont applicables par analogie. b) Ainsi, en ce qui concerne le lieu du traitement, la LAMal ( art. 25 ) distingue les mesures ambulatoires, le traitement stationnaire, semi-stationnaire, ou dans un établissement médico-social. Ces notions relèvent du droit fédéral; il n'appartient pas aux partenaires des conventions tarifaires de définir eux-mêmes ce qui doit être considéré comme ambulatoire, stationnaire ou semi-stationnaire. La distinction entre ces notions est cependant d'importance pour le tarif applicable, le choix du fournisseur de prestations et la prise en charge des frais qui en résulte ( Eugster , Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2e éd., p.523 ss). Le droit aux prestations pour un traitement stationnaire suppose d'abord un séjour effectif dans un hôpital. En plus, il suppose la nécessité d'un traitement hospitalier. Cette condition est remplie lorsque l'assuré souffre d'une maladie dont le traitement doit nécessairement avoir lieu en milieu hospitalier sous la forme de soins aigus, d'une surveillance de l'état de santé ou d'une réadaptation médicale. L'exigence de la nécessité du traitement en milieu hospitalier est un aspect du précepte de l'économicité des prestations. L'hospitalisation doit céder le pas aux formes de traitement alternatives possibles qui seraient moins coûteuses. La nécessité de l'hospitalisation est cependant admise lorsque les possibilités de traitement ambulatoire ont été épuisées et que seul un séjour hospitalier présente encore des chances de succès (ATF 126 V 323 , 326 cons.2b; RAMA 2000 KV 139 363, 365). Dans un tel cas, l'hospitalisation peut se révéler justifiée même si le traitement prodigué dans l'établissement n'aurait en soi pas exigé, sous l'angle du pronostic, le séjour en milieu hospitalier (ATF 120 V 200 , 206 cons. 6; RAMA 1994 K 939 162, 164 cons.3a; RAMA 1985 K 621 85 cons.2b; RAMA 1984 K 589 188; RJAM 1969 55 151). Des circonstances personnelles, familiales, ou non strictement médicales, peuvent également justifier un séjour hospitalier. Il en va ainsi lorsque le traitement médical ne peut pas être dispensé autrement qu'à l'hôpital en raison des conditions de vie personnelles de l'assuré (ATF 126 V 323 , 326 cons.2b). Le but doit être de garantir un traitement médical nécessaire, qui ne pourrait pas être effectué autrement, même par des soins à domicile ou dans un établissement de convalescence (RAMA 1987 K 739 253). Le besoin d'un séjour à l'hôpital peut, en outre, fonder la nécessité de l'hospitalisation s'il est motivé par une surveillance de l'état de santé ne pouvant avoir lieu de manière adéquate qu'à l'hôpital. Il en va de même si un assuré ne peut, en raisons d'exigences d'ordre médical, être pris en charge durablement et de manière adéquate que dans un hôpital et non dans un établissement médico-social (art. 49 al. 3 LAMal; RAMA 1991 K 869 166). La nécessité de l'hospitalisation s'apprécie selon des critères objectifs – de sorte qu'il importe peu que le patient ne puisse souvent pas se déterminer lui-même à ce sujet (RAMA 1994 K 929 18, 21 cons.4) – et au regard des circonstances existantes au moment de l'admission à l'hôpital (ATF 120 V 200 cons. 6a in fine; RAMA 2000 KV 139 363, 365 cons.2b; RAMA 1994 K 939 162, 164 cons. 3a; RAMA 1944 K 929 20 cons.3b). Si l'assuré reste dans un établissement pour soins aigus alors que la nécessité de l'hospitalisation a disparu, il ne

peut, s'il a encore besoin de soins stationnaires, obtenir que les prestations prévues pour le séjour dans un établissement médico-social (art. 49 al.3 LAMal ). La durée de l'hospitalisation reconnue comme nécessaire ne saurait être fixée d'emblée, mais elle peut et doit être estimée à l'avance et contrôlée régulièrement pendant le séjour hospitalier (ATF 127 V 43 cons.2a, 48 ss). La règle prévue par l'article 43 al.3 LAMal implique la distinction entre la nécessité de soins aigus ou d'une réadaptation en milieu hospitalier, d'une part, et la nécessité de soins dans le cadre d'un établissement pour patients de longue durée (établissement médico-sociaux; art.39 al.3 LAMal ), d'autre part. Cette distinction n'obéit pas à des critères stricts, de sorte qu'il faut nécessairement reconnaître au médecin traitant une certaine marge d'appréciation (ATF 124 V 362 cons.2c; arrêt du 09.04.2002 [K 91/01] cons.1). Des difficultés dans ce classement des patients peuvent se présenter dans le cas des assurés séjournant durablement dans un établissement psychiatrique. Il y a lieu, en principe, d'appliquer de la même manière la règle de l'article 49 al.3 LAMal aux assurés souffrant d'atteintes durables, qu'elles soient de nature psychiatrique ou somatique. Les prestations pour les patients de longue durée en milieu psychiatrique doivent également être fixées selon le tarif des établissements médico-sociaux (art.50 LAMal). Mais cela ne signifie pas que le tarif doit être identique à celui prévu pour les patients âgés atteints de troubles somatiques dans les établissements médico-sociaux, ni que ce dernier tarif doit servir de tarif de référence (arrêts du 20.10.2005 [K 44/05] , , du 14.04.2005 [K 157/04] ). Quant aux mesures de réadaptation, prévues par l'article 25 al. 2 litt. d LAMal , elles se distinguent pas le fait que le traitement de la maladie en soi est terminé et qu'il s'agit d'appliquer des formes de thérapie additionnelles pour compléter le traitement de l'état maladif, dans un but de réadaptation professionnelle, fonctionnelle ou sociale (ATF 126 V 323 cons.2c; RAMA 2000 KV135 338, 340). Le premier cas d'application concerne la réadaptation médicale qui fait suite au traitement de la maladie et vise à supprimer ou à réduire l'atteinte causée par celle-ci ou par son traitement à l'aptitude physique ou psychique au moyen de mesures médicales. C'est notamment ce qu'il faut entendre par les "séquelles" mentionnées par l'article 25 al.1 LAMAL . Un autre cas d'application est celui de la réadaptation médicale de patients chroniques ou gériatriques, lorsque le maintien et le cas échéant l'amélioration de l'aptitude fonctionnelle est au premier plan (ATF 126 V 323 cons.2c; RAMA 2000 KV 135 338, 340). Lorsque l'on ne peut pratiquement plus attendre de la réadaptation médicale une amélioration sensible des fonctions atteintes, on se trouve dans le cas d'un patient de longue durée, relevant au besoin des établissements médico-sociaux. Un domaine particulier est celui de la réadaptation de toxicomanes par des thérapies de sevrage. Si la réadaptation a lieu dans un établissement spécialisé, le critère de la nécessité de l'hospitalisation doit être rempli, ce qui se vérifie en fonction de l'intensité du traitement requis, du degré de l'atteinte, du besoin de soins et de la gravité de l'affection principale ou d'atteintes concomitantes aggravantes (ATF 126 V 323 cons.2c; RAMA 2000 KV 135 338, 340). La durée admissible d'une telle réadaptation dépend de savoir si les mesures en cours permettent encore d'espérer une amélioration sensible du résultat de la réadaptation. Pour distinguer une cure de convalescence d'une mesure de réadaptation médicale, ce qui n'est pas toujours aisé, il convient de se fonder sur le but visé. La réadaptation médicale tend à rétablir des aptitudes perdues ou à améliorer des aptitudes fonctionnelles par des moyens médicaux. Les cures sont indiquées, en revanche, pour les assurés qui ne nécessitent pas de soins ou de traitement particuliers mais ont besoin, pour leur convalescence, de repos et d'un changement de milieu ou de climat après une maladie ayant affecté de manière importante leur état général (ATF 126 V 323 cons.2d; sur l'ensemble de ces distinctions : Eugster ,

op.cit., p.523-531).

## **E. 9**

a) Il ressort du dossier de la commission d'application des mesures (anciennement: commission de libération; actuellement: office d'application des peines) concernant l'assuré X., que celui-ci a fait l'objet, à la demande de l'autorité tutélaire du district de Boudry, d'une première expertise psychiatrique par le Dr V., psychiatre et psychothérapeute à Neuchâtel, datée du 15 décembre 1994. Ce médecin retenait, en résumé, que l'intéressé (alors âgé de 17 ans) présentait "une profonde crise d'identité s'inscrivant vraisemblablement dans le cadre d'une évolution psychotique débutante", évoquait "un trouble sévère de la santé mentale", et considérait que la mesure la plus opportune consistait en un placement temporaire à la clinique psychiatrique de Préfargier. Quelques années plus tard, à la demande du juge d'instruction, le même médecin a été appelé à réexaminer l'assuré après que celui-ci eut commis des délits (tentative de viol et désagréments causés par la confrontation à un acte d'ordre sexuel) intervenus apparemment durant une période d'exacerbation de la maladie psychiatrique dont il souffrait depuis l'adolescence. Dans son rapport du 23 mai/6 juin 2000, il a confirmé la suspicion d'une évolution schizophrénique, les délits récents semblant avoir été commis durant une phase de poussée aiguë de la maladie; il existait un risque de nouveau passage à l'acte similaire, principalement à la faveur de nouvelles périodes d'exacerbation; la mise en place d'un traitement médicamenteux régulier devrait permettre de diminuer ce risque de façon importante. L'autorité tutélaire civile a de ce fait ordonné le placement de l'intéressé à l'Hôpital psychiatrique de Perreux par décision du 16 juin 2000. Par la suite, la Chambre d'accusation a rendu un arrêt de non-lieu le 23 novembre 2000, ordonnant le placement de X. dans un hôpital au sens de l'article 43 ch.1 al.1 (1re phrase) aCP, "pour éviter un risque de récurrence jugé comme sérieux par l'expert et pour mettre en place les moyens de palier efficacement à de tels risques". Ce placement a fait l'objet d'un suivi régulier par la commission de libération, laquelle a obtenu de nombreux rapports successifs de l'hôpital de Perreux relatant l'évolution de l'état de santé de l'intéressé. b) Dans le cadre de la présente procédure, une expertise psychiatrique de l'assuré a été ordonnée par le Tribunal arbitral, confiée au Dr B., spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève, qui a déposé son rapport le 7 avril 2009, complété par les réponses à des questions complémentaires le 2 juin 2009. Il résulte de cette analyse de l'expert, très détaillée, en résumé ce qui suit : Le diagnostic posé par l'expert est celui d'un "trouble schizo-affectif (F25)" et de "troubles du développement psycho-sexuel, sans précision (F66.9)". Dans l'anamnèse psychiatrique il est relevé notamment une première hospitalisation à Préfargier du 13 décembre 1994 au 12 septembre 1995, un placement au foyer D. jusqu'à fin de 1996 environ, l'intéressé étant alors suivi par un pédopsychiatre de Bienne, puis une période de dépression et de désintérêt avec des troubles du comportement entraînant, "en raison d'une nouvelle décompensation aiguë, de troubles du comportement, d'une attitude incohérente et de bouffées d'angoisse chez une personnalité prépsychotique" une deuxième hospitalisation à Préfargier du 2 au 22 août 1997, en juillet 1999 un comportement de désinhibition avec hyperactivité, dispersion avec désorganisation, puis une troisième hospitalisation à Préfargier du 10 au 15 septembre 1999 où est posé le diagnostic de décompensation psychotique à contenu paranoïde. Divers comportements inadéquats de caractère sexuel ont continué de se manifester. L'assuré a été hospitalisé à Perreux le 23 mai 2000, où il a été placé d'emblée dans l'unité des admissions/crise en raison d'une symptomatologie psychotique exacerbée (hallucinations, idées délirantes, désorganisation de la pensée et du comportement). Le 26 octobre 2000, il a été transféré à l'unité polyvalente (unité ouverte

spécialisée). Un programme de thérapie groupale portant sur la déviation sexuelle a été mis en place. A plusieurs reprises, au cours des années suivantes, il a toutefois été transféré à nouveau temporairement à l'unité d'admissions/crise à la suite de comportements violents ou de troubles de l'humeur, ou encore, ce qui a été le cas en juillet 2004, d'hallucinations visuelles avec d'irritabilité et risques d'automutilation et d'hétéro-agressivité, épisodes alternant avec des périodes où l'état psychique est apparu plus stable. L'assuré a suivi un programme thérapeutique individuel et de groupe, dont l'objectif était d'approfondir les connaissances de sa maladie et de l'accepter (psychoéducation), de réaliser la nécessité d'un traitement médicamenteux et psychothérapeutique, ainsi qu'une thérapie spécialisée dans le trouble du développement psycho-sexuel qu'il présente (détection des facteurs de risque et des conséquences d'actes de viol), tout en fréquentant un atelier protégé. En septembre 2005, vu l'amélioration des conduites et de la symptomatologie et avec un traitement médicamenteux, a été effectué un transfert de l'assuré au service de réhabilitation, lieu intra-hospitalier ouvert dont le but est d'évaluer les possibilités de réinsertion. L'assuré a poursuivi par ailleurs son activité en ateliers protégés. A plusieurs reprises (en janvier, en mai, en juillet et en octobre 2006) toutefois, il a été transféré à nouveau pour de courtes périodes au service des admissions/crise à la suite de divers incidents (agressivité, fugue). Le 19 novembre 2007, vu l'absence prolongée de retour en milieu fermé, la stabilité psychique, les efforts sur le plan comportemental – mais compte tenu de la nécessité persistante d'un encadrement permettant d'anticiper des comportements inadéquats – la sortie de l'assuré de la clinique de psychiatrie et son entrée à l'unité de réadaptation E. à Perreux a eu lieu. c) L'expert a rappelé que, d'une manière générale, un traitement intra-hospitalier est indiqué lorsqu'une personne est si gravement perturbée qu'elle doit être protégée d'elle-même et vis-à-vis d'autrui et que l'environnement habituel de cette personne n'est pas à même de fournir cette protection. Il a relevé qu'il était difficile en l'espèce de se faire une idée exacte de l'état de l'assuré étant donné qu'il n'existait qu'un seul status psychiatrique (description objective de l'état clinique), savoir le status à l'admission du 23 mai 2000, manquement qui ne permet pas de suivre l'évolution de manière précise et oblige à se référer aux descriptions approximatives des suites médicales, ainsi qu'aux descriptions infirmières. Enumérant dix critères d'une hospitalisation prolongée, l'expert a exposé que le premier de ces critères ("impulsivité ou symptômes psychotiques sévères et sans rémission, incluant des patients souffrant de schizophrénie grave qui ne répondent pas aux médicaments antipsychotiques; troubles des impulsions et troubles alimentaires graves") a justifié l'hospitalisation de l'assuré en raison de décompensations psychotiques du 23 mai au 26 octobre 2000 et pendant quelques semaines au mois de juillet 2004. Si l'intéressé a été par ailleurs réadressé à plusieurs reprises à l'unité de crise, cela était dû à d'autres raisons (agressions et fugue). Toutefois, ce premier critère inclut également les troubles du contrôle des impulsions. Or, le mauvais contrôle des impulsions et le côté imprévisible des agissements est en lien soit avec le trouble schizo-affectif soit avec les troubles du développement psycho-sexuel. Cet aspect justifiait un maintien en milieu hospitalier en raison du danger que l'intéressé pouvait représenter vis-à-vis des personnes du sexe opposé et des autres personnes. L'expert note que si, depuis son passage au foyer E., l'assuré a encore suivi des femmes à deux ou trois reprises, il a été renoncé à une réhospitalisation en considération des progrès substantiels (risque de passage à l'acte) réalisés sur le plan psychique. En ce qui concerne le second critère énoncé par l'expert ("idéation suicidaire, comportement autodestructeur ou violent continu, se manifestant dans tout type de situation ne répondant pas à des traitements moins intensifs"), celui-ci a relevé que les épisodes

répondant à cette description n'ont été ni très intenses ni très longs, car désamorçés par l'équipe soignante, et n'auraient pas justifié stricto sensu une hospitalisation prolongée, l'état de tension psychique s'étant résolu en quelques heures ou quelques jours, mais que dans la pratique, en raison de leur caractère difficilement prévisible, un maintien en milieu intra-hospitalier de manière continue a été nécessaire. Le troisième critère ("conduites addictives: alcool, stupéfiants; personnalité pathologique surajoutée à la pathologie principale") n'est pas réalisé. Le quatrième critère ("personne souffrant de schizophrénie chronique, inapte à fonctionner à l'extérieur de l'hôpital sans aide intensive de réhabilitation socio-professionnelle") ne l'était pas non plus, dès lors que sur le plan schizo-affectif l'assuré a été stabilisé après le mois d'octobre 2000 (sous réserve de l'épisode de juillet 2004) : absence d'idées délirantes franches, d'hallucinations, de comportement grossièrement désorganisé, de symptomatologie dépressive ou maniaque. Le cinquième critère ne concerne pas l'assuré. En ce qui concerne le sixième critère ("échec de traitements antérieurs incluant la psychopharmacologie, la psychothérapie ou des hospitalisations brèves"), l'expert explique que si le trouble schizo-affectif a répondu favorablement au traitement psychotrope et hospitalier, le traitement impulsif ne pouvait en revanche avoir lieu qu'en milieu intra-hospitalier pour des raisons de sécurité (danger potentiel présenté par l'assuré pour des femmes à l'extérieur). Le septième critère ("complications graves liées au traitement") n'est pas réalisé. Il en va de même du huitième critère ("buts thérapeutiques impliquant un changement intrapsychique ou une réhabilitation professionnelle et sociale significative"), en ce sens qu'on ne pouvait pas escompter chez l'assuré, même avec les traitements intensifs qu'il a suivis, de changement intrapsychique significatif, en profondeur; sur ce point, l'expert note un manque de rigueur, vu la longueur d'un traitement spécifique, dans l'évaluation finale, les progrès de l'assuré n'ayant pas été évalués de manière formelle avant la sortie de la clinique psychiatrique en novembre 2007. Les neuvième ("entourage familial chaotique, ne constituant aucune source de soutien, absent ou mettant en danger le traitement") et dixième critères ("absence de système extrahospitalier viable") ne sont pas réalisés. En résumé, l'expert a constaté qu'une hospitalisation de longue durée a été justifiée par le risque, peu prévisible, de passage à l'acte hétéro-agressif, et qu'en dehors de cet aspect particulier, des hospitalisations de moyenne durée ont été justifiées de mai à octobre 2000 et pendant quelques semaines en juillet 2004. Par conséquent, on doit retenir, selon l'expert, que l'assuré avait besoin d'un traitement psychiatrique qui aurait pu, en soi, avoir lieu en foyer mais qui a été rendu nécessaire en milieu hospitalier en raison du danger représenté vis-à-vis de tiers en lien avec les risques de comportement impulsifs, imprévisibles. Ceci vaut en particulier pour la période du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2005. L'expert a observé en outre que le traitement médicamenteux à l'hôpital a été adéquat, en ce sens que les neuroleptiques ont permis la quasi éradication symptomatologie purement psychotique (hallucinations, idées délirantes, comportement grossièrement désorganisé) et que le traitement psycho-éducatif a permis à l'intéressé d'avoir une bonne compliance thérapeutique. La thérapie spécialisée dans le trouble du développement psycho-sexuel a été adéquate, mais avec un succès limité, car certains troubles continuent à se manifester, et il n'est pas certain que la dangerosité sera significativement diminuée. Un traitement ambulatoire (isolé, en ville) n'aurait pas été possible, à cause du risque d'augmentation des épisodes d'agressivité et d'actes d'agression sexuelle, en l'absence de possibilités d'intervention rapide par des soignants et d'une compliance médicamenteuse moindre. Un traitement de réhabilitation en foyer sur domaine hospitalier (régime extrahospitalier) n'aurait pas été possible avant novembre 2007 pour des

raisons de protection des gens de l'extérieur uniquement, dangerosité qui découle des troubles psychiques de l'assuré. Un traitement ambulatoire en ville combiné avec un séjour au foyer E. n'aurait pas non plus constitué un traitement adéquat, car la dangerosité (imprévisibilité des passages à l'acte, tant agressifs que sexuels, l'imprévisibilité des réactions constituant un des éléments cardinaux des personnes souffrant de symptômes schizophréniques) aurait persisté. Sous cette réserve, il n'est cependant pas donné que l'assuré aurait eu besoin d'un traitement si "hautement spécialisé et intensif", pour reprendre les termes de la Doctoresse F. dans sa lettre du 24 avril 2006, qui ne pouvait être prodigué que dans un hôpital de soins aigus. L'assuré répond bien aux traitements médicamenteux, qui ont mené à une quasi-éradication de la symptomatologie psychotique et à une disparition de la symptomatologie dépressive, maniaque ou hypomaniaque. Les objectifs de traitement comme l'approfondissement du travail sur les troubles du développement sexuel, l'aisance dans la vie quotidienne, la réinsertion professionnelle, sont possibles mais limités. Ainsi, si des agressions physiques n'ont plus eu lieu, des agressions verbales ont continué au foyer E. et l'assuré a continué à suivre des femmes à deux ou trois reprises, dont la dernière fois en été 2008. La thérapie mise en place n'a pas permis de changement profond, intrapsychique. d) Ces considérations de l'expert conduisent à constater qu'il y a lieu de distinguer, dans l'atteinte à la santé de l'assuré X., la symptomatologie psychotique (hallucinations, idées délirantes, comportement désorganisé) d'une part, et la dangerosité, autre aspect de la maladie (imprévisibilité des passages à l'acte, tant agressifs que sexuels) d'autre part. L'un et l'autre nécessitaient un traitement, dont l'efficacité a été avérée pour le premier élément, plus incertaine pour le second. Cependant, il s'agit d'une affection qui forme un tout (trouble schizo-affectif et troubles du développement psycho-sexuel), remontant d'ailleurs à l'adolescence de l'intéressé, pour laquelle le besoin de soins adéquats est établi. Comme exposé plus haut (cons.7a et 8b), le fait qu'il s'agit aussi, par l'hospitalisation, de préserver les tiers de la dangerosité de l'assuré – voire que cette dernière est, le cas échéant, au premier plan dans le placement en milieu hospitalier – n'est, selon la jurisprudence, pas décisif, du moment que la nécessité d'un traitement de l'atteinte psychique est démontrée. Cela étant, il faut retenir, sur le vu des explications de l'expert, que l'intéressé ne pouvait être pris en charge, de manière adéquate, qu'en milieu intra-hospitalier jusqu'en novembre 2007, époque à laquelle son transfert au foyer E. a été possible. Que, selon l'expert, l'hôpital de Perreux n'ait pas établi de description de l'état clinique ("observations", selon le code de déontologie de la FMH), c'est-à-dire qu'il manque un status psychiatrique – mis à part le status à l'admission – pendant une durée d'hospitalisation de 7 ans, et que cela constitue selon lui une violation des règles déontologiques, n'est en soi pas de nature à remettre en cause ce qui précède, dès lors que l'expert n'apporte pas d'indices susceptibles de soulever des doutes quant à la valeur probante des évaluations médicales et descriptions infirmières effectuées à l'hôpital, qu'il a analysées, ni quant à ses propres conclusions, fondées sur un examen très approfondi du cas. e) Les informations fournies par le Dr C. lors de son audition du 11 décembre 2009 ne contredisent pas ce qui résulte du rapport d'expertise, si ce n'est que ce médecin réfute l'avis selon lequel l'hôpital aurait dû établir régulièrement les status psychiatriques de l'assuré, et qu'il ne partage pas l'opinion selon laquelle les cas psychotiques ne peuvent pas évoluer sur le plan intrapsychique où, selon l'expert, un changement profond ne serait donc pas intervenu, relevant qu'au contraire la capacité de l'assuré X. de résister au passage à l'acte et sa capacité de socialisation s'étaient nettement améliorées. En ce qui concerne le premier de ces deux éléments, il a été exposé plus haut qu'il n'était pas déterminant pour la

solution du cas. Quant au second, il faut relever que l'expert admet que le transfert de l'assuré au foyer E. n'a été possible qu'en novembre 2007, ce qui implique la constatation d'une évolution positive de l'état de santé, et donc une certaine efficacité du traitement, quand bien même les chances de succès quant à l'élimination totale du risque de récurrence – savoir de la dangerosité – restent selon l'expert limités. On ne saurait dès lors conclure à l'absence d'efficacité ou à l'inadéquation du traitement (art. 32 al. 1 LAMal), ce d'autant plus que la période ici en cause concerne les années 2003 à 2005.

#### **E. 10**

a) La demanderesse ne conteste pas en tant que tel le tarif qui a servi de base à la facturation et aux paiements litigieux. En conséquence, il n'y a pas lieu de procéder à d'autres actes d'instruction sur ce point, les considérants qui précèdent permettant par ailleurs de trancher la cause en ce qui concerne l'objet du litige, savoir le remboursement prétendu de prestations de la demanderesse, dont les conclusions se révèlent infondées et doivent être rejetées. b) Vu l'issue du litige, les frais de la cause doivent être mis à la charge de la demanderesse (art. 89 al. 5 LAMal ; 40 al.2 LILAMal; 47 al.1 et 3 LPJA ). Ceux-ci comprennent l'émolument de décision, les débours forfaitaires, les frais d'expertise, les frais de témoin, ainsi que les indemnités dues aux membres du tribunal arbitral (arrêté concernant le tarif des frais de procédure, du 22.12.2009 [ RSN 164.11 ]; arrêté fixant la procédure en matière de contestations relatives à l'assurance-maladie sociale et aux assurances complémentaires, du 23.02.2004 [ RSN 821.105 ]). L'Etat n'a pas droit à des dépens (art. 48 al.1 LPJA a contrario, disposition applicable par analogie dans la procédure de l'action de droit administratif, cf. arrêt du TA du 24.03.2009 [TA.2000.288] ).

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