

NE_GERICHTE TARB.2019.2 vom 16. April 2021

NE Tribunal cantonal, 2021-04-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_TARB.2019.2

FR: NE_GERICHTE TARB.2019.2 du 16 avril 2021

IT: NE_GERICHTE TARB.2019.2 del 16 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'Accord sur la commission paritaire entre l'Association suisse des ergothérapeutes (ASE) et la Croix-Rouge suisse (CRS) d'une part, et Santéuisse d'autre part, si une des parties rejette la proposition de conciliation, le tribunal arbitral compétent peut être saisi (ch. 6). En l'espèce, les deux propositions de conciliation formulées par la CP, favorables à la demanderesse, ont été refusées par la défenderesse. Cela étant, il appartenait bien à X. _____ de saisir le tribunal arbitral pour faire valoir ses droits, l'assurance Atupri n'ayant, conformément à la jurisprudence, pas d'intérêt pour agir en constatation de droit négative, c'est-à-dire à faire constater qu'elle ne devait pas rembourser les factures litigieuses (ATF 132 V 18 cons. 2 et les références citées). Le litige, qui oppose un assureur et 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, du fait qu'il concerne une ergothérapeute installée dans le canton (art. 89 al. 2 LAMal). Déposée dans les formes légales, la demande est recevable.

E. 2

let. a ch. 3 LAMal). Sont notamment admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les ergothérapeutes qui exercent à titre indépendant et à leur compte (art.46 al. 1 let. b OAMal).

D'après l'article 6 al. 1 let. a OPAS, les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie, au sens des articles 46, 48 et 52 OAMal, sont prises en charge dans la mesure où elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

b) Selon la jurisprudence, le traitement d'un trouble moteur peut justifier le recours à des séances d'ergothérapie, au cours desquelles sont exercés divers actes ordinaires de la vie, tels que manger, faire sa toilette, s'habiller, écrire, ou les relations avec autrui.

Lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre de la réinsertion d'un patient victime d'une grave atteinte à la santé d'origine maladie, voire accidentelle, ces mesures incombent à l'assurance-maladie et ont pour but de permettre à leur bénéficiaire d'acquérir la plus grande indépendance possible dans sa vie quotidienne et dans sa profession.

L'ergothérapie, qui procède avant tout du domaine pédagogique, n'entre que de façon restrictive dans le champ d'application de l'article 6 al. 1 let. a OPAS pour traiter un problème de développement de moindre importance (arrêt du TF du 16.06.2004 [K 126/02] cons. 3 et les références citées).

Aux termes de l'ancien article 2 al. 1 LAMal (remplacé au 01.01.2003 par l'art. 3 al. 1 LPG de teneur équivalente), on entend par maladie, toute atteinte à la santé physique ou

mentale qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. Il n'est pas toujours aisé de déterminer si une atteinte à la santé nécessite un traitement médical et si elle a valeur de maladie, notamment lorsque l'assuré n'est pas malade au sens de la loi mais nécessite des soins ou un traitement pour des motifs sociaux (par ex. dans le cas d'assurés âgés ou vivant seuls nécessitant une surveillance médicale ou para-médicale). Le seul fait qu'un médecin prescrive un traitement d'ergothérapie ne signifie pas encore que l'on soit en présence d'une maladie au sens de la loi. Est décisif, à cet égard, le fait de savoir si l'affection de base qui a donné lieu à la prescription d'une ergothérapie fait l'objet d'un examen médical et/ou est traitée médicalement ou non (arrêt du Tribunal cantonal du Valais du 14.10.2002, RVJ 2004 p. 94 cons. 1b et les références citées).

c) Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix (art.43 al. 1 LAMal). Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente (art.43 al.

E. 4

LAMal). Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible (art.43 al.

E. 6

LAMal). Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part (art.46 al. 1 LAMal).

L'Association suisse des ergothérapeutes (ASE) et la Croix-Rouge suisse (CRS), d'une part, et Santésuisse, d'autre part, ont conclu une convention qui règle l'indemnisation des prestations ergothérapeutiques selon l'article 6 OPAS. Cette convention, entrée en vigueur au 1er janvier 2005, est applicable sur tout le territoire de la Suisse et a été approuvée par le Conseil fédéral (art.46 al. 4 LAMal).

Le paragraphe 5 de cette convention (" Avis de traitement ") prévoit que l'ergothérapeute annonce à l'assureur-maladie le début ou la continuation du traitement conformément à la procédure fixée sous le paragraphe " Contrôle du traitement ". Dans les 10 jours ouvrables après réception du formulaire d'ordonnance, l'assureur-maladie doit informer le médecin traitant et l'ergothérapeute au cas où il ne serait pas tenu à prestations pour le traitement du patient concerné. L'assureur-maladie prend en charge les prestations fournies après l'expiration de ce délai de 10 jours jusqu'à la date de communication de son refus. Selon le paragraphe 6 (" Contrôle du traitement "), en cas de traitements non urgents, planifiés, l'ergothérapeute annonce à l'assureur-maladie concerné le traitement des patients qui lui ont été envoyés par le médecin, au moyen de l'ordonnance médicale (§6.1, let. b) ; sans annonce préalable à l'assureur-maladie, l'ergothérapeute peut procéder à des investigations ordonnées par le médecin ou à un constat ergothérapeutique (au maximum 2 séances). Le formulaire d'ordonnance doit être envoyé à l'assureur-maladie avec la facture correspondant à ces investigations (§6.1, let. c).

Selon les directives relatives à la convention tarifaire d'ergothérapie (qui font partie intégrante de la convention, cf. §1 de la convention), l'ergothérapeute annonce à

l'assureur-maladie compétent le traitement des patients qui lui ont été envoyés par le médecin, au moyen du formulaire d'ordonnance médicale convenu par les partenaires tarifaires (§1.1 des directives). Les assureurs-maladie doivent prendre à leur charge les frais de traitement d'ergothérapie en cas d'affections somatiques (au sens de l'article 6 al. 1 let. a OPAS) lorsque le traitement vise à améliorer les fonctions corporelles (motrices, sensorielles ou cognitives), et qu'ainsi, la maladie ou ses conséquences directes (par ex. douleurs, états d'anxiété, apathie, limitation des mouvements, difficultés de concentration et troubles de la mémoire) peuvent être atténuées et l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie s'en trouver améliorée. L'ergothérapie pratiquée sans ordonnance médicale, dans un autre but que le traitement d'une maladie, ne constitue pas une prestation obligatoire des assureurs-maladie (mesures de réadaptation professionnelle de l'AI, assistance des personnes âgées), pas plus que les mesures médicales de l'AI et le traitement d'infirmités congénitales de l'AI (§2.1 des directives).

Conformément au tarif annexé à la convention tarifaire, l'ergothérapeute / l'organisation d'ergothérapie est en droit de remettre aux patients, sans demander de garantie de prise en charge spécifique, des attelles et moyens auxiliaires d'ergothérapie permettant d'atteindre le but du traitement, jusqu'à concurrence de 250 francs par patient et par année (prix coûtant de la marchandise vendue, c.-à-d. y compris les frais d'acquisition et d'entreposage). La facture est à détailler. Pour les attelles et les moyens auxiliaires coûtant plus de 250 francs par patient, une garantie de prise en charge doit être demandée à l'assureur maladie compétent avant la remise du matériel. La prise en charge des moyens auxiliaires ergothérapeutiques a en outre été précisée par la circulaire 57/2003 de Santé Suisse (<https://www.ergosenior.ch/uploads/p9qf28G9/Priseenchargedesmoyensauxilairsparlesassureursmaladie.pdf>). Selon cette circulaire, sont considérés par la commission paritaire comme moyens auxiliaires ergothérapeutiques, les appareils, attelles et machines qui sont remis par les ergothérapeutes et

-qui sont sélectionnés ou confectionnés spécialement et sont adaptés aux besoins spécifiques des patients

et/ou

-dont l'apprentissage individuel en vue de leur utilisation requiert l'intervention d'un ergothérapeute.

Les objets et appareils également utilisés habituellement par des personnes âgées en bonne santé (par ex. tapis de bain, barre d'appui de douche) et dont l'utilisation ne requiert aucune intervention d'un ergothérapeute ne sont donc pas considérés comme des moyens auxiliaires ergothérapeutiques.

Les moyens auxiliaires ergothérapeutiques permettent d'atteindre le but du traitement et font partie intégrante des mesures ergothérapeutiques. Il s'agit d'autres moyens et appareils que ceux figurant sur la LiMA (liste des moyens et appareils annexée à l'OPAS ; cf. circulaire 57/2003 précitée, p. 2).

3. En l'espèce, il convient de déterminer si les prestations litigieuses entrent ou non dans le cadre des prestations à charge de l'assurance-maladie obligatoire des soins, au sens de l'article 6 al. 1 let. a OPAS, respectivement si c'est à bon droit que la défenderesse a refusé de prendre ces prestations à sa charge.

a) Dans le cas de [patient 1], le traitement d'ergothérapie a été prescrit par un médecin, le Dr A. _____, lequel a indiqué un diagnostic de "trémor essentiel/polyarthralgies". Il n'est pas contesté que l'affection ayant donné lieu à cette prescription entre dans la définition de maladie au sens de la loi. En outre, il n'est pas non plus remis en question qu'une partie au moins des prestations ergothérapeutiques fournies s'inscrivent dans le cadre de l'article 6 al. 1 OPAS et sont donc à charge de l'assurance-maladie. Atupri a en effet pris en charge une partie des séances d'ergothérapie (à raison de CHF 199.80 sur un montant total de CHF 355.80) et tous les moyens auxiliaires facturés (CHF 31.40 + CHF 153). Le litige se limite donc aux prestations que la défenderesse a refusé de couvrir (soit CHF 156).

A l'appui de son refus, la défenderesse fait valoir que le traitement ergothérapeutique prodigué à [patient 1] a également porté sur des prestations en lien avec le ménage (instruction de moyens auxiliaires pour les travaux ménagers et visite de la buanderie notamment) et que de telles prestations sortent du cadre de l'article 6 OPAS. Sur les trois séances d'ergothérapie facturées (CHF 129.60 [02.02.2018] + CHF 123 [15.02.2018] + CHF 103.20 [09.03.2018]), la défenderesse a ainsi accepté de prendre à sa charge l'intégralité de la deuxième séance (CHF 123) et une partie de la troisième (à hauteur de CHF 76.80), en déduisant un montant de 26.40 francs correspondant à la moitié du temps facturé en présence de la patiente, et a refusé de couvrir la totalité de la première séance (CHF 129.60), ce qui laisse un montant de 156 francs (CHF 129.60 + CHF 26.40) aux frais de l'assurée.

Contrairement à ce que prétend la défenderesse, le terme d'"actes ordinaires de la vie" au sens de l'article 6 al. 1 let. a OPAS ne saurait se limiter aux six domaines décrits dans le cadre de la Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIAI), c'est-à-dire se vêtir/se dévêtir, se lever/s'asseoir/se coucher, manger, faire sa toilette, aller aux toilettes et se déplacer (cf. également ATF 127 V 94 cons. 3c en matière d'AI et les références citées). Il ressort en effet de la jurisprudence citée au considérant 2b ci-dessus (arrêt du TF du 16.06.2004 [K 126/02] cons. 3) que le Tribunal fédéral envisage le recours à des séances d'ergothérapie en lien avec divers actes ordinaires de la vie, dont celui d'"écrire", qui n'est pas prévu dans les six domaines envisagés sous l'angle de l'assurance-invalidité. Le fait d'instruire ou d'entraîner une patiente dans le domaine des travaux ménagers, afin de permettre une autonomie dans ces actes de la vie quotidienne, n'est ainsi pas d'emblée exclu du champ des prestations visées par cette disposition.

De même, les "actes ordinaires de la vie" visés par l'article 6 al. 1 let. a OPAS ne sauraient être assimilés aux "actes élémentaires de la vie quotidienne" de l'article 9 LPG. Alors qu'au sens de cette dernière disposition, qui définit l'impuissance, les actes élémentaires de la vie quotidienne couvrent les six domaines précités et ne comprennent ni les actes inhérents à l'exercice d'une profession ou à l'accomplissement d'activités équivalentes (études, vie en communauté, tenue du ménage proprement dite), ni les activités liées à la réadaptation professionnelle (assistance pour se rendre au travail) (Perrenoudin Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 21s ad art. 9 LPG), le Tribunal fédéral place les prestations d'ergothérapie dans une conception plus large puisqu'il envisage que de telles mesures peuvent avoir pour but de permettre à leur bénéficiaire d'acquiescer de l'indépendance non seulement dans sa vie quotidienne mais également dans sa profession (arrêt du Tribunal fédéral du 16.06.2004 [K 126/02] cons. 3 et les références citées). Le fait que sous l'angle de l'impuissance - qui au surplus diffère

d'une intervention ergothérapeutique sur d'autres points encore (l'impotence n'est pas nécessairement liée à une atteinte à la santé d'origine pathologique et répond à un besoin durable d'aide ou de surveillance, cf. Perrenoud, op. cit., n. 7 et 18 ad art. 9 LPG) - la tenue du ménage ne soit pas couverte ne peut ainsi justifier une telle restriction dans l'application de l'article 6 al. 1 let. a OPAS.

Cela étant, il convient de distinguer les séances d'ergothérapie, au cours desquelles sont exercés des actes quotidiens en lien avec des travaux ménagers, des prestations d'aide et soutien à domicile, telles que l'aide d'un tiers pour l'entretien du ménage ou du linge, qui ne sont pas couvertes par la LAMal. L'assistance apportée par le biais de l'ergothérapie vise ici au contraire à permettre l'exécution de telles tâches par soi-même, afin de garantir la plus grande indépendance possible, malgré l'existence d'affections somatiques.

En l'espèce, le fait d'avoir évalué la capacité de la patiente à être autonome dans son ménage, en procédant à une visite de son environnement et en proposant des moyens auxiliaires adaptés à ses atteintes physiques, ne saurait être considéré comme contraire à l'esprit de l'article 6 al. 1 let. a OPAS. Dans la mesure où il a été admis que le traitement ergothérapeutique prescrit par le médecin traitant pouvait améliorer les fonctions corporelles de l'assurée, notamment pour " manger ", il paraît arbitraire d'en nier la justification pour l'exercice d'autres actes quotidiens, tout autant nécessaires si l'on cherche à permettre une gestion autonome à domicile. Par conséquent, il y a lieu de retenir que les prestations litigieuses doivent être prises en charge par la défenderesse, à hauteur des 156 francs réclamés (soldes des factures des 16.02.2018 et 27.04.2018), au même titre que le reste du traitement d'ergothérapie qu'elle a déjà couvert.

Par surabondance de moyens, on relèvera encore que, quand bien même une visite de la buanderie était mentionnée dans le descriptif de la première séance d'ergothérapie (02.02.2018), cette visite ne constituait, conformément au courrier du 19 avril 2018, qu'une partie de l'évaluation globale qui avait été effectuée à cette occasion (tour complet des activités et des aménagements déjà mis en place) et que le refus complet de prise en charge de cette séance aurait quoi qu'il en soit été disproportionné.

Finalement, on ajoutera encore, eu égard au grief formulé par la demanderesse, qu'aucune violation de la procédure de contrôle du traitement prévue par les directives annexées à la convention tarifaire n'a en l'espèce été démontrée et que le délai de dix jours convenu entre les parties signataires n'a au surplus pas force obligatoire pour le juge. Selon la mention manuscrite de la demanderesse, l'ordonnance d'ergothérapie du médecin traitant (datée du 11.02.2018) a été envoyée à l'assurance le 16 février 2018. Conformément au timbre apposé sur ce document, la défenderesse l'a reçu le 27 février 2018. Un questionnaire a été adressé au Dr A. _____ en date du 28 février 2018 et la demanderesse en a été informée par courrier du même jour. Aucune date, d'envoi ou de réception, n'est établie par pièce et ni l'existence de ces documents, ni les dates alléguées n'ont été formellement contestées. Dans ces circonstances, au vu du complément d'informations requis, la prise en charge des prestations prescrites n'était pas garantie et la demanderesse ne saurait se prévaloir d'une acceptation tacite de couverture de la part de l'assurance.

b) Concernant [patient 2], la défenderesse a refusé toute prise en charge des séances d'ergothérapie (trois séances) et des moyens auxiliaires facturés (planche de bain et canne

quadripode), soit un montant total de 544.95 francs. A l'appui de sa motivation, l'assurance s'est référée aux indications du médecin traitant, le Dr C. _____, soulignant que celui-ci avait fait mention d'une mise en place de moyens auxiliaires adaptés au domicile (douche, seuil, tapis) et non d'une amélioration des fonctions physiques du patient. Le litige consiste ainsi à déterminer si l'intervention de l'ergothérapeute entre ou non dans le champ des prestations visées par l'article 6 OPAS.

Ainsi que le relève la jurisprudence valaisanne précitée (cf. cons. 2b), il n'est pas toujours aisé, dans le cas d'assurés âgés, de distinguer une atteinte à la santé ayant valeur de maladie (qui nécessite un traitement médical) et un besoin de traitement ou de soins fondés sur des motifs sociaux, et dans ce contexte, l'existence d'une prescription médicale ne suffit pas à conclure à une maladie au sens de la loi. En outre, ainsi que le prévoient expressément les directives annexées à la convention tarifaire, une assistance peut être apportée aux personnes âgées par le biais de l'ergothérapie, sans ordonnance médicale et dans un autre but que le traitement d'une maladie. Il en résulte que les prestations d'ergothérapie fournies aux personnes âgées ne sont pas systématiquement à la charge de l'assurance-maladie et que l'élément décisif à cet égard consiste à déterminer si l'affection de base qui a donné lieu à la prescription fait ou non l'objet d'un examen ou d'un traitement médical.

En l'espèce, sur son ordonnance du 25 avril 2018, le Dr C. _____ a indiqué, à titre de motif de traitement, un trouble de l'équilibre et un risque de chute. Dans le questionnaire rempli le 17 mai suivant, ce médecin a précisé les affections de son patient, en mentionnant des chutes à domicile liées à un trouble de la marche d'origine multifactorielle (arthrose, polyneuropathie des membres inférieurs, cachexie, trouble de l'équilibre, etc.). Attestant de précédentes chutes, heureusement sans gravité, le Dr C. _____ a prescrit la mise en place de moyens auxiliaires adaptés au domicile (douche, seuil, tapis), visant à permettre une plus grande autonomie dans les actes de " transfert ", toilette et habillage, et a mentionné que son patient avait également un traitement de physiothérapie.

Au vu des pathologies mentionnées et du traitement pluridisciplinaire mis sur pied (ergothérapie et physiothérapie), il apparaît que la prescription d'ergothérapie est ici liée à des affections somatiques qui nécessitent un suivi et une coordination par le médecin traitant et qui par conséquent entrent dans la définition légale de maladie. Dans ce contexte, l'intervention de la demanderesse, destinée à proposer des moyens auxiliaires adaptés, afin de garantir sécurité et autonomie dans plusieurs actes de la vie quotidienne, va au-delà de simples conseils de prévention générale.

Si l'installation d'une poignée au-dessus de la baignoire, un tapis anti-glisse ou une canne usuelle constituent des aides courantes chez les personnes âgées, les moyens auxiliaires remis à [patient 2] par l'ergothérapeute, à savoir une planche de bain et une canne quadripode, ont été déterminés en fonction des pathologies et des besoins spécifiques de celui-ci. Leur sélection et leur réglage personnalisé, de même que les instructions dispensées pour une utilisation adéquate, constituent des prestations spécialisées, qui font partie intégrante des mesures ergothérapeutiques propres à atteindre le but du traitement, en permettant notamment de pallier la faiblesse des membres inférieurs à l'origine de chutes de ce patient. La portée de l'intervention de la demanderesse, contrairement à ce que prétend la défenderesse, ne saurait dès lors être réduite à une adaptation du logement et aux mentions de " douche, seuil, tapis... " évoquées par le médecin traitant. Dès lors qu'une augmentation de l'autonomie dans les actes de " transfert, toilette, habillage " était

également expressément recherchée (cf. réponse du Dr C. _____). Au ch. 4 du questionnaire), la demande de mise en place de moyens auxiliaires adaptés ne pouvait se limiter à des considérations touchant au réaménagement du domicile (élimination d'obstacles) et devait s'étendre, pour avoir un sens, aux affections somatiques du patient et aux possibilités d'atténuer les difficultés physiques en découlant, ce qui a été fait par le biais des moyens auxiliaires retenus. Tant la planche de bain que la canne quadripode fournies facilitent la mobilisation des fonctions corporelles affectées et améliorent le trouble de l'équilibre qui y est lié.

Les prestations de la demanderesse, qui s'inscrivent dans le cadre thérapeutique prévu par le médecin traitant et qui ont contribué à permettre une plus grande indépendance de l'intéressé, dans les actes ordinaires de la vie, doivent par conséquent être prises en charge par la défenderesse. Dans la mesure où ni leur ampleur (trois séances), ni leur tarification ne sont remises en cause et que leur facturation paraît conforme à la convention tarifaire, ces prestations doivent être prises en charge à hauteur du montant de 441.60 francs réclamé (facture du 17.05.2018). Les moyens auxiliaires remis et facturés par l'ergothérapeute, qui correspondent à la notion de moyens ergothérapeutiques définie dans la circulaire 57/2003 édictée par Santésuisse précitée (cf. supra cons. 2), représentent un coût total de 103.35 francs (CHF 53.35 pour la planche de bain et CHF 50 pour la canne quadripode), soit un montant bien inférieur au montant de 250 francs par patient et par année mentionné dans le tarif annexé à la convention tarifaire, jusqu'à concurrence duquel une remise peut intervenir sans garantie expresse de prise en charge. Par conséquent, ces moyens auxiliaires doivent également être couverts dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire, dans leur intégralité.

c) Au vu de ce qui précède, la défenderesse doit être condamnée à verser à la demanderesse un montant résiduel de 156 francs à titre de prise en charge des prestations fournies à [patient 1] et un montant de 544.95 francs (CHF 441.60 + moyens auxiliaires [CHF 103.35]) à titre de prise en charge des prestations fournies à [patient 2]

Les obligations pécuniaires de droit public donnent lieu, en règle générale, au paiement d'intérêts moratoires si le débiteur est en demeure (arrêt du TA du 29.08.2002 [TA.2002.251] cons. 4; RJN 1995, p. 269 cons. 3 et les références citées). La demeure survient par l'interpellation (art. 102 al. 1 CO), autrement dit par la déclaration du créancier manifestant clairement sa volonté d'obtenir le versement de la prestation (Thévenoz, in : Thévenoz/Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, 2e éd., 2012, n. 19 ad art. 102). En l'espèce, la demanderesse conclut au versement d'intérêts à 5% à compter du 16 février 2018 sur la somme de 156 francs due pour les prestations fournies à [patient 1] et au versement d'intérêts à 5% à compter du 17 mai 2018 sur la somme de 544.95 francs due pour les prestations fournies à [patient 2] Or, ces dates, qui correspondent aux dates des factures adressées à la défenderesse (plus précisément, dans le cas de [patient 1], à la date de la première facture adressée) ne sauraient être retenues.

En effet, il ressort du dossier que la demanderesse a certes demandé à l'assurance, dans ces deux courriers du 14 juin 2018, de reconsidérer ses décisions de refus de prise en charge, mais à aucun moment, elle n'a adressé de rappel ou réclaté formellement le versement des montants en suspens, jusqu'à l'introduction de sa demande, devant le Tribunal de céans, en date du 7 mars 2019. Faute de mise en demeure, il ne peut être alloué d'intérêts moratoires à la demanderesse sur ces montants, avant cette date.

4. Vu l'issue du litige, les frais de la cause doivent être mis à la charge de la défenderesse (art. 89 al. 5 LAMal; 40 al. 2 LILAMal; 60 al. 3 LPJA en lien avec les dispositions transitoires du 18.02.2020). Ceux-ci comprennent un émolument de décision, et des débours forfaitaires, ainsi que les indemnités dues aux membres du Tribunal arbitral (art. 9 de l'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]). Conformément au tarif de l'article 12 LTFrais (applicable par renvoi de l'art. 51 LTFrais), l'émolument de décision peut être fixé, eu égard à la valeur litigieuse en l'espèce inférieure à 2'000 francs, à 500 francs et les débours forfaitaires à 50 francs (art. 52 LTFrais). Des indemnités sont en outre dues aux membres du tribunal arbitral (art. 9 de l'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]).

La demanderesse, représentée par un mandataire professionnel, peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 48 al. 1 LPJA), à la charge de la défenderesse (art. 60 al. 3 LPJA en lien avec les dispositions transitoires du 18.02.2020), qui sera fixée à défaut de mémoire d'honoraires en application de la LTFrais. Selon les articles 58 et 59 LTFrais, applicables par renvoi de l'article 67 LTFrais, les honoraires sont proportionnés à la valeur litigieuse et sont fixés, dans les limites du tarif, en fonction du temps nécessaire à la cause, de sa nature, de son importance, de sa difficulté, du résultat obtenu ainsi que de la responsabilité encourue par le représentant. Pour une valeur litigieuse jusqu'à 8'000 francs, le tarif prévoit des honoraires jusqu'à 2'500 francs, taxe sur la valeur ajoutée (TVA) non comprise (art. 59 LTFrais). En l'espèce, au vu du dossier (art. 64 al. 2 LTFrais) et tout bien considéré, le tribunal de céans estime que des honoraires à hauteur de 2'000 francs se justifient. S'y ajoutent les débours, à raison de 10% des honoraires (art. 63 LTFrais, soit CHF 200) et la TVA (au taux de 7,7%, soit 169.40), de sorte que l'indemnité de dépens est fixée à 2'369.40 francs, débours et TVA compris.

Par ces motifs, LE TRIBUNAL ARBITRAL

1. Admet la demande.

2. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une somme résiduelle de 156 francs, avec intérêts à 5% l'an dès le 7 mars 2019, à titre de prise en charge des prestations d'ergothérapie fournies à [patient 1]

3. Condamne la défenderesse à payer à la demanderesse une somme de 544.95 francs, avec intérêts à 5% l'an dès le 7 mars 2019, à titre de prise en charge des prestations d'ergothérapie fournies à [patient 2]

4. Met à la charge de la défenderesse un émolument de décision de 500 francs, les débours forfaitaires par 50 francs et les indemnités dues aux membres du Tribunal arbitral par 2'970 francs, soit au total 3'520 francs.

5. Ordonne la restitution à la demanderesse de son avance de frais.

6. Alloue à la demanderesse une indemnité de dépens de 2'369.40 francs débours et TVA compris à la charge de la défenderesse.

Neuchâtel, le 16 avril 2021

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles.

2 Ces prestations comprennent:

a.68 les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par:

1. des médecins,

2. des chiropraticiens,

3. des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien;

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

f.70...

fbis.71 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.72 les prestations des pharmaciens lors de la remise des médicaments prescrits conformément à la let. b.

68 Nouvelle teneur selon le ch. I 3 de la LF du 13 juin 2008 sur le nouveau régime de financement des soins, en vigueur depuis le 1er janv. 2011 (RO200935176847ch. I;FF20051911).

69 Nouvelle teneur selon le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).

70 Abrogée par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), avec effet au 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).

71 Introduite par le ch. I de la LF du 21 déc. 2007 (Financement hospitalier), en vigueur depuis le 1er janv. 2009 (RO20082049;FF20045207).

72 Introduite par le ch. I de la LF du 24 mars 2000, en vigueur depuis le 1er janv. 2001 (RO20002305;FF1999727).

1 Les fournisseurs de prestations établissent leurs factures sur la base de tarifs ou de prix.

2 Le tarif est une base de calcul de la rémunération; il peut notamment:

a. se fonder sur le temps consacré à la prestation (tarif au temps consacré);

b. attribuer des points à chacune des prestations et fixer la valeur du point (tarif à la prestation);

c. prévoir un mode de rémunération forfaitaire (tarif forfaitaire);

d. soumettre, à titre exceptionnel, en vue de garantir leur qualité, la rémunération de certaines prestations à des conditions supérieures à celles prévues par les art. 36 à 40, notamment à celles qui prévoient que les fournisseurs disposent de l'infrastructure, de la

formation de base, de la formation postgraduée ou de la formation continue nécessaires (exclusion tarifaire).

3Le tarif forfaitaire peut se rapporter au traitement par patient (forfait par patient) ou aux soins par groupe d'assurés (forfait par groupe d'assurés). Les forfaits par groupe d'assurés peuvent être fixés, de manière prospective, sur la base des prestations fournies dans le passé et des besoins futurs (budget global prospectif).

4Les tarifs et les prix sont fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Ceux-ci veillent à ce que les conventions tarifaires soient fixées d'après les règles applicables en économie d'entreprise et structurées de manière appropriée. Lorsqu'il s'agit de conventions conclues entre des fédérations, les organisations qui représentent les intérêts des assurés sur le plan cantonal ou fédéral sont entendues avant la conclusion.

4bisLes tarifs et les prix sont déterminés en fonction de la rémunération des fournisseurs de prestations qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse.¹²⁴

5Les tarifs à la prestation doivent se fonder sur une structure tarifaire uniforme, fixée par convention sur le plan suisse. Si les partenaires tarifaires ne peuvent s'entendre sur une structure tarifaire uniforme, le Conseil fédéral la fixe.

5bisLe Conseil fédéral peut procéder à des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère inappropriée et que les parties ne peuvent s'entendre sur une révision de la structure.¹²⁵

6Les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

7Le Conseil fédéral peut établir des principes visant à ce que les tarifs soient fixés d'après les règles d'une saine gestion économique et structurés de manière appropriée; il peut aussi établir des principes relatifs à leur adaptation. Il veille à la coordination de ces tarifs avec les régimes tarifaires des autres assurances sociales.

¹²⁴Introduit par le ch. I de la LF du 21 juin 2019 (Renforcement de la qualité et de l'économicité), en vigueur depuis le 1^{er}avr. 2021 (RO2021151;FF2016217).

¹²⁵Introduit par le ch. I de la LF du 23 déc. 2011, en vigueur depuis le 1^{er}janv. 2013 (RO20124085;FF201167936801).

1Les parties à une convention tarifaire sont un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations d'assureurs, d'autre part.

1bisLes parties à une convention tarifaire peuvent aussi être des cantons pour les mesures de prévention au sens de l'art. 26 exécutées dans le cadre de programmes organisés au niveau national ou cantonal au sens de l'art. 64, al. 6, let. d.¹²⁶

2Si la partie à une convention est une fédération, la convention ne lie les membres de ladite fédération que s'ils ont adhéré à la convention. Les non-membres qui exercent leur activité dans le rayon conventionnel peuvent également adhérer à la convention. Celle-ci peut prévoir qu'ils doivent verser une contribution équitable aux frais causés par sa conclusion

et son exécution. Elle règle les modalités des déclarations d'adhésion ou de retrait, et leur publication.

3 Ne sont pas admises et donc nulles en particulier les mesures suivantes, qu'elles soient contenues dans une convention tarifaire, dans un contrat séparé ou dans un accord, lorsqu'elles prévoient:

- a. interdiction faite aux membres de groupements de conclure des contrats séparés;
- b. obligation faite aux membres de groupements d'adhérer aux accords existants;
- c. interdiction de concurrence entre les membres;
- d. des clauses d'exclusivité et celles qui interdisent tout traitement de faveur.

4 La convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie.

5 Le délai de dénonciation ou de retrait d'une convention tarifaire selon l'al. 2 est d'au moins six mois.

126 Introduit par l'art. 86 ch. 3 de la L sur les épidémies du 28 sept. 2012, en vigueur depuis le 1er janv. 2016 (RO20151435;FF2011291).

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,

1 Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.⁷

2 Est réputée infirmité congénitale toute maladie présente à la naissance accomplie de l'enfant.

7 Nouvelle teneur selon l'annexe ch. 2 de la LF du 21 mars 2003 (4^e révision AI), en vigueur depuis le 1er janv. 2004 (RO20033837;FF20013045).

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne.

1 Sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale les personnes suivantes qui exercent à titre indépendant et à leur compte:

- a. physiothérapeutes;
- b. ergothérapeutes;
- c. infirmières et infirmiers;
- d. logopédistes/orthophonistes;
- e. 173 diététiciens;
- f. 174 neuropsychologues.

2 Ces personnes doivent être admises en vertu du droit cantonal et remplir les autres conditions d'admission fixées dans la présente ordonnance.

173 Introduite par le ch. I de l'O du 25 nov. 1996, en vigueur depuis le 1er janv. 1997 (RO19963139).

174 Introduite par le ch. I de l'O du 9 déc. 2016, en vigueur depuis le 1er juil. 2017 (RO20164927).

1 Les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie, au sens des art. 46, 48 et 52 OAMal, sont prises en charge dans la mesure où:

a. elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie, ou

b. 45 elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique.

2 L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances, le premier traitement devant intervenir dans les huit semaines qui suivent la prescription médicale. 46

3 Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

4 Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure et à quel moment le prochain rapport doit être présenté. 47

5 Pour les assurés qui ont droit jusqu'au jour où ils atteignent l'âge de 20 ans aux prestations prévues à l'art. 13 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité⁴⁸, la prise en charge des coûts en cas de poursuite d'une ergothérapie déjà commencée s'effectue, après cette date, conformément à l'al. 4. 49

45 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1er janv. 1997 (RO1997564).

46Nouvelle teneur selon le ch. I de l'■O du DFI du 5 juin 2009, en vigueur depuis le 1erjuil. 2009 (RO20092821).

47Introduit par le ch. I de l'■O du DFI du 9 déc. 2002 (RO20024253). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'■O du DFI du 10 déc. 2008, en vigueur depuis le 1erjanv. 2009 (RO20086493).

48RS831.20

49Introduit par le ch. I de l'■O du DFI du 10 déc. 2008 (RO20086493). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'■O du DFI du 27 mai 2020, en vigueur depuis le 1erjuil. 2020 (RO20202539).

E. 9

LPGA . Alors qu'au sens de cette dernière disposition, qui définit l'impotence, les actes élémentaires de la vie quotidienne couvrent les six domaines précités et ne comprennent ni les actes inhérents à l'exercice d'une profession ou à l'accomplissement d'activités équivalentes (études, vie en communauté, tenue du ménage proprement dite), ni les activités liées à la réadaptation professionnelle (assistance pour se rendre au travail) (Perrenoud in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 21s ad art. 9 LPGA), le Tribunal fédéral place les prestations d'ergothérapie dans une conception plus large puisqu'il envisage que de telles mesures peuvent avoir pour but de permettre à leur bénéficiaire d'acquérir de l'indépendance non seulement dans sa vie quotidienne mais également dans sa profession (arrêt du Tribunal fédéral du 16.06.2004 [K 126/02] cons. 3 et les références citées). Le fait que sous l'angle de l'impotence - qui au surplus diffère d'une intervention ergothérapeutique sur d'autres points encore (l'impotence n'est pas nécessairement liée à une atteinte à la santé d'origine pathologique et répond à un besoin durable d'aide ou de surveillance, cf. Perrenoud , op. cit., n. 7 et 18 ad art. 9 LPGA) - la tenue du ménage ne soit pas couverte ne peut ainsi justifier une telle restriction dans l'application de l'article 6 al. 1 let. a OPAS . Cela étant, il convient de distinguer les séances d'ergothérapie, au cours desquelles sont exercés des actes quotidiens en lien avec des travaux ménagers, des prestations d'aide et soutien à domicile, telles que l'aide d'un tiers pour l'entretien du ménage ou du linge, qui ne sont pas couvertes par la LAMal. L'assistance apportée par le biais de l'ergothérapie vise ici au contraire à permettre l'exécution de telles tâches par soi-même, afin de garantir la plus grande indépendance possible, malgré l'existence d'affections somatiques. En l'espèce, le fait d'avoir évalué la capacité de la patiente à être autonome dans son ménage, en procédant à une visite de son environnement et en proposant des moyens auxiliaires adaptés à ses atteintes physiques, ne saurait être considéré comme contraire à l'esprit de l'article 6 al. 1 let. a OPAS . Dans la mesure où il a été admis que le traitement ergothérapeutique prescrit par le médecin traitant pouvait améliorer les fonctions corporelles de l'assurée, notamment pour " manger ", il paraît arbitraire d'en nier la justification pour l'exercice d'autres actes quotidiens, tout autant nécessaires si l'on cherche à permettre une gestion autonome à domicile. Par conséquent, il y a lieu de retenir que les prestations litigieuses doivent être prises en charge par la défenderesse, à hauteur des 156 francs réclamés (soldes des factures des 16.02.2018 et 27.04.2018), au même titre que le reste du traitement d'ergothérapie qu'elle a déjà couvert. Par surabondance de moyens, on relèvera encore que, quand bien même une visite de la buanderie était mentionnée dans le descriptif de la première séance d'ergothérapie (02.02.2018), cette visite ne constituait, conformément au courrier du 19 avril 2018, qu'une

partie de l'évaluation globale qui avait été effectuée à cette occasion (tour complet des activités et des aménagements déjà mis en place) et que le refus complet de prise en charge de cette séance aurait quoi qu'il en soit été disproportionné. Finalement, on ajoutera encore, eu égard au grief formulé par la demanderesse, qu'aucune violation de la procédure de contrôle du traitement prévue par les directives annexées à la convention tarifaire n'a en l'espèce été démontrée et que le délai de dix jours convenu entre les parties signataires n'a au surplus pas force obligatoire pour le juge. Selon la mention manuscrite de la demanderesse, l'ordonnance d'ergothérapie du médecin traitant (datée du 11.02.2018) a été envoyée à l'assurance le 16 février 2018. Conformément au timbre apposé sur ce document, la défenderesse l'a reçu le 27 février 2018. Un questionnaire a été adressé au Dr A. _____ en date du 28 février 2018 et la demanderesse en a été informée par courrier du même jour. Aucune date, d'envoi ou de réception, n'est établie par pièce et ni l'existence de ces documents, ni les dates alléguées n'ont été formellement contestées. Dans ces circonstances, au vu du complément d'informations requis, la prise en charge des prestations prescrites n'était pas garantie et la demanderesse ne saurait se prévaloir d'une acceptation tacite de couverture de la part de l'assurance. b) Concernant [patient 2], la défenderesse a refusé toute prise en charge des séances d'ergothérapie (trois séances) et des moyens auxiliaires facturés (planche de bain et canne quadripode), soit un montant total de 544.95 francs. A l'appui de sa motivation, l'assurance s'est référée aux indications du médecin traitant, le Dr C. _____, soulignant que celui-ci avait fait mention d'une mise en place de moyens auxiliaires adaptés au domicile (douche, seuil, tapis) et non d'une amélioration des fonctions physiques du patient. Le litige consiste ainsi à déterminer si l'intervention de l'ergothérapeute entre ou non dans le champ des prestations visées par l'article 6 OPAS. Ainsi que le relève la jurisprudence valaisanne précitée (cf. cons. 2b), il n'est pas toujours aisé, dans le cas d'assurés âgés, de distinguer une atteinte à la santé ayant valeur de maladie (qui nécessite un traitement médical) et un besoin de traitement ou de soins fondés sur des motifs sociaux, et dans ce contexte, l'existence d'une prescription médicale ne suffit pas à conclure à une maladie au sens de la loi. En outre, ainsi que le prévoient expressément les directives annexées à la convention tarifaire, une assistance peut être apportée aux personnes âgées par le biais de l'ergothérapie, sans ordonnance médicale et dans un autre but que le traitement d'une maladie. Il en résulte que les prestations d'ergothérapie fournies aux personnes âgées ne sont pas systématiquement à la charge de l'assurance-maladie et que l'élément décisif à cet égard consiste à déterminer si l'affection de base qui a donné lieu à la prescription fait ou non l'objet d'un examen ou d'un traitement médical. En l'espèce, sur son ordonnance du 25 avril 2018, le Dr C. _____ a indiqué, à titre de motif de traitement, un trouble de l'équilibre et un risque de chute. Dans le questionnaire rempli le 17 mai suivant, ce médecin a précisé les affections de son patient, en mentionnant des chutes à domicile liées à un trouble de la marche d'origine multifactorielle (arthrose, polyneuropathie des membres inférieurs, cachexie, trouble de l'équilibre, etc.). Attestant de précédentes chutes, heureusement sans gravité, le Dr C. _____ a prescrit la mise en place de moyens auxiliaires adaptés au domicile (douche, seuil, tapis), visant à permettre une plus grande autonomie dans les actes de " transfert ", toilette et habillage, et a mentionné que son patient avait également un traitement de physiothérapie. Au vu des pathologies mentionnées et du traitement pluridisciplinaire mis sur pied (ergothérapie et physiothérapie), il apparaît que la prescription d'ergothérapie est ici liée à des affections somatiques qui nécessitent un suivi et une coordination par le médecin traitant et qui par conséquent entrent dans la définition légale de maladie. Dans ce contexte, l'intervention de

la demanderesse, destinée à proposer des moyens auxiliaires adaptés, afin de garantir sécurité et autonomie dans plusieurs actes de la vie quotidienne, va au-delà de simples conseils de prévention générale. Si l'installation d'une poignée au-dessus de la baignoire, un tapis anti-glisse ou une canne usuelle constituent des aides courantes chez les personnes âgées, les moyens auxiliaires remis à [patient 2] par l'ergothérapeute, à savoir une planche de bain et une canne quadripode, ont été déterminés en fonction des pathologies et des besoins spécifiques de celui-ci. Leur sélection et leur réglage personnalisé, de même que les instructions dispensées pour une utilisation adéquate, constituent des prestations spécialisées, qui font partie intégrante des mesures ergothérapeutiques propres à atteindre le but du traitement, en permettant notamment de pallier la faiblesse des membres inférieurs à l'origine de chutes de ce patient. La portée de l'intervention de la demanderesse, contrairement à ce que prétend la défenderesse, ne saurait dès lors être réduite à une adaptation du logement et aux mentions de " douche, seuil, tapis... " évoquées par le médecin traitant. Dès lors qu'une augmentation de l'autonomie dans les actes de " transfert, toilette, habillage " était également expressément recherchée (cf. réponse du Dr C._____. Au ch. 4 du questionnaire), la demande de mise en place de moyens auxiliaires adaptés ne pouvait se limiter à des considérations touchant au réaménagement du domicile (élimination d'obstacles) et devait s'étendre, pour avoir un sens, aux affections somatiques du patient et aux possibilités d'atténuer les difficultés physiques en découlant, ce qui a été fait par le biais des moyens auxiliaires retenus. Tant la planche de bain que la canne quadripode fournies facilitent la mobilisation des fonctions corporelles affectées et améliorent le trouble de l'équilibre qui y est lié. Les prestations de la demanderesse, qui s'inscrivent dans le cadre thérapeutique prévu par le médecin traitant et qui ont contribué à permettre une plus grande indépendance de l'intéressé, dans les actes ordinaires de la vie, doivent par conséquent être prises en charge par la défenderesse. Dans la mesure où ni leur ampleur (trois séances), ni leur tarification ne sont remises en cause et que leur facturation paraît conforme à la convention tarifaire, ces prestations doivent être prises en charge à hauteur du montant de 441.60 francs réclamé (facture du 17.05.2018). Les moyens auxiliaires remis et facturés par l'ergothérapeute, qui correspondent à la notion de moyens ergothérapeutiques définie dans la circulaire 57/2003 édictée par Santéuisse précitée (cf. supra cons. 2), représentent un coût total de 103.35 francs (CHF 53.35 pour la planche de bain et CHF 50 pour la canne quadripode), soit un montant bien inférieur au montant de 250 francs par patient et par année mentionné dans le tarif annexé à la convention tarifaire, jusqu'à concurrence duquel une remise peut intervenir sans garantie expresse de prise en charge. Par conséquent, ces moyens auxiliaires doivent également être couverts dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire, dans leur intégralité. c) Au vu de ce qui précède, la défenderesse doit être condamnée à verser à la demanderesse un montant résiduel de 156 francs à titre de prise en charge des prestations fournies à [patient 1] et un montant de 544.95 francs (CHF 441.60 + moyens auxiliaires [CHF 103.35]) à titre de prise en charge des prestations fournies à [patient 2] Les obligations pécuniaires de droit public donnent lieu, en règle générale, au paiement d'intérêts moratoires si le débiteur est en demeure (arrêt du TA du 29.08.2002 [TA.2002.251] cons. 4; RJN 1995, p. 269 cons. 3 et les références citées). La demeure survient par l'interpellation (art. 102 al. 1 CO), autrement dit par la déclaration du créancier manifestant clairement sa volonté d'obtenir le versement de la prestation (Thévenoz , in : Thévenoz/Werro, Commentaire romand, Code des obligations I, 2e éd., 2012, n. 19 ad art. 102). En l'espèce, la demanderesse conclut au versement d'intérêts à 5% à compter du 16 février 2018 sur la somme de 156 francs due pour les

prestations fournies à [patient 1] et au versement d'intérêts à 5% à compter du 17 mai 2018 sur la somme de 544.95 francs due pour les prestations fournies à [patient 2] Or, ces dates, qui correspondent aux dates des factures adressées à la défenderesse (plus précisément, dans le cas de [patient 1] , à la date de la première facture adressée) ne sauraient être retenues. En effet, il ressort du dossier que la demanderesse a certes demandé à l'assurance, dans ces deux courriers du 14 juin 2018, de reconsidérer ses décisions de refus de prise en charge, mais à aucun moment, elle n'a adressé de rappel ou réclamé formellement le versement des montants en suspens, jusqu'à l'introduction de sa demande, devant le Tribunal de céans, en date du 7 mars 2019. Faute de mise en demeure, il ne peut être alloué d'intérêts moratoires à la demanderesse sur ces montants, avant cette date. 4. Vu l'issue du litige, les frais de la cause doivent être mis à la charge de la défenderesse (art. 89 al. 5 LAMal ; 40 al. 2 LILAMal ; 60 al. 3 LPJA en lien avec les dispositions transitoires du 18.02.2020). Ceux-ci comprennent un émolument de décision, et des débours forfaitaires, ainsi que les indemnités dues aux membres du Tribunal arbitral (art. 9 de l'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]) . Conformément au tarif de l'article 12 LTFrais (applicable par renvoi de l'art. 51 LTFrais), l'émolument de décision peut être fixé, eu égard à la valeur litigieuse en l'espèce inférieure à 2'000 francs, à 500 francs et les débours forfaitaires à 50 francs (art. 52 LTFrais). Des indemnités sont en outre dues aux membres du tribunal arbitral (art. 9 de l'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]). La demanderesse, représentée par un mandataire professionnel, peut prétendre à une indemnité de dépens (art. 48 al. 1 LPJA), à la charge de la défenderesse (art. 60 al. 3 LPJA en lien avec les dispositions transitoires du 18.02.2020), qui sera fixée à défaut de mémoire d'honoraires en application de la LTFrais . Selon les articles 58 et 59 LTFrais , applicables par renvoi de l'article 67 LTFrais , les honoraires sont proportionnés à la valeur litigieuse et sont fixés, dans les limites du tarif, en fonction du temps nécessaire à la cause, de sa nature, de son importance, de sa difficulté, du résultat obtenu ainsi que de la responsabilité encourue par le représentant. Pour une valeur litigieuse jusqu'à 8'000 francs, le tarif prévoit des honoraires jusqu'à 2'500 francs, taxe sur la valeur ajoutée (TVA) non comprise (art. 59 LTFrais). En l'espèce, au vu du dossier (art. 64 al. 2 LTFrais) et tout bien considéré, le tribunal de céans estime que des honoraires à hauteur de 2'000 francs se justifient. S'y ajoutent les débours, à raison de 10% des honoraires (art. 63 LTFrais , soit CHF 200) et la TVA (au taux de 7,7%, soit 169.40), de sorte que l'indemnité de dépens est fixée à 2'369.40 francs, débours et TVA compris.

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