



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2547/2017

ATAS/1216/2019

**ARRET**

**DU TRIBUNAL ARBITRAL  
DES ASSURANCES**

**du 19 décembre 2019**

En la cause

ASSOCIATION A\_\_\_\_\_, sise à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Pietro RIGAMONTI

demanderesse

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA

défenderesses

SUPRA 1846 SA

Toutes deux représentées par GROUPE MUTUEL, Service  
juridique, sis rue des Cèdres 5, MARTIGNY

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente suppléante; Georges PANCHAUD et François  
COURVOISIER, Arbitres**

---

### EN FAIT

1. L'Association « A\_\_\_\_\_ » (ci-après : l'association) est une association à but non lucratif. Elle a pour but de prévenir et traiter de manière spécifique la violence des femmes, des adolescents de 13 à 20 ans, tant garçons que filles au comportement violent, ainsi que la prise en charge des familles aux transactions violentes. Pour ce faire, l'association poursuit les objectifs d'offrir une thérapie de groupe et un accompagnement personnalisé aux femmes et aux adolescents ayant des comportements violents, une prise en charge des familles aux transactions violentes, de développer un réseau de collaboration avec les professionnels de la santé, des services sociaux et de la justice, ainsi que les autres organismes travaillant dans le domaine de la violence, de créer un réseau de professionnels spécialisés dans la prise en charge des femmes et adolescents ayant des comportements violents, ainsi que des familles aux transactions violentes.
2. Concernant le programme pour les adolescents de l'association (ci-après: programme A\_\_\_\_\_), il est précisé, dans le document « Description de la mission de l'institution de santé », qu'il s'agit de permettre aux jeunes présentant des troubles du comportement de gérer leurs émotions et leurs affects afin d'acquérir un comportement plus adapté aux différentes situations de vie auxquelles ils sont confrontés sur le plan familial, social ou scolaire, d'effectuer des interventions psychothérapeutiques en situation de crise familiale, sociale ou scolaire, et de permettre aux jeunes d'acquérir des compétences sociales et de renoncer aux conduites délictueuses. Le programme est conduit sur toute sa durée par un médecin psychiatre et deux psychothérapeutes. Il propose des entretiens individuels, familiaux et des séances de groupe.
3. Le 11 janvier 2012, la République et Canton de Genève a signé un contrat de prestations pour les années 2012 à 2015 avec l'association, aux termes duquel l'État s'engage à lui octroyer une subvention annuelle de CHF 150'000.- (art. 5 ch. 2 du contrat). Quant à l'association, elle s'est engagée notamment à fournir des prestations aux femmes, mères et adolescents ayant des comportements violents sous forme de prise en charge thérapeutique spécifique (art. 4 ch. 1 du contrat).
4. Par courriel du 12 mai 2015, au sujet de la facturation lors d'interventions de crises, le Groupe Mutuel, association qui regroupe plusieurs assureurs-maladie, a confirmé à l'association « A\_\_\_\_\_ » qu'il était prêt à accepter la facturation de plusieurs séances par jour afin de permettre aux notes d'honoraires de l'association de refléter le plus possible la réalité de ses consultations. Le Groupe Mutuel attendait par ailleurs les propositions de l'association pour toutes les factures de crises déjà émises, ainsi que les factures à venir.
5. Le 27 mai 2015, l'association a fait la proposition de facturation pour son programme A\_\_\_\_\_, sur la base de la tarification Tarmed, en précisant ce qui suit : « Qui dit violences, dit crises. Ce protocole de soins répond à la crise de violence, d'où la nécessité d'une présence médicale. ».

6. Selon l'attestation établie le 15 octobre 2015 par la doctoresse B\_\_\_\_\_, toutes ses heures de délégation, ainsi que ses heures de travail à l'adresse de l'association sont facturables par celle-ci et lui sont acquises.
7. Par courrier du 30 octobre 2015, le Groupe Mutuel a fait savoir à l'association qu'il refusait la facturation forfaitaire des traitements et qu'il allait régler les factures actuellement en suspens sur la base de ce qui avait été convenu par téléphone. À ses yeux, dans certains cas, le programme dispensé par l'association était un programme largement préventif qui ne tombait pas dans le champ d'application de l'assurance obligatoire des soins. En ce qui concerne les traitements à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2015, le Groupe Mutuel allait faire examiner ces cas individuellement par l'intermédiaire de son psychiatre-conseil externe, afin qu'il définisse clairement les prestations relevant du domaine de l'assurance obligatoire des soins. Seuls les traitements remplissant les critères d'adéquation, d'efficacité et d'économicité feront l'objet d'une prise en charge selon une facturation Tarmed.
8. Par courrier du 16 novembre 2015, l'association a précisé au Groupe Mutuel que les comportements violents aboutissant à une demande de soins recouvraient en fait une large palette de diagnostics psychiatriques bien documentés qui correspondaient aux classifications de la CIM et du DSM. Le comportement violent n'était qu'un symptôme. Les soins étaient ainsi curatifs et non pas préventifs. Le soin débutait logiquement par une approche de crise. Par la suite, la prise en charge se poursuivait par des approches psychothérapeutiques individuelles, groupales et éventuellement systémiques, afin de consolider la rémission qui était toujours fragile en psychiatrie et d'éviter les rechutes. Au demeurant, le diagnostic psychiatrique était posé par un médecin psychiatre avant toute élaboration du plan de soin. Les approches systémiques étaient également bien codifiées tant pour leurs indications que leur technique. Elles entraient donc parfaitement dans le catalogue de prestations de l'assurance obligatoire des soins en termes d'efficacité et d'économicité. Elles s'intégraient dans un programme de soins bien défini et complétaient les autres approches psychothérapeutiques individuelles et groupales. Elles étaient aussi reconnues scientifiquement efficaces dans une large palette d'affections psychiatriques. S'agissant des intervenants extérieurs, ceux-ci étaient payés directement par l'association. Seules les prestations du psychothérapeute, soit d'un médecin ou d'une psychologue, étaient facturées.
9. Dans son expertise du 2 mai 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, s'est prononcé sur un cas faisant l'objet du rapport médical du 4 avril 2016 de la Dresse B\_\_\_\_\_ et les factures des prestations y relatives. Après avoir critiqué les diagnostics retenus, sur la base de l'anamnèse à disposition, il a fait remarquer que le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (ci-après : TPPI) ne pouvait être délégué, ce traitement étant une activité spécifiquement médicale. Il a par ailleurs mis en doute l'intervention en urgence du 10 octobre 2013, dès lors qu'un entretien individuel et un entretien famille et réseau avaient eu lieu le 8 octobre précédent. L'adolescente concernée avait aussi été vue

---

en deux entretiens dans le cadre de la psychothérapie déléguée individuelle et de famille, alors qu'elle n'avait pas encore rencontré le médecin, ce qui contrevenait formellement aux règles de la psychothérapie déléguée. La répétition d'entretiens dits de crise les jours suivants était aussi critiquable, la situation étant alors connue et le traitement s'inscrivant dans un protocole précis, défini au préalable. Il s'est par ailleurs étonné de la participation aux séances d'intervenants non médicaux, tels que la brigade des mineurs de la police cantonale de Genève, le corps des gardes-frontières et des comédiens de l'Association « Forum du possible ». Ces intervenants ne pouvaient exercer une intervention thérapeutique dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-maladie. L'expert a en outre indiqué ne pas disposer de suffisamment d'éléments d'évaluation pour juger l'efficacité du programme A\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs jugé non approprié d'associer au traitement des participants qui ne relevaient pas d'une intervention thérapeutique. Il était aussi douteux que le critère de l'économicité fût rempli, dès lors que les interventions ne répondaient pas aux critères d'une urgence pédopsychiatrique qui seule permettait une facturation de crise, que le coût du nombre d'heures facturées était exorbitant par rapport à ce que représenterait une psychothérapie individuelle ou familiale classique et qu'un traitement de type TPPI excluait en principe le recours à la psychothérapie déléguée. L'expert a conclu que le traitement dans le cadre du programme A\_\_\_\_\_ constituait avant tout une série d'interventions de nature socio-éducative faisant appel à de multiples intervenants et qu'il ne répondait pas aux critères de la loi.

10. Le 21 juillet 2016, l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après: OFAS) a attesté que le programme A\_\_\_\_\_ avait été sélectionné en 2011 au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violence, mandaté par ledit office. Le groupe de pilotage tripartite du programme de prévention Jeunes et Violence l'avait en outre soutenu financièrement afin de déterminer les éléments à recueillir. Les résultats du programme A\_\_\_\_\_ avaient servi à la formulation de bonnes pratiques en matière de traitement et de prévention de la violence. Ce programme était globalement considéré comme une réponse adéquate à l'égard des jeunes violents.
11. Le Dr C\_\_\_\_\_ a encore analysé deux autres cas qui ont fait l'objet de ses expertises du 23 septembre 2016. Dans celles-ci, il a émis en substance les mêmes critiques et est parvenu aux mêmes conclusions.
12. Au 15 décembre 2016, l'équipe psychothérapeutique de l'association était composée du médecin répondant, de la Dresse B\_\_\_\_\_, de Madame D\_\_\_\_\_, infirmière en psychiatrie-thérapeute de famille et directrice de l'association, et de quatre psychologues-thérapeutes de famille, à savoir Mesdames E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ (remplaçante), ainsi que Monsieur H\_\_\_\_\_. L'équipe comprenait également Madame I\_\_\_\_\_ comme psychologue remplaçante ponctuelle.
13. Par arrêté du 13 janvier 2017, le Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé (ci-après : DEAS) a autorisé le centre médicalisé « A\_\_\_\_\_ » à exploiter un établissement médical privé à l'enseigne « Centre médicalisé

---

A\_\_\_\_\_ », sis à Genève, pour lequel la Dresse B\_\_\_\_\_ assume la fonction de médecin responsable. Il est précisé que l'établissement a pour mission de travailler sur le traitement, la prévention, l'information et l'éducation des femmes, adolescents et familles ayant des comportements violents.

14. Par courrier du 20 janvier 2017 adressé à la Dresse B\_\_\_\_\_, le Groupe Mutuel s'est déterminé sur diverses factures de prestations se répartissant en interventions de crises, psychothérapie déléguée individuelle, psychothérapie déléguée en groupe, psychothérapie déléguée en famille et psychothérapie déléguée en l'absence du patient dans le cadre de l'association. Ce faisant, il a repris les critiques ressortant des expertises du Dr C\_\_\_\_\_. Sur la base de celles-ci, il a constaté que les traitements dispensés par l'association, plus particulièrement en relation avec le programme A\_\_\_\_\_, ne répondaient pas aux critères légaux. Par conséquent, les prestations concernant le programme A\_\_\_\_\_ facturées par l'association n'étaient plus prises en charge.
15. Le 12 juin 2017, l'association a saisi le Tribunal de céans, par l'intermédiaire de son avocat, d'une demande à l'encontre du Groupe Mutuel, en concluant à la condamnation de celui-ci et notamment des assureurs Mutuel Assurance Maladie SA et Supra-1846 SA au remboursement de l'ensemble des factures non prises en charge d'un montant total de CHF 62'670.35 avec intérêts à 5 % par an dès le 31<sup>ème</sup> jour suivant la date d'émission de la facture et au plus tard dès le 20 janvier 2017, sous suite de dépens. Elle a également conclu à la constatation que les prestations médicales fournies dans le cadre de ses programmes dussent être remboursées par tous les assureurs, y compris le Groupe Mutuel, tant pour le passé que pour le futur. L'association avait été fondée en 2011 et s'était engagée à traiter les femmes auteures de violence. Pour l'élaboration de son programme A\_\_\_\_\_ , elle avait collaboré avec de nombreuses fédérations et groupes de réflexion actifs dans le domaine de la violence et avait participé au groupe de travail cantonal "Prévention et maîtrise de la violence conjugale" devenu aujourd'hui la Commission consultative des violences domestiques (ci-après: CCVD). Dans un deuxième temps, elle avait créé un groupe de travail visant à la réalisation du programme novateur A\_\_\_\_\_ qui avait été terminé en 2008. Elle avait par ailleurs participé en tant que coordinatrice au développement des normes et standards pour les consultations d'auteurs de violence au niveau suisse, sous l'égide du Bureau fédéral de l'égalité. Elle était également membre fondatrice de l'Association des Professionnels Suisses de Consultations contre la Violence (ci-après: APSCV/FVGS). Dès 2011, une équipe composée d'un médecin-psychiatre déléguant et de psychologues avait été mise en place afin de permettre le remboursement des prestations fournies par la demanderesse en tant que psychothérapie déléguée par les assurances-maladie. Au début, elle avait bénéficié de la collaboration de la Dresse J\_\_\_\_\_, agissant en tant que médecin déléguant, du 15 août 2011 au 14 octobre 2015, puis de la Dresse B\_\_\_\_\_ jusqu'au 12 janvier 2017 en tant que médecin déléguant, et par la suite, dès la reconnaissance de la

---

demanderesse comme centre médical, en tant que médecin répondant/déléguant. Concernant les jeunes envoyés par le Tribunal des mineurs de Genève, condamnés à une mesure thérapeutique, une collaboration avec le Département de l'instruction publique, de la formation et de la jeunesse (ci-après : DIP) avait été établie, lequel prenait en charge les coûts des programmes dans ce cadre. Elle était par ailleurs au bénéfice d'un contrat de prestations avec l'État de Genève. En septembre 2016, sur suggestion de Tarifsuisse et dans l'idée d'obtenir une facturation par forfait pour le programme A\_\_\_\_\_, la demanderesse avait demandé au DEAS de la reconnaître comme centre médicalisé, autorisation qu'elle avait reçue le 13 janvier 2017. Depuis cette autorisation, elle disposait d'un numéro au registre des codes-créanciers (ci-après : RCC), en tant que prestataire de soins. Auparavant, la facturation s'effectuait par les numéros RCC respectifs des Dresses J\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_. Quant au programme A\_\_\_\_\_, il s'agissait d'un programme thérapeutique dirigé par un médecin psychiatre et dispensé, en psychothérapie déléguée, par des psychologues qualifiés et formés à ce programme. Ce programme s'étalait sur une durée approximative de dix mois et se composait d'une évaluation, de plusieurs entretiens individuels et familiaux, de trois modules faisant par moment appel à des intervenants externes, ainsi que de deux bilans finaux pour une totalité de 54 heures passées avec le patient (CHF 6'075.- théoriques) et 64 heures sans celui-ci (CHF 3'237.- théoriques), soit un total de 118 heures pour un coût total théorique de CHF 9'312.-. La deuxième thérapeute n'était jamais facturée. Les factures Tarmed s'élevaient entre CHF 6'000.- et CHF 7'000.- pour un adolescent qui suivait l'entier du programme sur une période de 10 mois. En comparaison, pour une psychothérapie ordinaire qui s'étalait sur une durée de 10 mois, soit environ 43 semaines, à raison d'une heure par semaine, représentant 43 heures, le coût total estimé de la thérapie s'élevait à CHF 9'460.-, au tarif d'environ CHF 220.- par heure, soit un coût supérieur à celui du programme A\_\_\_\_\_. Au demeurant, le programme A\_\_\_\_\_ avait été sélectionné en 2011 au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violences (mandaté par ledit office). Les intervenants externes de ce programme étaient des auxiliaires faisant émerger des émotions, sur lesquelles les psychothérapeutes pouvaient ensuite travailler avec les patients dans le but de les faire progresser dans le programme thérapeutique. Ce travail avait lieu de manière immédiate ou a posteriori en séance individuelle ou familiale. Les psychothérapeutes étaient présents à chaque instant du programme et dirigeaient les séances. Seules les prestations de psychothérapie déléguée étaient facturées, conformément au Tarmed, à l'exclusion des prestations des intervenants externes, lesquelles étaient couvertes par les subventions et dons privés. Le taux de non-récidive était en moyenne de 80 %, ce qui démontrait l'efficacité du programme, ainsi que son adéquation à la maladie traitée. Afin d'obtenir un forfait pour le programme A\_\_\_\_\_ et simplifier la facturation Tarmed, la demanderesse avait contacté le Groupe Mutuel en mai 2015 et lui avait transmis des propositions contenant un système de facturation pour les quatre jours du premier et du troisième modules. À partir d'octobre 2015 et

jusqu'au 18 avril 2017, les factures transmises à la partie défenderesse par les médecins de la demanderesse en tiers payant, d'un montant total de CHF 48'018.20, n'avaient plus été remboursées. Avec les factures non remboursées aux patients (en tiers garant), le montant total des factures litigieuses s'élevait à CHF 62'370.35. De ce fait, la demanderesse se retrouvait dans une situation pécuniaire précaire et craignait devoir mettre fin à ses activités, malgré la demande importante de jeunes et de femmes. Or, d'autres assureurs-maladie avaient remboursé la totalité des factures des programmes de la demanderesse et ainsi considéré que ses prestations remplissaient les critères de la loi.

16. Lors de l'audience de conciliation du 30 juin 2017, aucun accord n'a été trouvé. Un délai a été imparti à la partie défenderesse pour se déterminer sur la demande et pour trouver un éventuel accord extra-judiciaire.
17. Dans ses expertises des 22, 25 et 27 septembre 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a analysé trois autres cas et a abouti à des conclusions similaires à celles émises dans ses précédentes expertises.
18. Aucun accord n'ayant été trouvé, la partie défenderesse a répondu à la demande par écriture du 30 octobre 2017, en concluant à son irrecevabilité et, subsidiairement, à son rejet, sous suite de dépens. Elle a contesté la légitimation active de l'association pour les prestations facturées avant le 13 janvier 2017 par les Dresses J\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ et non par le Centre médical A\_\_\_\_\_ qui n'était reconnu comme fournisseur de prestations qu'à partir de cette date. Par ailleurs, le Groupe Mutuel n'était pas autorisé à pratiquer l'assurance obligatoire des soins. Cela étant, la demande devait être déclarée irrecevable. Enfin, sur la base des expertises du 23 septembre 2016, des 22, 25 et 27 septembre 2017 du Dr C\_\_\_\_\_, la partie défenderesse a nié que les prestations litigieuses remplissent les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.
19. Lors de l'audience de comparution des mandataires du 2 novembre 2017, un délai a été accordé à la demanderesse pour communiquer les noms des assureurs-maladie mis en cause, une cession de créance de la Dresse J\_\_\_\_\_ et les factures initialement émises et transmises aux assureurs sous le numéro RCC des Dresses B\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Un délai a été également imparti aux parties pour se prononcer sur le choix d'un expert et pour choisir leurs arbitres.
20. Par courrier du 15 novembre 2017, l'OFAS a confirmé au Tribunal de céans, à sa demande, avoir soutenu le programme A\_\_\_\_\_ en tant que projet modèle dans le cadre du programme national Jeunes et Violences 2011-2015. Toutefois, il n'avait ni évalué ni fait évaluer scientifiquement ce programme et ne pouvait dès lors se prononcer quant à son efficacité. Seule une auto-évaluation avait été menée par les responsables du programme. Partant, l'OFAS n'était pas en mesure de se positionner quant à l'obligation de rembourser les traitements médicaux de ce programme par l'assurance obligatoire des soins.

21. Le 16 novembre 2017, la demanderesse a choisi Monsieur K\_\_\_\_\_ en tant qu'arbitre. Elle s'est également prononcée sur le choix de l'expert et sa mission.
22. Par courrier du 20 novembre 2017, la partie défenderesse a choisi Monsieur L\_\_\_\_\_ en tant qu'arbitre.
23. Le 28 novembre 2017, le Tribunal de céans a adressé aux parties la liste des questions à l'expert.
24. Le 1<sup>er</sup> décembre 2017, le Tribunal de céans a communiqué aux parties qu'il avait l'intention de confier l'expertise au docteur M\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier universitaire du canton de Vaud (ci-après : CHUV) et au professeur N\_\_\_\_\_, directeur de l'Institut de psychothérapie.
25. Le 15 décembre 2017, la demanderesse a précisé que la demande était dirigée contre Mutuel Assurance Maladie SA pour un montant total de CHF 41'643.70 et contre Supra-1846 SA pour un montant de CHF 7'967.10. Quant aux factures émises en tiers-garant, d'un montant total de CHF 14'652.15, la demanderesse a précisé les avoir réémises en tiers-payant pour un montant total de CHF 8'544.40 et que les autres factures avaient été payées dans l'intervalle.
26. Par courriers du 20 décembre 2017, les parties ont requis une modification de la mission de l'expert.
27. Par courrier du 20 décembre 2017, le Tribunal des mineurs a informé le Tribunal de céans, à sa demande, que le coût du programme A\_\_\_\_\_ était pris en charge par le Service de la protection des mineurs (ci-après : SPMi) lorsque la participation à ce programme était fondée sur une décision dudit tribunal. Lorsque le jeune était adressé à cette structure par un intervenant en protection de l'enfance, la facture était envoyée à la caisse-maladie. Il a par ailleurs estimé que les factures de ce programme, qu'il a qualifiées d'utilité avérée pour s'occuper des jeunes ayant un problème de violence, pourraient aussi être prises en charge par les caisses-maladie, même en cas d'ordonnance prononcée par le Tribunal des mineurs.
28. Par courrier du 3 janvier 2018, la demanderesse a accepté que l'expertise fût confiée aux experts proposés par le Tribunal de céans.
29. Par écriture du 15 janvier 2018, la partie défenderesse a contesté que la totalité de la prétention de CHF 41'643.70 concernait Mutuel Assurance Maladie SA, sans préciser lesquelles de ces factures ne se rapportaient pas aux assurés de cette caisse. S'agissant de la cession des créances des Dresses J\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, elle a estimé que celles-ci devraient réclamer elles-mêmes les factures. Par ailleurs, les psychologues n'étaient pas engagés par le médecin, mais par la demanderesse, contrairement à ce que la loi exigeait. De surcroît, l'activité des Dresses J\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ ne semblait pas non plus avoir été exercée dans leur cabinet, dès lors que la Dresse B\_\_\_\_\_ avait attesté que toutes les heures de délégation et ses heures de travail au \_\_\_\_\_, rue Z\_\_\_\_\_, lieu de travail de l'association, étaient facturables par celle-ci et lui étaient acquises. La partie défenderesse a mis également en cause

une facture établie par la Dresse J\_\_\_\_\_ concernant des traitements du 6 au 15 octobre 2015, alors même que la collaboration de ce médecin avec la demanderesse avait pris fin le 14 octobre 2015. Enfin, une seule des factures émises en tiers-garant et produites avec la demande pour un montant total de CHF 14'652.15, qui avaient été réémises en tiers-payant pour un nouveau montant de CHF 8'544.40, correspondait aux factures initialement produites.

30. Par ordonnance du 17 janvier 2017 (recte 2018), le Tribunal de céans a rectifié la désignation de la partie défenderesse dans le sens que la demande était dirigée contre Mutuel Assurance Maladie SA et Supra-1846 SA.
31. Par ordonnance du 18 janvier 2018, le Tribunal de céans a ordonné une expertise du programme A\_\_\_\_\_, afin d'établir s'il pouvait être qualifié d'efficace, approprié et économique. Il a confié cette expertise au docteur M\_\_\_\_\_ et au Prof. N\_\_\_\_\_.
32. Le 20 décembre 2018, les experts ont rendu leur rapport. Ils ont constaté que le programme A\_\_\_\_\_ remplissait les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. La psychothérapie avait été facturée de façon conforme à la jurisprudence et au Tarmed en règle générale, à l'exception de quelques cas. Le détail de cette expertise sera repris dans la partie en droit.
33. Le 18 février 2019, le Dr C\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'expertise judiciaire, en soulignant que les parties de son rapport concernant la psychopathologie infantile et/ou la pédopsychiatrie avaient fait l'objet d'une relecture et supervision par la docteure C\_\_\_\_\_, pédopsychiatre FMH. Le Dr C\_\_\_\_\_ a mis en cause en premier lieu la qualité des soignants de la demanderesse pour administrer les thérapies facturées. Il a critiqué ensuite les fondements de l'expertise et notamment les conditions de la psychothérapie déléguée. Il a par ailleurs contesté l'efficacité du programme en cause, considérant notamment que ce programme ne permettait pas au praticien d'adapter sa technique de soins, indépendamment du fait que les médecins intervenants n'étaient pas qualifiés pour exercer la pédopsychiatrie. Il était également dangereux de mélanger dans les groupes des adolescents reconnus coupables d'actes délictueux avec des enfants référés par le médecin traitant. Quant à l'indication médicale pour le traitement psychothérapeutique, elle ne pouvait être posée en l'occurrence de façon adéquate, les médecins ne possédant pas la qualification en pédopsychiatrie. Quant à l'utilisation du code Tarmed 02.0080, la demanderesse elle-même avait reconnu le caractère erroné de son utilisation. Il n'était pas non plus justifiable que le temps passé en l'absence du patient dépassât le temps de consultation. L'expert des défenderesses a en outre persisté à contester que les interventions proposées pussent être qualifiées d'interventions de crise. Le programme n'était pas non plus économique, dès lors que son coût était supérieur de plus de 20 % à une prise en charge classique. Enfin, ce médecin s'est déterminé sur les critiques exprimées par les experts judiciaires à l'égard de ses expertises. Dans ses conclusions, il a enfin mis en doute l'impartialité de ceux-ci.

34. Par écriture du 4 février 2019, la demanderesse s'est déclarée d'accord avec l'ensemble des conclusions de l'expertise judiciaire. En ce qui concerne la position Tarmed 02.0080, elle a relevé que cette prestation avait effectivement été fournie lors des premières séances du programme A\_\_\_\_\_, mais que son libellé était erroné. Cependant, la pratique avait déjà été revue et corrigée peu après l'arrivée du nouveau médecin répondant, la Dresse B\_\_\_\_\_. Quant aux familles, il s'agissait de situations très complexes dans lesquelles plusieurs membres de la famille étaient en souffrance avec des symptômes et des signes de comorbidités associés. Dans ces cas, il pouvait y avoir plusieurs patients désignés au sein d'une même famille. Par ailleurs, tous les patients avaient été vus par le médecin répondant, mais les prestations avaient été facturées sous un libellé erroné, à savoir la prestation Tarmed 02.0080 ou en famille Tarmed 02.0230. La Dresse B\_\_\_\_\_ recevait lors des premiers entretiens l'ensemble de la famille, afin d'établir un diagnostic et discuter des modalités de la prise en charge. Ensuite, elle confiait le suivi de ses patients aux psychologues, sous sa délégation dans le cadre de sa mission au centre médicalisé. Ceux-ci procédaient à des entretiens individuels, de couple ou de famille, supervisés par la Dresse B\_\_\_\_\_ à plusieurs reprises. Le premier entretien était facturé sous la position 02.0010 et les suivants sous la position 02.0020. La position Tarmed 02.0080 n'était plus utilisée. Enfin, la demanderesse a sollicité un délai pour produire d'autres factures non prises en charge par les défenderesses dans l'intervalle, afin d'amplifier sa demande.
35. Faisant suite à une demande du Tribunal de céans, le Prof. N\_\_\_\_\_ l'a informé 7 février 2019 que, selon le Dr O\_\_\_\_\_, médecin associé en psychiatrie de liaison, urgence et centre de crise du CHUV, et le docteur P\_\_\_\_\_, Président de la Commission permanente des tarifs (ci-après : CPT) de la Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum (ci-après : FMPP), « il n'existait pas de définition formelle de l'intervention de crise du tarif Tarmed, son seul découlant étant la suppression de limitation des prestations facturables ». Il a notamment annexé à sa lettre le courriel du 14 décembre 2018 du Dr P\_\_\_\_\_, précisant que la position 02.0080 pouvait être utilisée pour les consultations de crise et que sa position n'est pas limitée. Toutefois, elle ne pouvait être cumulée avec une consultation normale et devait uniquement être utilisée par des médecins et non par des psychologues délégués.
36. Par écriture du 1<sup>er</sup> mars 2019, les défenderesses ont persisté dans leurs conclusions, en déniaient à l'expertise judiciaire une valeur probante. L'expertise ne prenait pas en compte les fondements de base de la psychothérapie déléguée et les conditions de sa prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. La demanderesse fonctionnait avec un seul spécialiste en pédopsychiatrie externe, si bien que les patients ne rencontraient jamais de spécialiste et qu'aucun prestataire spécialiste, même externe, ne semblait intervenir depuis 2015. L'expertise n'indiquait pas si les diplômes des intervenants étaient en adéquation ou pas avec leur travail effectué pour la demanderesse. Par ailleurs, outre la position Tarmed 02.0080, les experts ne

---

s'étaient pas prononcés sur les autres positions Tarmed. L'expertise ne mentionnait pas le fait que dans l'un des cas soumis, le nombre de séances excédait 40. Il n'était pas non plus justifié que le temps passé en l'absence du patient dépassât le temps de consultation. Enfin, les nombreuses études auxquelles les experts faisaient référence, ne concernaient souvent pas des adolescents.

37. Le 19 mars 2019, la demanderesse a produit des factures supplémentaires non remboursées par les défenderesses, ainsi que par Avenir Assurance-Maladie SA dont elle a demandé l'appel en cause. Il résulte du récapitulatif relatif à ces factures, que les factures concernant des assurés de Supra-1846 SA s'élèvent à CHF 9'810.55 et celles concernant les assurés de Mutuel Assurance Maladie SA à CHF 38'753.50.
38. Par ordonnance du 20 mars 2019, le Tribunal de céans a rejeté la requête tendant à l'appel en cause d'Avenir Assurance-Maladie SA.
39. Par écriture du 5 avril 2019, la demanderesse a dénié toute valeur probante au rapport du Dr C\_\_\_\_\_, s'agissant d'une preuve privée. En outre, ce médecin n'était manifestement pas impartial, dans la mesure où il ne pouvait que confirmer sa position sous peine de mettre sa réputation en jeu. En outre, les parties s'étaient mis d'accord sur les noms des experts, de sorte qu'il n'était pas admissible que leur professionnalisme et leurs qualifications fussent mises en cause. Partant, la demanderesse a persisté dans ses conclusions.
40. Par écriture du 23 mai 2019, les défenderesses ont maintenu leurs conclusions et souligné que, selon la jurisprudence, le simple fait que la prise de position du médecin spécialiste s'effectuait dans le cadre d'une expertise privée à la demande de l'assureur, ne suffisait pas pour mettre en doute la valeur probante d'une telle expertise. Ce n'était qu'en procédure civile qu'une expertise privée ne pouvait pas être considérée comme un moyen de preuve. Au demeurant, l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ émanait d'un spécialiste neutre externe, non lié aux assurances-maladies. Partant, les défenderesses ont maintenu que les expertises du Dr C\_\_\_\_\_ avaient une pleine valeur probante.
41. Entendue en date du 3 juillet 2019 par le Tribunal de céans, la demanderesse, dans la bouche de la Mme D\_\_\_\_\_, directrice de l'association, a déclaré ce qui suit :

« Il est assez rare que nous dépassions 40 séances. Par ailleurs, le programme A\_\_\_\_\_ comprend environ 40 séances, mais lorsque ce nombre a été dépassé, nous avons demandé en principe l'autorisation de l'assurance pour continuer le traitement.

La Dresse B\_\_\_\_\_ voit tous les patients sans exception. Auparavant, il pouvait arriver que nous ne facturions pas la prestation du médecin qui voyait le patient en premier lieu. Cependant, avec l'arrivée de la Dresse B\_\_\_\_\_, cela a été corrigé. Cela est facturé par la position 02.0230, psychothérapie déléguée dans le cadre d'un cabinet médical, séance familiale.

Il se peut que ce même patient avait déjà été vu auparavant par le médecin et que la facture subséquente ne le mentionne pas. Cela pourrait être le cas de la facture 303 de notre pièce 45.

Un autre problème se pose, lorsque le médecin voit toute une famille. Il va facturer alors la prestation uniquement à un membre de la famille, par exemple la mère qui dysfonctionne, et non pas à tous. Mais il n'empêche que pour la psychothérapie déléguée, le patient a été vu par un médecin, même si cela a été facturé à un proche de celui-ci.

Je pourrais vous soumettre un cas typique où cela s'était produit avec les factures en cause.

Personnellement, je supervise le traitement et je vois les patients. Cependant, je ne facture jamais mes prestations. »

Quant aux défenderesses, représentées par Mme Q\_\_\_\_\_ du Groupe Mutuel, elles ont déclaré :

« Je ne peux pas vous dire pour quelles factures précises le nombre de séances de 40 a été dépassé, mais je pourrais vous le préciser ultérieurement.

Pour nous, la facturation de la position 02.0230 n'implique pas forcément que le patient ait été vu par un médecin. Cela nous paraît incontrôlable. »

42. Par écritures du 16 juillet 2019, les défenderesses ont précisé qu'il y avait 33 factures en suspens pour un montant total de CHF 38'520.-. Ces factures portaient l'indication « thérapie intensive ». Une réponse était toujours attendue de la part de la demanderesse sur la question de savoir si ces factures concernaient le programme A\_\_\_\_\_. Dans l'affirmative, les défenderesses refusaient de les payer, le programme A\_\_\_\_\_ étant contesté. Dans la négative, les défenderesses examineraient le respect des conditions de délégation.
43. Par courrier du 18 juillet 2019, le Tribunal de céans a relevé que l'objet du litige comprenait le remboursement des factures produites par la demanderesse d'un montant de CHF 41'643.70, en ce qui concerne Mutuel Assurance Maladie SA, ainsi que de CHF 7'967.10 et CHF 9'810.55, en ce qui concerne Supra-1846 SA. Ces factures ne semblaient pas correspondre aux 33 factures en suspens produites par les défenderesses dans leurs dernières écritures. En outre, les prétentions de la demanderesse dépassaient largement le montant de CHF 38'520.- représentant le total de ces 33 factures. Avant de pouvoir examiner la conformité des factures des demanderesse au Tarmed, le Tribunal de céans a invité les défenderesses à lui indiquer si la psychothérapie déléguée avait été facturée conformément au Tarmed, pour chacune des factures produites par la demanderesse, et dans la négative, pour quelle raison les défenderesses estimaient le cas échéant que la facturation n'était pas conforme au Tarmed.
44. Par écritures du 19 août 2019, la demanderesse a constaté que les défenderesses ne se prononçaient pas sur chacune des factures produites. Elle a précisé que, selon la

liste établie par les défenderesses, il n'y avait pas 33 factures en suspens, mais 32. La facture du 27 avril 2018 d'un montant de CHF 394.70 avait été produite à double par les défenderesses. La demanderesse a précisé que si plusieurs prestations étaient facturées le même jour, cela tenait au fait que la thérapie débutait par un module de trois jours d'affilée. La demanderesse était régulièrement mandatée par les tribunaux et divers organismes pour la prise en charge d'adolescents avec des comportements violents. Les tribunaux et organismes exigeaient que la thérapie fût réalisée en un temps rapide, de sorte qu'il n'était parfois pas possible d'effectuer le travail sur de nombreux mois. Ainsi, la demanderesse devait fournir un bilan de la thérapie à trois mois maximum au Tribunal des mineurs de Genève et également au service de probation et d'insertion. Partant, plusieurs prestations au Tarmed identiques étaient facturées sur une seule facture de façon très rapprochée. D'autres assureurs-maladie lui avaient par ailleurs expliqué que, dans les cas spécifiques, il convenait de noter dans le champ remarques « thérapie intensive », afin que les assureurs pussent faire la différence entre les divers types de thérapie. Tous les autres assureurs-maladie avaient remboursé intégralement les factures afférentes au programme A\_\_\_\_\_. La demanderesse a en outre fourni une liste récapitulative des factures qui avaient été payée entre-temps par les défenderesses, d'un montant total de CHF 11'110.05. Il s'agissait de factures produites dans le bordereau du 19 mars 2019. Certaines de ces factures concernaient également le programme A\_\_\_\_\_ et comportaient la position Tarmed 02.0230 « psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical 2<sup>ème</sup> séance familiale » et la position 02.210 concernant la psychothérapie déléguée, séance individuelle, alors même que les défenderesses avaient contesté que les conditions de la psychothérapie déléguée fussent réalisées. La demanderesse a par ailleurs produit un résumé récapitulatif de la totalité des factures produites dont elle demandait le remboursement. Selon ce récapitulatif, sa prétention s'élevait à CHF 95'106.80. Par ailleurs, les factures impayées par SUPRA-1846 SA, selon le bordereau de pièces du 15 décembre 2018, s'élevaient à seulement CHF 7'464.70. S'agissant de la tarification des prestations, la première séance d'évaluation médicale était toujours facturée sous la position 02.0010. En cas de suivi familial ou d'autres séances avec un psychiatre, la séance était soit facturée pour le patient désigné, s'il était lui-même concerné, soit pour un des membres de la famille. La deuxième séance médicale était facturée sous le numéro 02.0020. A l'aide d'un exemple, la demanderesse a expliqué comment elle facturait les prestations. La première séance famille dans cet exemple avait été facturé pour le premier patient désigné et remboursé par Mutuel Assurance Maladie SA. Cependant, cette assurance avait ensuite refusé de rembourser les prestations concernant les frère et sœur de ce patient, au motif que la position Tarmed 02.0010 n'apparaissait pas. En accord avec la défenderesse, les factures avaient été rééditées, afin d'y inclure cette position pour les frère et sœur. Mutuel Assurance Maladie SA avait remboursé la facture pour la sœur mais non pour le frère, pour des raisons étranges.

45. Par écriture du 12 septembre 2019, les défenderesses ont relevé que la demanderesse mélangeait les libellés des positions Tarmed et les dénominations du programme A\_\_\_\_\_. À l'origine, les défenderesses avaient contesté les factures en raison du fait que la position au Tarmed 02.0080 avait été facturée de très nombreuses fois le même jour. Certaines positions du Tarmed ne pouvaient être facturées que de façon limitée en quantité, comme par exemple la position 02.0210. Après discussion, la demanderesse avait modifié les libellés de ces factures en indiquant dans le texte libre « thérapie intensive ». Il s'agissait vraisemblablement du programme A\_\_\_\_\_ contesté. Quant aux factures récemment remboursées d'un total de CHF 11'110.05, elles avaient été payées par erreur. Concernant l'exemple de facturation cité par la demanderesse, les défenderesses ont expliqué qu'elles refusaient de rembourser les factures portant la mention « thérapie intensive ». Au demeurant, la réédition d'une nouvelle facture par la demanderesse, 18 mois plus tard pour trois membres de la famille, constituait possiblement une ruse pour se faire rembourser les factures suivantes. Tout portait à croire que la consultation du 19 juin 2017 avait eu lieu en présence de plusieurs membres de la famille. Néanmoins, les défenderesses avaient reçu quatre factures pour des consultations individuelles par le médecin dont chacune aurait duré 60 minutes. Partant, les nouvelles factures avaient été laissées en suspens. Éventuellement, la consultation de l'agenda de la Dresse B\_\_\_\_\_ pour le 19 juin 2019 permettrait de vérifier la durée des consultations avec la famille en cause. Au demeurant, il ressortait d'un courriel de la demanderesse que la psychiatre avait reçu lors du premier entretien l'ensemble de la famille.
46. Par écritures du 13 septembre 2019, la demanderesse a fait remarquer que les défenderesses s'étaient également prononcées sur les factures d'Avenir Assurance-Maladie SA, alors que celle-ci n'était pas partie à la procédure. Par ailleurs, deux factures, d'un montant de CHF 215.30 et CHF 842.30, n'avaient pas été remboursées, contrairement aux dires des défenderesses. S'agissant des factures produites par les défenderesses, sur lesquelles celles-ci avaient mentionné « aucun médecin », la demanderesse a répété que le médecin voyait systématiquement tous les patients à l'exception d'une personne qui avait été vue par le médecin seulement après plusieurs séances (factures n<sup>os</sup> 245, 252, 281, 289, 342, 367 et 408). Lorsque le médecin réalisait un entretien d'évaluation comprenant toute la famille, la consultation était uniquement facturée pour le patient désigné, raison pour laquelle le médecin n'apparaissait pas sur les factures des père, mère ou de toute autre personne de la même famille. S'agissant d'un autre cas particulier, concernant la consultation d'une mère et de sa fille, celles-ci avaient été vues par le médecin lors d'une première séance. Puis, la visite du médecin avait été réintégrée a posteriori, afin que les prestations fussent remboursées, ce qui expliquait pourquoi la facture avait été rééditée. Lors d'échanges avec un collaborateur des défenderesses, il avait été convenu de facturer sur le seul patient désigné. La demanderesse avait changé sa pratique, afin de respecter les directives communes de tous les assureurs.

47. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102) de la demanderesse n'est pas contestée. Elle est par ailleurs la créancière du remboursement des prestations, celles-ci ayant été facturées en tiers payant. Quant aux défenderesses, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. La compétence du Tribunal arbitral du canton de Genève est également acquise *ratione loci*, dans la mesure où le centre de soins de la demanderesse y est installé à titre permanent.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

Partant, elle est recevable.

3. Le litige porte sur la question de savoir si les défenderesses sont tenues de rembourser les prestations fournies par la demanderesse, respectivement par ses soignants, que celle-ci a facturées CHF 95'106.80 au total, après amplification de ses conclusions. Se pose en particulier la question de savoir si ces prestations respectent le principe de l'efficacité, d'économicité et d'adéquation et si elles ont été facturées conformément au Tarmed.
4. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31, aux conditions des art. 32 à 34. Il s'agit des prestations qui servent à diagnostiquer ou traiter une maladie et ses séquelles selon l'art. 25 LAMal (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire par des médecins et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1 et 3).

Selon l'art. 35 LAMal, seuls les fournisseurs de prestations remplissant les conditions des art. 36 à 40 sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (al. 1). Il s'agit notamment des médecins et des personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient (al. 2 let. a et e). Les institutions qui offrent des

soins ambulatoires dispensés par des médecins sont admises lorsque ces médecins remplissent les conditions fixées à l'art. 36, conformément à l'art. 36 a LAMal.

S'agissant de la psychothérapie, l'art. 2 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI) sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS - RS 832.112.31) a la teneur suivante :

1. L'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.
2. On entend par psychothérapie une forme de traitement qui :
  - a. concerne des maladies psychiques et psychosomatiques ;
  - b. vise un objectif thérapeutique défini ;
  - c. repose essentiellement sur la communication verbale, mais n'exclut pas les traitements médicamenteux de soutien ;
  - d. se base sur une théorie du vécu et du comportement normaux et pathologiques ainsi que sur un diagnostic étiologique ;
  - e. comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie ;
  - f. se caractérise par un rapport de travail de confiance ainsi que par des séances de thérapie régulières et planifiées ;
  - g. peut être pratiquée sous forme de thérapie individuelle, familiale, de couple ou en groupe.
5. Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont examinées périodiquement (al. 2).

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement

---

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

6. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2019 - LPGA - RS 830.1), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux, dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail, de l'invalidité et des limitations fonctionnelles. Ces principes sont applicables mutatis mutandis également aux expertises portant sur la pratique médicale, notamment l'évaluation de l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations.

En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des

---

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

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. a. S'agissant de la légitimation active de la demanderesse, les défenderesses contestent que celle-ci ait la qualité pour agir pour demander le paiement de factures émises par les Dresses J\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_, étant précisé que la demanderesse n'a été reconnue comme fournisseur de prestations qu'à partir du 13 janvier 2017.

Toutefois, la Dresse B\_\_\_\_\_ a cédé ses créances à la demanderesse, comme cela ressort de sa déclaration du 15 octobre 2015. Cela étant, il sied d'admettre que la demanderesse est également habilitée à faire valoir le droit au remboursement des factures de celle-ci.

Concernant la Dresse J\_\_\_\_\_, elle a également attesté avoir cédé sa créance en remboursement de ses factures à la demanderesse, pour la période du 15 août 2011 au 14 octobre 2015. Partant, pour cette période, la légitimation active de la demanderesse pour faire valoir les créances de ce médecin doit aussi lui être reconnue.

b. S'agissant des factures émises à l'origine en tiers garant, la demanderesse n'a en principe pas la légitimation active. Toutefois, elles ont été réémises ensuite en tiers payant, ce qui n'a pas été contesté par les défenderesses, pour un montant de CHF 8'544.40 (pièce 43 demanderesse). Partant la demanderesse a également la légitimation active pour en réclamer le paiement.

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

D\_\_\_\_\_. Enfin, un entretien de synthèse entre les experts et Mme D\_\_\_\_\_ a eu lieu le 6 décembre 2018.

Selon les experts, il peut être attendu du programme A\_\_\_\_\_ une amélioration substantielle des troubles psychiques des adolescents traités, avec une diminution des symptômes en lien avec la violence, une réduction des passages à l'acte, pouvant faire l'objet de poursuites pénales, et des hospitalisations en milieu psychiatrique. La littérature scientifique relève l'efficacité des programmes de soins pour les adolescents auteurs de violences et le programme A\_\_\_\_\_ comporte tous les ingrédients des soins mentionnés dans les études spécifiques. Par ailleurs, le programme en cause est régulièrement évalué tant par rapport au suivi de chaque adolescent que de manière générale. Les évaluations cliniques faites par la demanderesse et documentées dans leur rapport annuel attestent que le programme est susceptible de prévenir des récives de passages à l'acte violent et d'éviter une hospitalisation, une exclusion du milieu scolaire ou de la formation et des sanctions pénales.

Dans les cas examinés, il y avait une indication médicale claire pour le traitement psychothérapeutique des adolescents et le suivi du programme A\_\_\_\_\_.

Ce programme comprend formellement des prestations de psychothérapie au sens de la loi, étant relevé que la part socio-éducative du programme est couverte par une subvention ad hoc et non par l'assurance de base des patients.

Quant au nombre des séances à la charge de l'assurance obligatoire des soins, si la loi limite la psychothérapie effectivement à 40 séances, elle prévoit également que le traitement peut dépasser ce nombre à certaines conditions. De facto et selon les études menées, la durée d'une psychothérapie peut s'étendre de quelques mois à plusieurs années par exemple pour les troubles de la personnalité (minimum trois ans à raison de deux séances par semaine) ou la dépression chronique (18 mois au minimum). Or, les patients traités dans le programme A\_\_\_\_\_ souffrent de troubles sévères, difficiles à soigner et qui s'apparentent aux troubles de la personnalité, de sorte que le programme doit être considéré comme relativement court. Néanmoins, le respect de la loi est formellement requis en cas de dépassement des 40 séances.

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

notable des factures réside en l'occurrence dans la juxtaposition le même jour de prestations de psychothérapie déléguée de plusieurs catégories (en l'absence, individuelle, familiale, de groupe) et de prestations médicales du type 02.0080. Par ailleurs, les premières interventions du programme A\_\_\_\_\_ auprès des adolescents doivent être qualifiées d'intervention de crise. Une intervention de crise se déroule sur un temps donné, le plus souvent borné, et comprend durant cette période des rendez-vous planifiés, généralement en équipe multidisciplinaire. Elle se différencie de l'urgence par le fait qu'elle comprend un travail d'équipe psychothérapeutique sur les déterminants de la crise dans le but de prévenir de nouvelles crises. Le programme A\_\_\_\_\_ semble correspondre à ce type de prise en charge.

Ce programme apparaît par ailleurs peu coûteux, en fonction des données à disposition et en comparaison avec d'autres programmes de traitements internationaux, compte tenu de la gravité des troubles traités et de leurs impacts personnel, familial, social, économique et médico-légal. Il est ainsi économique au sens légal.

Les traitements facturés constituent des prestations psychothérapeutiques entrant dans les prestations prises en charge par la LAMal, étant rappelé que les prestations d'autres intervenants non médecins ou psychologues n'ont pas été facturées.

En règle générale, la psychothérapie déléguée a été facturée de façon conforme à la jurisprudence, à l'exception de quelques cas, ayant fait l'objet de contestations de la part des défenderesses, où l'établissement du diagnostic et la détermination du choix de la thérapie ont été déterminés a posteriori par les médecins, puis ajustés par leurs soins. Toutefois, une telle pratique peut se concevoir au sein d'une équipe expérimentée qui se connaît bien et qui propose des traitements très spécialisés et protocolés, comme dans le cas de la demanderesse. Partant, la totalité du traitement incriminé relève de l'assurance obligatoire des soins.

Quant aux expertises du Dr C\_\_\_\_\_, les experts judiciaires font observer que celui-ci n'est pas au bénéfice du titre de spécialiste de psychiatre et psychothérapeute d'enfants et d'adolescents qui constitue en Suisse une spécialité à part entière. Par ailleurs, ses expertises sont basées sur des éléments anamnestiques notoirement insuffisants pour porter un jugement clinique sur les cas examinés et leur évolution au fil du suivi du programme. Sa méthodologie utilisée ne permet ainsi pas de répondre aux questions relatives aux diagnostics et à la nature des traitements proposés. Ces expertises mettent aussi en évidence des lacunes des connaissances de l'expert. Quant au diagnostic de trouble des conduites de manière générique mentionné par la demanderesse, sans préciser le sous-type, il est suffisant pour justifier un traitement médical pour les adolescents concernés. Partant, la contestation des diagnostics par le Dr C\_\_\_\_\_ n'est pas propre à invalider le traitement offert par la demanderesse. Ce médecin a par ailleurs une représentation véritablement erronée de la psychothérapie et des règles de l'art en ce qu'il remet en question le caractère approprié des interventions, au motif que les capacités de compréhension ou de verbalisation des jeunes sont en général retreintes. Seule

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

10. a. L'expertise judiciaire remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elle a été réalisée en pleine connaissance du dossier, comprend un examen de la pratique médicale de la demanderesse et prend en considération les observations de celle-ci. Enfin, ses conclusions sont motivées et cohérentes.

En ce que les défenderesses semblent critiquer la qualité de spécialiste des experts, il sied de relever qu'elles avaient été consultées avant leur nomination et qu'elles les avaient acceptés comme experts. Elles ne sauraient par conséquent remettre en cause, après que l'expertise a été rendue, leurs qualifications de spécialistes en matière de psychothérapie d'enfants et d'adolescents.

- b. Quant aux expertises du Dr C\_\_\_\_\_, il convient de relever que celui-ci n'a jamais pris contact avec la demanderesse ni ne s'est rendu sur place, afin de comprendre et analyser sa pratique médicale. Son analyse est uniquement fondée sur le dossier fourni par les défenderesses, comprenant les rapports médicaux de la Dresse B\_\_\_\_\_ concernant le patient en cause à destination du médecin-conseil des défenderesses et diverses factures de prestations, ainsi que sur les données figurant sur le site internet de la demanderesse. Son dossier est donc manifestement incomplet. Il ne prend par conséquent pas en considération les explications de la demanderesse sur l'efficacité du programme A\_\_\_\_\_ et fait abstraction de ce que

l'OFAS a élevé en 2011 le programme A\_\_\_\_\_ au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violence, et que les résultats de ce programme ont servi à la formulation de bonnes pratiques en matière de traitement et de prévention de la violence.

Cela étant, une valeur probante ne peut être attribuée aux expertises de ce médecin.

Par ailleurs, dans la mesure où son expertise initiale a été critiquée par les experts judiciaires, il appert que l'expertise subséquente du Dr C\_\_\_\_\_, dans laquelle il se détermine sur l'expertise judiciaire, manque d'objectivité, ce médecin ayant essentiellement le souci de défendre non seulement sa qualité de spécialiste en la matière, mais également son analyse. Néanmoins, ses critiques seront prises en considération dans ce qui suit dans la mesure nécessaire.

11. En ce qui concerne les principes de l'efficacité, d'adéquation et d'économicité, l'expertise judiciaire conclut que le programme A\_\_\_\_\_ les respecte entièrement.

En effet, en ce qui concerne l'efficacité d'un tel programme, elle est démontrée par les évaluations cliniques faites par la demanderesse et documentées dans leur rapport annuel. L'efficacité d'un tel programme résulte également de la littérature scientifique. Au demeurant, le Tribunal des mineurs, le SPMi, les écoles, les professionnels de la santé, les foyers, les parents et médecins font régulièrement appel à la demanderesse. Le fait que les autorités et tribunaux adressent des adolescents à la demanderesse peut être considéré comme un gage d'efficacité des traitements prodigués. La demanderesse a également signé un contrat de prestations avec le canton de Genève qui lui octroyait une subvention pour fournir des prestations aux femmes et adolescents violents par une prise en charge spécifique. En outre, le programme A\_\_\_\_\_ a été sélectionné en 2011 au rang des projets modèles du programme national Jeunes et Violence, comme cela est attesté par l'OFAS. Ledit office mentionne à cet égard que les résultats de ce programme ont servi à la formulation de bonnes pratiques en matière de traitement et de prévention de la violence, et que ce programme est considéré comme une réponse adéquate aux problèmes de violence des jeunes.

S'agissant de l'adéquation, les experts ont constaté qu'il y avait pour chaque adolescent traité une indication médicale claire pour un traitement psychothérapeutique, ce qui n'est au demeurant pas vraiment nié par le Dr R\_\_\_\_\_.

Enfin, ce programme doit être considéré comme économique, au vu de la gravité des troubles traités et de leurs impacts personnel, familial, social, économique et médico-légal. Il l'est également en comparaison avec d'autres programmes de traitements internationaux, ainsi qu'avec une psychothérapie traditionnelle se déroulant sur plusieurs années à raison d'au moins deux séances par semaine, étant précisé qu'une consultation psychiatrique d'une heure est facturée à CHF 206.44 selon le Tarmed.

---

Cela étant, le Tribunal de céans se rallie aux conclusions de l'expertise, selon lesquelles le programme A\_\_\_\_\_ respecte les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

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

13. a. En ce qui concerne la psychothérapie déléguée, pour qu'un tel traitement puisse être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, l'exécution du traitement psychothérapeutique doit être confiée à un psychologue engagé par le médecin déléguant qui travaille dans les locaux du médecin et sous la surveillance et la responsabilité de celui-ci. Il doit par ailleurs s'agir de mesures qui peuvent faire l'objet d'une délégation à un thérapeute non médecin (psychologue ou psychothérapeute), compte tenu des règles de la science médicale, de l'éthique professionnelle et des circonstances concrètes du cas (ATF 125 V 284 consid. 2 p. 285). Le médecin doit exécuter personnellement tous les actes strictement médicaux nécessités par la psychothérapie, soit en particulier le diagnostic, le choix et les modifications de la thérapie proprement dites ou la prescription des médicaments. Seule l'exécution du traitement psychologique déterminé par le médecin peut être déléguée au thérapeute. Celui-ci doit travailler sous la direction et la responsabilité du médecin, auquel il appartient de l'instruire et de le surveiller correctement. Le médecin doit également conserver un contact personnel suffisamment intense avec le patient pendant toute la durée de la thérapie, afin de pouvoir intervenir immédiatement pour revenir sur des mesures ordonnées si nécessaire (ATF 114 V 266 consid. 2a p. 270, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 7.1).

b. Selon les lignes directrices de la FMPP, le médecin déléguant doit notamment être informé de toute nouvelle thérapie avant son commencement. Il n'est pas nécessaire qu'il soit toujours présent en même temps que les psychothérapeutes, mais devrait être joignable à tout moment. Il doit aussi s'assurer que les psychothérapeutes l'associent à leurs réflexions dès qu'ils sont confrontés à des questions qui dépassent leur compétence (Obligation de surveillance dans la psychiatrie déléguée, [www.psychiatrie.ch/fr/fmpp/specialistes-et-commissions/commission-de-la-psychotherapie-deleguee/](http://www.psychiatrie.ch/fr/fmpp/specialistes-et-commissions/commission-de-la-psychotherapie-deleguee/), document PDF).

14. a. Selon les experts judiciaires, la psychothérapie déléguée a été facturée en l'occurrence de façon conforme à la loi et à la jurisprudence, sauf dans les cas incriminés par les défenderesses.

b. La demanderesse a à cet égard déclaré dans ses écritures et lors de son audition que la psychiatre répondant voyait tous les patients sans exception. Au début de la mise en œuvre du programme A\_\_\_\_\_, il arrivait que la prestation de la psychiatre

n'était pas facturée. Selon les déclarations de Mme D\_\_\_\_\_, cela avait toutefois été corrigé par la suite et cette prestation était désormais facturée sous la position 02.0230, psychothérapie déléguée dans le cadre d'un cabinet médical, séance familiale. Cependant, dans ses écritures du 4 février 2019, la demanderesse admet que les prestations avaient été facturées sous un libellé erroné, à savoir la prestation Tarmed 02.0080 ou en famille Tarmed 02.0230. Cela a été corrigé par la suite et le premier entretien est dorénavant facturé sous la position 02.0010 et les suivants sous la position 02.0020. La position Tarmed 02.0080 n'est plus utilisée.

Il est à cet égard expliqué dans l'expertise que le programme est formalisé, chaque étape étant définie et faisant l'objet d'une marche à suivre précise. Il débute par deux entretiens d'évaluation impliquant le jeune en entretien individuel, puis avec la famille et le réseau. Les entretiens d'évaluation sont effectués en présence de la Dresse B\_\_\_\_\_, comprennent le recueil des éléments anamnestiques et la signature d'un contrat entre l'adolescent et la demanderesse et entre l'adolescent et ses parents.

Par ailleurs, la demanderesse expose que lorsqu'elle traite plusieurs membres d'une même famille, elle ne facture en principe la première séance de famille qu'une fois, soit pour le premier patient. Cependant, dans la mesure où certaines factures n'ont pas été remboursées de ce fait pour les autres membres de la famille, elle a réédité certaines factures en ajoutant la position 02.0010.

Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, le Tribunal de céans admet que les patients bénéficiant d'une psychothérapie déléguée ont tous été vus au début par le médecin répondant, conformément à ce qui est prescrit pour la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, sous réserve de ce qui suit.

c. Dans la mesure où la Dresse B\_\_\_\_\_ travaille dans un centre médical en tant que médecin répondant, il doit par ailleurs être admis que les psychologues ont été engagés par le psychiatre déléguant. Il convient également de considérer que le centre médical de la demanderesse constitue un cabinet médical du médecin répondant, même s'il dispose en plus d'un autre lieu de pratique, de sorte que les prestations de ce médecin sont effectuées in casu dans son cabinet médical. Rien ne s'oppose en effet à ce qu'un médecin exerce sa pratique dans plusieurs endroits.

15. S'agissant de la tarification des prestations, la demanderesse a facturé ses prestations au début sous la position Tarmed 02.0080.

Cette position concerne l'intervention de crise psychiatrique, par périodes de 5 minutes. Elle peut aussi être facturée en cas d'intervention psychiatrique de crise par téléphone. Elle n'est pas cumulable avec les positions 02.0010, 02.0020, 02.0030, 02.0040 et 02.0050.

Selon les experts, ce code se réfère à la prestation de crise et non à l'urgence et à l'extrême urgence qui font l'objet d'une tarification aux positions Tarmed 00.2505 à 00.2590. L'intervention de crise psychiatrique est valorisée comme une consultation, par tranches de 5 minutes, et elle a la même valeur que celle-ci.

Par ailleurs, dans les factures litigieuses, la position 02.0080 n'a pas été cumulée avec les positions 02.0010 à 02.0050. Il n'y a en outre aucune incompatibilité formelle dans le Tarmed avec les prestations de psychothérapie déléguée. En ce qu'il y a, dans ces factures, une juxtaposition de prestations de psychothérapie déléguée et la présence ces mêmes jours de prestations médicales du type 02.0080 liées au travail du psychiatre, cela ne semble pas contrevenir aux règles formelles du Tarmed. L'ensemble de ces prestations recouvre de manière réaliste les prestations du programme A\_\_\_\_\_, lequel peut être considéré dans sa globalité comme un traitement de crise avec une forte composante psychothérapeutique assignée par les psychologues, comme exposé dans l'expertise judiciaire.

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ne juge pas critiquable la répétition d'entretiens de crise et considère cette facturation conforme au Tarmed. Enfin, les défenderesses n'ont subi aucun préjudice du fait d'une éventuelle erreur de facturation, dès lors que la position 02.0080 a la même valeur qu'une consultation.

16. Par la suite, la demanderesse n'a plus facturé ses premières prestations en utilisant la position Tarmed 02.0080, dès lors que les défenderesses avaient critiqué cette façon de faire. La demanderesse a alors facturé fréquemment la position Tarmed 02.0230 psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical, séance familiale, par période de 5 minutes. Il est à cet égard indiqué dans le Tarmed que « Les prestations du chapitre 02.03 [dans lequel la position 02.0230 est répertoriée] ne peuvent être prises en compte que si elles sont fournies sur prescription du médecin ou sous surveillance médicale ». Partant, cette position doit en principe être précédée par la facturation d'une séance chez le psychiatre déléguant, soit par la facturation de la position 02.0010, diagnostic et thérapie psychiatrique, thérapie individuelle, première séance par périodes de 5 minutes.

Or, tel n'est fréquemment pas le cas dans les factures de la demanderesse. Comme exposé ci-dessus, la psychiatre déléguant voit cependant tous les patients à la première séance. À cela s'ajoute, que lorsque toute la famille d'un jeune violent est traitée, la séance médicale n'est facturée qu'une seule fois, soit sous le nom de ce dernier.

Même si la demanderesse a changé la manière de facturer ses prestations suite aux critiques des défenderesses concernant l'utilisation de la position Tarmed 02.0080, elle n'a pas pour autant changé le déroulement du programme A\_\_\_\_\_, lequel commence toujours par une séance en présence du médecin répondant.

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

17. a. En ce qui concerne la durée de la psychothérapie, l'art. 3 OPAS prescrit que l'assurance prend en charge les coûts d'une telle thérapie pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques, sous réserve de l'art. 3b OPAS. Cette dernière disposition prescrit la procédure concernant la prise en charge en cas de poursuite d'une thérapie après 40 séances. Après cette durée, le médecin traitant doit adresser à temps un rapport au médecin-conseil de l'assureur, pour que le coût de la psychothérapie soit pris en charge. Le rapport doit mentionner le type de maladie, le genre, le cadre, le déroulement du résultat du traitement entamé et une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le cadre et la durée probable (al. 1 let. aac). Le médecin-conseil examine le rapport et propose à l'assureur de poursuivre la psychothérapie à la charge de l'assurance, en indiquant sa durée jusqu'au prochain rapport, ou de l'interrompre (al. 3). L'assureur communique ensuite à la personne assurée, avec copie au médecin traitant, dans les quinze jours ouvrables suivant la réception des rapports par les médecins-conseils s'ils continuent de prendre en charge les coûts de la psychothérapie et pour quelle durée (al. 4).

b. En l'occurrence, il n'y pas d'indication sur la durée des différentes thérapies. Celle-ci ne peut pas non plus être déduite des différentes factures produites dans la présente procédure, dès lors que le nom de l'assuré a été caviardé.

En tout état de cause, selon les experts judiciaires, il serait tout à fait justifié que ce nombre de séances soit dépassé dans le cadre du programme A\_\_\_\_\_, dans la mesure où il est établi que les patients souffrent de troubles sévères et difficiles à soigner.

En outre, dans la mesure où les défenderesses avaient déjà refusé de prendre en charge les premières 40 séances du programme A\_\_\_\_\_, la demanderesse pouvait s'abstenir de demander la prise en charge des séances suivantes, la réponse des défenderesses étant déjà connue.

Par ailleurs, les défenderesses n'ont pas précisé dans quels cas le nombre de 40 séances a été dépassé, alors qu'elles ont été expressément invitées à le faire.

Cela étant, le Tribunal de céans considère qu'il n'y a aucun indice que la procédure pour la poursuite d'une thérapie après 40 séances a été violée.

18. a. Le Dr C\_\_\_\_\_ a mis en cause dans son expertise les qualifications de Mme D\_\_\_\_\_ pour l'exercice de la psychothérapie déléguée.

Toutefois, celle-ci a déclaré qu'elle ne facturait jamais ses prestations. Elle ne faisait que superviser le traitement. Ainsi, elle ne prodigue aucune psychothérapie.

b. En ce qui concerne la Dresse B\_\_\_\_\_, elle est au bénéfice d'un diplôme fédéral de médecine de l'Université de Genève, d'un doctorat et d'un diplôme de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie FMH.

Cela étant, elle remplit les conditions du Tarmed, selon lesquelles le médecin spécialiste délégué doit disposer de la valeur intrinsèque qualitative « psychiatrie et

---

psychothérapie d'enfants et d'adolescents » ou « psychiatrie et psychothérapie » ou AFC « psychothérapie déléguée ».

Au demeurant, les thérapies font l'objet d'une supervision externe. Parmi les superviseurs figure notamment le Dr S\_\_\_\_\_ qui possède en particulier un FMH en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. L'encadrement clinique interne est assuré aussi sous la direction de la doctoresse Y\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH, outre la Dresse B\_\_\_\_\_ et Mme D\_\_\_\_\_. Quant aux psychologues, plusieurs de ceux-ci sont au bénéfice de formations en psychothérapie familiale (Mmes E\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et M. H\_\_\_\_\_), psychologie d'urgence (Mmes T\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_) et/ou actes de violence (Mme E\_\_\_\_\_). Ils possèdent ainsi les qualifications requises pour assurer la psychothérapie de jeunes violents et de leurs familles.

19. Les défenderesses critiquent également dans leurs écritures après expertise judiciaire que le temps passé en l'absence du patient dépasse le temps des consultations.

En premier lieu, il sied de relever qu'elles ont formé ce grief après l'expertise judiciaire seulement et qu'elles n'ont posé aucune question à ce sujet aux experts. Partant, en l'absence d'un fait nouveau, ce grief doit être considéré comme tardif.

En tout état de cause, il n'y a aucun indice que le temps passé en l'absence du patient ait été facturé de façon abusive, et l'importance de ce temps paraît au contraire justifié au degré de la vraisemblance requise. En effet, la demanderesse effectue des supervisions hebdomadaires individuelles sous la direction des Dresses B\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_, ainsi que de Mme D\_\_\_\_\_. À cela s'ajoutent des réunions cliniques hebdomadaires en groupe avec la présence de toute l'équipe thérapeutique lors desquelles des aspects cliniques sont abordés pour pouvoir définir des propositions thérapeutiques adaptées. Lorsque les entretiens de famille sont filmés, ils sont supervisés en direct derrière le miroir par les responsables thérapeutiques. Enfin, il y a des supervisions externes régulières (cf. annexe à l'expertise judiciaire p. 9).

20. La demanderesse réclame le paiement de CHF 95'106.80 dans ses dernières conclusions.

a. Elle admet toutefois, pour les factures n<sup>os</sup> 245, 252, 280, 289, 342, 367 et 408 concernant Mutuel Assurance Maladie SA, que la patiente a été vue par le médecin seulement après plusieurs séances. Cependant, ces factures ne permettent pas de déterminer quand la patiente a été vue par le médecin. Cela étant, il y a lieu de constater que les conditions de prise en charge de la psychothérapie déléguée ne sont que partiellement remplies pour ces factures qui représentent CHF 1'674.55 au total. Tout au plus la moitié de cette somme peut dès lors être mis à la charge des défenderesses, à savoir la somme de CHF 837.30 en chiffres ronds.

b. S'agissant du patient AA\_\_\_\_\_, la demanderesse a facturé le 5 novembre 2018 CHF 206.44 pour une consultation individuelle chez le médecin en date du 19 juin

---

2017, dans le but de se faire rembourser les prestations pour la psychothérapie déléguée qui a suivi la consultation à cette dernière date. Cependant, cette facture n'a pas de raison d'être dès lors que toute la famille a été vue à cette consultation, notamment aussi AA\_\_\_\_\_, et que cette consultation a été facturée le 28 juillet 2017 pour AB\_\_\_\_\_ (fils). Par conséquent, la demanderesse sera déboutée du paiement de cette facture.

Il en va de même pour la facture du 5 novembre 2018 concernant les patientes V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_. de CHF 206.44. Dans la mesure où la facture concernant cette dernière a été remboursée à tort par Mutuel Assurance Maladie SA, il y a lieu de déduire aussi ce montant des prétentions de la demanderesse.

c. Concernant la Dresse J\_\_\_\_\_, sa dernière facture, concernant Mutuel Assurance Maladie SA, comprend encore des traitements de psychothérapie déléguée dans le cadre du cabinet médical en date du 15 octobre 2015, alors qu'elle n'a cédé ses créances que pour la période du 15 août 2011 au 14 octobre 2015. Partant formellement, la demanderesse n'est pas habilitée à réclamer le remboursement des prestations fournies le 15 octobre 2015, lesquelles s'élèvent à CHF 275.11.

d. Les autres factures sont conformes à la LAMal et au Tarmed, comme exposé ci-dessus.

En se fondant sur le récapitulatif des factures impayées produite par la demanderesse sous pièce 50, Mutuel Assurance Maladie SA est tenue de rembourser à la demanderesse un montant de CHF 69'469.15 (71'200.85 - 837.30 - [3 x 206.44] - 275.11). À cela s'ajoutent les factures émises à l'origine en tiers garant et rééditées en tiers payant de CHF 8'544.40, si bien que Mutuel Assurance Maladie SA doit rembourser au total CHF 78'013.55. Quant à Supra-1846 SA, elle est tenue de payer la somme de CHF 15'361.--.

21. La demanderesse réclame également des intérêts moratoires de 5 % l'an dès le 31<sup>ème</sup> jour suivant la date d'émission de la facture et au plus tard dès le 20 janvier 2017.

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

- b. Cela étant, les défenderesses devront des intérêts moratoires de 5 % deux ans après la date des prestations dès le premier du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire est né.
22. Dès lors que la demanderesse obtient largement gain de cause, les défenderesses seront condamnées, conjointement et solidairement, à verser à la demanderesse des dépens d'un montant de CHF 8'000.-.
23. La procédure devant le Tribunal arbitral n'étant pas gratuite (art. 46 de la loi d'application de la LAMal du 29 mai 1997 - LaLAMal – J 3 05), les frais de la procédure, de CHF 9'000.- et CHF 18'000.- (expertise), ainsi que l'émolument de justice, fixé à CHF 5'000.-, seront mis à la charge des défenderesses, prises conjointement et solidairement.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare la demande recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Condamne Mutuel Assurance Maladie SA à verser à la demanderesse la somme de CHF 78'013.55 avec intérêts moratoires de 5 % l'an deux ans après la date des prestations dues dès le premier du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire est né.
4. Condamne Supra-1846 SA à verser à la demanderesse la somme de CHF 15'361.- avec intérêts moratoires de 5 % l'an deux ans après la date des prestations dès le premier du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire est né.
5. Condamne les défenderesses, prises conjointement et solidairement, à verser à la demanderesse une indemnité de CHF 8'000.- à titre de dépens.
6. Met les frais du Tribunal arbitral de CHF 9'000.- et de CHF 18'000.-, ainsi qu'un émolument de justice de CHF 5'000.- à la charge des défenderesses, prises conjointement et solidairement.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Maya CRAMER

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