

GE_GERICHTE ATAS/223/2009 vom 26. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_223_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/223/2009 du 26 février 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/223/2009 del 26 febbraio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à LAMal du 18 mars 1994. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-maladie, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 31 août 2007 et a été reçue le 10 septembre 2007 de sorte que le délai de recours a débuté le lendemain (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Par conséquent, le recours du 10 octobre 2007 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté au surplus dans la forme prévue par la loi, il est recevable.

E. 3.2

p. 170). A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées, notamment celle de désigner les prestations visées à l'art. 25 al. 2 LAMal qui ne sont pas fournies par les médecins ou les chiropraticiens, au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant l'OPAS, dont l'art. 2 al. 1 (dans sa version jusqu'au 31 juillet 2007) prescrit que l'assurance prend en charge la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes qui sont appliquées avec succès dans les institutions psychiatriques reconnues. Selon l'art. 35 al. 1 LAMal, les fournisseurs de prestations qui remplissent les conditions des art. 36 à 40 LAMal sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Au nombre de ceux-ci figurent, en particulier, les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient (art. 35 al. 2 let. e LAMal). En vertu de la norme de délégation prévue à l'art. 38 LAMal, le Conseil fédéral a reçu la compétence de régler l'admission des fournisseurs de prestations énumérés à l'art. 35 al. 2 let. c à g et m; il a adopté à cet effet les art. 44 ss OAMal. Aux termes de l'art. 46 OAMal, sont admis en tant que personnes dispensant des soins sur prescription médicale les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmières et les infirmiers, les logopédistes/orthophonistes, les diététiciens qui exercent à titre indépendant et à leur compte (al. 1 let. c) et qui sont admis en vertu du droit cantonal (al. 2).

E. 4

Le litige porte sur la question de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins du traitement psychothérapeutique prodigué au recourant par Monsieur M _____, psychothérapeute, à partir du 2 janvier 2006.

E. 5

En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des

A/3819/2007 - 10/17 - art. 32 à 34 LAMal. Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (art. 25 al. 2 let. a ch. 3 LAMal). Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, posées par l'art. 32 al. 1 LAMal, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 129 V 167 consid.

E. 6

Dans le cas présent, le recourant soutient que le traitement de psychothérapie doit être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins car son thérapeute, même s'il n'est pas médecin, lui a prodigué un traitement efficace et économique en évitant qu'il soit hospitalisé. Il se prévaut d'une lacune de la loi, alléguant que c'est à tort que celle-ci ne prévoit pas la possibilité qu'une psychothérapie puisse être prodiguée par un psychothérapeute indépendant non médecin. Il soutient par ailleurs qu'il n'a pas à subir les conséquences de la pénurie de médecins- psychiatres dans le canton de Genève et invoque sur ce point le principe de l'égalité

A/3819/2007 - 11/17 - de traitement. Il se prévaut par ailleurs du principe de la confiance au motif que l'intimée, dans la mesure où elle lui a remboursé les frais du traitement suivi chez un psychothérapeute entre 2002 et 2003, lui aurait donné à penser qu'elle ferait de même pour le traitement ayant débuté en 2006. Pour sa part, l'intimée relève que, selon la jurisprudence, un psychothérapeute indépendant non médecin ne peut pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins et que le recourant ne peut se prévaloir d'un droit à la substitution des prestations. Elle observe que le recourant a été averti par ses thérapeutes que lesdites prestations n'étaient pas à charge de l'assurance obligatoire des soins. Elle soutient enfin que le recourant avait d'autre choix à disposition, à savoir un traitement délégué au psychothérapeute par un médecin, un traitement ambulatoire à l'hôpital, voire même un traitement hospitalier.

E. 7

En premier lieu, il ressort très clairement de la loi et de la jurisprudence qu'un psychothérapeute indépendant non médecin ne peut pas prodiguer un traitement à charge de l'assurance obligatoire des soins. En effet, l'art. 35 LAMal ne mentionne pas le psychothérapeute dans la liste des fournisseurs de prestations admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Or, cette disposition fixe de manière impérative les conditions auxquelles un fournisseur de prestations peut être admis à pratiquer aux frais de

l'assurance obligatoire des soins (ATF 125 V 452 consid. 3a). Le psychologue ne fait pas davantage partie des personnes qui exercent à titre indépendant et à leur compte admises à prodiguer des soins sur prescription ou sur mandat médical puisque l'art. 46 OAMal énumère également lesdites personnes sans mentionner les psychothérapeutes. En outre, selon le chapitre 2 de l'OPAS les prestations fournies sur prescription ou mandat médical concernent la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins à domicile ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social, les conseils nutritionnels et aux diabétiques, la logopédie-orthophonie. En revanche, la psychothérapie ne fait pas partie de cette liste. Au contraire, l'art. 2 OPAS précise que cette thérapie doit être pratiquée par un médecin. Ceci étant posé, il convient à présent d'examiner si l'on peut conclure à l'existence d'une lacune, ainsi que le soutient le recourant. Une lacune véritable ou authentique (lacune proprement dite) suppose que le législateur se soit abstenu de régler un point qu'il aurait dû régler et qu'aucune solution ne se dégage du texte ou de l'interprétation de la loi. Si le législateur a renoncé volontairement à codifier une situation qui n'appelait pas nécessairement une intervention de sa part, son inaction équivaut à un silence qualifié. Quant à la lacune improprement dite, elle se caractérise par le fait que la loi offre certes une réponse mais que celle-ci est insatisfaisante. D'après la jurisprudence, seule l'existence d'une lacune authentique appelle l'intervention du juge, tandis qu'il lui est en principe interdit, selon la conception traditionnelle, de corriger les lacunes

A/3819/2007 - 12/17 - improprement dites, à moins que le fait d'invoquer le sens réputé déterminant de la norme ne soit constitutif d'un abus de droit, voire d'une violation de la Constitution (ATF 125 III 427 consid. 3a et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 41 consid. 4b/cc et 124 V 348 consid. 3b/aa). Dans le Message concernant la révision de l'assurance maladie du 6 novembre 1991 (FF 1992 I 145-146), le Conseil fédéral a précisé n'avoir pas donné suite aux vœux exprimés au cours de la procédure de consultation et demandant d'inclure dans le projet - en tant que fournisseurs de prestations, assimilés aux médecins - les psychothérapeutes. Il a expliqué vouloir coordonner au mieux le diagnostic et la thérapie pour permettre de garantir la qualité et le caractère économique des prestations. De ces considérations, il ressort que c'est à dessein que le législateur n'a pas mentionné les psychothérapeutes au nombre des fournisseurs de prestations, de sorte que l'on ne peut conclure à l'existence d'une lacune. C'est également à dessein que le législateur n'a pas intégré les psychothérapeutes au nombre des personnes prodiguant des soins sur prescription médicale. En effet, il a estimé qu'il ne serait guère judicieux de donner dans la loi une liste exhaustive des fournisseurs de prestations « paramédicales ». L'évolution étant trop prononcée dans ce domaine, il a considéré qu'une ordonnance serait mieux à même de s'adapter rapidement à la situation. La formulation de la loi est d'ailleurs volontairement souple : on parle de « personnes prodiguant des soins sur prescription médicale » et d'« organisations qui les emploient », ce qui permet à ces personnes soit d'exercer une activité à titre indépendant et pour leur propre compte, soit d'exercer une activité comme employé(e). L'on veut ainsi tenir compte du potentiel qui existe actuellement dans ces domaines, au niveau des structures, des capacités et des expériences acquises, ainsi que de son évolution éventuelle et garantir, dans l'assurance-maladie sociale, son utilisation coordonnée et dans des limites raisonnables (FF 1992 I 146). Dans un récent arrêt concernant l'examen de la prise en charge de soins prodigués par des infirmiers indépendants (ATF 133 V 218 consid. 6.3.2), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a considéré que les dispositions réglementaires de l'OAMal reflétaient fidèlement la volonté exprimée par le Conseil fédéral dans son message. Il ressort clairement de ce message - et le principe n'a d'ailleurs pas fait

l'objet de discussions au cours des travaux parlementaires - que le Conseil fédéral n'entendait reconnaître que deux formes bien précises d'exercice des professions paramédicales : l'exercice en qualité de travailleur indépendant («personnes prodiguant des soins sur prescriptions médicales») et l'exercice en qualité d'employé d'une institution qui, elle-même, a été admise, aux conditions fixées par le Conseil fédéral, à pratiquer pour le compte de l'assurance obligatoire des soins («organisations qui les emploient»). Eu égard à ces considérations, force est de constater que, là encore, on ne saurait donc conclure à une lacune de la loi.

A/3819/2007 - 13/17 - Qui plus est, le TFA a déjà eu l'occasion de se prononcer sur la conformité de la réglementation de l'art 46 OAMal avec la LAMal et a jugé que cette disposition est conforme à la loi en tant qu'elle ne mentionne pas les psychothérapeutes non médecins en qualité de personnes admises à prodiguer des soins sur prescription médicale, précisant que le législateur les avait écartés à dessein en raison de l'absence de clarté suffisante quant à leur formation professionnelle (ATF 125 V 284 consid. 4e).

E. 8

Dans un deuxième moyen, le recourant soutient que l'intimée doit prendre en charge les factures de son psychothérapeute car il n'a pas à subir les conséquences de la pénurie de psychiatres dans le canton de Genève et le traitement prodigué était efficace, économique et identique à celui qu'aurait pratiqué un médecin. Le droit à la substitution de la prestation est une institution reconnue en matière d'assurance-maladie. Toutefois, il n'existe aucun droit de recevoir, en lieu et place des prestations légales, des prestations moins coûteuses et qui ne sont pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Il ne saurait en effet y avoir un droit à la substitution de la prestation, lorsque celui-ci aboutit à ce qu'une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance soit remplacée par une prestation qui ne l'est pas. Dès lors si, pour quelque raison que ce soit, un assuré choisit des soins et traitements qui ne font pas partie des prestations à charge de l'assurance, il perd son droit. De même, le droit à l'échange de la prestation suppose que le fournisseur de l'une et l'autre prestations soit admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, faute de quoi un droit à l'échange ne saurait être reconnu (ATF 133 V 218 consid. 4.3, 126 V 330 consid. 1b, 111 V 324 consid. 2a). En l'espèce, il est douteux qu'on puisse parler d'une pénurie de psychiatres dans le canton de Genève dès lors que, selon les déclarations faites par la Dresse N_____ lors de son audition par le Tribunal de céans, les délais d'attente pour une consultation étaient à l'époque des faits d'environ un mois et non de six comme l'allègue le recourant. L'article de la Tribune de Genève du 9 mai 2007 produit par le recourant mentionne d'ailleurs un délai de deux mois en 2007 pour obtenir un rendez-vous et fait surtout état d'une pénurie future de psychiatres au motif que cette spécialisation n'intéresse pas les jeunes médecins. Quoi qu'il en soit, la question de savoir s'il existait ou non, en 2006, une pénurie de psychiatres dans le canton de Genève peut rester ouverte car le recourant n'établit pas qu'il n'avait d'autre choix que de suivre un traitement prodigué par un psychothérapeute indépendant. En effet, les attestations qu'il a produites démontrent que sa mère a cherché à prendre rendez-vous en septembre 2005 auprès de psychiatres, alors que Monsieur M_____ n'a débuté le traitement que le 2 janvier 2006, soit plus de trois mois et demi après ladite tentative de prise de rendez-vous. Dès lors, on ne comprend pas pourquoi, en septembre 2005, alors que le recourant était d'accord de suivre un traitement, sa mère n'a pas pris un rendez-

A/3819/2007 - 14/17 - vous avec un psychiatre pour la prochaine échéance, soit le mois d'octobre ou de novembre 2005, puisque, selon la Dresse N _____, le délai de consultation était d'environ un mois. De plus, lorsqu'il a subi une décompensation le 10 janvier 2006, le recourant a consulté la Dresse N _____ au service d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG, ce qui démontre qu'il avait connaissance de la possibilité d'un traitement ambulatoire dans le cadre des établissements publics. En outre, ainsi que cela a déjà été dit, la substitution de prestation qu'il réclame n'est de toute façon pas possible puisque le traitement pratiqué par un psychologue indépendant n'est pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins. Le principe de l'égalité de traitement, consacré à l'art. 8 al. 1 Cst., commande que le juge traite de la même manière des situations semblables et de manière différente des situations dissemblables (ATF 131 V 107 consid. 3.4.2 p. 114 et les arrêts cités). En l'espèce, selon l'article de la Tribune de Genève, en dehors des grandes villes de Suisse, le délai d'attente pour une prise en charge par un psychiatre est encore plus grand dans les régions rurales de sorte qu'on ne voit pas en quoi le recourant serait victime d'une inégalité de traitement, d'autant plus qu'un traitement ambulatoire dans le cadre des HUG était possible. En effet, les services de psychiatrie des HUG sont présents dans quatre quartiers de la ville de Genève (Eaux-Vives, Jonction, Servette et Pâquis) et proposent justement des traitements psychothérapeutiques. Ce grief du recourant doit donc être écarté.

E. 9

Dans un troisième moyen, le recourant invoque le droit à la protection de la bonne foi. Le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4 aCst., est désormais expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et les nombreuses références citées). Ainsi, un renseignement ou une décision erronés peuvent obliger l'administration à consentir à un administré un avantage contraire à la loi, si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

A/3819/2007 - 15/17 - 1. l'autorité est intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées; 2. elle a agi ou est censée avoir agi dans les limites de sa compétence; 3. l'administré n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu; 4. il s'est fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice; 5. la loi n'a pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références). En l'espèce, le seul élément qui aurait pu éveiller, chez le recourant, une attente ou une espérance légitime est la prise en charge par l'intimée, entre fin janvier 2002 et fin avril 2003, des prestations d'un psychothérapeute indépendant. Toutefois cette prise en charge antérieure ne saurait être décisive, car Monsieur M _____ a clairement signifié à la mère du recourant, lors de la première ou deuxième séance, à savoir les 2 ou 5 janvier 2006, que son traitement n'était pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, mais uniquement par les assurances

complémentaires, ainsi que cela ressort des déclarations qu'il a faites lors de son audition par le Tribunal de céans. Or, le droit à la protection de la bonne foi ne peut être invoqué avec succès que si l'intéressé n'a pas manqué de la diligence requise au vu des circonstances (RAMA 1999 n° KV 97 p. 525 consid. 4b). En l'occurrence, la mère du recourant, bien que mise en garde par les thérapeutes, n'a pas pris la peine de se renseigner auprès de l'intimée pour savoir si ce type de prestations était pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, mais s'est bornée à examiner ses classeurs de facture et a constaté que les factures du thérapeute précédent avaient été intégralement prises en charge par l'intimée. Ce faisant, elle a manqué de la diligence requise car, dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins, le catalogue des prestations prises en charge n'est pas immuable. Par exemple, à partir du 1er juillet 2005, les prestations relevant de la médecine anthroposophique, de l'homéopathie, de la thérapie neurale, de la phytothérapie et de la médecine traditionnelle chinoise n'ont plus été prises en charge alors qu'elles l'étaient auparavant. De plus, dans un communiqué du 3 juin 2005, l'Office fédéral de la santé publique a précisé qu'au cours des mois et des années à venir, l'intégralité du catalogue des prestations de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ferait l'objet d'une vérification tout aussi rigoureuse aux plans méthodologique et juridique, de façon à pouvoir tirer les conclusions qui s'imposent. Dans un autre communiqué du 5 juillet 2006, il a également annoncé des modifications concernant les traitements psychothérapeutiques. Par conséquent, eu égard aux modifications avérées et prévues dans ce domaine, le recourant et sa mère ne pouvaient pas se fier au fait que, trois ans auparavant, le traitement par un psychologue avait été pris en charge, d'autant plus que Monsieur M_____ leur avait clairement indiqué le contraire.

A/3819/2007 - 16/17 - Quoi qu'il en soit, on ne voit pas que le recourant ait pris, pour ce motif, des dispositions sur lesquelles il ne pût revenir. Il ne fait pas de doute, en effet, qu'il n'aurait pas renoncé au traitement en cause même en sachant qu'il ne serait pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins puisque, lors de son audition par le Tribunal de céans, la mère du recourant a déclaré ne s'être jamais posé la question du statut de Monsieur M_____ ou de la prise en charge de ses prestations par l'assurance; pour elle, seul importait le fait que c'était la seule personne qui pouvait recevoir son fils dans l'urgence, étant précisé qu'elle craignait que son fils ne se ravise si le traitement était remis à plus tard. Par conséquent, le droit à la protection de la bonne foi ne peut être invoqué par le recourant.

E. 10

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à bon droit que l'intimée a refusé la prise en charge du traitement de psychothérapie. Le recours est donc rejeté, étant précisé que la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3819/2007 - 17/17 -

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