

## GE\_GERICHTE A/328/2015 vom 20. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_328\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_328_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/328/2015 du 20 avril 2015

IT: GE\_GERICHTE A/328/2015 del 20 aprile 2015

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.04.2015  
A/328/2015

A/328/2015 ATAS/289/2015 du 20.04.2015 ( LAMAL ) , PARTIELMNT ADMIS En fait  
En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE  
A/328/2015 ATAS/289/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt  
du 20 avril 2015 10 ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE,  
représentée par APAS - Association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés recourante contre ATUPRI CAISSE-MALADIE, sise Zieglerstrasse 29, BERNE,  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea LANZ MULLER intimée  
EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le  
\_\_\_\_\_ 1981, suit une psychothérapie auprès de la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en  
psychiatrie et psychothérapie (ci-après : le psychiatre traitant), à raison de deux séances  
hebdomadaires, à l'exception des périodes d'absence pour vacances du médecin, durant  
lesquelles les séances sont assumées par un remplaçant. Elle est assurée pour l'assurance  
obligatoire des soins (ci-après : AOS) auprès de la caisse-maladie Atupri (ci-après :  
l'assureur-maladie ou l'intimé).! [endif]>! [if> 2. Dans le but d'examiner son obligation  
d'allouer des prestations, l'assureur-maladie a fait parvenir un questionnaire au psychiatre  
traitant en date du 29 janvier 2014. Cette dernière y a répondu en date du 4 mars 2014. Elle  
a retenu les diagnostics suivants : syndrome de dépersonnalisation (F 48.1) et trouble  
panique anxiété épisodique (F 41.0).! [endif]>! [if> 3. Sur la base des indications  
figurant dans le questionnaire, le médecin-conseil de l'assureur-maladie est parvenu à la  
conclusion que la psychothérapie médicale à une fréquence de deux séances par semaine  
n'était plus indiquée. Il recommandait à l'assureur-maladie la future prise en charge des  
coûts du traitement à raison de 60 minutes par semaine. La maladie chronique existante ne  
justifie plus la fréquence de la thérapie appliquée jusqu'ici, fréquence qui doit être remise en  
cause après cette longue durée de traitement. Selon les rapports existants, la situation  
médicale est décrite de façon toujours plus ou moins identique. Les progrès ne sont pas  
discernables, malgré deux séances de thérapie par semaine.! [endif]>! [if> 4. En date du  
2 avril 2014, l'assureur-maladie a écrit à l'assurée - avec copie à son psychiatre traitant -, lui  
indiquant que sur la base du rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_, elle lui garantissait la prise en  
charge d'un traitement psychiatrique ambulatoire à raison d'une séance par semaine jusqu'au  
31 mars 2015. Si le traitement devait durer plus longtemps, il était important que son  
médecin traitant adresse un rapport détaillé à l'assureur-maladie.! [endif]>! [if> 5. Le 10  
avril 2014, l'assurée a écrit à l'assureur-maladie en lui demandant de lui notifier une  
décision formelle afin qu'elle puisse s'y opposer.! [endif]>! [if> 6. Par courrier du 29  
avril 2014, l'assureur-maladie a répondu par une décision formelle selon laquelle il n'entrait  
pas en matière au sujet de la procédure relative à la remise d'une décision formelle  
susceptible de recours.! [endif]>! [if> 7. Représentée par l'APAS Association pour la

permanence de défense des patients et des assurés, l'assurée a recouru contre cette décision. Elle concluait à son annulation, à l'envoi de son dossier médical complet à son mandataire, et à ce qu'une décision formelle soit rendue dans les 30 jours sur la diminution de son traitement psychothérapeutique la faisant passer de deux séances hebdomadaires à une seule.!

8. Par courrier du 4 juin 2014, l'assureur-maladie a adressé au mandataire de l'assurée la copie du dossier, en lui annonçant qu'une décision susceptible d'opposition, concernant le traitement psychothérapeutique, lui serait notifiée dans les 30 jours.!

9. Par décision du 19 juin 2014, l'assureur-maladie a refusé la prise en charge des coûts de deux séances de psychothérapie par semaine. Le traitement en question était pris en charge dans le cadre d'une séance de 60 minutes par semaine.!

10. Par courrier recommandé du 8 juillet 2014, l'assurée, représentée par son mandataire, a formé opposition à cette décision. L'assureur-maladie n'avait apporté aucun élément tangible de nature à justifier une diminution de 50 % de la prise en charge des séances de psychothérapie. Elle concluait dès lors à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi de la garantie de prise en charge pour deux séances hebdomadaires.!

11. Le 18 décembre 2014, l'assureur-maladie a rendu sa décision sur opposition. L'opposition du 8 juillet 2014 était rejetée.!

Conformément à l'avis de son médecin-conseil, l'assureur-maladie considère que la nécessité de la poursuite de la psychothérapie médicale dans le cadre actuel n'est médicalement plus justifiée après une durée de traitement aussi longue. Depuis 2006, deux séances de thérapie par semaine ont lieu régulièrement. Sur la base des dossiers existants, la situation médicale n'a guère évolué depuis le début du traitement et les progrès sont également peu reconnaissables. La poursuite de la psychothérapie à une fréquence de deux séances de thérapie par semaine ne correspond plus aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et au caractère économique au sens de l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Le but du traitement envisagé peut aussi être atteint avec une fréquence d'une séance de thérapie par semaine.

12. Par courrier recommandé du 30 janvier 2015, l'assurée, représentée par son mandataire, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Elle conclut préalablement à l'audition des parties et du psychiatre traitant. Sur le fond elle conclut à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit que la recourante a droit à la prise en charge de deux séances de psychothérapie par semaine, le tout avec suite de dépens.!

L'intimé a limité à tort sa couverture à une séance de 60 minutes hebdomadaires, fondant son opinion sur l'avis de son médecin-conseil, lequel n'a été formulé que par des mentions manuscrites du type « OK 2 séances », respectivement « OK une séance » sur des rapports circonstanciés du psychiatre-traitant. Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, lorsqu'une décision administrative repose sur la seule appréciation d'un médecin interne un assureur social, celui-ci doit être fondé sur une étude circonstanciée du cas, ainsi que sur des examens complets, prenant en compte les doléances du patient, établi en toute connaissance de l'anamnèse, et présentant des conclusions motivées et convaincantes, ce qui n'était évidemment pas le cas en l'espèce. On ne pouvait dès lors reconnaître une valeur probante à l'avis du médecin-conseil de l'intimé. À l'inverse, si l'avis du médecin traitant, auquel on peut également attribuer un caractère probant, laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et à la pertinence de l'appréciation du médecin interne à l'intimé, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, de sorte qu'il y a lieu en pareille circonstance de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 de la loi fédérale sur la

partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) ou une expertise judiciaire. 13. L'intimé, représenté par un avocat, a indiqué à la chambre de céans, dans le délai fixé pour produire sa réponse, que la décision sur opposition du 18 décembre 2014 est annulée et qu'ainsi la procédure pouvait être considérée comme liquidée. L'intimé organiserait une expertise externe dans le but de clarifier son obligation d'allouer des prestations. 14. Invitée à faire part de sa détermination par rapport à la réponse de l'intimé, notamment sur la question de l'indemnité, la recourante s'est opposée à l'annulation de la décision sur opposition entreprise, et a persisté dans ses conclusions. Jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. Tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque l'intimé n'entend pas reconsidérer mais annule purement et simplement la décision entreprise, ce qui est contraire à la loi, d'autant qu'à la forme, ce mode de procéder ne respecte pas non plus les prescriptions légales. La recourante y voit encore une violation du principe de la célérité. 15. L'intimé a dupliqué: le texte de l'art. 53 al. 3 LPGA est clair et sans équivoque. Les considérations de la recourante sont erronées. L'annulation de la décision sur opposition n'implique aucun inconvénient pour la recourante, au contraire : la proposition d'une expertise psychiatrique que l'intimé mettra en œuvre dans les meilleurs délais serait susceptible, en fonction de son résultat, de conduire à une décision autre qu'un refus. Il persiste en conséquence à considérer que la procédure doit être classée, étant devenue sans objet. 16. Les écritures de l'intimé ont été communiquées à la recourante. 17. Sur quoi les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. Selon l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assurance peut reconsidérer sa décision ou sa décision sur opposition jusqu'à l'envoi de son préavis au Tribunal ; 4. Selon l'art. 49 LPGA, l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord (al.1). Si le requérant rend vraisemblable un intérêt digne d'être protégé, l'assureur rend une décision en constatation (al. 2). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (al. 3). 4. Selon l'art. 24 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social, ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a). L'art. 32 LAMal prescrit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 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 réexaminés périodiquement (al. 2 let. a). Pour garantir le

respect de ces principes fondamentaux, l'art. 33 LAMal définit un système de désignation des prestations; il délègue au Conseil fédéral le soin d'inventorier les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'AOS, ou le sont à certaines conditions (al. 1), de désigner en détail les autres prestations prévues à l'art. 25 al. 2, ainsi que celles prévues aux art. 26, 29 al.2 let a et c, et 31 al.1 (al. 2), de déterminer dans quelle mesure l'AOS prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation (al. 3), de nommer des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations, de veiller à la coordination des travaux des commissions précitées (al. 4). Enfin le Conseil fédéral peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux al. 1 à 3 (al. 5). En exécution de ces dispositions, le Conseil fédéral a édicté les dispositions d'application, notamment aux art. 33 et suivants de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), et délégué ses compétences au département fédéral de l'intérieur (DFI) (art. 33 OAMal), lequel a édicté l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995, (OPAS; RS 832.112.31), dont les art. 2 et suivants réglementent l'obligation d'allouer des prestations pour la psychothérapie pratiquée par un médecin. A ce stade, et compte tenu de l'issue du présent recours, la chambre de céans constate - à l'instar de la recourante - que pour le détail, la décision entreprise a correctement exposé les dispositions applicables sur le fond du litige. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir ici. 5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. A 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 125 V 351 consid. 3).> 6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).> 7. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans

examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance sociale, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; ATF non publié 8C\_552/2009 du 8 avril 2010, consid. 5.3).

Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

8. Dans le cas d'espèce, et au stade de sa réponse, l'intimé, représenté par un conseil, a annoncé qu'il annulait la décision entreprise, et qu'il considérait dès lors et de ce fait la procédure comme pouvant être « liquidée ». Il a indiqué qu'il allait mettre en oeuvre une expertise externe dans le but de clarifier son obligation d'allouer des prestations.

La recourante s'oppose à ce mode de faire, considérant que l'intimé ferait ainsi une mauvaise application de l'art. 53 al. 3 LPGA, laquelle n'autoriserait pas, selon elle, l'assureur social à purement et simplement annuler la décision sur opposition, mais seulement à la reconsidérer. Elle fait valoir, d'autre part, qu'une décision ne peut pas intervenir par le biais d'une prise de position du conseil de l'assureur social dans le cadre du recours, les conditions de l'art. 49 LPGA n'étant pas réalisées en l'espèce. Contrairement à ce que pense la recourante, l'art. 53 al. 3 LPGA permet manifestement à l'assureur social non pas seulement à modifier sa décision en la reconsidérant, mais au besoin à l'annuler, et ce jusqu'à son préavis sur recours, ce qui était le cas en l'espèce, sous réserve de ce qui va suivre. En réalité, l'intimé n'a pas formellement annulé la décision sur opposition du 18 décembre 2014, par son écriture du 17 mars 2015, d'autant que les conditions de l'art. 49 LAMal ne sont pas respectées. Il a en revanche acquiescé à l'une des conclusions principales de la recourante, qui tendait précisément à l'annulation de la décision sur opposition. Il n'a toutefois pas souscrit à celle par laquelle la recourante entend se voir reconnaître la prise en charge de deux séances de psychothérapie par semaine (au lieu d'une de 60 minutes). En cela, l'annulation de la décision entreprise ne viderait pas le litige sur le fond, et par conséquent la chambre de céans ne saurait mettre un terme à la procédure de recours par une décision se limitant à la constatation que le recours serait devenu sans objet, le juge des assurances sociales n'étant pas dispensé de statuer dans une telle situation (voir à ce sujet ATF 8C\_18/2009 du 31 juillet 2009 consid. 3 et 4).

L'intimé a en outre indiqué qu'il entendait rapidement mettre en oeuvre une expertise neutre pour clarifier son obligation d'allouer des prestations, proposition qui paraît en effet pertinente, la chambre de céans constatant à la lecture du dossier que l'avis du médecin-conseil de l'intimé, qui s'est limité à quelques annotations manuscrites lapidaires en marge des rapports médicaux du médecin traitant, et prenant les formes de « OK 2 séances », respectivement « OK une séance », ne saurait répondre aux exigences posées par la jurisprudence rappelée ci-dessus pour que l'on puisse lui reconnaître une pleine valeur probante. C'est donc à juste titre que l'intimé, qui ne pouvait forger son opinion sur un avis aussi peu motivé, se devait de poursuivre l'instruction et notamment, comme il semble le réaliser aujourd'hui, par la mise en oeuvre d'une expertise neutre, confiée à un spécialiste

externe. Il est ainsi donné acte à l'intimé de sa proposition de procéder à une expertise : il est ainsi invité à mettre rapidement en œuvre une expertise psychiatrique confiée à un expert externe, dans le respect de l'art. 44 LPGA. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction.

9. La recourante, représentée par un conseil, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de procédure, laquelle sera toutefois limitée, compte tenu des circonstances et des limites de son succès (art. 61 litt.g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 litt.a LPGA)..

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.

Au fond : 2. L'admet partiellement.

3. Annule la décision sur opposition du 18 décembre 2014 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment la mise en place d'une expertise externe.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens la somme de CHF 500.-.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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 - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; 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 Irène PONCET

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