

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 601 vom 17. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__601

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 601 du 17 septembre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 601 del 17 settembre 2014

Regeste

PRESTATION D'ASSURANCE{AM}, PSYCHOTHÉRAPIE | 25 LAMal, 32 LAMal, 2 OPAS, 3 OPAS, 3b OPAS

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 17.09.2014 Arrêt / 2014 / 601

PRESTATION D'ASSURANCE{AM}, PSYCHOTHÉRAPIE | 25 LAMal, 32 LAMal, 2 OPAS, 3 OPAS, 3b OPAS

TRIBUNAL CANTONAL AM 14/13 - 33/2014 ZE13.014059 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 17 septembre 2014 _____ Présidence de Mme Röthenbacher

Juges : M. Neu et M. Küng, assesseur Greffière : Mme Mestre Carvalho

***** Cause pendante entre : D. _____, à [...] recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne, et G. _____ CAISSE-MALADIE, à [...], intimée. _____ Art. 25 et 32 LAMal ; art. 2, 3 et 3b OPAS. E n f a i t : A.

D. _____ (ci-après : l'assurée), née en 1953, est affiliée auprès de G. _____ Caisse-maladie (ci-après : G. _____ ou la Caisse) pour l'assurance obligatoire des soins, depuis le 1^{er} janvier 2004. Dès le mois de novembre 2009, l'assurée a entrepris une psychothérapie à raison de séances bihebdomadaires avec la Dresse Z. _____, psychiatre-psychothérapeute. Ce traitement a été pris en charge par la Caisse. Arrivant au terme de 40 séances de psychothérapie, la Dresse Z. _____ a écrit le 31 mai 2010 au médecin-conseil de G. _____ pour expliquer que l'assurée l'avait consultée dès le 9 novembre 2009 en raison d'un état anxiodépressif lié à un conflit conjugal chronique ainsi qu'à des changements professionnels risquant de perturber un équilibre narcissique fragile, eu égard à des carences relationnelles précoces, et pour préciser que la thérapie, d'orientation psychanalytique, mettait l'accent sur les troubles narcissiques après une nette amélioration de l'humeur au bout de quelques mois de traitement. Suite à cela, la Caisse a prolongé la prise en charge du traitement de l'assurée. En date du 31 octobre 2011, la Dresse Z. _____ a adressé un nouveau compte-rendu au médecin-conseil de G. _____, exposant ce qui suit : " La psychothérapie bihebdomadaire entreprise dès novembre 2009 suit sont cours et l'état anxiodépressif pour lequel [l'assurée] avait consulté a fortement diminué, Mme D. _____ ayant beaucoup investi les séances et le lien au thérapeute. Il n'en demeure pas moins une fragilité identitaire et narcissique de base, dont la perspective de la retraite risque de bousculer l'équilibre acquis. Je pense notamment à un risque de somatisations, chez cette patiente présentant des carences affectives importantes depuis sa plus tendre enfance. Le conflit avec son compagnon reste un problème majeur, tout lien investi ravivant une forte ambivalence, marquée par les abus de toutes sortes subis par Mme D. _____ enfant. Dans ce conteste instable, une diminution de la fréquence des

séances, voire un arrêt de la psychothérapie constitueraient un facteur de risque majeur de décompensation psychosomatique. " Par correspondance du 16 novembre 2011, la Caisse a fait savoir à l'assurée que, sur la base d'un préavis favorable de son médecin-conseil, les prestations d'assurance seraient allouées pour des séances de psychothérapie supplémentaires au même rythme que précédemment jusqu'au 31 mars 2012, puis à raison d'une séance par semaine du 1^{er} avril 2012 au 30 juin 2013. En cas de prolongation du traitement au-delà du 30 juin 2013, un nouveau rapport concernant l'évolution et l'indication devrait parvenir au médecin-conseil. Par courrier du 9 décembre 2011 revenant sur l'écrit précité du 16 novembre 2011, G. _____ a communiqué l'assurée que, avec l'aval de son médecin-conseil, les prestations d'assurance seraient allouées pour des séances de psychothérapie supplémentaires à raison de deux séances par semaine en moyenne jusqu'au 31 juillet 2012, puis à raison d'une séance par semaine en moyenne jusqu'au 31 juillet 2013. En cas de prolongation de la thérapie, un rapport sur l'évolution et l'indication devrait être adressé au médecin-conseil avant le 31 juillet 2013. Le 12 décembre 2011, l'assurée a écrit à la Caisse pour s'opposer au courrier du 16 novembre 2011. Puis, aux termes d'une lettre du 24 juillet 2012, l'intéressée a contesté la communication du 9 décembre 2001 [recte : 2011], motif pris que son état de santé nécessitait une thérapie auprès de la Dresse Z. _____ à raison de deux séances par semaine en moyenne au-delà de l'échéance fixée au 31 juillet 2012. A cette écriture était joint un compte-rendu établi le 25 juillet 2012 par la psychiatre traitante à l'attention du médecin-conseil de l'assurance, exposant ce qui suit : " Permettez-moi d'appuyer, par la présente, la décision de ma patiente de s'opposer à l'annonce de la diminution du remboursement de ses séances de psychothérapie bihebdomadaire, telle qu'elle a été formulée dans votre courrier du 9 décembre dernier. En effet, Mme D. _____ souffre encore de troubles anxieux invalidant son quotidien, directement liés aux carences affectives subies dans son enfance et son adolescence. Pour mémoire, ma patiente a dû s'occuper des membres de sa famille dès sa préadolescence, à partir du moment où sa mère a quitté le foyer familial ; par la suite, Mme D. _____ a été abusée sexuellement par son père, traumatisme dont elle commence seulement à pouvoir parler pendant ses séances. Une fréquence d'une séance par semaine est, à mon sens, totalement insuffisante pour contenir le matériel psychique et émotionnel émergent. D'autre part, un conflit conjugal chronique grève l'équilibre somatopsychique actuel, nécessitant lui aussi une prise en charge médicale adéquate qui passe, encore une fois, par le maintien des deux séances par semaine. " En date du 23 août 2012, le Dr H. _____, médecin-conseil auprès de G. _____, a adressé l'écrit suivant à la Dresse Z. _____ : "[...] je reçois une contestation de votre patiente quant à la diminution de prise en charge des fréquences de psychothérapie que l'assurance a décidé d'appliquer à partir du 31 juillet 2012. Je précise à ce propos que, même si la législation et en particulier l'ordonnance a changé depuis bien quelques années, son esprit n'est pas caduc et je ne saurais l'interpréter comme le droit à bénéficier d'une fréquence élevée durant une durée indéterminée. Dans les rapports que vous m'avez adressés, j'admets volontiers que Madame D. _____ présente la persistance d'un état anxieux, invalidant son quotidien ; je ne trouve cependant pas de circonstances particulièrement graves ni de menaces spécifiques sur sa vie ou son entourage liées à cette affection. Le traitement a débuté en novembre 2009 à la fréquence de 2 séances par semaine ; je trouve toute à fait raisonnable de réduire cette fréquence à une séance par semaine à l'avenir. Pour pousser l'analogie jusqu'au bout, je veux bien une fois encore admettre une prolongation jusqu'en novembre 2012 pour la fréquence actuelle. Mon préavis auprès de l'assureur sera

donc de passer au remboursement d'une séance par semaine à partir du 1^{er} décembre 2012. " Se référant à l'avis de son médecin-conseil, G. _____ a fait savoir à l'assurée, par correspondance du 30 août 2012, qu'en dérogation à son courrier du 9 décembre 2011, les prestations d'assurance seraient allouées pour des séances de psychothérapie supplémentaires au rythme de deux séances par semaine jusqu'au 30 novembre 2012, puis à raison d'une séance par semaine. Un nouveau rapport sur l'évolution et l'indication devrait parvenir au médecin-conseil d'ici un an, en cas de prolongation du traitement. Aux termes d'une écriture du 10 octobre 2012, l'assurée a informé la Caisse qu'elle maintenait sa demande visant au remboursement de sa psychothérapie à raison de deux séances par semaine. Le 29 novembre 2012, G. _____ a rendu une décision confirmant la prise en charge de deux séances hebdomadaires de psychothérapie jusqu'au 30 novembre 2012, puis d'une seule séance hebdomadaire à compter du 1^{er} décembre 2012, conformément à l'avis de son médecin-conseil. La Caisse a constaté que, durant 3 ans, l'intéressée avait été indemnisée à raison de deux séances hebdomadaires. Elle a observé que les prestations avaient ainsi été allouées largement au-delà des 40 séances prévues par la législation applicable, étant précisé qu'au-delà de ce nombre, il incombait au médecin-conseil d'examiner le rapport établi par le médecin traitant et de proposer 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. G. _____ a relevé que, dans le cas particulier, le Dr H. _____ proposait une poursuite du traitement à raison d'une séance hebdomadaire à compter du 1^{er} décembre 2012 et que, ce faisant, il reconnaissait la nécessité médicale de la prise en charge de l'assurée auprès de la Dresse Z. _____ et se conformait aux dispositions légales en vigueur. La Caisse a finalement souligné que la personne assurée ne disposait d'aucun droit à la prise en charge d'un traitement psychothérapeutique à hauteur de deux séances hebdomadaires sans limite de durée. L'assurée a formé opposition le 19 décembre 2012 à l'encontre de la décision précitée. Se fondant sur le rapport de la Dresse Z. _____ du 25 juillet 2012, elle a fait valoir qu'il était totalement faux de considérer que des séances bihebdomadaires de psychothérapie ne se justifiaient plus. Elle a ajouté qu'elle ne demandait pas la prise en charge d'un tel traitement sans limite de durée, mais uniquement jusqu'à ce que son état de santé ne le nécessite plus. A teneur d'une note du 10 janvier 2013, le Dr H. _____ a exposé que l'assurée avait bénéficié depuis le 9 novembre 2009 de la prise en charge de 220 heures de psychothérapie. Il a souligné que même si l'ordonnance déterminant une gradation dans la prise en charge avait été abrogée, l'avis des psychiatres qui l'avaient inspirée demeurait tout à fait raisonnable : la poursuite d'un traitement de cette intensité (bihebdomadaire) au-delà de 3 ans impliquait soit une maladie menaçante pour la vie et tout à fait particulière, soit l'inefficacité de l'approche entreprise. Or, d'après les renseignements médicaux à disposition, l'assurée ne présentait pas une affection menaçante pour son existence. Dans ces conditions, le Dr H. _____ a maintenu son préavis. Par décision sur opposition du 8 mars 2013, G. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a relevé que la poursuite du traitement psychothérapeutique demeurait garantie mais que seul avait été reconsidéré le nombre de séances, passé de deux séances hebdomadaires entre le 9 novembre 2009 et le 30 novembre 2012 à une séance hebdomadaire depuis le 1^{er} décembre 2012. Cela étant, elle a considéré avoir largement respecté ses obligations légales, notamment en indemnisant bien plus que 40 séances. Elle a plus précisément relevé qu'après analyse des différents rapports établis par la Dresse Z. _____, son médecin-conseil le Dr H. _____ avait considéré que la poursuite du traitement psychothérapeutique se justifiait à concurrence d'une séance hebdomadaire dès

le 1^{er} décembre 2012, étant tenu compte de la période de novembre 2009 à novembre 2012 pendant laquelle deux séances hebdomadaires avaient été indemnisées. Elle a ajouté qu'aucun élément ne lui permettait de s'éloigner de l'avis de son médecin-conseil et qu'il y avait donc lieu de confirmer la poursuite de la prise en charge de la psychothérapie dispensée par la Dresse Z._____ à raison d'une séance hebdomadaire dès le 1^{er} décembre 2012 – ce qui répondait également aux attentes de l'assurée, laquelle demandait la prise en charge de son traitement jusqu'à ce que son état de santé ne le nécessite plus. Divers échanges de correspondances sont ultérieurement intervenus entre le conseil de l'assurée et la Caisse. A cette occasion, le rapport suivant rédigé le 19 avril 2013 par la Dresse Z._____ a été produit : " Je soussignée, médecin psychiatre-psychothérapeute de la patiente susnommée, certifie que l'indication à la poursuite de sa psychothérapie bihebdomadaire est totalement justifiée, vu la persistance de la symptomatologie anxieuse dont souffre Mme D._____. Pour mémoire, ma patiente a dû s'occuper des membres de sa famille dès sa préadolescence, à partir du moment où sa mère a quitté le foyer familial ; par la suite, Mme D._____ a été abusée sexuellement par son père, traumatisme dont la portée commence seulement à pouvoir être élaborée en séance. La fréquence d'une séance par semaine m'apparaît comme absolument insuffisante pour contenir le matériel psychique et émotionnel émergent. " B. Dans l'intervalle, le 4 avril 2013, D._____ a recouru par l'entremise de son conseil auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à sa réforme et à la prise en charge de deux séances hebdomadaires de psychothérapie pour la période postérieure au 1^{er} décembre 2012 et aussi longtemps que médicalement indiqué, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. A titre de mesure d'instruction, elle sollicite en particulier la production du dossier professionnel complet du médecin-conseil de G._____, singulièrement de toute pièce lui permettant de déterminer si elle a bénéficié d'un avis autorisé en matière de psychothérapie. Sur le fond, la recourante se prévaut de l'avis de la Dresse Z._____ en faveur d'un suivi bihebdomadaire, tel que résultant du rapport du 25 juillet 2012. L'assurée ajoute que l'on peine à comprendre comment le médecin-conseil de l'intimée a pu, sur la base de l'appréciation de la psychiatre traitante, rendre un préavis allant dans le sens de la décision querellée. Elle estime ainsi que ce médecin-conseil – dont elle estime que l'avis n'est pas étayé – s'est manifestement fourvoyé. Elle considère, par ailleurs, qu'il n'est nullement établi que les séances de psychothérapie litigieuses enfreignent les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité régissant l'assurance-maladie. Aux termes de sa réponse du 12 juin 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, à la confirmation de la décision sur opposition du 8 mars 2013 ainsi qu'à la mise en œuvre rapide de mesures visant à instaurer un traitement efficace, adéquat et économique. Subsidiairement, elle requiert un avis médical externe, hors canton, auprès d'un psychiatre ne privilégiant pas les méthodes de la psychanalyse. Dans sa motivation, la Caisse reprend l'essentiel de l'argumentation développée dans ses précédentes écritures sur la base de l'appréciation du Dr H._____ et se réfère par ailleurs à un nouvel avis du 17 mai 2013 émanant du Dr B._____, médecin-conseil, produit dans sa version originale allemande ainsi qu'avec une traduction française dont on extrait ce qui suit : " Madame D._____ est en traitement de psychothérapie auprès de la Doctoresse Z._____ depuis le 9 novembre 2009, en raison d'un épisode dépressif avec crises d'angoisses [...]. Le rythme des séances était de deux séances hebdomadaires. Le 31 octobre 2011, la Doctoresse Z._____ mentionne dans son rapport que l'état dépressif de

sa patiente s'est nettement amélioré mais que son état de fragilité prédominerait encore, compte tenu aussi de la situation conflictuelle avec son compagnon. A la suite de cette information, le MC de G._____, le Docteur H._____, a recommandé de réduire le nombre des séances à une fois par semaine, comme ceci est habituellement prévu après une stabilisation. Dans son courrier du 25 juillet 2012, la Dresse Z._____ a demandé une reconsidération du cas, affirmant que Mme D._____ souffrait maintenant d'angoisses invalidantes et qu'il faudrait par conséquent reprendre le rythme de deux séances hebdomadaires. La question maintenant est de savoir si, durant la période du 31 octobre 2011 au 25 juillet 2012, une nouvelle maladie est survenue ou si la nouvelle appréciation quant au rythme de deux séances par semaine a été quelque peu dramatisée, ou encore si, éventuellement, une telle aggravation est due à la psychothérapie. Les rapports ne permettent malheureusement pas d'y répondre. Sachant que la Dresse Z._____ est membre de la Société Suisse de Psychanalyse (SSPsa), je pars du principe qu'elle a utilisé principalement des méthodes psychanalytiques. L'intensité (2 séances/semaine sur plusieurs années) est propre à ce type de psychothérapie. La psychanalyse peut aggraver passagèrement les troubles psychiatriques, ce qui est probablement le cas ici. Fondamentalement, il faut noter que, si la psychanalyse peut certes s'avérer efficace pour traiter un trouble anxieux, nous avons à disposition, de nos jours, de meilleures alternatives thérapeutiques ; celles-ci produisent plus efficacement et surtout plus rapidement une amélioration des symptômes anxieux. Le traitement psychanalytique d'une maladie anxieuse est considéré comme non adéquat et surtout non économique. [...] Comme la thérapie d'une maladie anxieuse au moyen de méthodes psychanalytiques peut, il est vrai, être efficace, mais qu'elle n'est pas adéquate, ni économique, elle ne peut pas être facturée à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Pour éclaircir la situation, il serait probablement utile de demander un deuxième avis médical. En raison toutefois d'une possible partialité, ceci devrait obligatoirement être réalisé hors canton et par un psychiatre qui ne privilégie pas les méthodes de la psychanalyse. [...] " Cela étant, la Caisse expose que ses deux médecins-conseils aboutissent à une conclusion identique, à savoir que la thérapie suivie par la recourante doit être abandonnée au profit d'une méthode plus efficace, adéquate et économique, qui aurait déjà dû débiter à ce jour. Elle estime qu'en vue de l'instauration d'un tel traitement, il y a lieu de poursuivre la thérapie initiée en 2009 à raison d'une seule séance par semaine afin de terminer correctement ce suivi. Dans sa réplique du 19 juin 2013, la recourante confirme ses conclusions, se prévalant essentiellement de l'appréciation de la Dresse Z._____. A teneur de sa duplique du 16 août 2013, l'intimée maintient sa position. C. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès du Dr T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à [...]. Dans son rapport du 17 janvier 2014, l'expert a notamment fait état de ce qui suit : " Diagnostics Trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 Personnalité à traits émotionnellement labile[s] et histrioniques Z73.1 Discussion [...] Madame D._____ a entrepris à deux reprises des psychothérapies. Elle a bénéficié d'une première tranche de psychothérapie en 2000 environ chez un thérapeute homme et elle a entrepris une deuxième thérapie chez la Doctoresse Z._____ en novembre 2009. Si elle dit dans un premier temps être en thérapie depuis 2 à 3 ans chez cette psychiatre, il s'agit en réalité d'une thérapie de plus de 4 ans actuellement. Madame D._____ estime avoir droit à cette thérapie qu'elle n'imagine pas infinie mais dont elle ne peut pas clairement prévoir le terme. Nous avons cherché à établir un lien par messagerie téléphonique avec la Dresse Z._____. Cette dernière n'a pas souhaité entrer en contact avec nous pour ne pas préter son rôle de thérapeute. [...] Après mûre réflexion, nous

pensons que l'attitude de la psychiatre à notre égard est pertinente tenu compte de la situation spécifique. La psychothérapie en cours est manifestement utile et apporte un soutien considérable à Madame D._____. Nous estimons précisément que l'aspect soutien est un aspect considérable dans le cadre de cette thérapie nommée psychothérapie d'inspiration psychanalytique . Madame D._____ présente une faiblesse du Moi certaine, sous l'angle psychanalytique, et la thérapie semble réussir à compléter et renforcer ce Moi faible. Madame D._____ réussit actuellement à exprimer ses blessures, ses émotions, ses manques, peut parler librement de son passé, ce qu'elle ne pouvait pas faire avant cette thérapie. L'information donnée par la psychiatre traitante dans le cadre de ses rapports, indique par ailleurs cet aspect soutien puisque la Dresse Z._____ évoque par exemple une problématique conjugale et le départ prochain à la retraite comme facteurs déstabilisants. Il s'agit donc pour elle non seulement de travailler sur des conflits intérieurs, mais également de soutenir sa patiente dans les phases difficiles de sa vie. Madame D._____ semble bien supporter cette thérapie. Aussi bien les blessures et les souffrances passées rapportées que son état actuel et les progrès décrits, tout comme son adaptation au cadre proposé, nous font penser que la thérapie était indiquée. Une fois établi que la thérapie est adéquate et utile, nous nous interrogeons sur le caractère économique de cette thérapie. En effet, après quatre ans de thérapie à raison de deux séances par semaine, ni le terme ni un allègement de la thérapie n'est prévu ni par la patiente, ni par la thérapeute. Cet aspect ressort des rapports de la thérapeute et des lettres à la caisse-maladie de la patiente. Tenant compte de la structure de personnalité de Madame D._____, du bénéfice qu'elle a d'avoir une interlocutrice qui lui permet de soutenir et de renforcer son Moi, nous pensons qu'elle bénéficiera encore d'une thérapie pendant une certaine durée. Toutefois, pour des raisons d'économicité, il nous paraît légitime de réduire le coût de la thérapie par une diminution du nombre des séances par mois. La symptomatologie anxio-dépressive de Madame D._____ et sa capacité à se contenir et à se gérer nous paraît suffisante pour ne pas compromettre une évolution favorable, ni entraver l'alliance thérapeutique en cas de réduction du rythme des séances. De même, nous sommes de l'avis que Madame D._____ pourrait garder le lien entre les séances et tirer profit de la thérapie même en cas d'espacement des séances. Madame D._____ nous rapporte avoir fait des progrès. Elle nous dit que sa relation sentimentale est stabilisée depuis un an et demi. Elle semble avoir correctement organisé et semble bien vivre sa retraite. A notre avis, si Madame D._____ continue à avoir besoin d'une thérapie, c'est qu'elle doit achever de traiter le problème qu'elle a avec l'autorité. Précisément, le conflit qu'elle a engagé avec sa caisse-maladie semble toucher plus à sa demande de réparation par rapport aux blessures subies dans l'enfance et à son sentiment d'injustice, qu'à un problème concret ici et maintenant. Plus encore, nous avons l'impression que Madame D._____ a trouvé en la personne de sa thérapeute une figure maternelle qui compense l'expérience carencée avec sa mère réelle. Elle semble maintenant vouloir régler ses sentiments ambivalents à l'égard de la figure paternelle, en se rebellant et en revendiquant la réparation des injustices subies, par la caisse-maladie et via le Dr H._____ (médecin-conseil de cette assurance). Dans ce sens, le conflit asséurologique engagé est en lien étroit avec la problématique de Madame D._____ (avec le conflit intrapsychique sous-jacent) et devrait être abordé en thérapie. Une thérapie d'inspiration analytique se prête particulièrement bien à ce type de problématique. Cette thérapie pouvait se faire à notre avis au rythme d'une séance par semaine, dans ce cas spécifique, après trois ans de thérapie à raison de deux séances par semaine. Nous estimons que le gros de la partie analytique a déjà été accompli et que la

partie analytique de la thérapie touche à sa fin. Cela, même si la partie perlaboration doit encore se réaliser et que le besoin de soutien continue à être réel. La poursuite de la thérapie à raison d'une séance par semaine nous paraît justifiée. En conclusion, tout en tenant compte du cadre légal, et aussi du fait que la psychiatrie et la psychothérapie sont loin d'être des sciences exactes et du fait que la médecine est un art qui doit bénéficier d'une marge d'action du médecin, nous estimons malgré tout dans ce cas spécifique que l'attitude prônée par le médecin-conseil de l'assureur est pertinente. Nous ne rejoignons par contre pas l'idée de l'assureur que la psychothérapie d'inspiration psychanalytique serait devenue négative dans ce cas. Mais nous estimons que pour des raisons d'économicité une diminution du rythme des séances à une séance par semaine nous paraît possible après trois ans de thérapie. La thérapeute ne fait pas apparaître dans son rapport du 19 avril 2013 du fait de quel « matériel psychique et émotionnel émergent » une séance hebdomadaire ne serait pas suffisante. Ses rapports ne mentionnent pas clairement l'évolution qui a pourtant eu lieu. Madame D. _____ nous dit par exemple lors de nos entretiens que son couple va mieux depuis un et demi maintenant. Par ailleurs, Madame D. _____ nous a donné l'impression d'une femme qui a une bonne capacité de se contenir et de se gérer et qui serait en mesure de gérer des émotions émergentes. De plus, la thérapeute ne donne pas d'indice sur la manière dont elle envisage le terme de la thérapie dans son rapport (pas d'indication concernant un pronostic du déroulement ou de la durée ultérieure de la thérapie). De façon plus générale, il n'est pas clairement répondu aux rubriques auxquelles le thérapeute doit répondre selon la LAMAL, soit : le type de maladie ; le genre, le cadre, le déroulement et les résultats du traitement entamé ; une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le cadre et la durée probable. Réponse à la question : Oui, la prise en charge des coûts de psychothérapie auprès de la Doctoresse Z. _____ à raison de deux séances hebdomadaires ce y compris dès le 01.12.2012 peut être considérée comme efficace, adéquate et appropriée au vu du genre, du cadre, du déroulement et des résultats du traitement entamé. Il nous semble cependant que le fait[...] que le terme de cette thérapie n'est pas défini est une spécificité à prendre en compte ici. Dans le cadre d'une psychanalyse, ce serait l'analysé qui assumerait les conséquences matérielles de cet aspect qui fait précisément partie intégrante du cadre de la thérapie. Dans le cas de la thérapie d'inspiration psychanalytique qui nous occupe, dont les coûts sont supportés pour l'essentiel par un tiers, il est implicite, pour que la thérapie reste inscrite sur le plan de la réalité et ne se perde pas sur le plan de l'imaginaire, qu'il soit admis que ce tiers puisse poser une limite. En l'occurrence, le tiers a posé une limite qui se situe en conformité avec l'ancienne ordonnance réglant la prise en charge des psychothérapies par les caisses-maladie (deux séances par semaine pendant trois ans, puis une séance par semaine pendant trois ans). Cette limite posée par le tiers, et la tension que cette contrainte impliquait, pouvait dynamiser le processus thérapeutique de Madame D. _____. Cette contrainte ne semble d'autre part pas avoir empêché le processus de guérison dans son cas. Nous arrivons à la conclusion qu'il aurait été aussi efficace, adéquat et approprié au vu du genre, du cadre et du déroulement du traitement de poursuivre la thérapie à raison d'une séance par semaine, après trois ans de thérapie à deux séances par semaine. " Se déterminant le 27 janvier 2014, la recourante fait valoir que selon l'expert T. _____, la prise en charge des coûts de psychothérapie à raison de deux séances hebdomadaires entre dans le cadre légal, quand bien même une réduction à une séance hebdomadaire aurait pu être efficace après trois ans de séances de thérapie à raison de deux séances par semaine. Prenant position le 10 février 2014, l'intimée estime que la décision entreprise est en tous

points conforme à l'avis de l'expert psychiatre, selon lequel il aurait été efficace, adéquat et approprié au vu du genre, du cadre et du déroulement du traitement de poursuivre la thérapie à raison d'une séance par semaine après trois ans de thérapie à deux séances par semaine. Cela étant, G. _____ maintient ses conclusions et souligne qu'il incombe par ailleurs à la Dresse Z. _____ d'indiquer le terme du traitement prodigué, étant précisé que les séances de thérapie hebdomadaire de type psychanalytique ne pourront être prises en charge en 2014 qu'à concurrence de 40 séances, cette période devant permettre à la thérapeute de mettre un terme au traitement entrepris depuis plus de 4 ans. Par écriture du 17 février 2014, la recourante fait valoir pour l'essentiel que le caractère adéquat et approprié de son suivi psychothérapeutique a été confirmé par le Dr T. _____, ce tant en qualité qu'en quantité. A la requête du juge instructeur, le Dr T. _____ a précisé ce qui suit dans un complément d'expertise du 6 mars 2014 : "[...] j'estime que la psychothérapie à raison de deux séances hebdomadaires est efficace, adéquate et appropriée au vu du genre, du cadre, du déroulement et des résultats du traitement entamé à partir du 01.12.2012. Toutefois, je pense qu'il aurait également été possible de faire un traitement efficace, adéquat et approprié au vu du genre, du cadre, du déroulement et des résultats du traitement entamé à raison d'une séance hebdomadaire à partir du 01.12.2012. [...] Si les deux cadres thérapeutiques (une séance hebdomadaire ou deux séances hebdomadaires) me paraissent efficaces, adéquats et appropriés dans cette situation, la thérapie basée sur un cadre d'une séance hebdomadaire est évidemment moins coûteuse. Il ne me semble cependant pas possible de traduire cela en termes d'efficacité. Le coût et l'économie d'un traitement me paraissent d'un autre ordre que l'efficacité. [...]" Faisant part de ses observations le 12 mars 2014, la recourante se prévaut de ce que le traitement à raison de deux séances hebdomadaires a été considéré comme efficace, adéquat et approprié – même si plus coûteux – compte tenu des troubles constatés. Elle estime que ce traitement doit dès lors être pris en charge par l'assurance. Dans ses déterminations du 28 mars 2014, l'intimée observe qu'il n'existe pas un droit, pour la personne assurée, à la prise en charge d'un traitement certes adéquat, mais pas économique, lorsqu'un autre traitement efficace et adéquat, mais moins onéreux, est possible. Au cas particulier, elle souligne que, selon l'expert T. _____, les deux cadres thérapeutiques en cause (une séance hebdomadaire ou deux séances hebdomadaires) peuvent être qualifiés d'efficaces, adéquats et appropriés mais qu'une prise en charge à raison d'une séance par semaine est évidemment moins coûteuse. Cela étant, G. _____ maintient sa position telle que découlant de ses précédentes écritures. Par acte du 8 avril 2014, la recourante confirme ses conclusions, faisant notamment valoir que le traitement litigieux a été reconnu comme efficace, adéquat et approprié par l'expert T. _____ et que cette appréciation infirme clairement l'avis du médecin-conseil de l'intimée. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (cf. art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art 2 al.1 let. c LPA-VD). La

Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision, laquelle détermine l'objet de la contestation (cf. ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et ATF 130 V 138 consid. 2.1 ; cf. également TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 consid. 3.1, 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2 et 8C_627/2009 du 8 juin 2010 consid. 1.2). Dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et ATF 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, de deux séances de psychothérapie par semaine à compter du 1^{er} décembre 2012, au profit d'une seule séance hebdomadaire. On notera à ce propos que, dans sa réponse au recours du 12 juin 2013 (p. 8), l'intimée a notamment retenu que la thérapie suivie par la recourante devait être abandonnée et a conclu, de ce fait, à la mise en place rapide d'un nouveau traitement efficace, adéquat et économique. Semblables conclusions n'ont toutefois pas à être examinées dans le présent contexte. Il apparaît en effet que durant la procédure administrative, la Caisse n'a jamais émis le moindre doute quant à l'utilité de la psychothérapie suivie par la recourante auprès de la Dresse Z._____, contestant uniquement la fréquence des séances. En particulier, il est expressément indiqué dans la décision sur opposition du 8 mars 2013 (p. 3) que la poursuite du traitement psychothérapeutique est garantie par G._____ et que seul le nombre de séances a été reconsidéré aux termes de la décision sur opposition du 8 mars 2013. Or, cette dernière décision a eu pour vocation de déterminer l'objet de la contestation pouvant être déféré en justice par voie de recours (cf. consid. 2a supra). Il suit de là que, dans le cadre de la présente procédure judiciaire, l'intimée n'avait plus la faculté de contester l'utilité même de la psychothérapie suivie par la recourante auprès de la Dresse Z._____ – sauf à procéder à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 3 LPGa, hypothèse non réalisée en l'occurrence puisque la Caisse s'est limitée dans sa réponse à réfuter un élément précédemment admis, sans pour autant prononcer une nouvelle décision pendente lite. Par ailleurs, force est de constater que la décision entreprise reste muette quant à une limitation temporelle de la prise en charge du traitement psychothérapeutique de la recourante au-delà du 1^{er} décembre 2012. Dès lors, quoi qu'en dise l'intimée (cf. notamment déterminations des 10 février et 28 mars 2014), il n'appartient pas à la Cour de céans de se prononcer sur le sujet dans le cadre de la présente contestation, dont l'objet est défini par la décision litigieuse ainsi qu'exposé plus haut (cf. consid. 2a supra). 3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. b) Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Est réputée maladie, toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (cf. art. 3 al. 1 LPGa). Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent

nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail. Un traitement ou un examen médical est nécessaire lorsque l'atteinte à la santé limite à ce point les fonctions physiques ou mentales que le patient a besoin d'un soutien médical ou que le processus de guérison n'est plus possible sans un tel appui ou du moins pas avec de réelles chances de succès, ou encore qu'on ne saurait exiger du patient qu'il vive sans avoir pu essayer au moins un type de traitement (cf. 137 V 295 consid. 4.2.2 ; cf. TF 9C_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.1 avec les références citées). Conformément à l'art. 25 al. 2 let. a LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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 et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical. c) L'art. 32 LAMal prévoit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2). Ces trois critères constituent les conditions générales de la prise en charge des soins (cf. TFA K 42/00 du 21 septembre 2000 consid. 2d). Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques (cf. art. 32 al. 1 phr. 2 LAMal) et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (cf. ATF 139 V 135 consid. 4.4.1 et les références citées), à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (cf. ATF 130 V 532 consid. 2.2 ; cf. TF 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2 et les références citées). L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure ; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale ; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (cf. ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; cf. TF 9C_685/2012 du 6 mars 2013 consid. 4.4.2 et les références citées). L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'art. 56 al. 1 LAMal, selon lequel le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. Les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui auraient pu être remplacées par d'autres, moins onéreuses (cf. art. 56 al. 2 LAMal) ; ils y sont d'ailleurs obligés, dès lors qu'ils sont tenus de veiller au respect du principe de l'économie du traitement (cf. ATF 127 V 43 consid. 2b et les références citées ; cf. TF 9C_1008/2012 du 9 mai 2013 consid. 4.2 ; cf. TFA K 35/04 du 29 juin 2004 consid. 3). Le principe d'économicité ne concerne pas uniquement les relations entre assureurs et fournisseurs de soins ; il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (cf. ATF 127 V 43 consid. 2b et 125 V 98 consid. 2b avec les références citées ; cf. TFA K 35/04 du 29 juin 2004 consid. 3). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (cf. ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 et

les références citées). d) Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité posées par l'art. 32 al. 1 LAMal, l'art. 33 LAMal permet de discerner les prestations susceptibles d'être prises en charge selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée (cf. ATF 134 V 83 consid. et la jurisprudence citée). En particulier, l'art. 33 al. 1 LAMal prévoit que le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. A l'art. 33 OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102) et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, l'exécutif fédéral a lui-même délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI), lequel a fait usage de cette sous-délégation de compétence en édictant l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal – disposition qui reprend textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal – dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge (cf. ATF 125 V 29 consid. 5b). En ce qui concerne plus spécifiquement la prise en charge d'un traitement psychothérapeutique, l'art. 2 al. 1 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée. L'art. 3 OPAS indique que l'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques, l'art. 3b de l'ordonnance étant réservé. Selon l'art. 3b al. 1 OPAS, pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie, le médecin traitant doit adresser à temps un rapport au médecin-conseil de l'assureur, mentionnant le type de maladie (let. a), le genre, le cadre, le déroulement et les résultats du traitement entamé (let. b), ainsi qu'une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le cadre et la durée probable (let. c). A teneur de l'art. 3b al. 2 OPAS, le rapport ne peut contenir que des données nécessaires à l'assureur pour évaluer l'obligation de prise en charge. Enfin, l'art. 3b al. 3 OPAS énonce que 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. 4. a) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (cf. TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; cf. TFA I 32/05 du 20 mars 2006 consid. 5.2). En présence 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, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait

que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (cf. ATF 125 V 351 consid. 3 ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) En principe, 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.2). 5. En l'occurrence, il est patent que la recourante présente des troubles psychiques et qu'elle a de ce fait consulté la Dresse Z._____ dès le mois de novembre 2009 dans le cadre d'un suivi psychothérapeutique à raison de séances bihebdomadaires. Il est par ailleurs constant que ce traitement a été pris en charge par G._____ au titre de l'assurance obligatoire des soins, initialement dans le cadre du maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques prévu à l'art. 3 OPAS, puis dans le contexte de l'art. 3b OPAS. Or, il découle de cette dernière disposition que la prise en charge d'un traitement psychothérapeutique au-delà de 40 séances ne va pas de soi mais doit être analysée à la lumière des circonstances du cas particulier (cf. consid. 3d supra). Aux termes de la décision entreprise et se fondant sur l'avis de son médecin-conseil le Dr H._____, l'intimée a considéré qu'à compter du 1^{er} décembre 2012, l'assurée ne pouvait plus prétendre qu'à la prise en charge d'une seule séance de psychothérapie par semaine ; ultérieurement, la Caisse a encore pris l'avis d'un second médecin-conseil, le Dr B._____, aux fins d'affirmer sa position. L'intéressée a de son côté défendu l'opinion contraire, faisant valoir que son état de santé nécessite des séances de psychothérapie bihebdomadaires et se prévalant à cet égard de l'appréciation de sa psychiatre traitante. Il appartient dès lors à la Cour de céans de trancher entre ces deux points de vue . a) Compte tenu des appréciations médicales divergentes au dossier, la recourante a fait l'objet d'une expertise psychiatrique judiciaire confiée au Dr T._____. Aux termes de son rapport du 17 janvier 2014, ce dernier a retenu que la psychothérapie en cours – soit une psychothérapie d'inspiration psychanalytique – était manifestement utile et apportait un soutien considérable à l'assurée (cf. rapport d'expertise du 17 janvier 2014 p. 7), laquelle présentait un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'une personnalité à traits émotionnellement labiles et histrioniques (cf. ibid. p. 6) mais rapportait avoir fait des progrès (cf. ibid. p. 8). Cela dit, tout en admettant le caractère adéquat et utile du traitement en cause, l'expert a considéré, du point de vue de l'économicité, qu'une diminution du rythme des séances à une séance par semaine paraissait possible après trois ans de thérapie (cf. ibid. p. 9), nonobstant la symptomatologie anxiodépressive de l'assurée et compte tenu de sa capacité à se contenir et à se gérer, qui semblait suffisante pour ne pas compromettre une évolution favorable, ni entraver l'alliance thérapeutique en cas de réduction du rythme des séances (cf. ibid. p. 8). L'expert a ainsi conclu que la prise en charge des coûts de psychothérapie auprès de la Dresse Z._____ à raison de deux séances hebdomadaires dès le 1^{er} décembre 2012 pouvait être considérée comme efficace, adéquate et appropriée au vu du genre, du cadre, du déroulement et des résultats du traitement entamé, mais qu'il

aurait néanmoins été également efficace, adéquat et approprié au vu du genre, du cadre et du déroulement du traitement de poursuivre la prise en charge à raison d'une séance par semaine après trois ans de thérapie à deux séances par semaine (cf. *ibid.* p. 10). Dans son complément d'expertise du 6 mars 2014, l'expert T. _____ a précisé que si, à compter du 1^{er} décembre 2012, les deux cadres thérapeutiques (une séance hebdomadaire ou deux séances hebdomadaires) lui paraissaient efficaces, adéquate et appropriés dans cette situation, la thérapie basée sur un cadre d'une séance hebdomadaire était évidemment moins coûteuse. b) De cette expertise, il ressort que la psychothérapie litigieuse est certes un traitement efficace et adéquat au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal mais que, pour que ce traitement puisse satisfaire à l'exigence légale d'économicité (cf. *consid.* 3c *supra*), il convient, face à deux cadres thérapeutiques appropriés alternatifs, d'opter pour la mesure la moins onéreuse et de réduire la fréquence de la prise en charge à une séance hebdomadaire à compter du 1^{er} décembre 2012, après trois ans de thérapie à deux séances par semaine. A l'examen du dossier, on ne peut que se rallier à cette appréciation. Tout d'abord, l'avis de l'expert psychiatre rejoint l'attitude prônée par le Dr H. _____, considérée comme pertinente (cf. rapport d'expertise du 17 janvier 2014 p. 9). Dans ces conditions, il importe peu que, par le passé, la recourante ait douté de la capacité de ce médecin-conseil à fournir un avis psychiatrique éclairé. On ne voit notamment pas l'utilité d'investiguer plus avant les aptitudes professionnelles du Dr H. _____, tel que sollicité en procédure judiciaire (cf. mémoire de recours du 4 avril 2013 p. 7), l'appréciation de celui-ci ayant été confirmée par le Dr T. _____ dont les compétences ne sont nullement remises en question par les parties. On ajoutera encore qu'à l'appui de leur appréciation convergente, tant le Dr H. _____ (cf. rapports des 23 août 2012 et 10 janvier 2013) que l'expert T. _____ (cf. rapport d'expertise du 17 janvier 2014 p. 10) ont invoqué l'ancienne réglementation en vigueur, soit l'art. 3 al. 1 OPAS dans sa teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2006 (RO 1995 4964, spéc. 4965), qui prévoyait que, sous réserve d'exceptions dûment motivées, était pris en charge le traitement (psychothérapeutique) équivalant à deux séances d'une heure par semaine pendant les trois premières années (let. a), une séance d'une heure par semaine pendant les trois années suivantes (let. b) et une séance d'une heure toutes les deux semaines par la suite (let. c). Si cette réglementation a ultérieurement été modifiée au 1^{er} janvier 2007 (RO 2006 2957) afin d'éviter des traitements de longue durée inutiles (cf. Gebhard Eusgter, *Krankenversicherung*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 345 p. 512), avant de se voir conférer sa teneur actuelle dès le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821), il reste qu'une telle référence ne semble pas critiquable au vu des circonstances du cas particulier, singulièrement de la durée du traitement en cause. L'expert judiciaire a par ailleurs écarté l'idée que la psychothérapie d'inspiration psychanalytique puisse être négative dans le cas particulier (cf. rapport d'expertise du 14 janvier 2014 p. 9), contrairement à l'opinion avancée par l'intimée (cf. réponse du 12 juin 2013 p. 8) suite au rapport du Dr B. _____ du 17 mai 2013. Sur ce point, il suffit de rappeler que la problématique d'un changement de traitement n'a pas à être abordée dans le cadre de la présente procédure, dès lors qu'elle excède l'objet de la contestation tel que défini par la décision sur opposition du 8 mars 2013 (cf. *consid.* 2b *supra*). Par surabondance, on ajoutera encore que l'on ne peut qu'émettre des réserves à l'égard du raisonnement développé par le Dr B. _____. Ce médecin a en effet considéré que les rapports au dossier ne permettaient notamment pas de savoir si une aggravation due à la psychothérapie était intervenue entre les comptes-rendus de la Dresse Z. _____ du 31 octobre 2011 et du 25 juillet 2012. Bien qu'ayant ainsi reconnu l'absence

d'éléments susceptibles d'étayer concrètement une telle péjoration, le Dr B. _____ a paradoxalement affirmé, sans autre explication, que la psychanalyse pouvait aggraver passagèrement les troubles psychiatriques et que tel était probablement le cas en l'espèce – se laissant ainsi aller à un raisonnement purement conjectural qui ne saurait emporter la conviction. Par ailleurs et surtout, le Dr B. _____ ne s'est pas prononcé de manière définitive puisqu'il a réservé un deuxième avis médical. Or, c'est précisément dans cette optique que doit être appréhendée l'expertise du Dr T. _____. Peu importe, à ce propos, que le Dr B. _____ ait préconisé, craignant une éventuelle partialité, de s'adresser à un psychiatre hors canton ne privilégiant pas les méthodes de la psychanalyse. D'une part, on ne voit pas que tous les psychiatres vaudois feraient nécessairement preuve de partialité à l'égard des assurés de ce même canton. D'autre part, on peut attendre d'un psychiatre, même privilégiant les méthodes de la psychanalyse, qu'il soit néanmoins apte à choisir objectivement la thérapie la mieux adaptée dans chaque cas particulier – étant relevé en tout état de cause que le Dr T. _____ n'est pas membre de la Société Suisse de Psychanalyse contrairement à la Dresse Z. _____ (cf. liste des membres disponible en ligne à l'adresse [http://www.\[...\].ch/fr/org](http://www.[...].ch/fr/org) > Informations > Membres, consultée le 29 août 2014). Au reste, on rappellera ici que les parties n'ont à aucun stade mis en doute les capacités du Dr T. _____ à apprécier la situation de l'assurée. De surcroît, l'expert psychiatre a dûment expliqué les motifs pour lesquels il n'adhérait pas aux rapports de la Dresse Z. _____ préconisant des séances de psychothérapie bihebdomadaires. Ainsi, le Dr T. _____ a exposé que la thérapeute ne faisait pas apparaître du fait de quel « matériel psychique et émotionnel émergent » une séance hebdomadaire ne serait pas suffisante (cf. rapport d'expertise du 17 janvier 2014 p. 9). Il a ajouté que la psychiatre traitante n'avait pas clairement mentionné l'évolution ayant eu lieu, qu'elle ne donnait pas d'indice sur la manière dont elle envisageait le terme de la thérapie, respectivement ne fournissait pas de pronostic quant au déroulement ou à la durée ultérieure du suivi, et qu'en définitive elle n'avait qu'imparfaitement répondu aux rubriques définies par la réglementation topique (cf. loc. cit.). A l'examen des comptes-rendus établis par la Dresse Z. _____ concernant la prolongation de la psychothérapie (cf. rapports des 31 octobre 2011, 25 juillet 2012 et 19 avril 2013), force est de constater que ceux-ci ne font qu'évoquer superficiellement la situation de l'assurée pour insister – sans réelle motivation – sur la prise en charge de deux séances de psychothérapie hebdomadaires. Cela étant, outre que l'on peut s'interroger à l'instar du Dr T. _____ sur le point de savoir si ces comptes-rendus répondent aux exigences posées à l'art. 3b al. 1 let. a à c OPAS, on ne peut en définitive que rejoindre l'expert psychiatre quant à l'absence d'élément concret et objectif justifiant de maintenir des séances de psychothérapie bihebdomadaires au-delà du 30 novembre 2012. C'est dès lors à juste titre que le Dr T. _____ s'est distancié de l'avis de la Dresse Z. _____. Il découle de ce qui précède que le dossier ne contient aucun avis médical qui inciterait à douter des conclusions exposées dans le rapport d'expertise du 17 janvier 2014 du Dr T. _____, complété le 6 mars 2014. Par ailleurs, ce rapport procède d'un examen détaillé des pièces médicales déterminantes et repose sur un examen clinique complet. Il décrit clairement et de manière fouillée tous les points importants. L'appréciation de la situation médicale est bien expliquée, et les conclusions l'expert sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a dès lors lieu d'admettre que le rapport d'expertise du Dr T. _____ répond en tous points aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante (cf. consid. 4b supra). c) On ajoutera encore qu'aucune des parties n'a réellement contesté le bien-fondé de l'expertise du Dr T. _____ mais qu'elles en ont chacune tiré une

interprétation divergente. Ainsi, l'intimée en a déduit, à juste titre, que rien ne s'opposait à la réduction de la fréquence des séances de psychothérapie telle que prévue dans la décision litigieuse (cf. déterminations des 10 février et 28 mars 2014). En revanche, c'est à tort que la recourante a prétendu que l'appréciation du Dr T. _____ confirmait sa position (cf. écritures des 27 janvier, 17 février, 12 mars et 8 avril 2014). Ce faisant, il a en effet échappé à l'attention de l'intéressée que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire doivent non seulement remplir des exigences d'efficacité et d'adéquation mais également d'économicité. En l'espèce, si l'expert T. _____ a certes confirmé le caractère adéquat et approprié d'un suivi psychothérapeutique à raison de séances bihebdomadaires dès le 1^{er} décembre 2012, il a néanmoins constaté que tel serait également le cas d'un suivi moins onéreux à raison d'une séance hebdomadaire dès le 1^{er} décembre 2012. Or, le principe d'économicité découlant de l'art. 32 al. 1 LAMal veut précisément qu'en présence de deux alternatives thérapeutiques appropriées, la préférence aille à la mesure la plus économique, l'assuré – en l'occurrence, la recourante – n'ayant pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (cf. consid. 3c supra). d) Compte tenu de ce qui précède, il apparaît que la décision sur opposition du 8 mars 2013 échappe à la critique en tant qu'elle réduit la prise en charge du traitement psychothérapeutique de la recourante à une séance par semaine dès le 1^{er} décembre 2012. Pour le surplus, il incombera à la Caisse de procéder aux démarches nécessaires pour régler la question de la poursuite de cette prise en charge dans le temps (cf. consid. 2b supra). 6. a) En conclusion le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPG), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPG ; cf. art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 4 avril 2013 par D. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 8 mars 2013 par G. _____ Caisse-maladie est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour la recourante), ■ G. _____ Caisse-maladie, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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