

VD_GERICHTE ZE13.014059 vom 17. September 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZE13.014059

FR: VD_GERICHTE ZE13.014059 du 17 septembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZE13.014059 del 17 settembre 2014

Erwägungen

E. 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).

E. 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.

- 16 - 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 1er 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

- 17 - 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 1er 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).

E. 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).

- 18 - 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).

- 19 - 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

- 20 - 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.

E. 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

- 21 - 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).

- 22 -

E. 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 1er 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.

- 23 - 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 1er 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 1er 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 1er décembre 2012, après trois ans de thérapie à deux séances par semaine.

- 24 - 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 1er janvier 2007 (RO 2006 2957) afin d'éviter des traitements de longue durée inutiles (cf. Gebhard Eusgter, Krankenversicherung, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 345 p. 512), avant de se voir conférer sa teneur actuelle dès le 1er 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),

- 25 - 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.

- 26 - 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 émergeant » 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

- 27 - 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 1er 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 1er 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 1er décembre 2012.

- 28 - 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).

E. 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 LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. art. 55 LPA-VD).

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