

5S 2006-330

Arrêt du 20 novembre 2008

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

SOCIETE COOPERATIVE KPT/CPT CAISSE-MALADIE, case postale
8624, 3001 Berne, **autorité intimée**,

OBJET Assurance-maladie

Recours du 12 décembre 2006 contre la décision sur opposition du 17 novembre 2006

c o n s i d é r a n t e n f a i t

A. X., née le 20 août 1946, domiciliée à A., mariée, est assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès de la Société Coopérative KPT/CPT Caisse-maladie (ci-après: la CPT), à Berne. En mars 2004, elle a subi un accident vasculaire cérébral sylvien droit avec hémiplégie gauche. Elle a bénéficié de nombreux traitements, hospitalisations et séjours de réhabilitation ainsi que de nombreuses séances de physiothérapie et d'ergothérapie (72 au total entre 2004 et 2005).

Par demande du 6 février 2006, le Dr Y., spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, chef de clinique du service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital cantonal, à Fribourg, a requis la prise en charge de 9 nouvelles séances d'ergothérapie. Par courrier du 22 mars suivant, la CPT a accepté de rembourser, pour l'année 2006, 9 séances d'ergothérapie en tout et pour tout. Le 19 juin 2006, le Dr T. est intervenu une nouvelle fois auprès de l'assureur pour demander la possibilité de continuer les séances d'ergothérapie à raison d'une fois par semaine. A l'appui de sa requête, le médecin explique que, les limitations fonctionnelles et le handicap physique de la patiente étant importants, l'ergothérapie est considérée comme un complément nécessaire à la physiothérapie, la première visant une rééducation plutôt orientée à la tâche et la seconde visant la reprogrammation neuro-motrice. Le 4 juillet 2006, la CPT s'est une nouvelle fois refusée à prester au-delà des 9 séances susmentionnées; elle a indiqué, se fondant en cela sur l'avis de son médecin-conseil, que la maladie est dans une phase chronique et stable et que la physiothérapie de longue durée, telle que prescrite, devrait suffire à compenser le traitement litigieux.

A la requête expresse de l'assurée du 19 juillet 2006, la CPT a rendu une décision formelle de refus en date du 10 août suivant, par laquelle elle confirme ce qui précède. Sur opposition de sa part, elle maintient sa position le 17 novembre 2006.

B. Contre la décision sur opposition, X., par l'intermédiaire de son époux B., interjette recours de droit administratif le 12 décembre 2006 auprès de l'ancien Tribunal administratif. Elle conclut à son annulation et à ce que les séances d'ergothérapie, tant passées que futures, soient remboursées, sans limitation. A l'appui de ses conclusions, elle fait valoir en bref qu'elle conteste les compétences de la CPT, surtout dans un cas aussi complexe, lui permettant de se substituer à l'avis du médecin traitant. Elle met en outre en exergue le fait que le médecin-conseil ne l'a pas examinée et qu'il peut néanmoins, à distance, contredire de manière définitive les conclusions de son médecin, pourtant spécialiste en la matière. Enfin, elle estime que dès lors que la décision du 22 mars ne contient pas d'indication des voies de droit, elle doit être considérée comme nulle et que, partant, l'assureur doit lui rembourser les séances d'ergothérapie qui ont suivi.

Dans ses observations du 26 janvier 2007, la CPT propose le rejet du recours. Elle affirme que le dossier a été soumis plusieurs fois à l'appréciation de son médecin-conseil. Dans son rapport du 3 janvier 2007, qu'elle joint à ses écritures, ce dernier relève qu'il est douteux qu'une amélioration de ses fonctions corporelles puisse être encore atteinte après deux ans. Aucune péjoration de son état de santé n'a été constatée. Au contraire, l'assurée se trouve dans une phase chronique et stable. A son sens, la conservation de ses fonctions actuelles doit être assurée par de la physiothérapie, raison pour laquelle, d'ailleurs, le nombre de séances à ce titre n'a pas été limité. Après avoir pris en charge 3 x 9 séances en 2004, puis encore 5 x 9 séances en 2005, elle estime dès lors justifier, pour les raisons évoquées, de limiter ses prestations, pour 2006, à une série de 9 séances.

Dans ses contre-observations du 19 février 2007, la recourante maintient sa position. Elle observe que la CPT ne s'est pas déterminée sur deux de ses arguments, à savoir sur les compétences de cette dernière de décider unilatéralement du bien-fondé d'un traitement, contre l'avis du médecin, ainsi que sur la nullité de la "décision" du 22 mars 2006. Enfin, elle conteste une nouvelle fois que l'on puisse juger à distance dans un cas donné et remarque que si l'assureur prend en charge la physiothérapie - au mépris de son intérêt - c'est parce que ce traitement lui revient moins cher que l'ergothérapie litigieuse.

Dans ses ultimes remarques du 27 mars 2007, la CPT confirme sa thèse. Elle précise qu'une disposition légale autorise l'assureur, après un traitement équivalant à 36 séances, à charger son médecin-conseil d'examiner dans quelle mesure le traitement de longue durée peut être prolongé à charge de l'assurance-maladie. Enfin, en présence de deux alternatives de traitement efficaces et appropriées, seule la plus avantageuse doit être retenue, pour autant qu'elle atteigne le but médical et que l'on puisse exiger de l'assuré qu'il renonce au traitement le plus coûteux, ce qui est ici précisément le cas.

Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

e n d r o i t

1. a) Interjeté en temps utile et dans les formes légales par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

b) Depuis le 1^{er} janvier 2008, le Tribunal cantonal est l'autorité supérieure en matière civile, pénale et administrative (art. 1, 26 et 27 de la loi cantonale du 14 novembre 2007 d'organisation du Tribunal cantonal [LOTC; RSF 131.1.1]).

2. a) Selon l'art. 80 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA. En dérogation à l'art. 49 al. 1 LPGA, cette règle s'applique également aux prestations importantes.

Aux termes de l'art. 51 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée. L'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue.

D'après l'art. 127 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), lorsqu'une décision est exigée en vertu de l'art. 51 al. 2 LPGA, l'assureur est tenu de la rendre dans les trente jours.

b) En l'espèce, conformément à ce qui précède, l'assureur n'était pas tenu de rendre une décision formelle sur la prise en charge des séances d'ergothérapie avant que l'assuré n'en ait fait la demande. Son courrier du 22 mars 2006 est en conséquence conforme en tous points aux exigences légales en la matière. Il ne saurait être considéré comme une décision et ne devait dès lors pas non plus contenir l'indication des voies de droit. En revanche, suite à la lettre de l'assurée du 19 juillet 2006 la réclamant expressément, l'assureur a rendu, dans le délai de trente jours fixé à l'art. 127 OAMal, une décision

formelle, munie des voies de droit. La procédure valable en matière d'assurance-maladie a ainsi été respectée par l'autorité intimée.

3. a) En vertu de l'art. 57 LAMal, après avoir consulté les sociétés médicales cantonales, les assureurs ou leurs fédérations désignent des médecins-conseils. Ceux-ci doivent satisfaire aux conditions d'admission prévues à l'art. 36 et avoir pratiqué dans un cabinet médical ou exercé une fonction dirigeante dans un hôpital pendant cinq ans au moins (al. 1). Les médecins-conseils appelés à exercer dans toute la Suisse doivent être désignés avec l'accord de la société médicale du canton dans lequel l'assureur a son siège principal ou dans lequel la fédération d'assureurs a son siège (al. 2). Une société médicale cantonale peut récuser un médecin-conseil pour de justes motifs; dans ce cas, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 statue (al. 3). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs (al. 4). Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies. Le médecin-conseil évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (al. 5). Les fournisseurs de prestations doivent donner aux médecins-conseils les indications dont ils ont besoin pour remplir leurs tâches selon l'al. 4. S'il n'est pas possible d'obtenir ces informations par un autre moyen, le médecin-conseil peut examiner lui-même l'assuré; il doit en informer préalablement le médecin traitant et lui communiquer le résultat de l'examen. Si les circonstances le justifient, l'assuré peut toutefois exiger que l'examen soit effectué par un médecin autre que le médecin-conseil. Lorsque l'assuré et l'assureur ne peuvent s'entendre, le tribunal arbitral au sens de l'art. 89 tranche, en dérogation à l'art. 58 al. 1 LPGA (al. 6).

Afin de permettre un contrôle du caractère économique du traitement et de la qualité des prestations, qui sont deux des objectifs fondamentaux de la LAMal, celle-ci attribue un rôle important - et renforcé par rapport à l'ancien droit - aux médecins-conseils des assureurs pour le contrôle des prestations et des frais. A ce titre, le médecin-conseil est un organe d'application de l'assurance-maladie sociale (ATF 127 V 43 consid. 2d). Il doit apprécier les intérêts divergents de l'assuré, de l'assureur et du fournisseur de prestations de manière raisonnable. Ses compétences sont décrites à l'art. 57 al. 4 et 5 LAMal. Il conseille ainsi l'assureur pour des questions médicales ainsi que pour des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il lui incombe en outre une fonction de surveillance et de contrôle. Il examine les conditions de prise en charge d'une prestation (art. 57 al. 4 LAMal). Il doit aussi contrôler le caractère efficace, approprié et économique du traitement, au sens des art. 32 et 56 LAMal (Tribunal fédéral, arrêt non publié K 6/01 du 26.09.2001 consid. 3). Son rôle vise à éviter aux assureurs la prise en charge de mesures inutiles. Le médecin-conseil est aussi à même d'offrir à l'assuré une certaine protection contre un éventuel refus injustifié de l'assureur de verser des prestations (ATF 127 V 43 consid. 2d et les références doctrinales citées).

Le médecin-conseil est indépendant dans son jugement; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ne peuvent lui donner des directives (art. 57 al. 5 LAMal). Cette indépendance vise les tâches légales qui lui incombent et auxquelles il doit se tenir. Du point de vue administratif, il est intégré dans la hiérarchie de l'assureur qui l'engage par contrat (Tribunal fédéral, arrêt non publié précédent consid. 3).

Le médecin-conseil n'est en revanche pas habilité à traiter lui-même l'assuré ou à donner des instructions au médecin traitant sur l'application d'un traitement, même si la loi l'autorise, à certaines conditions, à examiner lui-même l'assuré (ATF 127 V 43 consid. 2e).

b) Il résulte ainsi clairement de ce qui précède que le médecin-conseil de la CPT, en sa qualité d'organe de la LAMal, a agi conformément aux tâches et aux devoirs qui lui incombent de par la loi. En particulier, contrairement aux revendications de l'assurée, il n'avait pas à l'examiner lui-même, dès lors qu'il disposait de toutes les informations nécessaires et utiles pour donner son avis sur la prise en charge des séances d'ergothérapie au-delà des 9 d'ores et déjà admises par l'assureur. Son rapport du 3 janvier 2007 démontre également le sérieux et l'indépendance avec lesquels il a agi dans cette affaire. Les arguments de la recourante à cet égard tombent dès lors manifestement à faux.

4. Est litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si elle peut prétendre, au-delà des 9 séances d'ergothérapie qu'a acceptées de prendre à sa charge l'autorité intimée, une séance supplémentaire par semaine.

a) Selon l'art. 25 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 (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens, des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a).

D'après l'art. 46 OAMal, sont admises en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale notamment les ergothérapeutes (al. 1 let. b).

Aux termes de l'art. 6 al. 1 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31), les prestations fournies, sur prescription médicale, par les ergothérapeutes et les organisations d'ergothérapie, au sens des art. 46, 48 et 52 OAMal, sont prises en charge dans la mesure où elles procurent à l'assuré, en cas d'affections somatiques, grâce à une amélioration des fonctions corporelles, l'autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (let. a), ou elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique (let. b). L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription (al. 2). Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances (al. 3). Pour que, après un traitement équivalent à 36 séances, celui-ci continue à être pris en charge, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Le médecin-conseil propose de poursuivre ou non la thérapie aux frais de l'assurance, en indiquant dans quelle mesure (al. 4).

L'OPAS ne définit pas plus avant les prestations d'ergothérapie qui doivent être prises en charge mais se limite à formuler son but (ATF 130 V 284 consid. 3 et la référence citée).

Selon le Tribunal fédéral, dans un arrêt concernant un enfant présentant un problème de développement touchant le langage et la motricité, le traitement d'un trouble moteur peut justifier le recours à des séances d'ergothérapie, au cours desquelles sont exercés divers actes ordinaires de la vie, tels que manger, faire sa toilette, s'habiller, écrire, ou les relations avec autrui. Lorsqu'elles s'inscrivent dans le cadre de la réinsertion d'un patient victime d'une grave atteinte à la santé d'origine maladive, voire accidentelle, ces mesures incombent à l'assurance-maladie et ont pour but de permettre à leur bénéficiaire d'acquérir la plus grande indépendance possible dans sa vie quotidienne et dans sa profession. Il en découle que l'ergothérapie - qui procède avant tout du domaine pédagogique - n'entre que

de façon restrictive dans le champ d'application de l'art. 6 al. 1 let. a OPAS pour traiter un problème de développement de moindre importance. En revanche, note le Tribunal fédéral, si un enfant présente un grave dysfonctionnement moteur engendrant des effets somatiques qui l'entraînent notablement dans l'accomplissement des divers actes ordinaires de la vie, il y a lieu d'admettre l'existence d'une affection somatique au sens de l'art. 6 al. 1 let. a OPAS, justifiant ainsi la prise en charge de traitements d'ergothérapie par l'assurance-maladie (ATF 130 V 284 consid. 5.1.3; Tribunal fédéral, arrêt non publié D. [K 126/02] du 16.06.2004 et la référence médicale citée). Il doit en aller de même pour les adultes atteints d'un déficit aussi important.

b) A l'appui de sa demande, le Dr Y. explique que, "grâce à une physiothérapie et ergothérapie à domicile, cette jeune patiente peut rester au sein de sa famille. Toutefois, les limitations fonctionnelles sont importantes et [le] handicap physique considérable, ce qui nécessite le maximum possible de traitements à domicile. Dans ce cadre, l'ergothérapie est considérée comme un complément nécessaire à la physiothérapie, s'occupant d'une rééducation plutôt orientée à la tâche par rapport à une physiothérapie analytique orientée à la reprogrammation neuro-motrice. L'objectif est d'améliorer la qualité et la sécurité à la marche, de réduire les douleurs des MS et MI ainsi qu[e d'] améliorer les capacités de langage par des activités bien choisies dedans et hors de la maison. La patiente, grâce à ce traitement, a maintenant acquis une endurance lui permettant de faire de petites promenades, de plus facilement monter et descendre les escaliers et bien sûr plus facilement effectuer les transferts. Mme X. a acquis également plus d'habileté dans les activités de la vie quotidienne et notamment dans les activités en cuisine. Ce dernier a aussi permis indirectement de remonter le moral de la patiente qui a retrouvé une tâche et une valeur dans la famille. L'effet positif sur le moral est donc considérable".

De son côté, le médecin-conseil de la CPT, le Dr Z., spécialiste FMH en médecine interne, observe, dans son rapport du 3 janvier 2007, que, sur la base des renseignements fournis par le Dr Y., l'assurée ne présente aucune aggravation de son état de santé ni n'a subi de nouvelle attaque cérébrale qui nécessiterait un traitement intensif avec un nombre extraordinairement important de séances.

Il rappelle que l'ergothérapie, "als Oberbegriff für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie (...) strebt die Wiederherstellung oder erstmalige Herstellung verloren gegangener oder noch nicht vorhandener körperlicher, geistiger oder seelischer Funktionen an, mit dem Ziel grösstmöglicher Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten im täglichen Leben zu erreichen. Die Aufgaben der Ergotherapie liegen in der handwerklichen Fähigkeit, die gefördert werden müssen. Sie bestehen in feinmotorischen Bewegungen wie beispielsweise die Betätigung seines Schalters. Daraus resultiert die Indikation zur Verschreibung der Ergotherapie, gemäss KLV Art. 6, 1a, die bei somatischen Erkrankungen durch Verbesserung der körperlichen Funktionen zur Selbstständigkeit in den alltäglichen Lebensverrichtungen verhelfen. Dieses Ziel muss bei Frau X. bezweifelt werden, da die Lähmung zum Ausfall der linken Körperhälfte geführt hat und nach 2 Jahren kaum mehr eine Verbesserung erwartet werden kann. Die Erhaltung der Restfunktionen ist primäre Aufgabe der begleitenden Physiotherapie, deren Behandlungsspektrum breiter ist als jenes der Ergotherapie und die Ausbildung der Physiotherapeuten beinhaltet alle Formen von Störungen des Bewegungsapparates, besonders nach Hirninsulten".

Il relève que la motricité fine, que les patients devraient récupérer grâce à l'ergothérapie, n'a malheureusement toujours pas été retrouvée par l'assurée; à son avis, les très nombreuses séances déjà prises en charge n'ont dès lors pas atteint leur but. Selon sa propre expérience en milieu hospitalier, physiothérapie et ergothérapie doivent être

menées en parallèle durant les 6 à 12 premiers mois; au-delà, des contrôles rigoureux doivent être effectués afin de mesurer les progrès réalisés, respectivement pour en constater l'absence, afin de pouvoir réduire, cas échéant, par soucis d'économie et d'efficacité, le nombre de séances.

En outre, toujours d'après le médecin-conseil, l'amélioration de la marche et du langage ainsi que la réduction des douleurs, évoquées par le Dr Y. à l'appui de sa demande, figurent également parmi les buts que permet d'atteindre la physiothérapie. Pour lui, "*die Physiotherapie ist die einzige zweckmäßig und sinnvolle Methode und ersetzt die während 2 Jahren durchgeführte Ergotherapie, die keine Verbesserung der Feinmotorik mehr erwarten lässt*". Il insiste de plus sur le fait que, à dessein, les séances de physiothérapie n'ont en revanche précisément pas été limitées. Elles sont en outre bien moins chères que l'ergothérapie. Enfin, quant à la contribution de l'ergothérapie au bon moral de l'assurée, il estime que d'autres chemins peuvent tout aussi bien y contribuer.

Amenée à statuer sur la question litigieuse, la Cour de céans constate, sur la base de l'ensemble du dossier à disposition, que, lorsque la demande a été faite, soit en février 2006, deux ans après l'attaque cérébrale, l'assurée avait déjà bénéficié de 72 séances d'ergothérapie. L'assureur était ainsi légitimé à examiner le caractère efficace et économique de la mesure sollicitée avant de continuer à prester. A cette époque, elle avait pu regagner son domicile et y vivre au quotidien. Elle avait en outre réussi, dans l'intervalle, à acquérir une endurance lui permettant de faire de petites promenades, de monter et de descendre plus facilement les escaliers. Elle avait en outre recouvré plus d'habileté dans les activités de la vie quotidienne et en particulier en cuisine. Son état s'est ainsi grandement amélioré. Elle a retrouvé une indépendance certaine dans son quotidien, étant désormais capable de se mouvoir à son gré et autonome, notamment en cuisine. Ceci est notamment le résultat des 72 séances d'ergothérapie suivies entre 2004 et 2005. Le but de l'ergothérapie, lequel consiste, selon le Tribunal fédéral, à parvenir à la plus grande indépendance possible dans la vie quotidienne, doit dès lors être considéré comme atteint, même si des progrès doivent incontestablement encore être réalisés. Toutefois, dès lors que ce traitement n'est que de manière restrictive à charge de l'assurance-maladie, notamment en raison des coûts importants qui en résultent, force est d'admettre, avec le médecin-conseil, que sa poursuite à charge de l'assureur, à pareil rythme, n'est plus justifiée et qu'elle ne permet en outre plus, deux ans après l'attaque cérébrale, d'en attendre encore avec certitude de spectaculaires améliorations de son état général. Son efficacité, à ce stade, est ainsi remise en cause. En revanche, la physiothérapie, moins onéreuse, peut également contribuer à consolider encore sa marche, à réduire les douleurs dans ses membres et à améliorer ses capacités de langage, raison pour laquelle d'ailleurs l'assureur l'a conseillée, sans limitation aucune. Rappelons que les médecins-conseils doivent veiller à l'efficacité, au caractère approprié et à l'économie d'un traitement donné, toutes caractéristiques que réunit la physiothérapie, et que, dans de telles circonstances, il n'y a pas lieu de tenir compte des souhaits de l'assurée.

Dans ces conditions, c'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a refusé de prester, s'agissant de l'ergothérapie, au-delà de 9 séances pour l'année 2006. Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée, sans frais de justice, en application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière.

I a C o u r a r r ê t e :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

6.504.12; 6.504.15; 6.599.12