

Par arrêt du 6 juin 2016 (9C\_280/2015), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X\_\_\_\_\_ contre ce jugement.

S2 14 8

## **JUGEMENT DU 31 MARS 2015**

### **Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales**

Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean-Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Moix, greffier

#### **en la cause**

X\_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître M\_\_\_\_\_, avocat

#### **contre**

Y\_\_\_\_\_ SA, intimée

(traitement de physiothérapie, art. 32 LAMal)

## Faits

A. X\_\_\_\_\_, née en 1967, est assurée auprès de Y\_\_\_\_\_ SA (ci-après Y\_\_\_\_\_ ou la caisse-maladie) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003.

L'assurée a suivi un traitement de physiothérapie dès le 6 octobre 2009 auprès de A\_\_\_\_\_, puis auprès du cabinet B\_\_\_\_\_ dès le 3 avril 2013.

Le 8 juillet 2011, la caisse-maladie a reçu une prescription de physiothérapie établie le 11 février précédent par le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, relatif à un cycle de neuf séances.

Par courrier du 25 juillet 2011, Y\_\_\_\_\_ a requis des renseignements du Dr C\_\_\_\_\_ relatifs au diagnostic posé, au but de la physiothérapie (réhabilitative ou antalgique) et aux résultats obtenus grâce à ce suivi. Elle a également désiré savoir si la prescription de physiothérapie était une mesure à court, moyen ou long terme et si une réduction du nombre ou de la fréquence des séances était envisageable.

Faute de réponse du Dr C\_\_\_\_\_, la caisse-maladie lui a adressé un premier rappel le 3 novembre 2011 en lui indiquant que ses informations étaient indispensables pour que son médecin-conseil puisse se déterminer sur le traitement proposé. Un deuxième rappel lui a été adressé le 19 janvier 2012 en lui rappelant ses obligations au sens de l'article 42 LAMal.

Le 21 mars 2012, Y\_\_\_\_\_ a informé le physiothérapeute A\_\_\_\_\_ que le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas donné suite à ses demandes de renseignements et que dès lors elle se trouvait dans l'impossibilité de se déterminer quant à l'octroi de prestations. Elle lui a en conséquence retourné sa facture de 380 fr. 15 concernant un traitement ayant eu lieu du 14 mars au 13 avril 2011.

Par communication reçue par la caisse-maladie le 15 mai 2012, A\_\_\_\_\_ a informé Y\_\_\_\_\_ que le diagnostic posé était un syndrome vertébral algique dominant sur tendomyose étagée et capsulite de l'épaule gauche. Le traitement avait une visée antalgique et réhabilitative et était prévu pour le long terme. En outre, le nombre de séances permettait d'améliorer l'état de l'assurée afin qu'elle puisse vaquer à ses occupations, sans cela elle ne pourrait vivre et agir, voire se déplacer sainement.

Sur la base de ces éléments, le médecin-conseil de Y\_\_\_\_\_ a accepté le 24 mai 2012 la prise en charge de 3 cycles de 9 séances de physiothérapie. La caisse-maladie a en outre avisé le Dr C\_\_\_\_\_ le 29 mai suivant que si le traitement devait se poursuivre ou si une augmentation du nombre de séances était nécessaire, il lui incombait d'adresser un rapport médical à son médecin-conseil. Une copie de ce courrier a été adressée à X\_\_\_\_\_ et à son physiothérapeute.

Le 14 février 2013, Y\_\_\_\_\_ a adressé à l'assurée un décompte de prestations refusant la prise en charge de séances de physiothérapie auprès de A\_\_\_\_\_ du 14 novembre au 27 décembre 2012 pour un montant de 380 fr. 15, faisant référence à son envoi du 29 mai 2012.

Le 6 mai 2013, Y\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr C\_\_\_\_\_, avec copie à l'assurée, que son médecin-conseil avait prescrit 2 cycles de 9 séances jusqu'au 31 décembre 2013 et que si le traitement devait se poursuivre ou si une augmentation du nombre de séances était nécessaire, il lui incombait d'adresser un rapport médical à son médecin-conseil.

Le 22 juillet 2013, la caisse-maladie a ainsi refusé la prise en charge de séances de physiothérapie pour un montant de 423 fr. 95 concernant un traitement du 17 mai au 20 juin 2013.

Le 5 août 2013, l'assurée, désormais représentée par Me M\_\_\_\_\_, s'est insurgée contre la correspondance du 22 juillet précédent.

Par courrier du 5 septembre 2013, Y\_\_\_\_\_ a rappelé au conseil de l'assurée que le Dr C\_\_\_\_\_ ne lui avait fourni aucun renseignement médical sur la situation de sa mandante, de sorte qu'elle n'était pas en mesure d'évaluer au plus juste son obligation en matière de prestations. Elle a en outre indiqué être dans l'attente de renseignements sollicités auprès du Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre traitant de l'assurée.

Ce dernier a fourni les indications requises le 14 septembre 2013, en précisant que sa patiente aurait besoin de deux à trois séances mensuelles de psychothérapie pendant encore au moins 18 mois.

Le 16 septembre 2013, l'assurée a fait parvenir à Y\_\_\_\_\_ un rapport établi par un cabinet de physiothérapie espagnol pour un traitement prodigué du 27 juin au 12 août 2013 accompagné d'une facture de 725 Euros ainsi qu'un avis médical émanant du cabinet de physiothérapie B\_\_\_\_\_, lequel précisait que l'assurée consultait pour

des blocages multiples de la colonne vertébrale et que deux séances hebdomadaires avaient été nécessaires depuis le 3 avril 2013. Ces deux documents étaient munis du timbre professionnel du Dr C\_\_\_\_\_.

**B.** Par décision du 8 octobre 2013, Y\_\_\_\_\_ a rappelé qu'elle avait indemnisé pas moins de 125 séances de physiothérapie depuis le 6 octobre 2009. Compte tenu de ce nombre important, elle avait sollicité des renseignements du Dr C\_\_\_\_\_, lequel n'avait jamais répondu, seul le physiothérapeute A\_\_\_\_\_ ayant fourni des informations. En conséquence, elle se voyait contrainte de surseoir au remboursement des séances de physiothérapie tant qu'aucun rapport médical ne serait fourni à son médecin-conseil, les séances accordées pour 2013 ayant déjà été indemnisées. S'agissant des prestations du cabinet espagnol, elles ne pouvaient être remboursées en raison du fait qu'à l'étranger, l'assurance obligatoire des soins ne prenait en charge que les coûts des traitements effectués en urgence.

X\_\_\_\_\_ s'est opposée à cette décision le 8 novembre 2013, rappelant que sa situation médicale était connue de l'assurance-maladie. Elle a ainsi demandé le remboursement de ses séances de physiothérapie.

Par décision du 15 janvier 2014, Y\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée en rappelant sa légitimité à contrôler l'adéquation, l'efficacité et l'économicité du traitement physiothérapeutique suivi par l'intéressée et le fait que l'article 5 alinéa 4 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) prévoit qu'après un traitement de physiothérapie équivalent à 36 séances, le médecin traitant doit adresser un rapport au médecin-conseil de l'assureur et lui remettre une proposition dûment motivée. Faute de prise de position du médecin traitant, elle ne pouvait plus rembourser les séances de physiothérapie.

**C.** X\_\_\_\_\_ a interjeté recours césans le 28 janvier 2014, reprochant à Y\_\_\_\_\_ d'exiger un travail administratif excessif de ses médecins traitants et affirmant qu'à sa connaissance, les documents administratifs idoines avaient été adressés à la caisse-maladie par les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Elle a ainsi implicitement conclu à la prise en charge de toutes ses séances de physiothérapie.

Dans sa réponse du 28 février 2014, l'intimée a repris les arguments développés dans sa décision sur opposition. Elle a ainsi conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision.

Les 25 et 30 juin 2014, la recourante a produit deux avis médicaux émanant du cabinet de physiothérapie B\_\_\_\_\_ faisant état d'un traitement suivi à raison de 3 séances par semaine et du Dr E\_\_\_\_\_, FMH en maladies rhumatismales posant le diagnostic de cervico-dorso-lombalgies non spécifiques sans évidence pour un rhumatisme inflammatoire sous jacent, le praticien relevant en outre le fait que la physiothérapie est très bénéfique, ce traitement ayant un bon effet antalgique et permettant de maintenir l'autonomie, tout en ayant pour conséquence de diminuer la prise de médicaments antalgiques ou anti-inflammatoires.

Le 9 juillet 2014, la recourante a en outre requis l'édition complète de son dossier d'assurance-invalidité.

Y\_\_\_\_\_ s'est déterminée sur ces écritures le 27 août suivant, en proposant de poursuivre la prise en charge de 4 fois 9 séances de physiothérapie par année civile, avec effet rétroactif au 15 mai 2013, soit à la date à laquelle le remboursement avait été suspendu.

Le 4 septembre 2014, la recourante a critiqué la solution proposée par Y\_\_\_\_\_, requérant le remboursement de l'intégralité des séances de physiothérapie.

Le 29 septembre suivant, l'intimée a maintenu ses conclusions présentées dans son écriture du 27 août 2014.

La recourante s'est encore déterminée les 5, 18 et 21 novembre 2014 en soulignant que son autonomie et sa qualité de vie étaient liées aux séances de physiothérapie. Elle a également transmis le 18 février 2015 copie de son courrier à son nouveau médecin traitant, le Dr F\_\_\_\_\_, FMH en médecine générale, lequel comportait de nombreuses pièces médicales relatives à sa situation.

### **Considérant en droit**

1. Selon l'article 1 alinéa 1 LAMal, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) du 6 octobre 2000 s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

Posté le 28 janvier 2014, le présent recours contre la décision sur opposition du 15 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA)

devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA). Le recours répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière

**2.1** Le litige porte sur la prise en charge par l'assurance-maladie de séances de physiothérapie prescrites par le Dr C\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante.

**2.2** Selon l'article 25 alinéa 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.

Ces prestations comprennent les examens et traitements dispensés sous forme ambulatoire, en milieu hospitalier ou dans un établissement médico-social ainsi que les soins dispensés dans un hôpital par des médecins, des chiropraticiens ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (art. 25 al. 2 let. a LAMal). Sous certaines conditions, les physiothérapeutes sont admis en tant que personnes prodiguant des soins sur prescription médicale (cf. art. 46 et 47 OAMal).

La liste des prestations fournies par des physiothérapeutes pouvant être prises en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire est fournie à l'art. 5 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS).

L'article 5 alinéa 4 OPAS précise que 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 et à quel moment le prochain rapport doit être présenté.

Les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques; l'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont examinés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal). L'exigence du caractère économique des prestations ressort également de l'article 56 alinéa 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.

**2.3** Selon l'article 43 alinéa 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

**3.1** En l'espèce, la recourante est suivie depuis plusieurs années par des physiothérapeutes. Y\_\_\_\_\_ a indemnisé de nombreuses séances avant de solliciter le Dr C\_\_\_\_\_ afin que ce dernier lui fournisse des renseignements lui permettant de vérifier si le traitement prescrit était économique, efficace et adéquat au regard des exigences de la LAMal.

Force est d'admettre avec l'intimée que le fait de solliciter des informations complémentaires sur le traitement de physiothérapie suivi par la recourante était tout à fait légitime. En effet, le seuil des 36 séances prévu par l'article 5 alinéa 4 OPAS était largement dépassé, et il incombait donc à Y\_\_\_\_\_ de vérifier si les conditions de la poursuite du traitement étaient remplies. Il ne s'agit pas là, comme le prétend la recourante, de harcèlement administratif du Dr C\_\_\_\_\_, mais de demandes justifiées de l'intimée effectuées dans le respect du cadre légal.

Faute de prise de position du médecin traitant de l'assurée, Y\_\_\_\_\_ était ainsi en droit de suspendre la prise en charge du traitement de physiothérapie, ne disposant pas de suffisamment d'éléments justifiant la poursuite de ce traitement de longue durée.

Après avoir pris une première fois la décision d'interrompre le remboursement des séances de physiothérapie, l'intimée a décidé le 29 mai 2012 de prendre en charge un certain nombre de visites supplémentaires sur la base d'un avis de A\_\_\_\_\_. A cette occasion, elle a informé le Dr C\_\_\_\_\_ ainsi que l'assurée du fait que si des séances supplémentaires devaient être programmées, elles devraient faire l'objet d'un rapport circonstancié. Elle a réitéré cette demande le 6 mai 2013, après avoir une nouvelle fois accordé sa garantie de remboursement pour des séances de

physiothérapies qui n'avaient pourtant pas fait l'objet d'un rapport ad hoc du médecin traitant.

Une copie de ces courriers adressés au Dr C\_\_\_\_\_ ayant été notifiée à la recourante, cette dernière était donc dûment informée du fait que les manquements de son médecin traitant pouvaient mettre en péril le remboursement de ses séances de physiothérapie. Elle était dès lors en mesure d'attirer l'attention de son médecin traitant sur le fait qu'il devait se conformer à ses obligations, voire changer de praticien, ce qu'elle a d'ailleurs fait au cours de la présente procédure.

Il apparaît en outre logique que plus le traitement de physiothérapie durait, plus les investigations de la caisse-maladie devaient être précises, le médecin traitant ne pouvant se borner, compte tenu des règles fixées par la LAMal et l'OPAS, de prescrire des séances de physiothérapie sans les justifier médicalement. En ne faisant qu'apposer son timbre professionnel sur des prescriptions émanant de spécialistes en physiothérapie, le Dr C\_\_\_\_\_ n'a pas rempli ses obligations décrites par l'article 5 alinéa 4 OPAS et dès lors l'intimée était en droit de mettre fin au remboursement des séances de physiothérapie non documentées par un rapport médical idoine.

**3.2** Aux termes de l'article 32 alinéa 2 OAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des traitements effectués en cas d'urgence à l'étranger. Il y a urgence lorsque l'assuré, qui séjourne temporairement à l'étranger, a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié.

En application de cette disposition, c'est à juste titre que Y\_\_\_\_\_ a refusé de prendre en charge la facture de 725 Euros correspondant à un traitement prodigué par un cabinet de physiothérapie espagnol, la recourante ne prétendant au demeurant pas que ce dernier était urgent et qu'un retour en Suisse n'était pas approprié.

**3.3** Enfin, la Cour de céans considère que la production du dossier AI de la recourante dans la présente procédure ne lui serait d'aucun secours, dès lors que ce sont des informations actuelles du médecin traitant que Y\_\_\_\_\_ avait requis, et non pas l'historique médical de l'assurée.

**4.** Au vu de ces éléments, il convient de donner acte à la recourante de la prise en charge de 36 séances de physiothérapie par année tel que décrit la détermination de Y\_\_\_\_\_ du 27 août 2014. Pour le surplus, le recours est rejeté.

Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens (art. 61 let. a et g a contrario LPGA).

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 31 mars 2015