

200.2018.765.CM

N° d'assuré

BCE/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 1^{er} mai 2020

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente

M. Moeckli et C. Tissot, juges

C. Wagnon-Berger, greffière

A. _____
agissant par son curateur, **B.** _____,
remplacé en cours de procédure par **C.** _____
recourant

contre

Caisse maladie D. _____ **SA**

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 14 septembre
2018



En fait:

A.

A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1956, a été condamné en 1998 par le Tribunal d'arrondissement judiciaire E. _____ pour délit manqué de meurtre et mise en danger de la vie d'autrui, à deux ans de peine privative de liberté, l'exécution de la peine ayant été suspendue au profit d'une mesure d'internement au sens du code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP, RS 311.0). Dans le cadre dudit internement, l'assuré séjourne depuis 2003 dans une même clinique psychiatrique universitaire (ci-après: CPU). Il est assuré au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10), nouvellement depuis le 1^{er} janvier 2015, auprès de D. _____ SA (ci-après: l'intimée). L'assuré est soutenu financièrement par la commune municipale de F. _____ (ci-après: la commune), agissant par le Service social G. _____ (G. _____). Par courriers des 22 janvier 2015, 31 juillet 2015 et 8 juin 2017, l'intimée a refusé la garantie de prise en charge relative aux frais de séjour dans la CPU au motif de l'absence d'obligation légale de prestations de l'assurance obligatoire des soins (à fin 2014, l'ancien assureur LAMal assumait une prise en charge journalière de Fr. 297.-, le canton de Fr. 363.- et la commune de Fr. 590.-).

B.

Après avoir recueilli notamment une copie d'une expertise psychiatrique destinée à la Section de la probation et de l'exécution des sanctions pénales (SPESP), l'intimée a informé l'assuré, par décision formelle (sollicitée par G. _____) du 22 décembre 2017 que les conditions pour une prise en charge obligatoire des frais de séjour en soins aigus à la CPU à partir du 1^{er} janvier 2015 n'étaient pas remplies mais qu'elle admettait en revanche la prise en charge, au tarif applicable pour les établissements médico-sociaux (EMS), du temps requis pour les soins journaliers couverts par la législation, à savoir, par jour, Fr. 27.- du 1^{er} janvier 2015 au 25 juin

2017 et Fr. 18.- depuis le 26 juin 2017. Elle a en outre retiré l'effet suspensif en cas d'éventuelle opposition. Le 29 janvier 2018, la commune, agissant par G. _____, ainsi que l'assuré, agissant par son curateur, ont formé opposition contre cette décision (signatures conjointes dans le même courrier). Cette opposition a été rejetée par décision sur opposition du 14 septembre 2018 et l'intimée a confirmé son refus de prise en charge.

C.

Par acte du 17 octobre 2018 accompagné de deux pièces justificatives (PJ), la commune, agissant par G. _____, acte toutefois également signé par le curateur, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) en concluant, à titre principal, à l'annulation de la décision sur opposition, partant, à ce qu'il soit dit que l'hospitalisation en soins aigus de l'assuré est nécessaire et au versement des prestations pour le traitement en milieu hospitalier avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2015 ainsi que, subsidiairement, au renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure pour nouvelle décision au sens des considérants, le tout sous suite de frais et dépens. Par mémoire de réponse du 18 décembre 2018 accompagné du dossier de la cause, l'intimée a conclu au rejet du recours. Après avoir été interpellée à ce propos par la juge instructrice, la commune a précisé, par courrier du 19 décembre 2018 (également signé par le curateur), la forme juridique de G. _____ et a étayé sa qualité pour recourir. La commune a encore répliqué par courrier du 2 avril 2019 (avec signature conjointe du curateur) tout en maintenant ses précédentes conclusions et l'intimée a renoncé à dupliquer dans un courrier du 17 avril 2019. Par ordonnance du 17 février 2020, la juge instructrice a ordonné au recourant de produire un exemplaire de l'acte instituant la mesure de curatelle de portée générale désignant le curateur de l'assuré ainsi que le consentement de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) à l'introduction de la présente procédure, tout en l'avertissant que faute de production desdits documents jusqu'au terme fixé, le recours serait déclaré irrecevable. En date du 3 mars 2020, l'APEA a transmis au TA sa décision, datée du même jour, de consentement à l'introduction d'une procédure de recours auprès du TA, accompagné de deux annexes. De son côté, la commune, agissant par

G._____, a fait parvenir à la juge instructrice les actes de nomination du précédent curateur ainsi que de l'actuelle curatrice. Par ordonnance du 9 mars 2020, la cause a été transmise pour jugement.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 14 septembre 2018 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme un refus de prise en charge d'une hospitalisation de l'assuré au tarif des soins aigus à la CPU dès le 1^{er} janvier 2015. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et la prise en charge de l'hospitalisation au tarif des soins aigus, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Est en particulier litigieuse la question de savoir s'il existe une nécessité médicale au traitement de l'assuré en soins hospitaliers aigus ou si la situation d'hospitalisation en soins aigus persiste principalement pour des motifs d'ordre pénal (risque de récidive relatif à des actes de violence) ou d'ordre social.

1.2 Bien que la décision et la décision sur opposition ici contestée aient été adressées à G._____ (à l'attention du curateur) et contrairement à ce que soutient la commune, force est de constater que cette dernière, agissant par G._____, n'a pas établi, en tant que partie tierce non destinataire de la décision sur opposition contestée, un intérêt digne d'être protégé au sens de l'art. 59 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1). En effet, l'intérêt financier de la commune découlant de l'aide sociale supplémentaire (subsidiaire) qu'elle devrait fournir si le recours venait à être rejeté ne peut être qualifié que d'indirect en matière de prestations de l'assurance-maladie obligatoire et n'est en soi pas suffisant. Par ailleurs, une relation de proximité particulière avec l'objet du litige, par exemple une disposition légale autorisant l'autorité d'aide sociale à intervenir en son

nom, n'a pas été invoquée par la commune et n'existe pas (ATF 133 V 188 c. 4.4.2 et 4.5; *Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales*, 2018, JEAN MÉTRAL, art. 59 n. 42 et 43; UELI KIESER, *ATSG-Kommentar*, 2015, art. 59 n. 36 - 42). En revanche, dans la mesure où tant l'acte de recours que les autres prises de position au dossier adressés au TA ont été signés par le curateur ou la curatrice et que les actes de nomination légitimant l'ancien curateur et la nouvelle curatrice dans les rapports juridiques avec les tiers, tout comme le consentement de l'APEA (décision du 3 mars 2020) pour l'introduction de la présente procédure par le curateur ont été produits, il convient d'admettre que l'assuré a agi par son curateur, puis sa curatrice, valablement autorisés. Ainsi, en comprenant la conclusion tendant au constat de la nécessité de l'hospitalisation en soins aigus en tant que part de la motivation (art. 49 al. 2 LPGA: subsidiarité de la décision en constat par rapport à la décision formatrice; ATF 122 V 28 c. 2b), interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 de la loi du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

2.

2.1 L'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 phr. 1 LAMal; ATF 145 V 116 c. 3.2).

2.2 L'obligation pour les assureurs-maladie d'allouer des prestations en cas de traitement hospitalier suppose l'existence d'une maladie qui exige un traitement pour soins aigus ou des mesures médicales de réadaptation en milieu hospitalier. La condition du besoin d'hospitalisation est donnée, d'une part si les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires ne peuvent être pratiquées de manière appropriée que dans un hôpital et d'autre part, également, si les possibilités d'un traitement ambulatoire ont été épuisées et que seule une thérapie en milieu hospitalier présente des chances de succès (ATF 126 V 323 c. 2b; SVR 2012 KV n° 13 c. 3.1). Un séjour hospitalier en soins aigus est en principe nécessaire en cas de troubles à la santé soudains, généralement brefs et graves, qui nécessitent des soins médicaux ou infirmiers intensifs de courte durée. La loi ne fixe pas de délai temporel au-delà duquel un patient doit être considéré comme ne nécessitant plus un traitement ou des soins réservés à une maladie aiguë, respectivement, comme n'ayant plus besoin d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier, la nécessité de l'hospitalisation doit être admise tant que l'on peut attendre d'un traitement qu'il améliore notablement l'état de santé. En d'autres termes, la phase aiguë dure aussi longtemps qu'une amélioration significative de la santé peut être attendue d'un traitement en cours. Dans cette condition, même un traitement plus long en hôpital psychiatrique peut avoir le caractère d'un traitement aigu (arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_107/2011 du 28 février 2011 c. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du TF] K 158/04 du 21 mars 2006 c. 4; STÉPHANIE PERRENOUD, *Droit de la sécurité sociale*, Vol. II, 2015, p. 136 n. 220). La personne assurée ne peut prétendre à des prestations allant au-delà des prestations légales et statutaires lorsqu'elle a été contrainte d'être hospitalisée dans une clinique plus onéreuse parce qu'aucun lit n'était disponible dans l'établissement hospitalier ou la division d'hôpital qui aurait été appropriée d'un point de vue médical et suffisant pour lui prodiguer les soins adéquats (ATF 124 V 362 c. 1b, 115 V 38 c. 3b/aa).

2.3 Le besoin de soins est généralement donné dans le cas de troubles chroniques, c'est-à-dire de longue durée, qui se développent généralement lentement. Il s'agit donc de troubles durables pour lesquels l'accent n'est pas mis sur le traitement médical mais sur les soins. Tout traitement

médical nécessaire peut être effectué en ambulatoire, alors que les soins ne font plus partie du traitement médical mais servent à remédier aux conséquences de la maladie. La LAMal n'utilise pas le terme de "malade chronique", mais confronte le traitement des malades de longue durée ou des patients d'EMS à celui des personnes nécessitant une hospitalisation aiguë (voir art. 39 al. 3 LAMal; TF 9C_67/2014 du 5 février 2015 c. 2.2.2, 9C_447/2010 du 18 août 2010 c. 2.2). La distinction entre les hôpitaux et les EMS est importante sous l'angle de l'étendue de la prise en charge des prestations: alors qu'à l'hôpital tant les examens, traitements et soins que le séjour sont pris en charge intégralement (voir art. 49 al. 1 LAMal), dans les EMS, seuls les soins sont pris en charge et, de surcroît, ne donnent droit qu'à une contribution de l'assurance-maladie et du canton de résidence (voir art. 25a et 50 LAMal). Le séjour en EMS ne fait pas partie des prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (STÉPHANIE PERRENOUD, *op. cit.*, p. 133 n. 15).

2.4 Pour les patients ayant leur domicile permanent dans des cliniques psychiatriques et selon la jurisprudence du TF, le tarif des prestations applicable doit être calculé selon les règles prévues à l'art. 50 LAMal (assurés résidant dans des EMS). L'élément décisif pour la délimitation en matière de prestations hospitalières est la question de savoir s'il est possible de fournir à l'assuré des soins suffisants et appropriés dans un établissement pour patients de longue durée (EMS; ATF 124 V 362 c. 1a et b; TF 9C_107/2011 du 28 février 2011 c. 2.2, TF 9C_477/2010 du 18 août 2010 c. 2.3 avec références, en particulier ATF 125 V 177 c. 3 et TFA K 158/04 du 21 mars 2006 c. 4).

2.5 Selon la jurisprudence, un encadrement intensif par le personnel soignant ne justifie pas à lui seul une hospitalisation aiguë; les EMS doivent également disposer d'un personnel qualifié conformément à leur mandat légal (art. 39 al. 1 en lien avec l'al. 3 LAMal; TFA K 20/06 du 20 octobre 2006 c. 3.3.2), notamment aussi pour l'encadrement en cas d'agression et le soutien des malades psychiatriques, en particulier pour éviter de se mettre en danger ou de mettre en danger autrui (art. 7 al. 2 let. b ch. 13 et 14 de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du Département fédéral de l'intérieur [DFI] sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en

cas de maladie [ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS, RS 832.112.31]). Les prestations médicales nécessaires et la psychothérapie individuelle qui, selon l'évaluation médicale, joue un rôle décisif dans le succès du traitement, peuvent en principe être effectués en ambulatoire sans qu'il soit nécessaire de recourir à une hospitalisation dans un hôpital pour soins aigus (TF 9C_447/2010 du 18 août 2010 c. 5.2; TFA K 44/05 du 20 octobre 2005 c. 2.3).

3.

3.1 A l'appui de sa décision sur opposition contestée, l'intimée a retenu, suivant l'avis de son médecin-conseil, que l'assuré souffrait de schizophrénie paranoïde présentant des signes cliniques d'une évolution chronique et largement résistante au traitement et qu'il ne présentait aucun danger pour lui-même ou pour autrui. Sur la base de l'expertise psychiatrique ainsi que des autres rapports médicaux au dossier, l'intimée a considéré que l'assuré avait besoin d'un cadre très structuré et fermé mais que d'un point de vue médical, les besoins de prise en charge médicale de l'assuré étaient faibles, se limitant au plus à 1,5 heure par jour, ce qui ne peut être assimilé à un besoin de soins hospitaliers aigus. En d'autres termes, elle a consenti à prendre en charge les coûts du traitement hospitalier au tarif des soins des EMS, mais a refusé de prendre en charge les coûts de traitement hospitalier au tarif des soins aigus. Dans son mémoire de réponse du 18 décembre 2018, l'intimée a tout d'abord précisé que la question litigieuse concernait uniquement le point de savoir si le traitement stationnaire de l'assuré devait être facturé comme un tarif de soins ou comme une prise en charge hospitalière pour soins aigus, l'intimée admettant que l'assuré avait besoin d'un cadre de traitement légal, fermé et structuré avec une prise en charge médicamenteuse continue. Par ailleurs, selon l'intimée, il ressort des rapports médicaux au dossier que l'état de santé de l'assuré est stable confirmant ainsi l'absence de nécessité de soins aigus. Elle a aussi relevé que le simple fait qu'une personne ait besoin d'un traitement hospitalier stationnaire pour des raisons pénales, lors de l'exécution d'une mesure, n'est pas suffisant pour engendrer une obligation de prise en charge des coûts par l'assurance-maladie.

3.2 Le recourant quant à lui (par ses représentants), a étayé en substance son recours en faisant valoir que la pathologie dont il souffre (tant la schizophrénie que la dépendance aux opioïdes) nécessite une prise en charge médicale à la CPU en raison du cadre structuré et de la prise en charge propre à cet établissement. Il a en outre souligné qu'il n'existait aucune possibilité de traitement ambulatoire et que le traitement mis en place par la CPU avait démontré son efficacité. Pour le recourant, son traitement n'est pas encore terminé et une amélioration de son état de santé est attendue, ce qui plaide selon lui en faveur du besoin de soins aigus. Enfin, le recourant a relevé qu'il ne pouvait être transféré dans un foyer, notamment en raison du fait qu'il refuse (et a le droit de refuser) une médication par dépôt (injection à effet prolongé) et que, dès lors, un besoin de surveillance est nécessaire afin qu'il prenne ses médicaments de façon régulière. Dans son mémoire de réplique, le recourant a en substance maintenu ses arguments et a précisé le caractère nécessaire de son hospitalisation en soins aigus en ce sens qu'il existerait, selon lui, un risque de commission de nouvelles infractions graves en dehors du cadre hautement structuré tel que mis en place par la CPU.

4.

Quant aux faits médicaux pertinents de la cause, on peut constater ce qui suit.

4.1 Dans une expertise psychiatrique datée du 21 novembre 2014 réalisée à l'attention de la SPESP, l'experte psychiatre a retenu les diagnostics d'abus de cannabis (F12.1 selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]), status après syndrome de dépendance à l'héroïne (CIM-10 F11.21) en abstinence par le fait d'être en environnement protégé ainsi qu'une schizophrénie paranoïde chronique (CIM-10 F20.0; dossier [dos.] intimée partie [part.] Il document [doc.] 1 p. 73). S'agissant du pronostic légal de récidive, l'experte a observé que celui-ci était faible s'agissant d'infractions violentes graves, à condition que le traitement antérieur de la toxicomanie soit poursuivi sans interruption et

que l'assuré soit placé dans un cadre bien structuré, sous une surveillance étroite et sous un contrôle permanent de l'interdiction d'armes. Toutefois, l'experte a souligné que le risque de récurrence était susceptible d'augmenter très rapidement si l'expertisé devait réduire sa médication et accéder à des armes. Dans ce contexte, elle a également mentionné que la reprise d'une consommation de substances illégales ainsi que d'alcool, serait associée au risque d'une nouvelle décompensation psychotique (dos. intimée part. II doc. 1 p. 79). La spécialiste a relevé que la situation pourrait nettement s'améliorer s'il était possible de motiver l'assuré à accepter une prise des neuroleptiques sous forme de dépôt. Selon l'experte, cela permettrait d'augmenter le degré de liberté de l'assuré, puisque dans ces circonstances, il serait possible de placer ce dernier dans un cadre plus ouvert (dos. intimée part. II doc. 1 p. 80). En revanche, d'après la spécialiste, tant que l'expertisé refusera la médication par dépôt, il continuera à avoir besoin d'un cadre médico-légal fermé et très structuré, comme la CPU. Une autre solution consisterait, selon l'experte, à envisager un service fermé d'un établissement de psychiatrie générale avec la participation étroite d'un expert médico-légal. En revanche, elle ne recommande pas une institution ouverte sans médication par dépôt pour les raisons déjà mentionnées (dos. intimée part. II doc. 1 p. 89).

4.2 Dans un rapport du 16 janvier 2015 à l'intention de l'intimée, les médecins en charge de l'assuré à la CPU ont retenu les diagnostics de schizophrénie paranoïde chronique (CIM-10 F20.0) et de status après syndrome de dépendance à l'héroïne (CIM-10 F11.21; dos. intimée part. II doc. 2 p. 1). Il ressort du document en question que le plan de traitement de l'intéressé se compose de thérapie sociale et thérapie par le milieu, thérapie de travail pendant 2,5 heures par jour, participation à des activités de groupe en dehors de la clinique, séances hebdomadaires de psychothérapie individuelle et visites chez le médecin principal. Les médecins ont mentionné que l'assuré ne manifestait qu'une compréhension limitée de la nature et de l'évolution de sa maladie ainsi que de la nécessité de la prise régulière de ses médicaments. Ils ont en outre constaté que dans le cadre de la prise en charge au sein de l'établissement, sous médication, les épisodes psychotiques de l'assuré étaient en recul. Les médecins ont indiqué espérer que bien que les autorités d'exécution des

peines compétentes l'aient refusé jusqu'alors, l'assuré puisse être placé dans une institution appropriée, c'est-à-dire étroitement surveillée, offrant à la fois une structure de vie et de travail assistée et des activités de loisirs significatives (dos. intimée part. II doc. 2 p. 3).

4.3 Dans la demande de garantie de prise en charge datée du 11 mai 2017 de la CPU, le médecin en chef a posé les diagnostics de schizophrénie paranoïde chronique (CIM-10 F20.0), de status après syndrome de dépendance aux opioïdes en abstinence par le fait d'être en environnement protégé (CIM-10 F11.21) et hépatite C chronique avec cirrhose du foie (CIM-10 F18.2). Le médecin a décrit le plan de traitement suivi par l'assuré (voir c. 4.2 ci-dessus), tout en mentionnant que la poursuite de la thérapie antipsychotique était indiquée. Le praticien a également relevé que la prise de conscience de la maladie et le sentiment d'être malade étaient réduits chez l'assuré, ce dernier ayant d'ailleurs le sentiment de séjourner à la CPU pour des troubles physiques et niant souffrir de troubles psychiatriques (dos. intimée part. II doc. 5 p. 1). Selon le médecin en chef, l'assuré a besoin d'un traitement stationnaire (dos. intimée part. II doc. 5 p. 2).

4.4 Le médecin-conseil de l'intimée a pris position dans un rapport médical du 20 mai 2017. En se référant aux deux rapports de la CPU (voir c. 4.2 à 4.3 ci-dessus), il a relevé qu'en dépit de la maladie psychiatrique chronique, l'assuré n'avait pas montré de danger sérieux pour autrui ou pour lui-même et qu'aucune fuite, alerte policière, attaque verbale ou physique de l'assuré sur l'équipe thérapeutique ou encore aucune mesure coercitive (telles que la prescription de médicaments et leur administration contre la volonté explicite de l'assuré) n'étaient documentées au dossier. Selon le médecin-conseil, les rapports médicaux susmentionnés ont plutôt mis en évidence que le recourant avait suivi le traitement médicamenteux sans problème malgré l'absence de prise de conscience de la maladie. Sur cette base, le médecin-conseil de l'intimée a conclu qu'en présence d'une schizophrénie en état résiduel, une hospitalisation aiguë n'était plus nécessaire, respectivement que, compte tenu de l'état de santé de l'intéressé, ce dernier serait soigné dans un service pour maladies

chroniques s'il n'avait pas été condamné pour une infraction pénale (dos. intimée part. II doc. 6 p. 2 et 3).

4.5 Dans une intervention du 16 août 2018, le médecin-conseil de l'intimée a une nouvelle fois pris position, suite à la réception de l'expertise psychiatrique du 21 novembre 2014 par l'intimée (voir c. 4.1 ci-dessus). En se fondant sur l'expertise psychiatrique susmentionnée, le médecin-conseil a partiellement revu son évaluation de mai 2017 (voir c. 4.4 ci-dessus). En effet, celui-ci a retenu que compte tenu du déroulement documenté des événements jusqu'en février 2017, il pouvait être affirmé que l'assuré continuera à avoir besoin d'un cadre de traitement médico-légal fermé et très structuré avec une médication continue. Selon le médecin-conseil, l'ensemble des troubles du comportement mentionnés par l'experte psychiatre ne justifie toutefois pas des soins et un soutien complet, personnalisé et intensif sur une période de plusieurs jours. Il relève ainsi que ce sont principalement des aspects de sécurité qui ont empêché le transfert de l'assuré dans un foyer et non des motifs de soins (dos. intimée part. II doc. 7 p. 2). Le médecin-conseil a d'autre part réitéré qu'aucun épisode de fuite, d'alerte policière ou encore d'attaque verbale ou physique de l'assuré sur l'équipe thérapeutique ou de mesures coercitives (telles que la prescription et l'administration de médicaments contre la volonté explicite de l'assuré), qui pourraient être associées de manière répétée à un besoin aigu de soins, n'a été documenté. Sur la base de ces résultats, il conclut que, dans le cadre d'une routine professionnelle appropriée, le besoin quotidien de soins personnalisés ne dépasse pas 1,5 heure (dos. intimée part. II doc. 7 p. 3).

5.

5.1 D'emblée il convient de constater que les parties ne contestent pas que l'assuré souffre d'une schizophrénie paranoïde chronique ainsi que d'une dépendance à l'héroïne et que celles-ci constituent des maladies au sens de l'art. 3 al. 1 LPGA. L'intimée ne semble pas non plus remettre en cause que, pour répondre au besoin de soins, une structure stationnaire est nécessaire (mémoire de réponse du 18 décembre 2018 ch. 5.3 et

décision sur opposition du 14 septembre 2018 ch. 2.20). Est seule litigieuse la question de savoir si l'intimée a une obligation de prise en charge des coûts du traitement hospitalier au tarif des soins aigus dès le 1^{er} janvier 2015.

5.2 S'agissant du tarif applicable et selon l'art. 49 al. 4 LAMal, en cas d'hospitalisation, la rémunération s'effectue conformément au tarif applicable à l'hôpital au sens de l'art. 49 al. 1 LAMal, tant que le patient a besoin, selon l'indication médicale, d'un traitement et de soins ou d'une réadaptation médicale en milieu hospitalier. Si cette condition n'est plus remplie, le tarif selon l'art. 50 LAMal est applicable. Comme cela ressort de ce qui précède (voir c. 2.4 ci-dessus) et conformément à la jurisprudence, le tarif des prestations applicable aux assurés séjournant de façon permanente dans des cliniques psychiatriques doit être calculé selon les règles prévues à l'art. 50 LAMal (assurés résidant dans des EMS).

5.3 En l'occurrence, les médecins s'étant prononcés sur l'état de santé de l'assuré sont tous unanimes sur la nécessité pour ce dernier de séjourner dans un établissement fermé et structuré, sous un contrôle constant s'agissant de la détention d'armes et avec un suivi continu du traitement médicamenteux (dos. intimée part. II doc. 1 p. 79, part. II doc. 5 p. 2, part. II doc. 7 p. 2). A ce titre, il y a lieu d'admettre avec le recourant que la CPU offre des prestations répondant aux exigences posées par les médecins. Toutefois, rien n'indique au dossier que les conditions susmentionnées ne pourraient pas être réalisées dans un autre établissement fermé (sans possibilité de détenir des armes), dans lequel l'assuré serait surveillé pour sa prise de médicaments (et donc sans nécessité d'une éventuelle médication par dépôt). En effet, il convient de relever que le plan de traitement décrit par les médecins de la CPU vise principalement à ce que l'assuré acquière une structure quotidienne et reconnaisse l'existence de sa maladie (dos. intimée part. II doc. 5 p. 2). Si les activités en lien avec ces buts de traitement (notamment thérapie sociale et thérapie par le milieu, thérapie de travail, participation à des activités de groupe en dehors de la clinique; voir dos. intimée part. II doc. 2 p. 3) semblent, certes, nécessaires à la stabilisation des diagnostics de l'assuré (dos. intimée part. II doc. 1 p. 78), force est toutefois de constater

qu'il existe des EMS disposant également d'un personnel suffisamment qualifié conformément à un mandat légal qui prévoirait un plan de traitement similaire (art. 39 al. 1 en relation avec l'al. 3 LAMal; voir c. 2.5 ci-dessus; TF 9C_447/2010 du 18 août 2010 c. 5.2; TFA K 20/06 du 20 octobre 2006 c. 3.3.2). Même les spécialistes de la CPU reconnaissent que l'assuré devrait pouvoir être transféré dans une autre structure de soins (logement, travail et loisirs adéquats), offrant les garanties définies par l'expertise psychiatrique rédigée pour la SPESP, y compris celle du contrôle de la prise régulière des médicaments sans administration par dépôt. Le fait que, sur la base de l'avis de l'experte, la SPESP refuse un transfert tant qu'une médication par dépôt n'est pas acceptée et instaurée ne permet pas d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante (degré de preuve applicable en droit des assurances sociales; ATF 144 V 427 c. 3.2) que les mesures thérapeutiques en question ne pourraient être pratiquées de manière appropriée que dans le cadre d'une hospitalisation en soins aigus. Qu'aucune structure appropriée au cas de l'assuré, proposant un encadrement strict permettant de surveiller la prise de médicaments, le risque de contact avec des substances nocives ou des armes dans un environnement francophone n'ait pu être trouvée ne permet pas de répercuter les coûts du maintien en hospitalisation en soins aigus sur l'intimée (ATF 124 V 362 c. 1b, 118 V 47 c. 3b, 171 c. 2e; jugement du Tribunal administratif du canton des Grisons S 11 34 du 13 mars 2012 c. 5e). La preuve que la réussite du traitement du recourant dépend de son maintien dans la CPU n'a pas été rapportée par ce dernier (mémoire de réplique du 2 avril 2019 p. 1). Il convient donc d'admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les conditions du cadre structuré et fermé ainsi que du plan de traitement qui, selon les rapports médicaux, jouent un rôle décisif dans le succès thérapeutique, peuvent en principe être réalisés en secteur stationnaire sans qu'il soit nécessaire de recourir à une hospitalisation en division de soins aigus (TF 9C_447/2010 du 18 août 2010 c. 5.2; TFA K 44/05 du 20 octobre 2005 c. 2.3). L'échec de la tentative de transfert dans une autre structure en 2003 (dos. intimée part. II doc. 1 p. 82) ne suffit pas à établir le contraire.

5.4 On ne peut suivre l'argumentation du recours et de la réplique lorsqu'elle soutient que le fait de ne pas avoir pris conscience de la maladie

et de ne pas avoir compris la nécessité de prendre les antipsychotiques de manière continue et régulière démontre que le traitement en cours n'est pas encore terminé, qu'une amélioration de la santé est encore attendue et que, par conséquent, une hospitalisation en soins aigus est nécessaire. Selon la jurisprudence du TF, la simple possibilité d'amélioration ou de développement positif sous une forme modérée seulement n'est pas suffisante; les perspectives d'amélioration doivent être concrètes et d'une certaine importance pour admettre la nécessité d'un traitement hospitalier en soins aigus (TF 9C_447/2010 du 18 août 2010 c. 5.3). Or, en l'occurrence, il ressort du dossier que la schizophrénie paranoïde chronique diagnostiquée par l'experte psychiatre (CIM-10 F20.0; dos. intimée part. II doc. 1 p. 73) s'est stabilisée (dos. intimée part. II doc. 1 p. 78) et que les épisodes psychotiques sont en recul (dos. intimée part. II doc. 2 p. 3). La stabilisation susmentionnée est confirmée par les diagnostics posés par les médecins de la CPU ainsi que par l'experte psychiatre, puisque les spécialistes ont retenu la chronicité de la maladie (CIM-10 F20.0; dos. intimée part. II doc. 1 p. 73 et doc. 2 p. 1). Aucun élément au dossier ne permet de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une amélioration concrète et importante de l'état de santé de l'assuré est attendue. Au contraire, les éléments médicaux au dossier démontrent bien plutôt que malgré une thérapie médicamenteuse et psychothérapeutique intensive, la nature chronique de l'affection résulte notamment du fait de l'absence de prise de conscience de la maladie laissant présager que l'assuré n'annoncerait pas une détérioration de son état (dos. intimée part. II doc. 1 p. 77 et doc. 2 p. 2). Par conséquent, on ne saurait admettre qu'une amélioration significative de la santé de l'intéressé est encore attendue, de sorte que la nécessité d'un séjour hospitalier en soins aigus doit aussi être niée à ce sujet.

5.5 Il ressort en outre du dossier que le recourant est bien intégré au sein du cercle des patients du service (dos. intimée part. II doc. 2 p. 2 et doc. 1 p. 74) et que dans ses rapports avec l'équipe de traitement médical, il se montre coopératif, capable de conclure des accords et de respecter de manière fiable tous les arrangements. L'état émotionnel est décrit par les médecins comme équilibré et il est mentionné qu'un rapport affectif peut être facilement établi avec le patient, lequel est toujours amical et

accessible. D'après les spécialistes, aucune humeur dysphoriquement irritée ou comportement agressif ne se sont manifestés durant la période de référence. Les médecins ajoutent que malgré une compréhension insuffisante de la maladie chez l'assuré, il est possible de parler avec ce dernier de la maladie sous-jacente sans provoquer d'irritation ou de tension notable chez le patient (dos. intimée part. II doc. 2 p. 2). Il appert des constatations médicales susmentionnées que le recourant ne manifeste aucun acte de violence ni envers le corps médical, ni contre les autres patients, ni encore contre lui-même. En outre et comme l'a relevé à juste titre le médecin-conseil de l'intimée, aucun épisode de fuite, d'alerte policière ou de mesures coercitives (telles que la prescription et l'administration de médicaments contre la volonté explicite de l'assuré), qui pourraient être associées de manière répétée à un besoin aigu de soins hospitalier, n'a été documenté (dos. intimée part. II doc. 7 p. 3). Il n'est pas non plus fait référence à une éventuelle décompensation psychiatrique. Ces éléments démontrent par conséquent également qu'il n'existe aucune nécessité à un traitement hospitalier en soins aigus, à la condition que la prise régulière de la médication déjà définie soit assurée sous contrôle.

5.6 Dans le procès-verbal d'audition du 1^{er} mars 2019 (mémoire de réplique du 2 avril 2019 PJ 1) la SPESP a retenu qu'au vu du diagnostic psychiatrique de l'assuré, du manque de perspectives thérapeutiques, de l'incapacité de ce dernier à reconnaître son trouble psychique, de son besoin de médication dans un cadre étroitement surveillé et structuré, les conditions pour une libération conditionnelle de la mesure d'internement ainsi que les conditions pour un traitement thérapeutique institutionnel au sens de l'art. 59 CP n'étaient pas réunies. Par conséquent, la SPESP a poursuivi la mesure d'internement dans le cadre actuel (mémoire de réplique du 2 avril 2019 PJ 1). Toutefois, contrairement à ce que soutient le recourant, le fait que la SPESP ait refusé qu'il soit transféré dans un foyer ou un autre établissement ne signifie pas encore que l'assuré a besoin d'un traitement hospitalier en soins aigus (recours du 17 octobre 2018 ch. 3 [en droit]). Le TFA a, il est vrai, jugé qu'un séjour hospitalier d'un assuré ordonné par un tribunal en raison des risques de récidives est à la charge de l'assureur-maladie, pour autant que l'objectif du traitement soit de traiter l'atteinte à la santé mentale (TFA K 142/04 du 23 mai 2006 c. 5.4).

Néanmoins, en l'occurrence, il ressort des considérants qui précèdent (c. 5.3 à 5.5 ci-dessus) que les maladies du recourant, en particulier la schizophrénie paranoïde, n'exigent plus de traitement pour soins aigus, de sorte que le contexte hospitalier en soins aigus présente certes un caractère efficace et approprié mais pas économique (voir c. 2.1 ci-dessus). Il ne peut donc être mis à la charge de l'assureur-maladie. En tout état de cause, l'assurance obligatoire des soins n'a pas à prendre en charge les coûts supplémentaires dus au fait que la personne assurée suit un traitement dans une clinique spécialisée dans les soins et traitements intensifs, alors qu'elle ne nécessite pas de tels soins et pourrait tout aussi bien être traitée de manière appropriée dans un établissement hospitalier équipé plus simplement et donc moins onéreux (voir c. 2.2 ci-dessus; ATF 124 V 362 c. 1b, 118 V 47 c. 3b, 171 c. 2e). Le grief du recourant sur ce point tombe donc à faux.

5.7 Au vu de ce qui précède, il convient de retenir, sur la base du dossier et des avis médicaux, que le traitement hospitalier suivi par le recourant au sein de la CPU dans un cadre de soins aigus n'a pas pour but d'améliorer son état de santé de sorte que la nécessité d'hospitalisation en soins aigus doit être niée.

6.

6.1 En l'occurrence, l'intimée a accepté de prendre en charge les soins de base au sens de l'art. 7 al. 2 let. c OPAS (par le renvoi de l'art. 7a al. 3 OPAS) et ce dès le 1^{er} janvier 2015.

6.2 Les soins de base comprennent les "soins de base généraux pour les patient dépendants" (art. 7 al. 2 let. c ch. 1 OPAS) ainsi que des "mesures destinées à surveiller et à soutenir les malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie" (art. 7 al. 2 let. c ch. 2 OPAS). Ces dernières mesures visent des patients souffrant de maladies psychiques ou de démence sénile, soit des personnes qui nécessitent généralement une surveillance et un encadrement permanent afin de les protéger et d'assurer la sécurité de tiers. Il s'agit de mesures telles que la planification et la structuration des journées de manière appropriée, l'établissement et la

promotion des contacts sociaux par un entraînement ciblé ou encore le soutien lors de l'utilisation d'aides à l'orientation et du recours à des mesures de sécurité. Cette énumération n'est pas exhaustive (STÉPHANIE PERRENOUD, *op. cit.*, p. 151 n. 252).

6.3 On l'a vu plus haut (voir c. 5.3 ci-dessus), le fait notamment que l'assuré refuse la médication par dépôt fait obstacle à son transfert dans une structure stationnaire autre que la CPU au vu de la condition posée par l'experte psychiatre (dos. intimée part. II doc. 1 p. 80). Ainsi et comme cela a déjà été mentionné à plusieurs reprises ci-dessus, l'assuré a besoin d'être surveillé afin qu'il suive scrupuleusement le traitement médicamenteux préconisé par les médecins. Or, bien que le recourant refuse la médication par dépôt, les spécialistes qui le suivent à la CPU ont mis en avant la bonne compliance médicamenteuse de ce dernier (dos. intimée part. II doc. 2 p. 2). A cet égard et comme l'a souligné le médecin-conseil dans sa prise de position du 16 août 2018 (dos. intimée part. II doc. 7 p. 2), si un contrôle continu de la médication est nécessaire (en raison du refus de la médication par dépôt), il n'en demeure pas moins que l'administration et le dosage des médicaments prescrits à l'assuré est stable depuis plusieurs années, de sorte qu'une certaine routine sur ce point a pu être trouvée, réduisant ainsi la durée quotidienne pour l'administration des médicaments (dos. intimée part. II doc. 2 p. 2, doc. 7 p. 2).

6.4 Ainsi, il faut aussi rejeter l'argument du droit de refuser une médication par dépôt pour justifier une prise en charge d'un traitement hospitalier en soins aigus.

7.

7.1 Au vu des considérants qui précèdent, force est de constater que le traitement stationnaire prodigué à l'assuré ne peut être facturé à l'intimée qu'au tarif de soins prodigués en EMS et non comme une prise en charge hospitalière pour soins aigus et ce, dès le 1^{er} janvier 2015 (début de l'affiliation du recourant auprès de l'intimée). Le recours s'avère donc mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 61 let. a LPGA). Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant, par sa curatrice,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).