RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1409/2004 **ATAS/12/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

1ère chambre

du 4 janvier 2005

En la cause

Enfant D_____, représentée par ses parents D_____, domiciliés rue de Miléant 12 à Genève, mais comparant par Maître Mauro POGGIA, en l'Etude duquel ils élisent domicile	recourante
contre	
PROGRES CAISSE-MALADIE, domiciliée chemin de la Colline 12 à Lausanne	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. L'Enfant D_____, née le 7 avril 1997, est atteinte de trisomie 21. Elle est assurée auprès de la caisse-maladie PROGRES pour l'assurance obligatoire des soins ainsi que pour diverses assurances complémentaires.

2. D_____ a été mise au bénéfice de mesures médicales de l'assurance-invalidité (ci-après AI) (physiothérapie) à compter du 1er octobre 1997. La prolongation a été refusée au-delà de la date à laquelle D_____ a atteint l'âge de deux ans, soit en avril 1999. L'AI a également rejeté une demande visant à la prise en charge de mesures d'ergothérapie.

3. Les factures de physiothérapie de Madame L_____ et d'ergothérapie de Madame M_____ ont été adressées à la caisse-maladie.

4. La Doctoresse N_____, médecin-traitant qui avait prescrit les deux traitements, a été interrogée par celle-ci.

5. Invité à se déterminer, le Docteur O_____, médecin-conseil de la caisse-maladie, a considéré que « D_____ présente une évolution normale pour son diagnostic et une stimulation par de la physiothérapie, pour utile qu'elle puisse être, ne représente pas une prestation à la charge des caisses-maladies. La logopédie dans une situation pareille n'est pas prise en charge non plus par les caisses-maladies selon l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Le mongolisme est considéré plutôt comme un état « normal » ne nécessitant pas de traitement en soi ».

6. La caisse-maladie a dès lors refusé de prendre en charge les factures de physiothérapie et d'ergothérapie. Elle l'a confirmé par décision du 19 décembre 2003, puis par décision sur opposition du 1er juin 2004.

   La caisse-maladie s'est fondée sur les conclusions de son médecin-conseil, le Docteur O_____, qui estime d'une part qu'un traitement physiothérapeutique ne s'impose pas chez cette enfant et d'autre part qu'un traitement d'ergothérapie ne pourrait être pris en charge que dans le cas d'une pathologie améliorable à moyen terme, ce qui n'est pas le cas ici, ainsi que sur un rapport établi par des médecins et une psychologue du Département de pédiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, daté du 15 juin 2000, selon lesquels une physiothérapie ne pourrait améliorer à son âge le tonus, « mais les parents sont persuadés que celle-ci lui fait du bien et aimeraient la poursuivre ».

   La caisse-maladie rappelle également que la question de l'obligation de prise en charge de la physiothérapie a fait l'objet d'un examen par la commission paritaire (Association suisse de physiothérapie – Santésuisse). Les membres de cette commission sont arrivés à la conclusion qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre la

prise en charge de la thérapie. Selon eux « si certains problèmes spéciaux venaient à apparaître, un traitement serait tout à fait indiqué. La commission paritaire pense que les critères justifiant l'application du chiffre 7311 ne sont pas remplis. Par conséquent les séances doivent être remboursées par l'assureur suivant la position tarifaire 7301 » (cf. décision de la commission paritaire du 7 octobre 2002).

7. D_____, représentée par ses parents, a interjeté recours contre la décision sur opposition le 5 juillet 2004. S'agissant de la prise en charge du traitement de physiothérapie dès le 1er janvier 2002, ceux-ci soulignent que le tonus musculaire de D_____ est très différent lorsqu'elle suit les séances de physiothérapie ou lorsqu'elle en est privée. Ils insistent sur le fait que l'apprentissage des actes ordinaires de la vie a été grandement amélioré par les séances d'ergothérapie. Ils concluent dès lors à ce que soit ordonnée une expertise médicale afin de déterminer l'incidence des séances de physiothérapie et d'ergothérapie sur la santé de D_____.

8. Dans sa réponse du 7 septembre 2004, la caisse-maladie rappelle que selon l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (ci-après LAMal), les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques. Se référant aux rapports du Docteur O_____ et des médecins des Hôpitaux universitaires genevois, elle conclut au rejet du recours.

9. Invités à se déterminer, les parents, soit pour eux leur conseil, ont persisté dans leurs conclusions et demandé l'audition du médecin traitant (cf. écritures du 8 octobre 2004).

10. Entendue le 16 novembre 2004, la Doctoresse N_____ a déclaré :

> « D_____ souffre en raison de la trisomie 21 d'une hypotonie très importante, d'un manque de tonus musculaire, ce qui implique des difficultés dans différents apprentissages, telle que la marche, ainsi que des problèmes d'équilibre. La physiothérapie permet d'améliorer le tonus, particulièrement pour la flexion/extension des muscles. Un traitement de physiothérapie est prescrit systématiquement à tous les enfants atteints de trisomie 21. Grâce à ce traitement, L'Enfant a pu acquérir certains apprentissages plus rapidement. Elle a encore besoin d'un traitement de physiothérapie afin d'améliorer la motricité fine. Le traitement d'ergothérapie complète ce traitement mais devrait dans l'idéal être mené parallèlement. Je dirais qu'en l'état la physiothérapie n'est plus aussi utile qu'elle ne l'était. Il s'agit à présent surtout d'ergothérapie qui permet d'acquérir la finesse, la précision et l'harmonie du mouvement. Tout dépend cependant bien sûr du tonus musculaire. L'Enfant a bénéficié du traitement de physiothérapie jusqu'en juin 2003, mais je préciserais qu'en gros depuis janvier 2002 le traitement de physiothérapie n'était plus aussi nécessaire. En revanche l'ergothérapie oui. Le besoin d'ergothérapie existe beaucoup plus longtemps. Si L'Enfant n'avait pas pu suivre ces deux traitements elle aurait pu acquérir les différents apprentissages, mais plus lentement et de façon moins efficace».

13. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 16 novembre 2004, les parents ont à nouveau affirmé que leur enfant avait besoin de ces traitements et que depuis qu'elle les avait arrêtés, elle n'avait plus progressé.

14. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Le recours interjeté en temps utile est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

5. La caisse-maladie a refusé de prendre en charge le traitement de physiothérapie à compter du 1er janvier 2002, et le traitement d'ergothérapie.

Selon l'art. 5 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 25 septembre 1995 (ci-après OPAS), les prestations suivantes des physiothérapeutes, au sens des art. 46 et 47 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal), sont prises en charge lorsqu'elles sont fournies sur prescription médicale (…).

L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription.

Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

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.

Selon l'art. 6 OPAS, 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:

a. 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, ou

b. elles sont effectuées dans le cadre d'un traitement psychiatrique.

L'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription.

Une nouvelle prescription médicale est nécessaire pour la prise en charge d'un plus grand nombre de séances.

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.

En vertu de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge le coût des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34.

Aux termes de l'art. 32 al. 1 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. Ces trois critères constituent les conditions générales de la prise en charge des soins. Le caractère

approprié d'une mesure diagnostique ou thérapeutique ou d'une prestation relève en principe de critères médicaux. Lorsque l'indication médicale est clairement établie, il est inutile de faire des développements particuliers pour admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 125 V 99, consid. 4a ; RAMA 2000 KV N° 100 p. 8, consid. 2a).

6. En l'espèce, on se trouve en présence d'avis médicaux divergents sur la question de la prise en charge du traitement de physiothérapie.

Le Docteur O_____, médecin-conseil de l'intimée, considère que, certes utile, le traitement de physiothérapie n'est cependant pas nécessaire. Selon lui, le développement de D_____ suit une évolution normale et ne nécessite pas un tel traitement. Les médecins de la clinique de pédiatrie ne pensent pas qu'une physiothérapie puisse améliorer le tonus. La Doctoresse N_____, en revanche, estime que ce traitement de physiothérapie est nécessaire et efficace dans le cas de L'Enfant. Le médecin traitant a cependant fortement nuancé ses propos lors de son audition du 16 novembre 2004, déclarant que le traitement de physiothérapie ne serait en réalité plus aussi important qu'il ne l'était, « en gros depuis janvier 2002 ». Elle a en effet expliqué à cet égard que le traitement d'ergothérapie prenait la relève du traitement de physiothérapie : « il s'agit à présent surtout d'ergothérapie qui permet d'acquérir la finesse, la précision et l'harmonie du mouvement ». Il y a ainsi lieu de constater que le médecin traitant lui-même ne considère plus que le traitement de physiothérapie soit efficace et approprié.

Force dès lors est de conclure que le traitement de physiothérapie ne répond plus dès janvier 2002 aux critères de prise en charge de l'art. 32 LAMal. Le recours est mal fondé sur ce point.

7. Reste à déterminer ce qu'il en est du traitement d'ergothérapie.

Dans deux arrêts récents, destinés à la publication au Recueil officiel (W. du 29 mars 2004, K 35+36/02, et H. du 7 mai 2004, K 103/02), le Tribunal fédéral des assurances a examiné la question de la prise en charge, par l'assurance-maladie, des traitements d'ergothérapie prodigués en cas de problèmes de développement et de troubles de la motricité (F82 CIM-10). A cette occasion, le TFA a rappelé que de telles affections sont assez fréquentes chez les enfants et que les troubles du développement de faible importance peuvent être traités par des mesures d'ordre pédagogique, c'est-à-dire une éducation favorisant le comportement et développant les possibilités individuelles de D_____ (Eugster, Kranken-versicherung, Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 84 et note 176). Parmi ces mesures figurent notamment des cours de soutien en petits groupes, des activités de loisirs ciblées (notamment la pratique du judo ou du karaté) ou la fréquentation de classes de préparation. Contrairement aux mesures thérapeutiques, ces mesures d'ordre pédagogique ne font pas partie des prestations

obligatoirement à charge de l'assurance-maladie (à propos des troubles du développement affectant les performances scolaires, voir F81 CIM-10, et Eugster, op. cit., ch. 84).

Le traitement d'un trouble moteur peut également 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 (Hürlimann, in: Krankenversicherung, Ein Ratgeber aus der Beobachter-Praxis, Zurich 1998, pp. 163 ss; voir aussi Pschyrembel, 259e éd., Berlin 2002, p. 477). 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, si un enfant présente un grave dysfonctionnement moteur, engendrant des effets somatiques qui l'entravent 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 (ATFA K 126/02).

Selon le Docteur O_____, le traitement d'ergothérapie n'améliore pas la pathologie à moyen terme. Selon la Doctoresse N_____ au contraire, la nécessité du traitement d'ergothérapie a été confirmée.

Certes, lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut-il et doit-il tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995 p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Force est toutefois de constater que les pédiatres quant à eux ne se déterminent pas à proprement parler sur le bien-fondé de l'ergothérapie, mais l'envisagent comme mesure thérapeutique à raison d'une fois par semaine, sans autre commentaire.

8. Il n'est quoi qu'il en soit pas contesté que le traitement d'ergothérapie permet à D_____ d'acquérir une plus grande indépendance pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

Le Tribunal de céans considère en conséquence, au vu de la jurisprudence susmentionnée, que la prise en charge du traitement d'ergothérapie se justifie.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet s'agissant de la prise en charge du traitement d'ergothérapie.

3. Le rejette pour le surplus.

4. Condamne l'intimée à verser à la recourante la somme de 1'250 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

5. Dit que la procédure est gratuite.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:	La Présidente :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe