



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1941/2018

ATAS/900/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 octobre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ALLONZIER-LA-CAILLE,
France

recourant

contre

ATUPRI CAISSE-MALADIE, sise Zieglerstrasse 29, BERNE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Radivoje
STAMENKOVIC

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1959, est assuré pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10) auprès d'Atupri caisse-maladie (ci-après la caisse ou l'intimée).
2. Par rapport du 21 mars 2016, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a informé la caisse, par questionnaire relatif à la suite de traitement dès le 3 février 2016 (garantie précédente valable jusqu'au 19 janvier 2016), que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), d'un trouble anxieux phobique, sans précision (F40.9) et d'un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9). Le patient était moins triste, pleurait rarement, dormait mieux par périodes et avait retrouvé l'appétit ainsi que l'envie de faire plus de choses. Il avait le projet d'une vie avec sa nouvelle compagne. Il était moins fatigué, moins culpabilisé, plus confiant en lui et les autres avec un contact plus facile avec le monde. Il restait parfois phobique et bloqué devant les démarches. Il n'avait pas de crises d'angoisse actuellement et pratiquement plus d'idées de suicide, mais y pensait parfois. Le patient avait perdu sa mère en avril 2015, après une courte et lourde maladie, ce qui l'avait touché. À fin décembre 2015, il avait décidé de rompre sa vie conjugale. Les préparations de divorce étaient en cours. Le patient vivait une nouvelle relation depuis plusieurs mois. Il souffrait d'une maladie physique chronique invalidante qui influençait son état psycho-émotionnel. Néanmoins, il avait progressé dans sa manière de penser, juger, accepter, s'adapter et vivre avec sa maladie, etc. Il se sentait plus stable qu'auparavant, mais il était encore fragile. Une psychothérapie individuelle (une à deux séances par semaine) d'une durée indéterminée était nécessaire, vu la vulnérabilité du patient, qui vivait actuellement un énorme changement dans sa vie privée et familiale. La thérapie médicamenteuse donnée par son médecin généraliste (antidépresseur) avait été diminuée de 150 mg à 100 mg depuis quinze jours. Le patient ne prenait plus de Lexotanil ni d'Anxiolit. Le pronostic était réservé, malgré les progrès réalisés, depuis le début de son traitement.
3. Le médecin-conseil de la caisse, le docteur C_____, a répondu, dans une note rédigée en allemand le 19 avril 2016, à la question de savoir si la caisse prenait en charge la suite des traitements de psychothérapie de l'assuré par l'AOS et, cas échéant, pour combien de séances, pour des séances de quelle durée et combien de temps : « 240 minutes par mois pour six mois ».
4. La caisse a informé l'assuré le 19 avril 2016 qu'elle lui garantissait, sur la base du rapport de la Dresse B_____, la prise en charge d'un traitement psychiatrique ambulatoire à raison de 240 minutes par mois, du 3 février au 3 août 2016, par l'assurance de base. Si le traitement devait durer plus longtemps, il était important que son médecin traitant envoie à la caisse un rapport détaillé.

5. Le 15 mai 2016, l'assuré a demandé au médecin-conseil de la caisse, faisant suite au courrier du 19 avril 2016, pour quelle raison il avait diminué le temps de son traitement médical.
6. Le médecin-conseil de la caisse a indiqué à cette dernière, dans une note rédigée en allemand le 8 juin 2016, que d'après le rapport médical du 21 mars 2016, il n'était pas évident que l'efficacité du traitement puisse être améliorée en augmentant la fréquence ou la durée des séances.
7. Le 10 juin 2016, la caisse a informé l'assuré qu'au vu du rapport médical établi le 21 mars 2016 par la Dresse B_____, le médecin-conseil estimait que sa situation s'était améliorée depuis 2015 et que le traitement portait ses fruits. Il recommandait une prise en charge à hauteur de 240 minutes par mois, à gérer selon ses besoins. Cette garantie de 240 minutes pourrait être réévaluée si son besoin en psychothérapie augmentait et était justifié médicalement.
8. Le 26 juillet 2016, l'assuré a fait part au Dr C_____, de sa surprise quant au fait que le courrier du 10 juin 2016 n'était pas signé de sa main alors qu'il s'agissait d'une demande de rapport auprès de son médecin ou de lui-même et que la demande avait une entête à son nom. Comment le responsable du centre de prestations ou sa collègue pouvait lui rapporter ses dires à son sujet, à savoir qu'il estimait que sa situation s'était améliorée depuis 2015. Dans quelle mesure, ceux-ci avaient-ils le droit de connaître son état de santé. Serait-il possible de confirmer que le secret médical n'avait pas été levé à son sujet. Depuis fin 2015, sa situation conjugale et familiale ne lui permettait pas de considérer, comme il l'avait estimé, de réduire ses séances hebdomadaires. Les consultations de psychothérapie avec son médecin l'aidaient à ne pas régresser durant les épreuves douloureuses qu'il traversait. Malgré quelques crises de désespoir survenues en début d'année, une légère amélioration était effective depuis le début de l'été. Il demandait une nouvelle considération de son état de santé de début janvier à début juin 2016 et la prise en charge des factures encore dues. Il n'était pas réfractaire à l'idée de diminuer les minutes de traitement jusqu'à 240 minutes par mois dès ce jour, pour autant que cela ne péjore pas les améliorations ressenties progressivement depuis juin comme déjà évoqué.
9. Selon une note de dossier, le médecin-conseil de la caisse a indiqué à celle-ci, le 18 août 2016, que l'assuré devait présenter une nouvelle demande s'il estimait que le besoin de psychothérapie était supérieur à 240 minutes par mois.
10. Le 23 août 2016, la caisse a répondu au courrier adressé par l'assuré le 26 juillet 2016 à son médecin-conseil. Elle comprenait son mécontentement et son étonnement. Sa correspondance du 15 mai 2016 avait bien été transmise au médecin-conseil, tout comme le rapport médical de son médecin traitant. L'avis du médecin-conseil était seulement consultatif. Celui-ci n'avait aucun pouvoir décisionnel et tout l'aspect administratif était géré par le centre de prestations de la caisse. Le médecin-conseil ne pouvait pas signer de courrier à l'entête de la caisse,

car il n'exerçait que sur mandat et n'était pas employé de celle-ci. Les rapports médicaux étaient uniquement traités par le service du médecin-conseil. Le centre de prestations n'avait aucun accès aux demandes, ni aux données médicales. Il recevait les renseignements suffisants et utiles de la part du médecin-conseil pour prendre et motiver une décision qui appartenait uniquement à la caisse. La caisse s'était fondée sur des motifs médicaux et l'art. 32 LAMal pour limiter la garantie de prise en charge. En effet, les prestations devaient rester efficaces, appropriées et économiques. Si l'assuré estimait que la durée et la fréquence des consultations n'étaient pas adéquates, son médecin pouvait adresser à son médecin-conseil un nouveau rapport détaillé motivant les besoins supplémentaires. Celui-ci jugerait par la suite de sa demande. Pour ces motifs, la garantie de prise en charge du 10 juin 2016 était maintenue.

11. Le 12 décembre 2016, l'assuré a informé le Dr C_____ qu'un rapport du 26 octobre 2016 lui avait été adressé à son sujet par son médecin avec le rapport adressé à l'OAI. Il souhaitait savoir s'il avait bien reçu ces documents.
12. Le 19 décembre 2016, la caisse a informé l'assuré ne pas avoir reçu les rapports mentionnés dans son courrier du 12 décembre 2016.
13. Dans un courrier du 17 janvier 2017 adressé au médecin-conseil de la caisse, la Dresse B_____ a indiqué qu'elle était très étonnée qu'il n'ait pas reçu sa lettre du 26 octobre 2016 que la caisse lui avait demandé d'écrire à l'époque. Elle la lui renvoyait ainsi qu'une copie de son rapport adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) et espérait que la réponse de la caisse serait différente sur le remboursement des factures.

Elle a joint à son pli :

- son courrier adressé au médecin-conseil de la caisse le 26 octobre 2016, dans lequel, elle indiquait qu'elle lui adressait une copie de son rapport fait pour l'assurance-invalidité et lui demandait de revoir sa décision sur la durée des séances psychothérapie pour l'assuré pour la période de février à fin mai 2016. Le temps et la durée des séances pendant cette période avaient été indispensables pour lui donner les soins nécessaires et adéquats. Après l'amélioration de son état qu'elle avait décrite dans son rapport de fin mars 2016, et qui avait duré deux à trois semaines en mars 2016, le patient avait présenté de nouvelles complications de son état à fin mars et jusqu'au début du mois de juillet 2016. En effet, il avait eu des nouvelles révélations (souvenirs oubliés) sur son passé difficile. Il était resté bloqué pendant plusieurs mois, sans pouvoir lui en parler, souffrant et gêné. Il s'agissait d'épisodes de maltraitance dans l'enfance et l'adolescence, qu'elle n'avait pas mentionnés dans le rapport pour l'assurance-invalidité. Le patient ne souhaitait pas qu'elle donne plus d'explications à ce sujet. Il n'avait pu lui en parler qu'en juillet 2016. Il était soulagé depuis lors et progressait. À l'heure actuelle, il pouvait s'adapter à des séances de 60 minutes une fois par semaine. Ils envisageaient même d'arrêter

progressivement son traitement antidépresseur en 2017. Elle demandait au médecin-conseil de faire le nécessaire auprès de la caisse pour que celle-ci rembourse correctement son traitement, qui lui avait été indispensable à l'époque et qui restait en cours actuellement.

- son rapport adressé à l'OAI établi le 4 mai 2016 sur un formulaire type, dont il ressort que l'assuré avait des consultations hebdomadaires depuis le 11 juin 2014. Sous constat médical, la psychiatre mentionnait que le patient était calme, collaborant et bien orienté. Il pleurait facilement, pensait à la mort de façon récurrente. Il se bloquait parfois dans les paroles et la compréhension. Il avait besoin d'être rassuré. Il était anxieux et avait de la peine à faire des projets pour son avenir ainsi qu'à faire des choix et les assumer. Il suivait une psychothérapie individuelle et prenait du Trittico 100 mg/jour. La psychiatre recommandait la poursuite de ce traitement. S'agissant de l'anamnèse, elle a notamment indiqué que son patient avait vécu une enfance marquée par la violence de ses parents. Concernant la période plus récente, en avril (2015), il avait été affecté par la mort rapide de sa mère. Il avait rencontré une nouvelle femme en octobre de la même année et avait décidé de divorcer. Il était à la recherche d'un logement pour lui et sa compagne. En attendant, il continuait à vivre à deux endroits, ce qui créait des tensions chez tout le monde. Il se sentait inconfortable et instable psychiquement.
14. Le 26 janvier 2017, l'assuré a sollicité la détermination de la caisse sur la prise en charge des soins dès le 4 août 2016 au vu des rapports de sa psychiatre des 21 mars et 26 octobre 2016, qui portaient sur la nécessité de poursuivre un traitement régulier. Il s'interrogeait sur les décomptes établis par la caisse pour la période des soins débutant le 3 février 2016. Selon ses calculs, la caisse n'avait pas remboursé CHF 1'175.-. Il demandait à la caisse de lui faire parvenir le détail des honoraires et la justification de la non prise en charge de ceux-ci.
 15. Le 27 janvier 2017, le médecin-conseil de la caisse a indiqué être d'accord pour 60 minutes par semaine jusqu'au 31 août 2017, après rapport médical « possiblement écrit par ordinateur ».
 16. Le 30 janvier 2017, la caisse a informé l'assuré, avec copie à la Dresse B _____, que, sur la base du rapport adressé par cette dernière le 17 janvier 2017, elle garantissait la prise en charge d'un traitement psychiatrique ambulatoire d'une séance de 60 minutes par semaine, du 3 août 2016 au 31 août 2017, par l'assurance de base. Si le traitement devait durer plus longtemps, il était important que son médecin traitant lui envoie un rapport détaillé et dactylographié.
 17. Le 8 février 2017, le médecin-conseil de la caisse a indiqué à la caisse être d'accord pour les traitements avant le mois d'août de 240 minutes par mois (dernière garantie jusqu'en août 2016).
 18. La caisse a informé l'assuré, le 9 février 2017, que son médecin-conseil avait réexaminé le rapport de son psychiatre et qu'il maintenait sa décision pour le

traitement psychiatrique ambulatoire durant le mois d'août 2016, à raison de 240 minutes par mois par l'assurance de base.

19. Le 14 juin 2017, l'assuré a sommé la caisse de lui communiquer des renseignements sur les données le concernant qui étaient contenues dans ses fichiers, le but et la base juridique du traitement de ces données ainsi que leur durée de conservation, notamment.

Il subsistait depuis dix-huit mois un désaccord entre lui et la caisse quant aux motifs pour lesquels les soins de psychothérapie qu'il se faisait administrer n'étaient pas intégralement remboursés par la caisse. On ne discernait pas pour quelle raison, de février à août 2016, la facturation était de 240 minutes par mois, puis de 60 minutes par semaine d'août 2016 à ce jour. L'assuré concluait à la prise en charge intégrale de ses frais, ce qui impliquait le remboursement de la somme qu'il avait prise à sa charge jusqu'à ce jour, non parce qu'il avait accepté la situation, mais parce qu'il se trouvait dans une situation de contrainte, ne voulant pas perdre sa psychiatre, du fait de retards de paiement. Il requérait ainsi la restitution de CHF 2'000.-, subsidiairement CHF 1'700.-, chiffres fondés sur ses estimations, qui ne prétendaient pas l'exhaustivité, dès lors qu'il n'avait pas encore accès à l'intégralité de son dossier. Une décision formelle était sollicitée, avec tous les tarifs Tarmed passés et présents qui avaient été pris en compte afin qu'il puisse se faire une idée plus exacte de la situation. Il concluait à la prise en charge intégrale de tous ses frais pour l'avenir, sous réserve bien entendu, de la franchise et de la quote-part de participation de 10%.

20. Par décision du 13 juillet 2017, la caisse a refusé la prise en charge des coûts de psychothérapie qui dépassaient les garanties de prise en charge des coûts délivrés dans le cadre de l'AOS. Son médecin-conseil recommandait la prise en charge comme suit :
- 19 avril 2016 : 240 minutes par mois à charge de l'AOS pour six mois ;
 - 8 juin 2016 ; maintien de la recommandation (240 minutes par mois) ;
 - 18 août 2016 : maintien de la recommandation (240 minutes par mois) ;
 - 27 janvier 2017 : 60 minutes par mois à charge de l'AOS (12 mois, août 2016 à août 2017)
 - 8 février 2017 : maintien de la recommandation jusqu'au mois d'août 2016 (240 minutes par mois).
21. Par courrier du 13 juillet 2017, la caisse a expliqué à l'assuré, suite à sa demande d'information du 14 juin 2017, que les données concernant les assurés étaient transmises à des tiers uniquement dans le cadre de leur traitement par l'assurance. Les données en sa possession étaient celles dont elle avait besoin pour la réalisation de ses tâches.

22. Le 11 août 2017, l'assuré a formé opposition à la décision de la caisse du 13 juillet 2017. Il était manifeste que les prestations médicales dont il bénéficiait auprès de la Dresse B_____ étaient efficaces, appropriées et économiques. Il avait ainsi droit au remboursement intégral des prestations dont il avait bénéficié auprès de ce médecin. À ce jour, les remboursements non effectués s'élevaient à environ CHF 2'500.-. La psychothérapie à laquelle il se soumettait lui était indispensable, voire vitale. Son médecin avait attesté du grand désarroi psychique qu'il traversait dans plusieurs rapports médicaux qui avaient été transmis au médecin-conseil de la caisse. La gravité de ses souffrances psychiques n'avait pas été comprise. Son dossier n'était pas complet, voire extrêmement lacunaire. Il manquait notamment tous les documents émanant du médecin-conseil de la caisse. L'existence d'un médecin répondant à ce nom demeurait sujette à caution, dès lors que rien dans le dossier supposé complet que la caisse lui avait adressé le 13 juillet 2017 n'émanait de ce médecin, pas même une note ou un courriel. Il existait donc une probabilité que le dossier soit incomplet ou inexact. Une violation de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 (LPD - RS 235.1) n'était dès lors pas exclue. L'assuré avait dénoncé cette situation au Ministère public de Genève, qui investiguait à cet égard. Depuis le début de l'année 2016 au plus tard, la caisse avait tenté de nier son droit aux prestations LAMal en ne tenant pas compte des explications pourtant circonstanciées de son médecin, du nombre des séances mensuelles auxquelles il pouvait prétendre, de la durée de celles-ci et de la période au-delà de laquelle un droit au remboursement des soins dispensés ne serait plus garanti. Pour tenter de justifier l'injustifiable, la caisse s'était prévalu de l'opinion du Dr C_____, alors qu'aucune pièce au dossier n'émanait de celui-ci. Les soins psychiatriques dont il bénéficiait étaient efficaces, appropriés et économiques, ce qui pourrait être établi par l'interrogatoire des parties ou de témoins.
23. Le 11 avril 2018, le Dr C_____ a indiqué, dans un rapport rédigé en allemand, que selon les rapports médicaux disponibles, le patient suivait un traitement psychothérapeutique en raison d'un trouble dépressif, d'un trouble anxieux indéfini et d'un trouble de la personnalité non spécifié. Le patient prenait un traitement médicamenteux de Trittico. Depuis au moins 2014, il réclamait des séances psychothérapeutiques individuelles à la Dresse B_____. La psychiatre demandait jusqu'à deux séances par semaine. Il s'agissait-là d'un volume inhabituellement élevé pour les diagnostics énumérés. Le tableau clinique et les antécédents n'étaient pas inhabituels. Les documents ne présentaient pas de symptômes aigus, une aggravation de l'affection ou une autre raison propre au patient justifiant un besoin accru de traitement. Les rapports d'avancement disponibles étaient très similaires et le traitement pharmacologique était inchangé. Étant donné que des exacerbations pouvaient survenir, on pouvait envisager de modifier ou compléter le traitement prophylactique en vue d'une rechute. Il n'y avait aucun doute quant à la nécessité d'une thérapie. La quantité de 240 minutes par mois pour la psychothérapie était tout à fait suffisante. Un montant plus élevé n'augmenterait pas l'efficacité du

traitement et n'était pas approprié ni économique. Un besoin plus élevé devait être justifié en fonction du patient, de la maladie ou de l'efficacité.

24. Le 12 avril 2018, le Ministère public a rendu une ordonnance de non-entrée en matière sur la plainte dirigée contre la caisse par l'assuré, pour ne pas lui avoir communiqué certaines pièces de son dossier et de ne pas l'avoir renseigné à sa satisfaction de droit sur la procédure de décision, au motif que la transmission des données litigieuses avait finalement eu lieu.
25. Par décision sur opposition du 1^{er} mai 2018, la caisse a confirmé sa décision du 13 juillet 2017 en se référant à l'appréciation de son médecin-conseil du 11 avril 2018. En rapport avec la procédure sur opposition, son médecin-conseil avait procédé à une nouvelle évaluation au mois d'avril 2018 et il parvenait aux conclusions suivantes :
- Le patient était en traitement psychiatrique depuis au minimum 2014, en raison d'un trouble psychiatrique, d'un trouble anxieux indéterminé et d'un trouble de la personnalité qui n'avait pas été désignée plus précisément. Le psychiatre proposait à cet effet jusqu'à deux séances hebdomadaires.
 - Il s'agissait d'une mesure inhabituellement élevée pour les diagnostics mentionnés. La pathologie et les antécédents médicaux eux-mêmes n'étaient pas inhabituels.
 - Il ne ressortait aucun risque aigu, dégradation de l'état ou une autre argumentation spécifique relative au patient pour une augmentation du besoin de la thérapie. Les rapports de traitement disponibles étaient très semblables et la médication était inchangée depuis un certain temps.
 - Il n'existait aucun doute concernant la nécessité de la thérapie. La garantie de 240 minutes par mois pour la psychothérapie était toutefois suffisante. Une ampleur plus importante n'augmenterait pas l'efficacité du traitement et ne correspondrait, de ce fait pas aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique. En résumé, le médecin-conseil jugeait que 240 minutes de psychothérapie par mois correspondaient aux critères de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique et recommandait de ne pas prendre en charge des coûts supplémentaires à la charge de l'AOS.

La caisse rejoignait les recommandations de son médecin-conseil et confirmait, en conséquence, la décision du 13 juillet 2017. Elle prendrait en charge les coûts de la psychothérapie uniquement dans le cadre de la garantie de prise en charge des coûts délivrés de 240 minutes par mois

26. Le 4 juin 2018, l'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il faisait valoir que depuis trois ans, il suivait des séances de psychothérapie à Genève qui ne lui étaient pas intégralement remboursées, au motif que le médecin-conseil de l'intimée, préconisait l'application d'un tarif Tarmed qui rognait sur ses droits tels qu'ils

résultaient de la LAMal. Il concluait, préalablement, à son audition, à l'audition de témoins ainsi qu'à une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et à ce qu'il soit dit qu'il serait intégralement remboursé de ses frais de psychothérapie.

27. Par réponse du 2 juillet 2018, la caisse a conclu au rejet du recours. Il ressortait du dossier que la psychiatre traitante du recourant n'avait pas rédigé elle-même le rapport selon l'art. 3b OPAS. Pour cette raison, la caisse avait demandé à ce dernier les informations nécessaires pour procéder à l'évaluation. Sur la base des indications figurant dans les questionnaires « psychothérapie médicale », son médecin-conseil avait émis des recommandations sur la prise en charge des coûts des séances de psychothérapie et avait complété son évaluation suite à l'opposition. Sa décision était objectivement fondée et avait été établie en application des dispositions légales, raison pour laquelle elle ne pouvait être contestée.
28. Le 4 juillet 2018, un délai au 26 juillet 2018 a été octroyé à l'assuré pour sa réplique.
29. Le 26 juillet 2018, le conseil de l'assuré a sollicité la prolongation au 15 août 2018 pour sa réplique.
30. La chambre de céans a accepté la requête.
31. Le 15 août 2018, le conseil de l'assuré a sollicité une nouvelle prolongation au 20 août 2018, qui a été acceptée.
32. Le 20 août 2018, le conseil de l'assuré a informé la chambre de céans qu'il se rendait compte qu'il lui faudrait, préalablement, venir consulter le dossier en main de la chambre des assurances. Une fois cette vacation faite, il estimait qu'un délai au 3 septembre lui suffirait pour se déterminer.
33. Un délai lui a été imparti au 7 septembre 2018.
34. Lors d'une audience du 20 mars 2019 devant la chambre de céans :
 - a. Le recourant a déclaré : « Je conteste le délai de six mois complémentaires parce que j'avais encore besoin d'être soigné (...). De février à fin août 2016, j'ai suivi une séance de psychothérapie par semaine de 60 minutes. Ce que je conteste c'est la facturation de la caisse ainsi que le fait qu'elle ait décidé de prendre 240 minutes par mois alors que, d'après ma psychiatre, j'aurais eu besoin de beaucoup plus (...). Je ne comprends pas pourquoi les courriers que ma doctoresse a envoyés au Dr C_____, médecin-conseil de la caisse, sont revenus en main de celle-ci. Je conteste que la caisse ait eu en main des informations détaillées sur mon état de santé psychiatrique (...). Je produis les factures de mon psychiatre pour la période de septembre et octobre 2017 et je conteste que la caisse n'ait pas pris en charge ces factures. J'estime que la caisse ne pouvait pas cesser sa prise en charge de mes séances de psychothérapie à fin août 2016. J'ai continué ma psychothérapie jusqu'à août-septembre 2017 (...). Je signale que lorsque j'envoyais mes factures médicales à la caisse, j'envoyais toutes les factures de mes différents médecins en même

temps, y compris le psychiatre, mais curieusement la caisse indiquait ne jamais les avoir reçues alors qu'elle avait reçu les factures des autres médecins (généraliste, cardiologue, pneumologue). Je relève qu'alors que je devais être soigné pour des problèmes psychiques, je devais m'occuper de problèmes administratifs avec la caisse, ce qui ne m'aidait pas. Je ne suis toujours pas bien à l'heure actuelle. J'ai eu de manière générale de mauvais contacts avec la caisse de tout temps. Au final, il y a deux factures qui n'ont pas été prises en charge par la caisse, c'est celles que j'ai produites pour des soins dispensés en septembre et octobre 2017. Même avant août 2016, la caisse ne prenait pas en charge les CHF 34.- facturés quand j'étais absent (...). Je maintiens mon recours. »

b. Le conseil du recourant a déclaré : « Selon un courrier de la caisse du 2 octobre 2017 que je produis à la procédure, celle-ci prenait acte de la résiliation du contrat d'assurance standard avec effet au 31 décembre 2017. Or, (le recourant) n'a jamais résilié son contrat et il n'est plus assuré depuis le 1^{er} janvier 2018. »

c. Le représentant de l'intimée a déclaré : « Il n'y plus d'obligation pour la caisse d'assurer des personnes qui sont domiciliées dans l'Union européenne. C'est un problème qui n'entre pas dans l'objet du litige. C'est la caisse qui a résilié le contrat (...). Le gestionnaire de la caisse n'a pas accès aux rapports médicaux détaillés qui sont adressés au médecin-conseil qui lui adresse des recommandations, Ce n'est qu'au stade de la procédure actuelle devant la chambre des assurances sociales que les rapports médicaux détaillés ont été produits (...). Nous n'avons pas pris en charge toutes les prestations qui n'entraient pas sous la garantie de 60 minutes par semaine jusqu'à fin août 2017. »

d. Le conseil de l'intimée a déclaré : « Avant le 3 février 2016, la caisse prenait en charge une séance de 60 minutes de psychothérapie par semaine. Comme la thérapie s'est prolongée à plus de 40 séances de 60 minutes, il a été demandé au médecin traitant un rapport sur la nécessité de la prolongation du traitement. Au vu de sa réponse, la caisse a garanti encore 6 mois de traitement à 240 minutes par mois dès le 3 février (...). Je produis les frais de l'assuré par prestations. Dès le 1^{er} septembre 2017, la caisse n'a plus pris en charge le traitement de psychothérapie dispensé au recourant vu la fin de la garantie (...). Je confirme que la caisse a prolongé la prise en charge d'une séance de 60 minutes par semaine du 3 août 2016 au 31 août 2017 (...). Nous maintenons nos conclusions. »

e. Le recourant a produit :

- un courrier adressé à lui par l'intimée le 2 octobre 2017, le remerciant pour sa confiance accordée jusqu'ici et regrettant sa résiliation avec une fin de la couverture d'assurance au 31 décembre 2017 ;
- un décompte établi par l'intimée pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2018 dont il ressort que les coûts totaux s'élevaient à CHF 6'558.35, la franchise à CHF 1'200.-, la part à la charge de l'assuré

CHF 10'150.40 et la part à la charge de la caisse CHF 82'528.30. L'assuré avait mentionné de façon manuscrite sur ce décompte des factures à hauteur de CHF 46'715.75 payées à hauteur de CHF 43'567.50, soit une différence de CHF 3'145.25 ;

- deux factures adressées à lui pour les soins de son médecin traitant pour la période du 1^{er} septembre au 6 septembre 2017, à hauteur de CHF 481.70 et du 16 octobre au 27 octobre 2017, à hauteur de CHF 481.70.-.

35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).
3. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des séances de psychothérapie dépassant les garanties de prise en charge des coûts délivrées dans le cadre de l'AOS.
4. a. L'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas de maladie (art. 1a al. 2 let. a LAMal). Est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail (art. 3 LPGA).
b. La notion de maladie suppose, d'une part, une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique dans le sens d'un état physique, psychique ou mental qui s'écarte de la norme et, d'autre part, la nécessité d'un examen ou d'un traitement médical. La notion de maladie est une notion juridique qui ne se recoupe pas nécessairement avec la définition médicale de la maladie (ATF 124 V 118 consid. 3b et les références). Pour qu'une altération de la santé ou un dysfonctionnement du corps humain soient considérés comme une maladie au sens juridique, il faut qu'ils aient valeur de maladie (« Krankheitswert ») ou, en d'autres termes, atteignent une certaine ampleur ou intensité et rendent nécessaires des soins médicaux ou provoquent une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_465/2010 du 6 décembre 2010 consid. 4.1).
5. Conformément à l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions

des art. 32 à 34 (al. 1). Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement (al. 2).

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire de 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 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 personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 3).

Cela inclut la psychothérapie selon l'art. 2 al. 1 de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance maladie obligatoire (OPAS – RS 832.112.31).

Selon l'art. 2 al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

L'assurance prend en charge les coûts pour un maximum de 40 séances diagnostiques et thérapeutiques. L'art. 3b est réservé (art. 3 OPAS).

Selon l'art. 3b OPAS, pour que, après 40 séances, l'assurance continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie, le médecin traitant doit adresser à temps un rapport au médecin-conseil de l'assureur. Le rapport doit mentionner :

- a. le type de maladie ;
- b. le genre, le cadre, le déroulement et les résultats du traitement entamé ;
- c. une proposition de prolongation de la thérapie indiquant la finalité, le cadre et la durée probable (al. 1).

Le rapport ne peut contenir que des données nécessaires à l'assureur pour évaluer l'obligation de prise en charge (al. 2).

Le médecin-conseil examine le rapport et propose à l'assureur de poursuivre la psychothérapie à la charge de l'assurance, en indiquant sa durée jusqu'au prochain rapport, ou de l'interrompre (al. 3).

L'assureur communique à la personne assurée, avec copie au médecin traitant, dans les 15 jours ouvrables suivant la réception du rapport par le médecin-conseil s'il continue de prendre en charge les coûts de la psychothérapie et pour quelle durée (al. 4).

Aux termes de l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (al. 1). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (al. 2).

D'après l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal.

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b).

La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a ; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c).

Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5 ; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2).

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation

du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).
8. Le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine de l'assurance sociale (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPG), exclut que la charge de l'apport de la preuve ("Beweisführungslast") incombe aux parties, puisqu'il revient à l'administration, respectivement au juge, de réunir les preuves pour établir les faits pertinents. Dans le procès en matière d'assurances sociales, les parties ne supportent en règle générale le fardeau de la preuve que dans la mesure où la partie qui voulait déduire des droits de faits qui n'ont pas pu être prouvés en supporte l'échec. Cette règle de preuve ne s'applique toutefois que s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 128 V 218 consid. 6; ATF 117 V 261 consid. 3b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 6.2.1).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes

(ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En l'espèce, le 21 mars 2016, la Dresse B_____ a informé la caisse que l'état psychique du recourant s'était amélioré. Il était plus stable qu'auparavant, bien qu'encore fragile et nécessitait dorénavant un suivi d'une à deux séances par semaine. Il en résulte que la garantie octroyée par l'intimée pour la période dès février 2016, de 240 minutes par mois, est conforme aux conclusions du médecin traitant de l'assuré, dès lors que cela correspond à quatre séances d'une heure par mois ou à un peu plus de cinq séances de 45 minutes. C'est ainsi à juste titre que la caisse a retenu qu'il n'était pas évident que l'efficacité du traitement puisse être améliorée en augmentant la fréquence ou la durée des séances. Il en résulte que la garantie octroyée par la caisse pour cette période était bien fondée.

Par rapport du 26 octobre 2016, parvenu seulement le 20 janvier 2017 à la caisse, la psychiatre du recourant a indiqué que celui-ci avait présenté de nouvelles complications de son état de fin mars au début du mois de juillet 2016. Il avait eu des nouvelles révélations (souvenirs oubliés) sur son passé difficile et était resté bloqué pendant plusieurs mois, sans pouvoir lui en parler, souffrant et gêné. Il s'agissait d'épisodes de maltraitance dans l'enfance et l'adolescence. Il n'avait réussi à lui en parler qu'en juillet 2016. Depuis lors, il était soulagé et progressait. Il pouvait s'adapter à la durée de la séance de 60 minutes une fois par semaine à l'heure actuelle.

Il apparaît surprenant que l'assuré ait eu soudainement une période plus difficile, dès la fin du mois de mars 2016, alors que sa psychiatre attestait d'une amélioration de son état le 21 mars, sans que celle-ci ou l'assuré en informe immédiatement la caisse. De plus, la Dresse B_____ n'a pas mentionné d'aggravation de l'état de santé de son patient dans son rapport à l'OAI du 4 mai 2016, dans lequel elle préconisait la poursuite du traitement actuel. Ce n'est que le 26 octobre suivant qu'elle a informé la caisse d'une aggravation de l'état de santé du recourant. Ce rapport n'établit en outre pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré nécessitait plus de 240 minutes par mois de suivi. En effet, il ne décrit pas un état de l'assuré dont l'intensité imposait un suivi plus important que celui octroyé par la caisse. Il n'en ressort en particulier pas que l'assuré aurait présenté des symptômes aigus, ni que son traitement médicamenteux avait dû être augmenté, mais seulement qu'il n'arrivait pas à parler. La garantie octroyée par la caisse pour les mois de février à fin juillet 2016 apparaît dès lors efficace, appropriée et économique et elle doit être confirmée.

Le rapport du 26 octobre 2016 retient une amélioration de l'état de santé de l'assuré dès juillet 2016. Il ne rend donc pas vraisemblable que la garantie de 60 minutes par semaine octroyée par la caisse pour la période d'août 2016 à août 2017 n'était pas suffisante, étant relevé que l'assuré n'a produit aucun rapport médical après celui du 26 octobre 2016 attestant d'une nouvelle aggravation de son état de santé.

Le recourant était au courant des limites des garanties octroyées et devait les respecter s'il ne voulait pas prendre le risque de ne pas être entièrement indemnisé par la caisse.

En conclusion, sa demande de remboursement des prestations de sa psychiatre non couvertes par les garanties octroyées par l'intimée doit être rejetée.

10. La chambre de céans estime que les faits de la cause sont suffisamment établis pour trancher le recours et ne donnera en conséquence pas suite aux demandes d'instruction complémentaire du recourant.
11. Infondé, le recours sera rejeté.
12. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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