

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2019

Composition : M. PIGUET, juge unique

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourante,

et

ATUPRI ASSURANCE DE LA SANTÉ, à Berne, intimée.

Art. 24 LAMal ; art. 5 al. 2 OPAS.

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1956, est assurée pour l'assurance-maladie obligatoire des soins auprès de Atupri, Assurance de la santé (ci-après : Atupri ou l'intimée).

Elle souffre d'un canal lombaire étroit sur une spondylolysthésis en L4-L5, mis en évidence en juin 2016 (cf. rapports du 31 octobre 2016 du Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et du 26 janvier 2017 du Dr C. _____, spécialiste en neurochirurgie) et bénéficie de traitements de physiothérapie.

Son médecin généraliste traitant, le Dr B. _____, a établi une prescription pour une série de traitements physiothérapeutiques le 15 août 2017, lesquels ont été prodigués à l'assurée entre le 26 septembre et le 5 décembre 2017.

A réception de la facture de 456 fr. relative à cette série de traitements, Atupri a signalé à l'assurée par pli du 21 décembre 2017 ne pas être en mesure de procéder à son remboursement, vu que la première séance de physiothérapie avait eu lieu le 26 septembre 2017, soit plus de cinq semaines après l'établissement de l'ordonnance médicale.

Au terme de divers échanges de correspondances et de courriels entre l'assurée et Atupri, cette dernière a, par décision du 26 octobre 2018, refusé la prise en charge des frais de physiothérapie prodigués entre le 26 septembre et le 5 décembre 2017.

Statuant sur l'opposition de l'assurée du 29 octobre 2018, Atupri l'a rejetée par décision du 21 janvier 2019.

B. D. _____ a déféré la décision sur opposition du 21 janvier 2019 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 28 janvier 2019. Elle a conclu à sa réforme, dans le sens de

la prise en charge par Atupri du montant de 456 fr. afférent au traitement de physiothérapie prodigué du 26 septembre au 5 décembre 2017. Elle a souligné que le dépassement du délai de cinq semaines, à concurrence de quelques jours, était consécutif aux vacances de sa physiothérapeute et à ses propres obligations professionnelles. Reprochant à Atupri de ne pas avoir été informée de la teneur de ce délai, elle a rappelé l'adéquation des traitements de physiothérapie et l'économicité de ces soins.

Par réponse du 4 mars 2019, Atupri a proposé le rejet du recours. Elle s'est référée aux termes de sa décision sur opposition du 21 janvier 2019, relevant que le délai de cinq semaines résultait de dispositions réglementaires qu'elle était contrainte d'appliquer. Par ailleurs, le devoir d'information des assurés incombait en premier chef aux fournisseurs de prestations.

Par réplique du 15 mars 2019, D._____ a maintenu sa position. Elle a signalé avoir privilégié un traitement conservateur en lieu et place d'une chirurgie, forcément plus coûteuse pour l'assurance. Elle a également rappelé sa fidélité auprès d'Atupri depuis de nombreuses années.

Sur requête du magistrat instructeur du 8 août 2019, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a produit le 11 septembre 2019 une copie du commentaire des modifications de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) introduites le 1^{er} juillet 2009, laquelle a été adressée aux parties pour information.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les

décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). Un membre de cette cour statue en tant que juge unique sur les recours dont la valeur litigieuse n'excède pas 30'000 fr. (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

c) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent vu les fêtes judiciaires (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique.

2. Le litige porte sur la prise en charge, au titre de l'assurance obligatoire des soins, du traitement de physiothérapie prodigué à la recourante entre le 26 septembre et le 5 décembre 2017, pour un coût total de 456 francs.

3. a) Aux termes de l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions prévues aux art. 32 à 34 LAMal. Les prestations prises en charge sont rattachées à la date ou à la période de traitement.

b) Selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à

traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les traitements de physiothérapie prodigués sur prescription médicale (art. 25 al. 2, let. a, chiffre 3, LAMal en corrélation avec l'art. 46 al. 1, let. a, OAMal [ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 ; RS 832.102] et l'art. 5 OPAS [ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31]).

4. a) En vertu de l'art. 5 al. 2 OPAS, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2009 (RO 2009 2821), l'assurance prend en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances de physiothérapie, le premier traitement devant intervenir dans les cinq semaines qui suivent la prescription médicale.

Jusqu'au 30 juin 2009, cette disposition prévoyait que l'assurance prenait en charge, par prescription médicale, au plus les coûts de neuf séances dans une période de trois mois depuis la prescription (RO 2002 4253).

b) L'art. 5 al. 2 OPAS a été modifié à compter du 1^{er} juillet 2009 sur l'initiative de physioswiss (Association Suisse de Physiothérapie). La validité de la prescription médicale a été redéfinie pour ne plus comporter de limite temporelle, pour autant que la première séance de physiothérapie se déroule dans les cinq semaines suivant l'établissement de ladite prescription. Il ressort du commentaire des modifications de l'OPAS au 1^{er} juillet 2009, rédigé par l'OFSP, qu'initialement physioswiss avait proposé que la première séance d'une série de traitements de physiothérapie se déroule dans un délai de six semaines. La Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) suggérait pour sa part que ce délai soit fixé à quatre semaines. Au cours de la procédure de consultation, physioswiss a fait valoir qu'un délai de quatre semaines constituerait une charge administrative trop importante, dans la mesure où il n'était occasionnellement pas possible de débiter des séances de physiothérapie dans cet intervalle. Cas échéant, la prescription médicale risquait d'être périmée, ce qui impliquait l'établissement d'une nouvelle

prescription. Ce risque pouvait résulter d'une cause médicale (processus de guérison ralenti) ou organisationnelle (impossibilité de trouver une place disponible pour la thérapie, en particulier dans les cas de physiothérapie spécialisée pour les enfants). La CFPP était en revanche d'avis que la physiothérapie destinée au traitement d'une maladie aiguë ou pour contrer l'évolution d'une maladie chronique devait intervenir à brève échéance (au maximum dans un délai de quatre semaines). Dans le cas d'une prise en charge ultérieure, le contexte médical était susceptible d'avoir changé, de même que l'adéquation de la physiothérapie. La CFPP se prononçait contre une prescription médicale « en réserve » à discrétion du patient. L'OFSP recommandait pour sa part de retenir un délai de quatre semaines selon la suggestion de la CFPP. L'art. 5 al. 2 OPAS a finalement été adopté en tenant compte d'un délai de cinq semaines prenant en compte les arguments de physioswiss et de la CFPP.

5. En l'espèce, il n'est pas contesté que la prescription pour une série de séances de physiothérapie a été établie par le Dr B. _____ le 15 août 2017 et que ce traitement a été dispensé entre le 26 septembre et le 5 décembre 2017. Il s'agit donc de constater, à l'instar de l'intimée, que le traitement a débuté au-delà du délai de cinq semaines prévu par l'art. 5 al. 2 OPAS. Du commentaire de l'OPAS, il ressort que la question de la durée de validité de la prescription de physiothérapie a fait l'objet de discussions intenses entre physioswiss et la CFPP et que le délai de cinq semaines constitue une solution de compromis qu'il n'y a pas lieu de remettre en question. Par conséquent, l'intimée était légitimée à refuser le remboursement de la facture corrélative à concurrence de 456 fr. sur la base de l'art. 5 al. 2 OPAS, sans que l'efficacité, l'adéquation et l'économicité du traitement concerné ne soient remises en cause.

6. La recourante se plaint par ailleurs d'une violation du devoir d'informer, en ce sens qu'elle n'aurait pas été informée de l'existence de ce délai de cinq semaines.

a) Le Tribunal fédéral a eu l'occasion de se prononcer sur l'obligation d'informer incombant au fournisseur de prestation vis-à-vis du

patient. Il a ainsi précisé que le fournisseur de prestations assume un tel devoir non seulement pour ce qui est de l'aspect médical d'un traitement, mais également pour les incidences économiques et asséculoologiques liées au traitement. Il n'incombe pas au fournisseur de prestations d'éclaircir toutes les questions en relation avec le contrat d'assurance, mais il lui appartient plutôt, lorsqu'il éprouve ou doit éprouver des doutes, par exemple sur la couverture d'assurance, d'attirer l'attention du patient sur ces problèmes et de l'inviter à prendre contact avec l'assureur (ATF 141 V 546 consid. 7.3 ; 119 II 456 consid. 2d ; TFA K 83/03 du 10 octobre 2003 consid. 5).

b) En l'occurrence, se pose la question d'une violation par la physiothérapeute, respectivement par le médecin traitant de la recourante, de l'obligation d'informer leur patiente du délai de cinq semaines prévu par l'art. 5 al. 2 OPAS. Cette question, qui sort de l'objet du litige soumis à la Cour de céans, peut toutefois rester ouverte.

c) On ne saurait en revanche reprocher à l'intimée une violation de son obligation de renseigner. Comme elle l'a elle-même relevé dans ses diverses correspondances à la recourante, elle n'a eu connaissance de la série de séances de physiothérapie entreprises qu'à réception de la facture litigieuse de sorte qu'aucune information préalable ne pouvait être fournie dans le cas d'espèce.

7. a) Sur le vu de ce qui précède, la décision sur opposition attaquée doit être confirmée et le recours rejeté.

b) La procédure étant gratuite en vertu du droit fédéral (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui succombe (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323).

Par ces motifs,

**le juge unique
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 janvier 2019 par Atupri Assurance de la santé est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- D._____, à [...],
- Atupri Assurance de la santé, à Berne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :