

FR_GERICHTE 608 2016 112 vom 31. Januar 2018

FR Kantonsgericht, 2018-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_112

FR: FR_GERICHTE 608 2016 112 du 31 janvier 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2016 112 del 31 gennaio 2018

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

Erwägungen

E. 1

Le recours a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Dument représenté, le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée. Il est dès lors recevable.

E. 2

a) Selon l'art. 80 al. 1 1e phr. de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), les prestations d'assurance sont allouées selon la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1). Aux termes de l'art. 51 LPGA, l'intéressé peut exiger qu'une décision soit rendue. D'après l'art. 127 de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102), lorsqu'une décision est exigée en vertu de l'art. 51 al. 2 LPGA, l'assureur est tenu de la rendre dans les trente jours. b) En l'espèce, le refus initial a été rendu par courrier du 27 avril 2015 adressé au Dr C._____ (dossier Visana, pièce 8). Pour sa part, le même jour, le recourant s'est vu transmettre une copie de cette lettre, "pour information" (dossier Visana, pièce 9). Le courrier du 27 avril 2015 ne peut pas être considéré comme une décision formelle. Au vu de ce qui a été rappelé au consid. 2a ci-avant, il s'inscrit au contraire dans le cadre de la procédure simplifiée. La demande de reconsidération du 12 août 2015 ne peut dès lors être comprise autrement que comme une demande de décision formelle, sur laquelle l'autorité a statué par décision le 1er décembre 2015 et par décision sur opposition le 12 avril 2016. En particulier, le délai inférieur à trois mois entre le refus et la demande de décision formelle doit être considéré comme convenable (cf. ATF 134 V 145 consid. 5) au vu des circonstances du présent cas.

E. 3

a) D'après l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal [dont 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 notamment par des médecins, cf. art. 25 al. 2 let a LAMal], doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques. L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 139 V 135 consid. 4.4.1; 128 V 159 consid. 5c/aa). L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique. La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 145 consid. 4.4.2 et les références). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 124 V 196 consid. 4). Le critère de l'économicité ne concerne pas seulement le type et l'étendue des mesures diagnostiques ou thérapeutiques à accomplir, mais touche également la forme du traitement, notamment les questions de savoir si une mesure doit être effectuée sous forme ambulatoire ou dans un milieu hospitalier et de quelle institution de soins ou service de celle-ci le cas de la personne assurée relève d'un point de vue médical (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3, 126 V 334 consid. 2b). b) Selon l'art. 33 al. 1 LAMal, le Conseil fédéral peut désigner les prestations fournies par un médecin ou un chiropraticien, dont les coûts ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins ou le sont à certaines conditions. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal (efficacité, adéquation au but d'une mesure et économie du traitement). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste «négative» des prestations qui ne répondraient pas à ces critères ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous conditions. D'après l'art. 33 al. 3 LAMal, le Conseil fédéral détermine également dans quelle mesure l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'une prestation, nouvelle ou controversée, dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont en cours d'évaluation. A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant l'ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles exposées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans conditions, ou ne les prend pas en charge (art. 1er OPAS). Ces prestations figurent à l'annexe 1 à l'OPAS qui ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins à la charge ou non de l'assurance-maladie, mais indique

Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 les prestations dont l'efficacité et l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, ou ne sont pas pris en charge. Y figurent aussi les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique sont

encore en cours d'évaluation mais dont les coûts sont pris en charge dans une certaine mesure et à certaines conditions. Enfin, on y trouve également les prestations particulièrement coûteuses ou difficiles qui ne sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés. Le 15 juillet 2015 – soit postérieurement au refus initial du 27 avril 2015 –, la thalamotomie par ultrasons focalisés du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique a été intégrée dans l'annexe 1 de l'OPAS. Celle-ci est en évaluation jusqu'au 30 juin 2020 pour le traitement d'un tremblement en cas de diagnostic établi d'une maladie de Parkinson idiopathique, progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement dopaminergique (phénomène off, fluctuations on/off, dyskinésies on), d'un tremblement non parkinsonien (diagnostic établi), progression des symptômes sur un minimum de deux ans, contrôle insuffisant des symptômes par le traitement médicamenteux ou des douleurs neuropathiques graves chroniques, réfractaires au traitement. c) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. 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 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 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 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 43/1996-1997 n°17 p. 83 consid. 2a; 39/1991 n°11 p. 99 et 100 consid. 1b; 38/1990 n°12 p. 67 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). d) En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au

sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

E. 4

février 2013, lequel précise que "cette innovation profite non seulement aux patients mais aussi aux assureurs-maladie [...] ce traitement [...] ne nécessit[ant] pas d'intervention supplémentaire et n'engendr[ant] aucun surcout", la thalamotomie apparaît également remplir le critère d'économicité. Les conditions en étant remplies, il appartenait dès lors à l'autorité intimée de prendre en charge l'intervention litigieuse.

E. 5

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, le recours du 13 mai 2016 est admis et la décision sur opposition du 12 avril 2016 annulée. Partant, la thalamotomie centrale-latérale par ultrasons transcrâniens focalisés guidés par IRM est à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Ayant obtenu gain de cause, le recourant, représenté par un mandataire professionnel, a droit à des dépens pour ses frais de défense. Le 5 avril 2017, ce dernier a déposé sa liste de frais pour un montant de CHF 29.20. Ce montant apparaît être manifestement erroné de sorte que son indemnité sera fixée en se référant aux "unités" figurant dans la liste produite. Force est de constater que nombre d'entre elles font cependant référence à des opérations en relation avec la procédure d'opposition devant l'autorité intimée, lesquelles n'ont pas à être indemnisées. Partant, la Cour fixe à 12 heures (au tarif horaire de CHF 250.-) le temps nécessaire au traitement de ce dossier ainsi qu'à CHF 20.- les débours engagés. Cela correspond à un montant total de CHF 3'020.-, plus CHF 241.60 au titre de la TVA (8%, les opérations étant toutes antérieures au 1er janvier 2018). Ce montant est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 la Cour arrête: I. Le recours est admis. Partant, la décision sur opposition du 12 avril 2016 est annulée et la thalamotomie centrale- latérale par ultrasons transcrâniens focalisés guidés par IRM est à la charge de l'assurance obligatoire des soins. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie fixée à CHF 3'020.-, plus CHF 241.60 au titre de la TVA (8%), soit à un total de CHF 3'261.60, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 31 janvier 2018p/pte Le Président Le Greffier-rapporteur

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.