

GE_GERICHTE ATAS/168/2016 vom 4. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_168_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/168/2016 du 4 mars 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/168/2016 del 4 marzo 2016

Erwägungen

E. 27

L'intimée s'est également déterminée, par courrier du 9 octobre 2015. Elle a persisté dans ses conclusions. La lettre du 27 novembre 2013 du médecin traitant avait été transmise aux dix néphrologues de toute la Suisse, composant la CDSN. Cette lettre ne comportait pas d'argumentation médicale justifiant que la commission s'écarte de la prise en charge standard, puisque le seul argument était celui que le patient se sentait mieux avec six dialyses que trois ; les arguments développés ne justifiaient pas une prise en charge de dialyses quotidiennes. Aussi bien la CDSN que le médecin-conseil de la SVK étaient réticents à la prise en charge de dialyses quotidiennes car le rapport charge/bénéfice d'un tel traitement n'est pas démontré. Au vu des diverses prises de position du médecin-conseil de la SVK, des dix néphrologues de la CDSN ainsi que du fait que le médecin traitant était conscient que le recourant ne nécessitait pas une dialyse quotidienne pour des raisons vitales, une expertise ne se justifie pas.

E. 28

Sur quoi la chambre des assurances sociales a informé les parties, par courrier du 5 février 2016, de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert, tout en leur impartissant un délai pour compléter celles-ci et faire valoir une éventuelle cause de récusation.

E. 29

Par pli du 26 février 2016, le recourant a indiqué n'avoir aucune remarque à formuler quant à l'expert envisagé et aux questions à lui poser.

- 17/21-

A/2739/2014

E. 30

Par écriture du 29 février 2016, l'intimée a de même indiqué n'avoir aucune remarque à formuler quant à l'expert envisagé et aux questions à lui poser. 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) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, 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). 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 3. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont notamment celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal). 4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 et 56ss

LPGA). 5. Le litige porte sur la prétention du recourant à la prise en charge au titre de l'assurance-maladie obligatoire des soins (AOS), et partant au remboursement par l'intimée, des six dialyses hebdomadaires auxquelles il s'est soumis dès le 27 septembre 2013, au lieu des trois dialyses hebdomadaires, autorisées à charge de l'AOS par les instances compétentes. Au moment du recours, l'assuré était encore couvert pour l'AOS par l'intimée, mais il a changé d'assureur-maladie en cours de procédure, étant couvert, au titre de l'assurance de base, dès le 1er janvier 2015, par Helsana, de sorte que l'objet du litige a été circonscrit dans le temps, conformément aux dernières conclusions du recourant, à la période s'étendant du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014. 6. La question à résoudre préalablement à l'examen d'éventuelles prestations est de savoir si l'état de santé du recourant nécessitait pour des raisons médicales un traitement d'hémodialyse six fois par semaine dans un centre de dialyse, plutôt que trois dialyses de quatre heures chacune par semaine. 7. 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 médicaments prescrits par un médecin (al. 2 let. b). Conformément à 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.

- 18/21-

A/2739/2014 Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques. L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 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). 8. En l'espèce, l'intimée a refusé de rembourser les factures de la recourante, au motif principalement que les conditions de l'art. 32 LAMal n'avaient pas été respectées. 9. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge doit établir (d'office) les faits déterminants pour la solution du litige, avec la collaboration des parties, administrer les preuves nécessaires et les apprécier librement (art. 61 let. c LPGA ; cf. ATF 125 V 193 consid. 2). Il 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 doit en particulier mettre en oeuvre 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). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est

nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4) ; 10. Les coûts de l'expertise peuvent être mis à la charge de l'assureur social (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2) ;

- 19/21-

A/2739/2014 11. Dans le cas d'espèce, la décision entreprise se fondant sur les indications du médecin-conseil de l'intimée, sans autre précision, et se référant aux « décisions » antérieures de la SVK (22 novembre 2013 et 4 avril 2014 respectivement de celle de la CDSN du 20 mars 2014), lesquelles se bornent à considérer, sans autre motivation pour la première, que le fondement médical de la demande est insuffisant, la seconde se limitant à observer que la Commission paritaire et le médecin-conseil de la SVK étaient jusqu'à présent réticents à considérer que le rapport charge/bénéfice d'une dialyse quotidienne soit suffisamment démontré, et que dans le cas présent aussi l'argumentation n'était pas convaincante, sans autre motif ni justification. Quant à la CDSN, elle a tout d'abord relevé – s'agissant de la dialyse quotidienne – que différentes études cliniques et surtout d'observation avaient pu montrer une amélioration de l'efficacité de la dialyse comme de la stabilité hémodynamique et que des paramètres spécialement définis pouvaient être améliorés ; elle considérait que, dans le cas particulier, en l'absence de données (spécifiques), une évaluation minutieuse ne pouvait pas être faite, arrivant au constat que, en l'absence d'autres éléments, la commission ne pouvait pas se déterminer de manière plus précise. Et elle conclut ainsi laconiquement que la commission de dialyse était jusqu'ici critique et réticente à admettre une preuve suffisante du rapport entre le coût et le bénéfice de la dialyse quotidienne. Dans ce cas également, l'argumentation n'est convaincante en aucune manière, sans autre motif. Ainsi, la chambre de céans ne saurait attacher une pleine valeur probante à ces divers avis, guère motivés. Elle ne peut en effet pas comprendre et donc contrôler la manière dont les organismes qui ne sont prononcés jusqu'ici ont apprécié la situation médicale du recourant en regard de sa demande. 12. Il convient donc en l'espèce d'ordonner une expertise, laquelle sera confiée au professeur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et chef du service de néphrologie du CHUV de Lausanne ***

- 20/21-

A/2739/2014 PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant préparatoirement

1. Ordonne une expertise médicale, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ; 2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes : 1. En regard des conditions et étendue de la prise en charge des coûts au sens de l'art. 32 LAMal qui prescrit que les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'état de santé de l'expertisé nécessite-t-il pour des raisons médicales un traitement d'hémodialyse à raison de six fois par semaine dans un centre de dialyse, plutôt que trois dialyses de quatre heures chacune par semaine ? 2. Dans l'affirmative, quelles sont ces raisons ? 3. Existe-t-il des alternatives au traitement d'hémodialyse six fois par semaine, permettant d'atteindre le but thérapeutique visé, et dans l'affirmative lesquelles ? 4. S'il existe de telles alternatives, l'une ou l'autre d'entre elles lui permettrait-elle de maintenir sa pleine capacité de travail, notamment sous forme de dialyse

à domicile, pendant la nuit ? 5. Dans l'hypothèse où il n'y aurait en l'occurrence pas d'alternative à un traitement de six hémodialyses/semaine dans un centre de dialyse, a) Quels symptômes l'expertisé présente-t-il après une dialyse de quatre heures, trois fois par semaine? b) Ces symptômes peuvent-ils être objectivé, et dans l'affirmative l'ont-ils été ? c) Si les symptômes devaient être considérés comme purement subjectifs, sont-ils plausibles du point de vue médical? d) Compte tenu de ces symptômes, estimez-vous que l'expertisé pourrait néanmoins conserver une capacité de travail entière, et sinon, quel

- 21/21-

A/2739/2014 serait l'impact de ces symptômes sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement ? 6. Avez-vous d'autres observations éventuelles à formuler ? 3. Commet à ces fins le Prof I_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et chef du service de néphrologie du CHUV de Lausanne ; 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ; 5. Réserve le fond.

La greffière

Florence SCHMUTZ

Le président

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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