

GE_GERICHTE ATAS/181/2017 vom 9. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_181_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/181/2017 du 9 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/181/2017 del 9 marzo 2017

Regeste

Résumé: En application des art. 58 LAMal et 77 OAMal, H+ a conclu avec la SVK (Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie) un contrat national sur les traitements par dialyses. Le tarif forfaitaire d'une dialyse est de CHF 565.- quelle que soit sa durée. Selon décision de la CDSN (commission dialyse de la société suisse de néphrologie) du 20 septembre 2001 régulièrement réexaminée, la couverture des frais pour le traitement par dialyse pour des patients en hémodialyse chronique est, dans la règle, assurée pour trois dialyses hebdomadaires, les exceptions étant possibles, moyennant une justification médicale reconnue. Chez un assuré né en 1971, en liste d'attente pour une transplantation rénale depuis 2013, qui travaille à 100% en tant qu'indépendant selon un horaire de 12h00 à 21h00 en raison de ses obligations professionnelles, un régime de dialyses quotidiennes (6 x 2 heures par semaine) est à dire d'expert une mesure efficace et adéquate. En outre, celle-ci doit être considérée comme économique car même si son coût est le double de la dialyse standard de 3 x 4 heures par semaine, elle est encore dans la fourchette de 2,35 admise par la jurisprudence relative aux coûts des soins à domicile par rapport à une hospitalisation dans un EMS. De plus, sur le plan médical, en raison en partie du surpoids de l'assuré, la dialyse standard entraîne un syndrome urémique nécessitant une dose de dialyse plus élevée ou plus régulière qui peut être réalisée plus facilement avec une dialyse quotidienne qu'avec une dialyse standard. En outre, il s'agit du seul traitement permettant à l'assuré de maintenir sa pleine capacité de travail jusqu'à la greffe de rein qui est intervenue en mai 2016.

Erwägungen

E. 27

Par courrier du 5 février 2016, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise, qu'elle souhaitait confier au professeur L_____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie et chef du service de néphrologie du CHUV de Lausanne, et dont le projet de mission – soumis aux parties - se résumait ainsi : 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? Existe-t-il des alternatives au traitement d'hémodialyse six fois par semaine, permettant d'atteindre le but thérapeutique visé et au patient de maintenir sa pleine capacité de travail? Dans la négative, quels symptômes objectivés l'expertisé présente-t-il après une dialyse de quatre heures, trois fois par semaine et, compte tenu de ces symptômes, pourrait-il néanmoins conserver une capacité de travail entière ; sinon, quel en serait l'impact sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement ?

E. 28

Les parties ayant informé la chambre de céans qu'elles n'avaient de remarques ni quant au choix de l'expert, ni quant aux questions à lui poser, la chambre de céans a ordonné ladite

expertise (ATAS/68/2016 du 4 mars 2016).

E. 29

L'expert a rendu son rapport le 27 septembre 2016. Son rapport se fonde sur la lecture du dossier, un entretien du 18 août 2016 avec l'expertisé et son épouse, ainsi que des entretiens avec le Dr E_____, le Prof. H_____, professeur de néphrologie aux HUG et actuel président de la Société suisse de néphrologie, ainsi qu'avec un membre de la J_____. L'expert a procédé à l'anamnèse personnelle et médicale de l'assuré, pris en compte ses plaintes et les constatations de son épouse. Il a notamment relevé que le patient avait été transplanté en mai 2016. L'expert a répondu à toutes les questions posées : selon lui, si l'on prend en compte la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) - qui considère la santé comme un état de bien-être complet, physique, mental et social et pas uniquement l'absence de maladie ou d'infirmité -, l'état de santé du patient tel que présenté par lui-même, sa femme et son néphrologue traitant, lorsqu'il était dialysé 3 × 4 heures par semaine n'était de loin pas optimal et pouvait justifier un passage à un traitement de dialyses quotidiennes. L'expert a décrit les alternatives existantes à la dialyse quotidienne qui auraient permis d'atteindre le but thérapeutique visé, en les confrontant à la situation personnelle et médicale du patient : la dialyse péritonéale, la dialyse nocturne, en centre, à raison de huit heures par nuit et trois fois par semaine, la dialyse nocturne prolongée, la dialyse quotidienne à domicile ou en centre, la dialyse vespérale et, finalement, la possibilité de prolonger les séances de dialyse conventionnelle

A/2739/2014 - 13/31 - 3 × 5 heures par semaine. Parmi les alternatives présentées, l'expert n'a retenu que la dialyse nocturne et l'hémodialyse quotidienne en centre ou à domicile pour répondre aux besoins du patient. Il a relevé qu'à part la dialyse quotidienne en centre, aucune des possibilités n'était à disposition à Genève entre 2013 et 2016. L'expert a énuméré les symptômes et signes cliniques observables en cas de dialyses trois fois par semaine, précisant que ces symptômes sont clairement objectivables, qu'ils ne sont pas toujours très spécifiques d'une dialyse insuffisante car ils peuvent être causés par d'autres pathologies intercurrentes, mais que la somme de ces symptômes est classique d'un syndrome urémique insuffisamment traité. Dans le cas du patient, ces symptômes ont été bien décrits par lui-même, par son épouse et par le néphrologue traitant. Un aspect important est leur disparition avec le passage à la dialyse quotidienne. S'il est vrai que plusieurs des symptômes de l'urémie ont un caractère subjectif, surtout dans leur quantification, ils n'en sont pas moins véritables. Dans le cas d'espèce, il n'y a aucun doute sur la plausibilité médicale des symptômes présentés par le patient. S'agissant de savoir si, compte tenu de ces symptômes, l'expertisé pourrait néanmoins conserver une capacité de travail entière, sinon, quel serait l'impact de ces symptômes sur sa capacité de travail, respectivement sur son rendement, l'expert observe qu'une minorité de patients dialysés trois fois par semaine conservent une activité professionnelle à 100 %. Cela n'est possible que pour les patients ayant une profession indépendante leur donnant la possibilité d'être absents plusieurs matinées par semaine, sans conséquence sur le rendement de leurs activités. La majorité des patients réduisent voire arrêtent leurs activités professionnelles et sont au bénéfice de l'assurance- invalidité, s'ils ne sont pas à l'AVS. La persistance de symptômes tels que l'asthénie limite indéniablement le rendement des patients dialysés, souvent plus lents et moins réactifs. Les troubles neuropsychologiques associés à l'insuffisance rénale chronique terminale ont aussi un impact négatif sur leur rendement. L'expert a enfin formulé d'autres observations : il a souligné que s'il n'existe pas d'études

prospectives randomisées et contrôlées (le plus haut standard d'évidence scientifique en médecine) démontrant les bénéfices de la dialyse quotidienne par rapport à une dialyse conventionnelle de trois fois par semaine, en médecine, beaucoup de traitements appliqués régulièrement ne sont pas nécessairement soutenus par des évidences scientifiques très solides, ce qui n'exclut pas leur validité. Certaines approches thérapeutiques ne sont jamais validées scientifiquement essentiellement parce que personne ne veut investir dans une étude clinique très onéreuse avec peu de retour pour les investigateurs, ce qui est actuellement le cas de l'hémodialyse quotidienne. Néanmoins, de nombreuses études cliniques de type observationnel ont aujourd'hui démontré les avantages de l'hémodialyse quotidienne. L'expert a relevé qu'à lire les prises de position de la SVK et de la J_____, on pourrait penser que la dialyse quotidienne est une alternative de dialyse très rare ne s'appliquant qu'à des cas extrêmes, avec un risque

A/2739/2014 - 14/31 - vital à court terme ; or, ce n'est pas nécessairement le cas dans les pays qui nous entourent. L'expert a étayé ses considérations par de nombreuses références statistiques et a joint à son rapport la copie de plusieurs publications. Donnant son avis personnel sur le cas, il a admis qu'il est effectivement particulier ; le problème ne peut selon lui raisonnablement être résolu qu'avec une dialyse quotidienne.

E. 30

Par écriture du 15 novembre 2016, l'intimée a conclu à ce que le rapport de l'expert soit écarté. Selon elle, l'évaluation de l'économicité par l'expert ne correspond pas aux critères jurisprudentiels. Elle rappelle que les assureurs-maladie sont en droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques inutiles ou de mesures qui peuvent être remplacées par d'autres, moins onéreuses, ce dont l'expert admet que cela aurait pu être le cas s'agissant du recourant.

E. 31

Le recourant s'est déterminé le 10 novembre 2016. Il conclut à la prise en charge de l'intégralité de son traitement par six hémodialyses full-care hebdomadaires du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014, avec intérêts à 5% dès le 10 septembre 2015, subsidiairement à la condamnation de l'intimée au paiement de CHF 74'580.- - sous déduction d'une éventuelle participation aux coûts du recourant -, avec intérêts à 5 % dès le 10 septembre 2015, le tout avec suite de dépens. Le recourant précise que les factures que l'intimée a refusé de prendre en charge s'élèvent à un montant total de CHF 74'580.-, auquel s'ajoutent encore des honoraires d'avocat estimés à environ CHF 32'000.- et des intérêts moratoires. Selon le recourant, il résulte de l'expertise - dont il considère qu'elle peut se voir accorder pleine valeur probante - que toutes les conditions sont requises pour que le traitement d'hémodialyse à hauteur de 6 x 2 heures par semaine soit reconnu comme économique au sens de la loi.

E. 32

Le 16 novembre 2016, la chambre de céans a communiqué à chacune des parties copie de l'écriture de l'autre en précisant que la cause serait gardée à juger le 30 novembre 2016.

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

A/2739/2014 - 15/31 - 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) des six dialyses hebdomadaires auxquelles il s'est soumis dès le 27 septembre 2013, étant précisé que le recourant a changé d'assureur-maladie en cours de procédure : depuis le 1er janvier 2015, il est assuré 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. En premier lieu, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu. a) La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) le devoir pour l'autorité, et sur recours pour le juge, de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a). b) L'opposition de l'assuré portait d'une part sur le nombre, respectivement sur les montants des factures litigieuses depuis le début du traitement par dialyse, d'autre part sur la contestation de la prise en charge de trois dialyses hebdomadaires au lieu des six auxquelles il estimait avoir droit. La décision entreprise énumère d'abord les faits de manière chronologique en énumérant le détail des factures payées (montants et périodes de prestations concernées) depuis le début du traitement et les correspondances de la SVK au médecin traitant (du 4 avril 2014) respectivement à l'assuré (du 9 avril 2014), dont il ressort que la garantie de prise en charge n'a été

A/2739/2014 - 16/31 - octroyée que pour trois dialyses hebdomadaires et que la « commission paritaire dialyse » a confirmé la prise en charge de trois dialyses par semaine. Dans une seconde partie, en droit, la décision litigieuse rappelle les raisons pour lesquelles seules trois dialyses hebdomadaires ont été prises en charge. Même si la prise de position de la SVK n'a été communiquée qu'au prescripteur des prestations concernées, conformément au contrat national, le recourant a régulièrement été tenu au courant par son médecin des refus successifs de la SVK, et notamment de sa position du 4 avril 2014, à réception de laquelle il s'est lui-même adressé à la SVK, laquelle lui a répondu de façon circonstanciée et motivée, par courrier du 9 avril 2014, sur les raisons du refus de prise en charge. Suite à

cela, l'assuré a cosigné le courrier adressé le 11 avril 2014 par son médecin traitant au directeur adjoint de la SVK. Dans ces conditions, on peut considérer que la décision formelle de l'assureur du 8 mai 2014, confirmée sur opposition le 22 juillet 2014, qui renvoie expressément à ces courriers, était suffisamment motivée pour que l'assuré comprenne les raisons du refus de l'intimée de prendre en charge la totalité des factures. Et en tout état de cause, le recourant a eu tout loisir de développer ses arguments dans le cadre de son recours, de sorte qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu aura été réparée devant la Cour de céans. Mal fondé, ce grief doit être rejeté. 7. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'AOS prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34. b) Aux termes de l'art. 25 LAMal, l'AOS 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 médecins, des chiropraticiens, ou des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a). c) L'art. 32 LAMal prescrit que 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 let. a). d) Pour garantir le respect de ces principes fondamentaux, l'art. 33 LAMal définit un système de désignation des prestations. Il délègue au Conseil fédéral le soin d'inventorier 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 (al. 1), de désigner en détail les autres prestations prévues à l'art. 25 al. 2, ainsi que celles prévues aux art. 26, 29 al. 2 let. a et c et 31 al. 1 (art. 33 al. 2 LAMal), de déterminer 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/2739/2014 - 17/31 - (al. 3) et de nommer des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations, de veiller à la coordination des travaux des commissions précitées (al. 4). Enfin, le Conseil fédéral peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux al. 1 à 3 (al. 5). e) Fort de cette délégation, le Conseil fédéral a édicté les dispositions d'application, notamment les art. 33ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102) et délégué ses compétences au département fédéral de l'intérieur (DFI ; art. 33 OAMal), lequel a édicté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31), dont notamment les dispositions particulières figurant dans l'annexe 1 de l'OPAS sur la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de certaines prestations fournies par les médecins. Conformément à l'art. 1 OPAS, l'annexe 1 de cette ordonnance énumère les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions reprenant textuellement les règles posées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie (CFPP) et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. Le ch. 2 "Médecine interne", traite spécifiquement les actes concernant les dialyses. L'OPAS mentionne expressément comme obligatoirement à charge de l'assurance l'hémodialyse (« rein artificiel »), l'hémodialyse à domicile et la dialyse péritonéale, sans condition ni limitations. Au

demeurant cette annexe ne contient pas une énumération exhaustive des prestations (remarques préliminaires à l'annexe 1 de l'OPAS ; ATF 142 V 249 consid. 4.2 p. 251). En effet, le Tribunal fédéral a encore rappelé récemment que d'innombrables prestations médicales – notamment des indications médicales - ne figurent pas dans l'annexe 1 de l'OPAS parce que la CFPP ne les a pas (ou pas encore) évaluées, faute de temps ou de moyens, respectivement de demande du fournisseur. En présence d'une prestation prescrite par un médecin pour une indication qui n'a pas été soumise à l'avis de la commission ou qui n'a pas été écartée implicitement par celle-ci, la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique s'applique pleinement (ATF 129 V 167 consid. 4 p. 173 ; 9C_328/2016 consid. 6.1). f) L'art. 43 LAMal définit les principes de rétribution des fournisseurs de prestations. Selon cette disposition, leurs factures doivent être établies sur la base de tarifs ou de prix, dont l'art. 43 al. 4 indique qu'ils sont fixés par convention entre assureurs et fournisseurs de prestations (convention tarifaire) ou, dans les cas prévus par la loi, par l'autorité compétente. Selon l'art. 43 al. 6, les parties à la convention et les autorités compétentes veillent à ce que les soins soient appropriés et leur qualité de haut niveau, tout en étant le plus avantageux possible.

A/2739/2014 - 18/31 - g) L'art. 46 LAMal définit notamment la nature de la convention tarifaire, les parties à la convention (un ou plusieurs fournisseurs de prestations, ou fédérations de fournisseurs de prestations, d'une part, et un ou plusieurs assureurs ou fédérations des assureurs), son champ d'application et l'obligation d'approbation par le gouvernement cantonal compétent ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. h) L'art. 49 LAMal traite des conventions tarifaires avec les hôpitaux. Pour rémunérer le traitement hospitalier, y compris le séjour et les soins à l'hôpital (art. 39 al. 1), les parties à une convention conviennent de forfaits. En règle générale, il s'agit de forfaits par cas, liés aux prestations et basés sur des structures uniformes pour l'ensemble de la Suisse. Les partenaires à une convention peuvent convenir que des prestations diagnostiques ou thérapeutiques spéciales ne sont pas comprises dans le forfait mais facturées séparément. Les tarifs hospitaliers sont déterminés en fonction de la rémunération des hôpitaux qui fournissent la prestation tarifée obligatoirement assurée, dans la qualité nécessaire, de manière efficiente et avantageuse (al. 1). Les parties à une convention conviennent de la rémunération du traitement ambulatoire (al. 6). i) Selon l'art. 56 LAMal le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (al. 1). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (al. 2 1ère phrase). A teneur de l'art. 76 OAMal les assureurs peuvent traiter en commun des données relatives au genre et à l'étendue des prestations fournies par les différents fournisseurs de prestations ainsi qu'aux rémunérations facturées pour ces prestations, cela exclusivement dans le but d'analyser les coûts et leur évolution, de contrôler et de garantir le caractère économique des prestations au sens de l'art. 56 de la loi, d'élaborer des conventions tarifaires. j) Selon l'art. 58 LAMal, qui pose le principe de la garantie de la qualité, le Conseil fédéral, après avoir consulté les organisations intéressées, peut prévoir des contrôles scientifiques et systématiques pour garantir la qualité ou l'adéquation des prestations que l'assurance obligatoire des soins prend en charge (al.1). Il peut en confier l'exécution aux associations professionnelles ou à d'autres institutions (al. 2). Il détermine les mesures servant à garantir ou à rétablir la qualité ou l'adéquation des prestations. Il peut en particulier prévoir que : a. l'accord du médecin-conseil est nécessaire avant l'exécution de certaines mesures diagnostiques ou thérapeutiques, notamment celles qui sont particulièrement coûteuses ; b. des mesures diagnostiques ou thérapeutiques

particulièrement coûteuses ou difficiles ne seront prises en charge par l'assurance obligatoire des soins que lorsqu'elles sont pratiquées par des fournisseurs de prestations qualifiés en la matière. Il peut désigner ces fournisseurs de prestations (al. 3).

A/2739/2014 - 19/31 - En application de cette disposition le Conseil fédéral a édicté l'art. 77 OAMal : les fournisseurs de prestations ou leurs organisations élaborent des conceptions et des programmes en matière d'exigences de la qualité des prestations et de promotion de la qualité. Les modalités d'exécution (contrôle de l'observation, conséquences de l'inobservation, financement) sont réglées dans les conventions tarifaires ou dans des conventions particulières relatives à la garantie de la qualité conclues avec les assureurs ou leurs organisations. Ces réglementations doivent être conformes aux normes généralement reconnues, compte tenu du caractère économique des prestations (al. 1). 8. Se fondant sur les dispositions qui précèdent, l'association nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés (ci-après : H+ les Hôpitaux de Suisse) a conclu avec la SVK un contrat national sur les traitements par dialyses (ci-après : le contrat national), entré en vigueur le 1er janvier 2012. Ce contrat national (applicable dans toute la Suisse) - qui comporte en outre trois annexes - a été conclu sur la base des prémisses suivantes : l'assurance obligatoire des soins est tenue de prendre en charge les dialyses ambulatoires (annexe 1 OPAS, art. 2.1) ; le tarif des prestations médicales (TARMED) prévoit les tarifs du contrat H+/SVK pour le décompte des traitements par dialyse ambulatoire ; la SVK réalise la garantie de la qualité conformément à la LAMal, (art. 58) sur mandat des assureurs-maladie ; la SVK peut intégrer certaines prestations dans l'assurance de prestations spéciales (ci-après : APS) lorsqu'un contrat ad hoc a été conclu ; les parties contractantes s'engagent à promouvoir de manière ciblée toutes les formes de traitements à domicile et de traitements self care ; enfin, les parties contractantes reconnaissent l'importance de la promotion des transplantations. 9. a) Dans le cas d'espèce, il est constant que le recourant souffre d'une affection rénale chronique, dont les traitements font partie du champ d'activité de l'APS et dont les conditions à remplir pour le paiement des prestations assurées (indication médicale, fournisseurs de prestations reconnus,...) sont fixées par le contrat national auquel l'intimée et le centre sont parties. Selon une décision de la J_____ du 20 septembre 2001, dont la pertinence et l'actualité ont régulièrement été réexaminées et retenues par la CPC, en dernier lieu en 2012, peu après l'entrée en vigueur du contrat national en cours, la couverture des frais pour le traitement par dialyse pour des patients en hémodialyse chronique est, dans la règle, assurée pour trois dialyses hebdomadaires, les exceptions étant possibles, moyennant une justification médicale reconnue. b) Le médecin traitant du recourant, conformément aux dispositions susmentionnées, a demandé une première fois la garantie de prise en charge des prestations de dialyse auprès de la SVK et exposé les arguments qui, selon lui, plaidaient pour six dialyses hebdomadaires au lieu de trois. S'étant vu opposer un refus, le médecin traitant a sollicité le réexamen du cas, en s'adressant directement au médecin-conseil de la SVK. Il s'est heurté à un nouveau refus, fondé sur les avis

A/2739/2014 - 20/31 - concordants de la J_____ et du médecin-conseil, qui ont estimé que le rapport charges/bénéfice d'une dialyse quotidienne n'était pas suffisamment démontré. Ensuite de quoi, l'assuré a sollicité une décision formelle de son assureur-maladie, qui s'est exécuté en statuant le 8 mai 2014, par décision confirmée sur opposition le 22 juillet 2014, dont la question du bien-fondé est soumise à la Cour de céans. 10. a) Comme déjà rappelé supra, les prestations mentionnées aux art. 25 à 31 LAMal doivent être efficaces,

appropriées et économiques, critères qui sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

b) Une mesure est efficace lorsqu'elle est démontrée selon des méthodes scientifiques et permet objectivement d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (art. 32 al. 1 LAMal ; ATF 139 V 135, 128 V 159 consid. 5c/aa p. 165 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 151/99 du 7 juillet 2000 consid. 2b, in RAMA 2000 p. 279). b) La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique. 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). 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 (ATF 127 V 138 consid. 5 p. 146 ; GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 2e éd. 2007, p. 494 n. 293 ss). c) 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). Il s'applique également lorsqu'il s'agit de déterminer, sous l'angle de l'efficacité, laquelle de deux mesures médicales entrant alternativement en ligne de compte, doit être choisie au regard de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 130 V 304 consid. 6.1). 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 p. 200 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1). 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

A/2739/2014 - 21/31 - 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 126 V 334 consid. 2b p. 339). d) C'est ainsi que le Tribunal fédéral a jugé que, lorsqu'il y a lieu d'examiner l'alternative que constituent des prestations de soins fournies à domicile par rapport à des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, le principe d'économicité n'autorisait pas l'assureur à limiter d'office la prise en charge des soins à domicile à ce qu'il aurait à supporter en cas de séjour dans un établissement médico-social. L'appréciation du caractère économique ne doit en effet pas s'effectuer au moyen d'une stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Selon la jurisprudence, des prestations de soins fournies à domicile doivent, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettent d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel (travail [ATF 126

V 334 consid. 3a p. 341], une formation [arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 66/00 du 5 octobre 2000 consid. 3b, in RAMA 2001 p. 23], un engagement social ou politique, ou d'assumer une fonction sociale importante qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas (telle que mère de famille ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 52/99 du 22 septembre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 10). Le Tribunal fédéral a jugé que tel n'était en revanche pas le cas lorsque les soins à domicile ne permettent à la personne assurée que de bénéficier d'une meilleure qualité de vie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 61/00 du 5 octobre 2000 consid. 3a, in RAMA 2001 p. 19). Malgré tout, dans un arrêt 9C_940/2011 du 21 septembre 2012 consid. 3.4, le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social (EMS) respectait "tout juste" le critère de l'économicité (cf. également ATAS/89/2013 du 31 janvier 2013). En d'autres termes, dans le cas particulier de la fourniture de soins à domicile, le Tribunal fédéral a estimé que la mesure devait procurer un bénéfice manifeste par rapport à un placement dans un établissement médico-social et qu'en cas de disproportion évidente entre les coûts des deux mesures, les prestations de soins fournies à domicile ne peuvent plus être considérées comme conformes au critère de l'économicité, quels que soient les intérêts légitimes de la personne assurée, et même si les prestations de soins fournies à domicile apparaissaient dans le cas particulier plus efficaces et appropriées qu'un placement en EMS (ATF 126 V 334 consid. 2a p. 338). 11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

A/2739/2014 - 22/31 - décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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). Ce principe s'applique également aux procédures relatives au contrôle de l'économicité. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle

A/2739/2014 - 23/31 - décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 12. Quant au fond, le recourant se plaint d'une violation de l'art. 32 LAMal. Il estime que l'argument d'économicité n'est pas valable dans son cas, puisque le traitement par dialyse quotidienne lui permet de préserver une pleine capacité de travail alors qu'avec trois dialyses par semaine, il serait partiellement ou totalement incapable de travailler, situation préjudiciable à son assureur perte de gain. Il reproche à l'intimée de n'avoir pas non plus tenu compte de l'efficacité médicale de ce type de traitement, par rapport à sa situation individuelle.

Il convient donc d'examiner si la dialyse quotidienne dont le recourant sollicite la prise en charge respecte ou non les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

a) Afin d'avoir suffisamment d'éléments pour pouvoir se déterminer sur la réalisation des dits critères, la Cour de céans a ordonné une expertise.

Le rapport du Prof. L. _____ est le fruit d'une étude fouillée. Son expertise se fonde sur des investigations très complètes et des renseignements anamnestiques détaillés. Certes, l'expert n'a pas eu la possibilité de comparer par lui-même les conséquences sur l'état de l'assuré d'une dialyse quotidienne par rapport à une dialyse effectuée trois par semaine puisque, lorsqu'il est intervenu, la situation avait sensiblement évolué, l'assuré ayant été greffé en mai 2016. Néanmoins, l'expert a réuni tous les éléments utiles pour lui permettre d'évaluer si, dans le cas d'espèce, un régime de dialyses en centre à une cadence de trois fois par semaine était ou non adapté à l'état de santé du patient et, cas échéant, si le passage à un traitement de dialyses quotidiennes pouvait se justifier par des raisons médicales, en interrogeant non seulement le patient mais également son épouse, le néphrologue traitant, le Prof. H. _____, ainsi qu'un membre de la J. _____. Son rapport est exempt de contradictions et ses conclusions sont cohérentes. En conséquence, l'expertise du Prof. L. _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b) L'hémodialyse en tant que telle est une méthode scientifique reconnue figurant dans l'annexe à l'OPAS (ch. 2.1) et d'ailleurs expressément visée par le contrat national, lequel

prévoit que la couverture des frais de traitement des patients en hémodialyse chronique est, dans la règle (standard), donnée pour trois dialyses hebdomadaires, des exceptions étant possibles moyennant une justification médicale reconnue. Le critère de l'efficacité est donc rempli en l'occurrence, ce qui n'est au demeurant pas contesté. c) Il convient à présent d'examiner la question de savoir si la dialyse quotidienne peut être considérée comme une mesure adéquate.

A/2739/2014 - 24/31 -

Il ressort de l'expertise qu'au moment de l'introduction du traitement, l'assuré souffrait d'une polykystose hépatorénale familiale, avec une insuffisance rénale chronique devenue terminale en septembre 2013. Il avait déjà subi deux interventions abdominales (une phéochromocytose et une sigmoïdectomie partielle), pesait plus de 100kg et ses reins étaient de taille volumineuse.

L'indication médicale d'une dialyse étant clairement établie, il y a lieu d'évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs d'une dialyse quotidienne et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives, la solution consistant à renoncer à toute mesure n'entrant manifestement pas en ligne de compte dans le cas présent.

L'assuré a d'abord bénéficié d'un régime standard de trois dialyses hebdomadaires de quatre heures. Selon l'expert, les symptômes ressentis par le patient après chaque dialyse montraient qu'il était sous-dialysé : après chaque dialyse, l'intéressé souffrait de fatigue, de faiblesse, de nausées, d'un manque d'appétit et de difficultés de concentration ; il devenait de plus en plus irritable et était obligé de se reposer, ce qui générait un grand stress, dont son épouse craignait qu'il ne conduise à un état dépressif.

Dans sa prise de position de mars 2014, la J_____ a confirmé que plusieurs études cliniques et observationnelles ont montré une amélioration de l'efficacité de la dialyse lorsque celle-ci est prescrite quotidiennement : les patients au bénéfice d'une dialyse quotidienne sont moins fatigués, plus actifs, ont une meilleure qualité de vie et nécessitent moins de traitements antihypertenseurs ou de médicaments pour contrôler l'anémie. Ils ont un meilleur appétit et un régime alimentaire plus libre. La J_____ est toutefois réticente à admettre l'existence de preuves suffisantes en termes de rapport coût/bénéfice en faveur de la dialyse quotidienne, car il n'existe pas, à ce jour, de grandes études contrôlées prouvant scientifiquement les bénéfices de l'hémodialyse quotidienne, particulièrement en termes de morbidité et mortalité.

À cet égard, l'expert a expliqué que s'il n'existe pas d'études prospectives randomisées et contrôlées (le plus haut standard d'évidence scientifique en médecine) démontrant les bénéfices de la dialyse quotidienne par rapport à une dialyse conventionnelle trois fois par semaine, c'est essentiellement parce que personne ne veut investir dans une étude clinique coûteuse et peu profitable pour ses instigateurs. Selon l'expert, de nombreuses études cliniques de type observationnel ont néanmoins démontré les avantages de l'hémodialyse quotidienne. La plus importante, publiée en 2012 - qui comparait 1'873 patients dialysés quotidiennement à la maison à 9'365 patients dialysés trois fois par semaine en centre aux États-Unis -, a montré un bénéfice de la dialyse quotidienne en termes de survie (13% de décès en moins dans le groupe dialyse quotidienne). L'expert a en outre souligné que, de nos jours, le développement de l'hémodialyse quotidienne, surtout à domicile, est devenue une priorité dans de nombreux pays, à la fois pour améliorer la santé des patients dialysés

et, paradoxalement, pour en

A/2739/2014 - 25/31 - diminuer les coûts. En France, l'hémodialyse quotidienne est ainsi proposée prioritairement aux jeunes patients en attente de greffe. Dans d'autres pays, comme la Finlande et le Danemark, cette pratique est d'ores et déjà plus répandue encore.

Dans le cas particulier, l'expert a abouti à la conclusion que les symptômes présentés par le patient lorsqu'il était dialysé trois fois par semaine seulement démontrent que le traitement était insuffisant. L'expert a inventorié ces symptômes et constaté qu'ils étaient très bien décrits par le patient lui-même, mais également par son entourage, y compris des médecins spécialistes. Il s'agissait clairement de symptômes urémiques persistants (mauvais goût dans la bouche, inappétence, nausées, troubles de la concentration, irritabilité et, surtout, asthénie), qui s'accompagnent très souvent de symptômes neuropsychologiques (difficultés de concentration, troubles du sommeil, état dépressif...). S'y ajoutaient encore des signes cliniques (hypertension artérielle difficile à contrôler, anémie nécessitant des doses plus élevées d'érythropoïétine et altérations du métabolisme phosphocalcique, voire malnutrition). Tous ces symptômes étaient clairement objectivables. L'expert a admis qu'ils n'étaient pas toujours très spécifiques d'une dialyse insuffisante - car ils peuvent être causés par d'autres pathologies intercurrentes - mais souligné que leur somme est classique d'un syndrome urémique insuffisamment traité. L'expert a ajouté que si plusieurs des symptômes de l'urémie ont un caractère subjectif, surtout dans leur quantification, ils n'en sont pas moins véritables. L'ensemble des signes décrits par l'expert font partie du tableau clinique de l'urémie, de sorte qu'il n'y a, selon l'expert, aucun doute sur leur plausibilité médicale. L'expert a expliqué que ces symptômes étaient liés à une sous-dialyse, due en partie au poids de l'intéressé, nécessitant une dose de dialyse plus élevée ou plus régulière, que l'on pouvait obtenir plus facilement avec une dialyse quotidienne qu'avec une dialyse réalisée trois fois par semaine. Du reste, l'introduction de dialyses quotidiennes avait montré une nette amélioration clinique, avec une réduction des symptômes urémiques, une disparition de la fatigue et du besoin de dormir après chaque dialyse et une amélioration de la concentration.

Des observations de l'expert, la chambre de céans retient que la dialyse quotidienne avait manifestement des effets positifs par rapport à une dialyse standard effectuée trois fois par semaine et qu'elle était donc plus adéquate que cette dernière dans le cas de l'assuré. Le fait qu'il n'existe pas à ce jour de grandes études contrôlées prouvant scientifiquement les bénéfices de l'hémodialyse quotidienne ne suffit pas à s'écarter des conclusions de l'expert, lequel a démontré de manière convaincante les bénéfices de la dialyse quotidienne pour l'assuré.

Restent à examiner les autres alternatives à la dialyse quotidienne (en centre) dont l'expert a consciencieusement décrit les particularités.

La dialyse péritonéale ne peut entrer en ligne de compte puisque, comme l'a expliqué l'expert, elle n'était pas envisageable en raison de la polykystose rénale et des opérations digestives subies par le recourant.

A/2739/2014 - 26/31 -

La dialyse à domicile et la dialyse nocturne n'étant pas disponibles dans le canton de Genève, elles n'entrent pas non plus en considération.

A également été évoquée la possibilité de prolonger les trois dialyses conventionnelles de quatre à cinq heures par séance. L'expert n'a cependant pas confirmé qu'elle pallierait aux inconvénients de la dialyse standard aussi bien que la dialyse quotidienne. Cela semble d'ailleurs douteux dans la mesure où une dialyse de quatre heures entraînait déjà chez l'assuré une fatigue intense. On peut donc en déduire qu'une dialyse portée à cinq heures augmenterait encore cette fatigue.

Reste la dialyse vespérale évoquée par l'expert, dont le fait qu'elle n'ait pas convenu au recourant parce qu'elle entrerait en compétition avec les « temps forts » de son travail - entre 19h00 et 21h00 - n'entame en rien son adéquation. Elle aurait donc pu être considérée comme alternative, dès lors qu'à Genève, certains centres la proposent, trois fois par semaine ou quotidiennement.

À ce stade de l'examen des conditions légales à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, la chambre des assurances sociales constate qu'il existait bel et bien dans le cas d'espèce, à tout le moins théoriquement, une alternative à la dialyse quotidienne, soit la dialyse vespérale.

Dès lors, il convient d'examiner ce qu'il en est en termes d'économicité.

d) Il y a ainsi lieu de procéder à une balance entre les coûts et bénéfices de chacune des mesures retenues.

La dialyse vespérale peut être réalisée trois fois par semaine ou quotidiennement. Elle ne se distingue de la dialyse diurne qu'en termes d'horaire. En termes d'économicité, elle n'apparaît cependant pas comme une alternative valable à la dialyse quotidienne, puisqu'une dialyse vespérale effectuée trois fois par semaine présenterait les mêmes inconvénients que la dialyse standard réalisée au même rythme et qu'une dialyse vespérale réalisée quotidiennement aurait un coût identique à la dialyse quotidienne pratiquée en journée.

La dialyse quotidienne coûte deux fois plus cher que la dialyse «standard» de 3 × 4 heures par semaine : une hémodialyse full care est en effet facturée selon un forfait, quelle que soit la durée de la séance.

L'intimée conteste que l'on puisse retenir la solution de la dialyse quotidienne plutôt que le traitement de trois dialyses de quatre heures pour permettre au recourant de préserver une vie familiale, sociale et professionnelle « adéquate ». Elle relève que la jurisprudence invoquée par le recourant à l'appui de sa demande concerne des litiges dans le cadre desquels l'assureur-maladie refusait de prendre en charge le coût effectif des prestations de soins à domicile, plus onéreuses que celles fournies dans un établissement médico-social.

Il ressort pourtant de la jurisprudence rappelée supra (consid. 10 b) que l'appréciation du caractère économique ne doit pas s'effectuer au moyen d'une

A/2739/2014 - 27/31 - stricte comparaison des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins. Le Tribunal fédéral a notamment retenu que des prestations de soins fournies à domicile devaient, malgré l'existence d'une disproportion, être considérées comme plus adéquates que des prestations de soins fournies dans un établissement médico-social, lorsqu'elles permettent d'apporter à la personne assurée un épanouissement sur le plan personnel – notamment la possibilité de poursuivre un travail, une formation, un engagement social ou politique - ou d'assumer une fonction sociale importante telle que celle de mère de famille, qu'un placement dans une institution n'autoriserait pas.

Quand bien même les différentes jurisprudences citées ont été rendues dans un contexte où il s'agissait de déterminer si l'assuré pouvait bénéficier de la prise en charge de coûts plus onéreux permettant son maintien à domicile, plutôt que la prise en charge, moins onéreuse, du coût de prestations équivalentes, respectivement appropriées elles aussi, impliquant toutefois une hospitalisation dans un établissement médico-social, le Tribunal fédéral a admis que la solution la plus coûteuse, dépassant parfois de manière très sensible la solution plus économique, devait être préférée, si elle permettait notamment à l'assuré de conserver un épanouissement, sur le plan personnel, par exemple, en continuant à travailler, ou à suivre une formation, ou encore d'autres aspects dépassant le simple bénéfice d'une meilleure qualité de vie.

Or, en l'espèce, il ressort des observations de l'expert que la persistance de symptômes tels que l'asthénie limitait indéniablement le rendement du recourant. Celui-ci n'était pas en état, avec une dialyse trois fois par semaine, de travailler à 100% dans de bonnes conditions de sécurité. Il ne pouvait assumer qu'un 40 à 50%. Dans la mesure où il était payé à la performance, un temps partiel était insuffisant pour garder son travail et assumer financièrement sa famille. Le fait de ne pas pouvoir travailler correctement avait aussi un impact très négatif sur son vécu dans le cadre de sa maladie, avec un sentiment de frustration et de limitation, qui le rendait irritable et déprimé. Pour ces raisons, la Cour de céans rejoint l'expert lorsque celui-ci considère que la dialyse quotidienne constituait dans le cas du recourant l'unique solution, non seulement pour des raisons médicales mais aussi de maintien de sa capacité entière de travail.

Dans le cas d'espèce, il apparaît que la solution la plus coûteuse, en l'occurrence deux fois plus onéreuse, présentait toutefois par rapport à la solution standard un meilleur résultat, non seulement pour les raisons médicales déjà évoquées précédemment, mais également parce que le recours à une autre forme de dialyse ne lui aurait pas permis de conserver une pleine capacité de travail, sans compter les effets collatéraux sur le plan de la vie familiale, et de couple, ne tenant d'ailleurs pas exclusivement à de pures considérations financières ou matérielles. Il ne faut pas non plus perdre de vue que cette solution était temporaire, dans l'attente d'une greffe du rein, l'assuré étant déjà inscrit sur une liste d'attente, mais poursuivant de son côté très activement des recherches de donneurs vivants compatibles. Le

A/2739/2014 - 28/31 - bénéfice supplémentaire reconnu par la jurisprudence tient à l'existence d'un ou de plusieurs facteurs d'épanouissement personnel, à l'exclusion de la seule qualité de vie meilleure. Mais l'admission de ce principe n'est pas limitée aux cas où l'on serait en présence d'une alternative entre le maintien à domicile et une hospitalisation dans un établissement médico-social ou dans un hôpital. En conséquence, la prise en compte, dans la solution à retenir, du fait que la dialyse quotidienne permettait, et a permis, au recourant de maintenir sa pleine capacité de travail jusqu'en mai 2016, moment où il a pu bénéficier d'une greffe de rein, était justifiée, et permet ainsi de reconnaître à ce traitement le caractère de prestations économiques conformes à l'art. 32 LAMal. On ne voit pas en effet en quoi les principes consacrés par la jurisprudence dans les exemples susmentionnés ne devraient pas trouver application dans le cas d'espèce.

Ainsi la chambre des assurances sociales considère que les objections de l'intimée tirées de son interprétation restrictive de la jurisprudence pour ce qui est de l'admission, dans le cadre de l'examen de l'économicité du traitement, de la prise en compte de facteurs inhérents à l'épanouissement personnel et notamment, dans le cas d'espèce, au maintien de la capacité de travail entière du recourant, grâce à la dialyse quotidienne, doivent être écartées.

Contrairement à ce qu'allègue l'intimée, le bénéfice que le recourant a pu retirer de la dialyse quotidienne, par rapport au régime standard pris en charge, dans la règle, par l'AOS, allait bien au-delà de la seule convenance personnelle.

On doit dès lors, dans le cas d'espèce, admettre que la dialyse quotidienne prescrite au recourant pendant toute la période litigieuse, soit du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014, s'agissant de l'intimée, était conforme au principe de l'économicité au sens de l'art. 32 LAMal. On rappellera d'ailleurs que, dans le cas d'espèce, la dialyse quotidienne coûte certes deux fois plus cher que le régime standard à trois dialyses par semaine, mais cette proportion reste parfaitement acceptable, au vu de la jurisprudence citée précédemment (consid. 10 dernier paragraphe), dans laquelle le Tribunal fédéral a estimé que la prise en charge, à efficacité égale, de soins à domicile 2,35 fois plus chers que les soins dispensés dans un établissement médico-social respectait "tout juste" le critère de l'économicité, d'autant que dans le cas particulier l'efficacité de la dialyse quotidienne apparaît plus efficace que la ou les alternatives examinées.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être admis et les prestations litigieuses être prises en charge par l'intimée, du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014. 13. Dans ses dernières conclusions, le recourant indique, selon la liste qu'il a produite, que les factures que l'intimée a refusé de prendre en charge s'élèvent à un montant total de CHF 74'580.-. L'intimée ne s'est pas prononcée à ce sujet, bien qu'elle en ait eu la possibilité.

A/2739/2014 - 29/31 - La chambre de céans n'est pas en mesure de vérifier si le décompte des factures litigieuses est exact et quel montant l'intimée devra en définitive prendre en charge, dès lors qu'il faudra tenir compte d'éventuels soldes de franchise ainsi que de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le recourant a du reste conclu à ce que le dossier soit renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision, sur la base d'un droit à la prise en charge de l'intégralité de son traitement de six hémodialyses full-care hebdomadaires du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014, en tenant compte de la déduction éventuelle d'une participation aux coûts. Il appartiendra donc à l'intimée de déterminer le montant dû au titre de la franchise résiduelle pour les périodes concernées ainsi que de la participation aux coûts au sens de l'art. 64 LAMal, montants qui seront imputés du montant dû. La décision attaquée sera ainsi annulée et le dossier renvoyé à l'intimée pour nouvelle décision et calcul des prestations dues, dans le sens qui précède.

14. Enfin le recourant conclut à ce que la somme correspondant à la prise en charge de l'intégralité du traitement litigieux par six hémodialyses full-care hebdomadaires du 27 septembre 2013 au 31 décembre 2014 porte intérêts à 5% dès le 10 septembre 2015. Il a fixé la date déterminante du dies a quo des intérêts moratoires au 10 septembre 2015, date correspondant à l'échéance de douze mois dès la date de son recours. Selon l'art. 26 al. 2 LPGa des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré a fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5% par an (art. 7 al. 1 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 11 septembre 2002 – OPGA ; RS 830.11). L'intérêt moratoire est calculé par mois sur les prestations dont le droit est échu jusqu'à la fin du mois précédent. Il est dû dès le premier jour du mois durant lequel le droit à l'intérêt moratoire a pris naissance et jusqu'à la fin du mois durant lequel l'ordre de paiement est donné (art. 7 al. 2 OPGA). L'obligation de payer des intérêts moratoires commence vingt-quatre mois après

la naissance du droit en tant que tel pour l'ensemble des prestations courues jusque-là, et non pas seulement deux ans après l'exigibilité de chaque prestation (ATF 133 V 9, consid. 3.6). Le délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit équivaut à une prescription minimale. Ainsi, lorsque des prestations sont versées plus de douze mois après que l'assuré a fait valoir son droit, des intérêts moratoires ne sont pas dus si en même temps, un délai d'au moins vingt-quatre mois ne s'est pas écoulé depuis la naissance du droit (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. 2015, n. 49 ad art. 26 LPGA).

A/2739/2014 - 30/31 - L'obligation de verser des intérêts moratoires est liée à l'existence d'une prestation principale et a, par conséquent, un caractère accessoire. Puisque les autres conditions énumérées à l'art. 26 al. 2 LPGA doivent être remplies, le droit à des intérêts moratoires doit être qualifié de relation juridique spécifique. Sous réserve d'une extension de l'objet de la contestation, elle ne peut être examinée dans la procédure de recours de première instance que si l'administration a statué sur cette question (objet de la contestation) et que sa décision a été attaquée sur ce point (objet du litige ; ATF 125 V 413 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 73/05 du 13 septembre 2006, consid. 7.1). En l'espèce, bien que l'intimée n'ait pas statué sur ce point - dès lors que la question ne se posait pas dans la mesure où elle refusait purement et simplement la prise en charge des prestations litigieuses -, il y a lieu d'étendre l'objet de la contestation à cette question, puisque, d'une part, l'obligation de verser des intérêts moratoires est en relation étroite avec le droit aux prestations, de sorte qu'on peut parler d'un même ensemble de faits, et d'autre part, l'intimée a eu la possibilité de s'exprimer à ce sujet (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 493/05 du 22 décembre 2005, consid. 5), dès lors qu'il s'agissait de l'une des dernières conclusions du recourant qui ont dûment été communiquées à l'intimée. En l'occurrence, le droit à la prise en charge des frais médicaux relatifs à la dialyse quotidienne est né le 27 septembre 2013 et le recourant a fait valoir pour la première fois son droit aux prestations avant l'échéance du délai légal de vingt-quatre mois. Dans la mesure où le délai relatif de douze mois était déjà échu avant celui de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, l'intimée doit au recourant un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 27 septembre 2015 sur l'ensemble des prestations dues entre le 27 septembre 2013 et le 31 décembre 2014 (cf. ATF 133 V 9 précité). 15. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA en corrélation avec l'art. 89H al. 3 de la loi du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative). L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a). Ainsi l'indemnité allouée sera fixée à CHF 5'000.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2739/2014 - 31/31 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant conformément à l'art. 133 al. 2 LOJ

A la forme :

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