

GE_GERICHTE ATAS/226/2017 vom 16. März 2017

GE Cour de justice, 2017-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_226_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/226/2017 du 16 mars 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/226/2017 del 16 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

A/885/2016 - 13/18 -

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée des traitements dispensés par Mme F_____ et des produits Perméa régul, argent colloïdal 20 ppm, SynchroLevels, Gemmocalm, Lactibiane Référence, Quinton Hypertonic, sels de Schüssler, D-Mannose, concentré d'airelle rouge, Monurelle Cranberry, granules Cantharis, Mercurius, Corrosivus, Pareira Brava, Staphysagria, Berberis Vulgaris, Colocynthis.

E. 5

Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Ces prestations comprennent notamment les analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques prescrits par un médecin ou, dans les limites fixées par le Conseil fédéral, par un chiropraticien. Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal). L'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations sont réexaminés périodiquement (art. 32 al. 2 LAMal).

E. 6

L'art. 33 LAMal confère au Conseil fédéral la compétence de 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 (al. 1). Le Conseil fédéral désigne en détail les autres prestations prévues à l'art. 25 al. 2 LAMal qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien ainsi que les prestations prévues aux art. 26, 29 al. 2 let. a et c et 31 al. 1 (al. 2). Il détermine 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 (al. 3). Il nomme des commissions qui le conseillent afin de désigner les prestations. Il veille à la coordination des travaux des commissions précitées (al. 4). Il peut déléguer au département ou à l'office les compétences énumérées aux al. 1 à 3 (al. 5). A l'art. 33 de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal - RS 832.102), le Conseil fédéral a délégué la compétence que lui confère l'art. 33 LAMal au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Faisant usage de cette sous-délégation, le DFI a édicté l'ordonnance sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31).

E. 7

L'art. 33 al. 1 LAMal se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions d'efficacité, d'adéquation et d'économie. 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 condition (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 63/04 du 13 septembre 2004 consid. 2.3.1). Les prestations qui ne sont pas fournies par un médecin ou un chiropraticien au sens de l'art. 33 al. 2 LAMal ont quant à eux fait l'objet d'une liste positive sous forme d'une énumération exhaustive aux art. 5ss OPAS, et l'annexe 1 à l'OPAS désigne les prestations qui ont fait l'objet d'un examen par la commission compétente, soit

A/885/2016 - 14/18 - la Commission fédérale des prestations générales et des principes (CFPP) et dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, ne sont pas pris en charge ou le sont à certaines conditions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 112/04 du 16 mars 2005 consid. 2.2). L'usage des listes de prestations obligatoires obéit à des objectifs de transparence et de publicité. Le principe des listes a pour but d'établir de manière contraignante et aussi exacte que possible les prestations à la charge de l'assurance et celles qui ne sont pas remboursées. Les prestations qui ne figurent pas dans les listes positives ne sont pas à la charge de la caisse-maladie (Gebhard EUGSTER, *Die obligatorische Krankenpflege-versicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR 3ème éd. 2016, p. 610 n. 661 et les références).

E. 8

En matière de médecines complémentaires ou alternatives, il convient de souligner ce qui suit. S'agissant de leur efficacité thérapeutique, il n'existe en pratique pas de preuves bien documentées. La question centrale est de savoir si l'expérience sur plusieurs décennies par un grand nombre de médecins du succès d'un procédé ou d'un médicament déterminé peut être admise comme preuve de son efficacité. Lors de la révision de l'OPAS du 9 juillet 1998, cinq médecines complémentaires (acupuncture, médecine anthroposophique, pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, homéopathie et thérapie neurale) ont été introduites dans le catalogue des prestations avec effet au 1er juillet 1999 pour une durée de six ans. Cette limitation temporelle était censée permettre une évaluation de leur efficacité, de leur adéquation et de leur économicité. Dès lors qu'une preuve suffisante de leur efficacité n'a pas pu être amenée selon l'autorité réglementaire, leur admission provisoire au titre de prestations obligatoires de l'assurance-maladie n'a été ni prolongée, ni pérennisée (EUGSTER, *op. cit.*, p. 612 nn. 669-670). Le 17 mai 2009, une modification constitutionnelle a été votée et l'art. 118a de la Constitution (Cst – RS 101) a été introduit. Il prévoit que la Confédération et les cantons pourvoient, dans les limites de leurs

compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires. En application de cette disposition, le chiffre 10 de l'annexe 1 à l'OPAS prévoit à nouveau depuis 2012 la prise en charge de l'acupuncture, de la médecine anthroposophique, de la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise, de l'homéopathie et de la phytothérapie, la prise en charge des quatre dernières étant toutefois en cours d'évaluation et limitée dans le temps. Cette admission a à nouveau pour but l'examen des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (Ueli KIESER in St. Galler Kommentar, Die schweizerische Bundesverfassung, nn. 30-33 ad art 118a). La présomption que les traitements prodigués par des médecins sont à la charge de l'assurance obligatoire de soins selon l'art. 33 al. 1 LAMal ne vaut pas pour n'importe quel traitement médical. S'il existe un consensus large selon lequel un traitement déterminé ne constitue d'emblée pas une prestation à charge de

A/885/2016 - 15/18 - l'assurance obligatoire des soins, il est inutile de le mentionner dans la liste négative de l'OPAS. Les prestations de médecines complémentaires relèvent en règle générale des assurances complémentaires à la LAMal, conception que partagent également les médecins fournisseurs de prestations. Leur efficacité n'est en effet généralement pas suffisamment démontrée et elles ne bénéficient pas de la protection tarifaire de l'art. 44 LAMal, à l'exception des méthodes de traitement provisoirement admises au chiffre 10 de l'annexe 1 à l'OPAS. Dans cette mesure, s'agissant des médecines complémentaires, l'annexe 1 de l'OPAS revêt le caractère d'une liste positive (arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2014 du 26 septembre 2014 consid. 3.5.3).

E. 9

En ce qui concerne les médicaments, conformément à l'art. 52 al. 1 let. b LAMal (en corrélation avec les art. 34 et 37e OAMal), l'Office fédéral de la santé publique, après avoir consulté la Commission fédérale des médicaments et conformément aux principes des art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal, établit une liste, avec des prix, des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés (liste des spécialités, annexe 4 de l'OPAS). La liste des spécialités a un caractère à la fois exhaustif et contraignant. La prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'une prestation correspondant à une analyse, un appareil ou un moyen, ou encore un produit thérapeutique suppose en principe que l'analyse, respectivement le moyen, l'appareil ou le médicament en cause, figure dans la liste des analyses (LANa, annexe 3 de l'OPAS), respectivement la liste des moyens et appareils (LiMA, annexe de l'OPAS) ou la liste des spécialités. En d'autres termes, le système légal exclut la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une prestation sous forme d'analyse, d'appareil, de moyen ou encore de produit thérapeutique si elle n'est pas mentionnée dans la LANa, respectivement la LiMA ou la liste des spécialités (RAMA 2003 p. 299 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 147/06 du 9 janvier 2008 consid. 4.1). En particulier, même si un médicament, qui ne figure pas sur la liste des spécialités (ou la liste des médicaments avec tarif) est prescrit par un médecin et est efficace, approprié et économique au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal, il n'a pas à être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (ATF 134 V 83 consid. 4.1). L'art. 71a OAMal prévoit que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour une autre indication que celle autorisée par l'institut ou prévue par la limitation fixée dans la liste des spécialités, au sens de l'art. 73, si : l'usage du médicament constitue un préalable indispensable à la réalisation d'une autre prestation prise en charge par l'assurance obligatoire des soins et que celle-ci est largement

prédominante (let. a); ou si l'usage du médicament permet d'escompter un bénéfice élevé contre une maladie susceptible d'être mortelle pour l'assuré ou de lui causer des problèmes de santé graves et chroniques et que, faute d'alternative thérapeutique, il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé (let. b) (al. 1). Elle prend en charge les coûts du médicament seulement si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir

A/885/2016 - 16/18 - consulté le médecin-conseil (art. 71a al. 2). Le rapport entre la somme à rembourser et le bénéfice thérapeutique du médicament doit être adéquat. L'assureur fixe le montant du remboursement. Le prix maximal est celui qui figure dans la liste des spécialités (art. 71a al. 3). L'art. 71b OAMal réglemente la prise en charge des coûts d'un médicament ne figurant pas dans la liste des spécialités. Il dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts d'un médicament prêt à l'emploi autorisé par l'institut lorsqu'il ne figure pas sur la liste des spécialités et qu'il est utilisé pour les indications mentionnées sur la notice ou en dehors de celles-ci, si les conditions mentionnées à l'art. 71a, al. 1, let. a ou b, sont remplies (al. 1). Elle prend en charge les coûts d'un médicament non autorisé par l'institut mais pouvant être importé selon la LPTh si les conditions mentionnées à l'art. 71a al. 1 let. a ou b sont remplies et que le médicament est autorisé pour l'indication correspondante par un Etat ayant institué un système équivalent d'autorisation de mise sur le marché reconnu par l'institut (al. 2). Elle prend en charge les coûts du médicament (al. 3).

E. 10

En l'espèce, s'agissant en premier lieu de la prise en charge des consultations de Mme F_____, la Chambre de céans relève que cette dernière n'est pas médecin, contrairement à ce que la recourante semble affirmer. Partant, ses prestations ne bénéficient pas de la présomption ancrée à l'art. 33 al. 1 LAMal. Dites prestations relèvent en outre de la naturopathie, soit un domaine de la médecine qui ne fait pas partie du catalogue exhaustif des médecines complémentaires dont les prestations doivent être remboursées par l'assurance-maladie. Pour ce motif déjà, les soins et consultations facturés par Mme F_____ ne peuvent être mis à charge de l'intimée, sans qu'il soit besoin d'examiner les allégations des parties en lien avec le principe de la territorialité et ses exceptions découlant de l'art. 36 al. 1 OAMal en corrélation avec l'art. 34 al. 2 LAMal. En second lieu, s'agissant des produits dont la recourante demande le remboursement, force est de constater qu'ils ne font pas partie de la liste des spécialités et que, partant, leur remboursement n'incombe pas non plus à l'intimée. La recourante ne conteste au demeurant pas l'absence desdits produits de la liste des médicaments à charge de l'assurance-maladie. Elle invoque en revanche les dispositions réglementaires permettant la prise en charge, à certaines conditions, de médicaments non admis dans cette liste. Elle ne saurait cependant être suivie sur ce point puisqu'aucun des produits dont la prise en charge est litigieuse n'est enregistré comme médicament auprès de Swissmedic, de sorte que les art. 71a et 71b OAMal - relatifs au remboursement de médicaments - ne s'appliquent pas au cas d'espèce. Par ailleurs, la recourante souligne que les soins et produits dont elle sollicite la prise en charge sont les seuls efficaces contre la maladie dont elle souffre. Cependant, il convient de souligner que l'amélioration constatée depuis mai 2014 et ayant fait l'objet des attestations établies durant l'automne 2014 par les

A/885/2016 - 17/18 - Drs B_____, C_____, D_____ et E_____ est imputée à l'administration des produits BIODIS dès mars 2014, dont la prise en charge, admise en opportunité par l'intimée, n'est pas litigieuse. La recourante reconnaît d'ailleurs elle-même

dans son opposition du 15 septembre 2015 que l'introduction des produits litigieux est postérieure à l'amélioration de son état et au retrait de la chambre implantable destinée à la nutrition parentérale, puisque les produits et soins litigieux ont été administrés entre juin et septembre 2014. Ainsi, au vu de l'apparente efficacité des produits BIODIS sur l'état de santé de la recourante, on ne saurait considérer que les produits Perméa régul, argent colloïdal 20 ppm, SynchroLevels, Gemmocalme, Lactibiane Référence, Quinton Hypertonic, sels de Schüssler, D-Mannose, concentré d'airelle rouge, Monurelle Cranberry, granules Cantharis, Mercurius, Corrosivus, Pareira Brava, Staphysagria, Berberis Vulgaris, Colocynthis n'ont pas d'alternative thérapeutique. Enfin, même s'il fallait admettre - en dépit de ce qui précède - que la recourante tire un bénéfice important de la prise de ces produits, force est qu'en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, les assureurs ne peuvent prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoire, d'autres frais que ceux prévus par la loi. Cette disposition est une concrétisation du principe de la légalité qui régit les assurances sociales et qui implique que les assurés ne peuvent se voir octroyer des prestations qui ne reposent pas sur une base légale et que les assureurs sociaux ne peuvent en principe accorder des avantages à bien plaisir (Thomas LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3ème éd., Berne 2003, p. 88 nn. 19 et 20). Conformément à la jurisprudence, le caractère plus économique des produits litigieux par rapport à la nutrition parentérale ne saurait justifier d'exception à ce principe. En effet, si en matière d'assurance-maladie le droit à la substitution de la prestation peut trouver application, il ne doit cependant pas aboutir à ce qu'une prestation obligatoirement à la charge de l'assurance soit remplacée par une qui ne l'est pas. Dès lors, si un assuré choisit des soins et traitements qui ne font pas partie des prestations à charge de l'assurance, il perd son droit. Au demeurant, le droit à l'échange de la prestation suppose également que le fournisseur de l'une et l'autre prestation soit admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins, faute de quoi un droit à l'échange ne saurait être reconnu (ATF 142 V 316 consid. 5.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 67/02 du 30 juillet 2003 consid. 4). Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimée s'avère conforme au droit. En conséquence de ce qui précède, le recours doit être rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/885/2016 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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