

GE_GERICHTE ATAS/264/2016 vom 4. April 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_264_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/264/2016 du 4 avril 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/264/2016 del 4 aprile 2016

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

E. 2

Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, sont applicables à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément.

E. 3

Compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA) et du report au premier jour ouvrable qui suit lorsque le délai échoit un samedi ou un dimanche (art. 38 al. 3 LPGA), le recours interjeté le 26 mai 2014 dans la forme prescrite contre la décision de l'intimé du 10 avril 2014, est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA; RS/GE E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé doit prendre en charge la stimulation cérébrale profonde bilatérale à haute fréquence requise par le recourant.

E. 5

a. Selon l'art. 24 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Cette dernière disposition stipule notamment que 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 LAMal. L'art. 25 LAMal prévoit que 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, entre autres, 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 et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat d'un médecin ou d'un chiropraticien (al. 2 let. a ch. 1 à 3). Conformément à l'art. 32 LAMal, les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal 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).

A/1498/2014 - 13/20 - Aux termes de 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. 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. b. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI), auquel le Conseil fédéral a délégué à son tour les compétences susmentionnées (art. 33 al. 5 LAMal en relation avec l'art. 33 lit. a et c de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 [OAMal - RS 832.102]), a promulgué l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS; RS 832.112.31). Conformément à l'art. 1 OPAS, son annexe 1 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 - qui ont été examinées par la Commission fédérale des prestations générales et des principes de l'assurance-maladie et dont l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans condition, ou ne les prend pas en charge. c. À titre préliminaire, l'annexe 1 de l'OPAS précise qu'elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins à la charge ou non de l'assurance-maladie, mais qu'elle indique : - les prestations dont l'efficacité, l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations et dont les coûts sont pris en charge, le cas échéant à certaines conditions, soit ne sont pas pris en charge ; - 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; - 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. d. Il ressort du chapitre 2.3 de l'annexe 1 de l'OPAS (« Neurologie, y compris la thérapie des douleurs et l'anesthésie ») que la stimulation cérébrale profonde a fait l'objet de quatre décisions. En 1995 et 2011, ont été inscrites les prises en charge obligatoires de l'électrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation pour le traitement de certaines douleurs chroniques graves, respectivement de dystonies sévères. En 2000 et 2002, ont été inscrites les prises en charge obligatoires de l'opération stéréotactique en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (ablation par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum,

A/1498/2014 - 14/20 - du thalamus et du noyau subthalamique), respectivement en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux.

E. 6

a. Il résulte de ce régime légal une présomption qu'une prestation médicale fournie par un médecin doit être prise en charge par l'assurance sociale des soins pour autant que cela n'ait pas été exclu par l'OPAS (ATF 129 V 167 consid. 3.2). Il incombe ainsi au Conseil fédéral de dresser une liste « négative » des prestations qui ne répondraient pas aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal ou qui n'y répondraient que partiellement ou sous

condition. Comme l'a jugé le Tribunal fédéral des assurances, la réglementation de la LAMal repose donc sur le principe de la liste. Ayant pour but de fixer précisément le catalogue légal des prestations, ce principe de la liste découle d'un système voulu par le législateur, selon l'art. 34 LAMal, comme complet et contraignant dès lors qu'il s'est agi d'une assurance obligatoire financée en principe par des primes égales (art. 76 LAMal). En dehors de ces listes, il n'y a pas d'obligation de prise en charge par la caisse-maladie, à tout le moins en ce qui concerne les prestations énumérées conformément à l'art. 33 al. 1 LAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2 ; ATF 125 V 21 consid. 5b). Pour les traitements qui n'ont pas fait l'objet d'un examen par cette commission jusqu'à présent, la présomption de conformité légale fait foi, c'est-à-dire que l'on présume que la prestation médicale donnée correspond aux critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation démontrés scientifiquement (art. 32 al. 1 LAMal). Par conséquent, les traitements qui ne sont pas mentionnés dans l'annexe 1 de l'OPAS doivent être pris en charge par l'assurance obligatoire des soins dans le cas d'une maladie. Dès lors, il ne suffit pas qu'une caisse-maladie soutienne qu'un traitement est nouveau ou controversé et pas encore reconnu pour qu'elle soit affranchie de son obligation de fournir des prestations. Il lui incombe au contraire, en tant qu'organe d'exécution de l'assurance-maladie obligatoire, de vérifier l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique du traitement en question ou d'établir qu'il est controversé (ATF 129 V 167). b. Dans un arrêt (ATF 125 V 21) portant sur la prise en charge d'une fécondation in vitro et transfert d'embryon (ci-après FIVETE), traitement qui figure dans la liste négative de l'annexe 1 de l'OPAS, le Tribunal fédéral des assurances a jugé qu'il doit se borner, lorsqu'il se prononce sur une ordonnance du Conseil fédéral fondée sur une délégation du Parlement (ou sur une ordonnance d'un département fédéral en cas de sous-délégation du Conseil fédéral), à examiner si les dispositions incriminées sortent manifestement du cadre de la délégation de compétence donnée par le législateur à l'autorité exécutive ou si, pour d'autres motifs, elles sont contraires à la loi ou à la Constitution. Dans l'examen auquel il procède, le juge ne doit toutefois pas substituer sa propre appréciation à celle de l'autorité dont émane la réglementation en cause. Dans le cadre de ce contrôle, le Tribunal fédéral est en principe habilité à examiner le contenu d'une liste de maladies à prendre en

A/1498/2014 - 15/20 - considération ou de prestations. Néanmoins, il s'impose une grande retenue dans cet examen. En effet, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI. D'autre part, dans ce système de la liste, le juge n'a pas la possibilité d'en étendre le contenu par un raisonnement analogique. Un complément reste en revanche possible, lorsque l'énumération donnée par la liste n'est pas exhaustive. Dans ces conditions, la sécurité du droit, de même que l'égalité de traitement, postulent que l'annexe 1 de l'OPAS vaut comme liste complète des prestations non couvertes, du moins jusqu'à preuve concrète d'une lacune de la liste. L'établissement de cette liste requiert le concours de commissions consultatives de spécialistes. Le Tribunal fédéral, pour sa part, ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. Or, sous l'angle médical, les avis de la Commission des prestations sont propres à assurer au contenu de la liste une certaine homogénéité, qui ne serait donc plus garantie en cas de complèment de cette liste par le juge. On doit en déduire qu'il n'y a, en principe, plus de place pour un examen mené en parallèle par la voie judiciaire lorsque se pose la question des conditions d'admission dans des domaines médicaux complexes (consid. 6a et les références). Le Tribunal fédéral des assurances a en l'occurrence considéré que le Conseil fédéral et le DFI avaient fait un usage régulier de la compétence

que leur conférait la loi, si bien qu'il n'y avait pas place pour substituer une autre appréciation à celle de l'autorité compétente qui s'était fondée, au demeurant, sur l'avis de spécialistes. Partant, la FIVETE n'était pas une prestation à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Appelé à se prononcer sur une transplantation du foie d'un donneur vivant, à une époque où un tel traitement n'était pas pris en charge mais était « en cours d'évaluation », le Tribunal fédéral des assurances a jugé, malgré la grande retenue qu'il s'impose dans le contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances, qu'il convenait, dans le cas particulier, de s'écarter de l'appréciation du DFI et d'admettre la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une transplantation hépatique - et de ses suites - à partir d'un donneur vivant. Après avoir rappelé que la non-admission de cette transplantation dans le catalogue des prestations avait été motivée, dans un premier temps tout au moins, par des facteurs d'ordre éthique liés au risque encouru par le donneur et à la pression morale que l'urgence d'une transplantation pouvait susciter au sein de la famille, il a jugé que l'on ne pouvait opposer des motifs médicaux ou éthiques ou encore des raisons pertinentes de planification hospitalière à la prise en charge par l'assurance-maladie d'une transplantation hépatique à partir d'un donneur vivant (ATF 131 V 338 consid. 5.2 et 7). Dans une affaire plus récente portant à nouveau sur la prise en charge d'une FIVETE (arrêt du Tribunal fédéral 9C_835/2011 du 1er octobre 2012), le Tribunal fédéral a rappelé la grande retenue qu'il s'imposait dans le cadre du contrôle de la légalité et de la constitutionnalité des ordonnances du Conseil fédéral ou du DFI: « D'une part, il ne dispose pas des connaissances nécessaires pour se faire une

A/1498/2014 - 16/20 - opinion sur la question sans recourir à l'avis d'experts. D'autre part, l'ordonnance, souvent révisée, peut être corrigée à bref délai par le DFI », ajoutant « En revanche, le Tribunal revoit librement une disposition de l'ordonnance lorsqu'il apparaît que les commissions des spécialistes - dont les avis sont à la base d'une décision du DFI- se fondent non sur des considérations médicales, mais sur des appréciations générales ou de nature juridique » (consid. 3.3). Notre Haute cour a rappelé que le système de l'OPAS et de son annexe a été voulu par le législateur qui a délégué sa compétence en la matière au Conseil fédéral, lequel a délégué sa propre compétence au DFI. Concernant l'exigence du dépôt d'une demande, ce mécanisme n'apparaît pas contraire au principe de la liste sur lequel repose la LAMal (consid. 7.1). Le Tribunal fédéral a confirmé que le refus d'inclure la FIVETE dans la liste des mesures ou traitements à charge de l'assurance obligatoire, dans la mesure où cette solution ne sort pas du cadre de la délégation du législateur, n'est pas contraire à l'art. 9 Cst.: « Il n'y a donc pas lieu d'examiner si la fécondation in vitro remplit les conditions de l'art. 32 al. 1 AMal » (consid.7.6).

E. 7

La doctrine relève le caractère hybride de la liste, laquelle contient non seulement des traitements qui ne sont pas pris en charge, mais également des traitements qui sont pris en charge sans condition et des traitements pris en charge sous certaines conditions. Elle considère que le fait d'avoir opté pour une liste négative et d'y avoir de surcroît ajouté des éléments de liste positive ou semi-positive laisse subsister une incertitude quant à la reconnaissance des prestations. Elle conclut qu'en l'état actuel de la jurisprudence, il semblerait « qu'une prestation clairement refusée dans l'OPAS ne peut pas être repêchée par le biais de l'art. 32 LAMal, mais qu'une prestation non inscrite, donc a priori acceptée, doit encore passer le crible de l'art. 32 LAMal et peut se voir refusée ou assortie de conditions » (Gabrielle STEFFEN, Droit aux soins et rationnement, n° 5.3.1.2). Les

principes de la sécurité juridique et de l'égalité de traitement ne devraient pas autoriser le juge à intervenir dans l'établissement de la liste de l'OPAS, à moins qu'il ne s'agisse d'une lacune manifeste, dans un domaine où les questions médicales ne seraient pas d'une complexité extrême ou d'une réglementation contraire à la loi ou la Constitution (Guy LONGCHAMP, Conditions et étendue du droit aux prestations de l'assurance-maladie sociale, n° 3.2.2.2). Cet auteur ajoute que lorsqu'une mesure thérapeutique est mentionnée, dans l'annexe 1 OPAS, comme n'étant pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que l'argumentation selon laquelle une telle mesure devrait être prise dès lors qu'elles répondraient aux critères d'adéquation, d'efficacité et de caractère économique n'était pas déterminante. À l'appui de sa position, le Tribunal fait valoir que de tels moyens déduits de l'art. 32 LAMal, loin d'être dépourvus d'intérêt, relevaient du droit souhaitable et se heurtaient au principe légal du caractère exhaustif des prestations et que pour trouver une consécration pratique, ils devraient être adoptés par l'autorité fédérale compétente et être énoncés, pour chaque type de prestations en cause, dans les listes en annexe

A/1498/2014 - 17/20 - de l'OPAS, voire dans l'ordonnance elle-même (Guy LONGCHAMP, op. cit. n° 3.2.3.2 ; RAMA 1999 KV 67 p. 144 consid. 6b)

E. 8

En l'espèce, le recourant requiert que l'intimé prenne en charge une stimulation profonde cérébrale bilatérale afin de traiter le sévère syndrome de Gilles-de-la- Tourette dont il est atteint.

E. 9

La prise en charge obligatoire de l'électrostimulation des structures cérébrales profondes par implantation d'un système de neurostimulation, inscrite en 1995 pour le « traitement des douleurs chroniques graves », a été étendue aux « sévères dystonies » en 2011. En outre, est admise depuis 2000 la prise en charge obligatoire de l'opération stéréotactique « en vue de traiter la maladie de Parkinson chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux (ablation par radiofréquence et stimulations chroniques du pallidum, du thalamus et du noyau subthalamique) », ainsi qu' « en vue de traiter le tremblement non parkinsonien, chronique et réfractaire aux traitements non chirurgicaux » depuis 2002. Selon le libellé clair de l'annexe, l'existence de « douleurs chroniques graves », de « dystonies », d'une « maladie de Parkinson » ou d'un « tremblement non parkinsonien » est érigée à titre de condition pour qu'une stimulation cérébrale puisse être obligatoirement à la charge de l'assurance. Il en découle donc l'exclusion implicite de la prise en charge d'un tel traitement dans les cas d'autres atteintes à la santé. La chambre de céans relèvera encore que l'OFSP a confirmé, dans son courrier du 8 janvier 2015, que les indications de remboursement de l'électrostimulation des structures cérébrales profondes par l'assurance obligatoire des soins sont énumérées de manière exhaustive au chapitre 2.3 de l'annexe 1 de l'OPAS et que la stimulation cérébrale profonde appliquée au syndrome de Gilles-de-la-Tourette n'est pas soumise à l'obligation de prise en charge par l'assurance obligatoire. Dans ces conditions, il s'impose de conclure que l'énumération donnée par la liste est exhaustive et que la chambre de céans n'est pas compétente pour en étendre son contenu par analogie. De plus, il n'apparaît pas que la disposition incriminée, laquelle repose sur des considérations médicales, sortirait du cadre de la délégation de compétence ni qu'elle serait contraire à la loi ou à la Constitution, ce que le recourant ne prétend au demeurant pas. Ainsi, la

stimulation cérébrale profonde bilatérale doit être considérée comme faisant partie de la liste « semi-positive » de l'annexe 1 de l'OPAS et n'est prise en charge que si elle est utilisée en vue de traiter l'une des affections précisément énumérées.

E. 10

Le recourant soutient que la stimulation cérébrale profonde bilatérale répond aux conditions posées par l'art. 32 LAMal, à savoir qu'elle constitue un traitement efficace, approprié et économique pour traiter le syndrome de Gilles-de-la-Tourette dont il est atteint sous une forme particulièrement sévère et rare. La chambre de céans observe cependant que la mesure thérapeutique dont il est question est expressément mentionnée dans l'annexe 1 de l'OPAS, mais que sa

A/1498/2014 - 18/20 - prise en charge est limitée à certains cas bien définis, à savoir lorsqu'elle est utilisée en vue de traiter des douleurs chroniques graves, des dystonies, la maladie de Parkinson ou enfin un tremblement non parkinsonien. Partant, la stimulation cérébrale profonde a fait l'objet d'un examen par la CFPP et a été clairement refusée si elle ne répond pas aux conditions strictes posées. À cet égard, la chambre de céans rappellera encore que l'OFSP a précisé que dans les cas de prestations dont la prise en charge est limitée à certaines indications, de nouvelles indications s'établissant dans la pratique médicale et ayant dépassé le stade de la recherche ne deviennent incluses à l'obligation de prise en charge qu'une fois examinées par la CFPP sur demande des centres spécialisés et après que le DFI les ait ajoutées à la liste des indications. Il n'incombe donc pas à l'intimé de vérifier l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique de cette approche envisagée pour traiter une autre maladie et la chambre de céans ne saurait se substituer à l'autorité fédérale compétente, étant rappelé que le système de listes, voulu par le législateur, se veut complet et contraignant (cf. ATF 125 V 21).

E. 11

Le recourant fait valoir que certains assureurs auraient pris en charge « à titre compassionnel » une stimulation profonde cérébrale afin de traiter le syndrome dont il souffre. Cet allégué ne modifie en rien l'appréciation de la chambre de céans. En effet, quand bien même il serait établi que d'autres assureurs auraient étendu le traitement mentionné dans l'OPAS au syndrome de Gilles-de-la-Tourette, nul ne peut se prévaloir d'une application erronée de la loi faite antérieurement. Selon la jurisprudence constante, le fait que l'autorité ait violé la loi dans un cas d'espèce ne donne pas un droit aux administrés se trouvant dans une situation semblable à un traitement identique et tout aussi illégal : il n'y a pas d'égalité dans l'illégalité, car le principe de la légalité prime normalement celui de l'égalité de traitement (ATF 131 V 9 ; 126 V 390 ; 123 II 248 ; 122 II 446 ; SJ 2001 I 529 ; RDAF 2007 II 531).

E. 12

Enfin, concernant le processus relatif à une demande d'admission auprès de la CFPP, il sera rappelé à l'attention du recourant que l'exigence du dépôt d'une demande a été jugée comme n'étant pas contraire au principe de la liste par notre Haute cour. L'OFSP a d'ailleurs indiqué que les trois extensions des indications du traitement en cause pour une prise en charge obligatoire résultaient de requêtes issues de centres spécialisés effectuant de telles interventions, déposées lorsqu'ils estimaient que ces indications étaient suffisamment éprouvées et qu'elles satisfaisaient aux critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité.

E. 13

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a refusé la prise en charge de la stimulation cérébrale profonde bilatérale à haute fréquence requise par le recourant.

A/1498/2014 - 19/20 - Cela étant, les spécialistes qui suivent le recourant pourront solliciter l'extension de la stimulation cérébrale profonde au syndrome de Gilles-de-la-Tourette selon la procédure prévue s'ils considèrent qu'un tel traitement répond aux conditions précitées.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté. Selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré ou lorsque, en raison de la complexité du litige, on ne saurait attendre d'une caisse qu'elle se passe des services d'un avocat indépendant (ATF 126 V 143 consid. 4). Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires du droit de procédure cantonal. En l'espèce, on ne saurait considérer le recours - même mal fondé - comme téméraire ou ayant été interjeté à la légère. Les conclusions tendant à l'octroi de dépens, prises par l'intimé, au surplus non représenté, seront par conséquent rejetées. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/1498/2014 - 20/20 -

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.