

GE_GERICHTE ATAS/460/2013 vom 14. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_460_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/460/2013 du 14 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/460/2013 del 14 maggio 2013

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; RS 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

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En l'espèce, le litige porte sur des prestations médicales fournies de mars à décembre 2011, de sorte qu'il y a lieu de tenir compte, dans la mesure de leur pertinence, des dispositions de la LAMal et de l'OPAS dans leur teneur en vigueur au moment des faits. Il en va de même de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal; RS 832.102) qui a subi certaines modifications entrées en vigueur le 1er mars 2011.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la prise en charge d'une attelle de mobilisation active du genou par l'assurance obligatoire de soins au-delà d'une durée de 60 jours.

E. 5

a) Conformément à l'art. 25 al. 2 LAMal, les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (art. 25 al. 1 LAMal) 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 (art. 25 al. 2 let. b LAMal). Les prestations mentionnées à l'art. 25 LAMal doivent être efficaces, appropriées et économiques (art. 32 al. 1 LAMal).

L'efficacité doit être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 130 V 532 consid. 2.2; 128 V 159 consid. 5c/aa).

Le caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la

A/3494/2012 - 7/16 - question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a ; ATFA K 94/04 du 26 septembre 2005, consid. 3.2).

Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5).

Ces critères doivent également s'appliquer 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). Pour garantir que les prestations prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire remplissent les exigences de l'efficacité, de l'adéquation et du caractère économique, l'art. 33 LAMal prévoit un système pour désigner les prestations susceptibles d'être prises en charge. Ce système distingue selon le type de fournisseurs de prestations et/ou selon la nature de la prestation dispensée et est concrétisé par l'art. 33 OAMal (ATF 129 V 167 consid. 3.2). En ce qui concerne les prestations énumérées à l'art. 25 al. 2 let. b LAMal (analyses, médicaments, moyens et appareils diagnostiques), le législateur a prévu un système dit de liste positive, qui est à la fois exhaustif et contraignant, à la différence du catalogue de certaines prestations fournies par les médecins de l'Annexe 1 à l'OPAS (cf. ATF 130 V 532 consid. 3.4; 129 V 167 consid. 3.4). Tant la liste des analyses (Lana ; art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. a ch. 1 LAMal, 34 et 60 à 62 OAMal, 28 OPAS et annexe 3 de l'OPAS), que la liste des appareils et moyens (LiMA, art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. a ch. 3, 33 let. e OAMal, 20 à 24 OPAS et annexe 2 de l'OPAS) et la liste des spécialités (LS), soit la liste des préparations pharmaceutiques et des médicaments confectionnés, avec prix (LMT) (art. 25 al. 2 let. b, 52 al. 1 let. b LAMal, 34 et 64 à 75 OAMal, 30 à 38 OPAS) constituent des listes positives de prestations. Celles-ci ont pour caractéristique d'être à la fois exhaustives et contraignantes, parce que les assureurs-maladie ne peuvent, en vertu de l'art. 34 al. 1 LAMal, prendre en charge que les prestations prévues aux art. 25 à 33 LAMal (ATF 134 V 83 consid. 4.1 et les références citées). 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 ou de moyen, ou encore de produit thérapeutique, qui n'est pas mentionnée dans la Lana, respectivement la LiMA ou la LS (ATFA non publié K 55/05 du 24 octobre 2005, consid. 1.2.2 [pour les analyses]; RAMA 2002 n° KV 196 p. 7, K 157/00, consid. 3 [pour les appareils et moyens]; ATF 130 V 532, consid. 3.4; RAMA 2004 n° KV 272, K 156/01, consid. 3.2.1; 2003 n° KV 260, K 63/03, consid. 3.2 [pour les médicaments]). Ainsi, un nouveau moyen ou un nouvel appareil doit être inclus dans la LiMA pour constituer une prestation à charge de l'assurance-maladie obligatoire (ATF 134 V 83 consid. 4.1).

A/3494/2012 - 8/16 - b) S'agissant en particulier des moyens et des appareils, le DFI édicte des dispositions sur l'obligation de prise en charge et l'étendue de la rémunération des moyens et d'appareils diagnostiques ou thérapeutiques (art. 52 al. 1 chiffre 3 LAMal). Il fixe, après avoir consulté la commission compétente, les montants maximaux pour leur

remboursement (art. 33 let. e OAMal). Faisant usage de cette compétence, le DFI a édicté la liste des moyens et appareils à la charge des caisses-maladie (LiMA, annexe 2 à l'OPAS). L'art. 20 OPAS (dans sa teneur en vigueur dès le 1er août 2007) prévoit que l'assurance octroie un remboursement pour les moyens et appareils thérapeutiques ou diagnostiques visant à surveiller le traitement d'une maladie et ses conséquences, remis sur prescription médicale par un centre de remise au sens de l'art. 55 OAMal et utilisés par l'assuré lui-même ou avec l'aide d'un intervenant non professionnel impliqué dans l'examen ou le traitement. Selon l'art. 20a OPAS (en vigueur depuis le 1er août 2007), les moyens et appareils sont répertoriés à l'annexe 2 par nature et par groupe de produits (al. 1). Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ou qui sont utilisés par les fournisseurs de prestations pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon l'art. 35 al. 2 LAMal ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui de l'examen ou du traitement correspondant (al. 2). L'art. 24 OPAS prévoit le remboursement par l'assurance-maladie jusqu'à concurrence du montant qui figure sur la LiMA ; lorsque le fournisseur de prestations facture un produit à un prix plus élevé, la différence ne peut être mise à la charge de l'assurance. Il sied ainsi de relever que la LiMA ne contient que des moyens et appareils qui peuvent être appliqués et/ou utilisés directement par l'assuré ou, le cas échéant, par du personnel auxiliaire non médical. Elle ne comprend pas les autres produits médicaux, dont le remboursement est réglementé par les conventions tarifaires des fournisseurs de prestations correspondants (annexe 2 de l'OPAS, LiMA teneur au 1er août 2007, Commentaire des dispositions particulières de la LAMal, de l'OAMal et de l'OPAS, chiffre 2.1 champ d'application de la LiMA ; ATAS/905/2005). Les moyens et appareils représentent par comparaison avec les autres prestations obligatoires un cas particulier. En effet, ils ne sont pas pris en charge par les caisses en vertu d'une décision propre à chaque produit de marque, avec indication d'un prix maximal, comme c'est le cas pour les médicaments inscrits sur la LS; ils figurent dans la LiMA sous forme d'une description générale des produits avec indication du montant maximum alloué pour leur remboursement (cf. art. 33 let. e OAMal). Ces montants doivent en règle générale correspondre au prix moyen des produits comparables proposés sur le marché ; le prix à l'étranger sera également pris en compte lors de l'évaluation du caractère économique. L'assuré a ainsi toute latitude pour choisir un produit approprié spécifique dans les limites du montant maximal, mais tout dépassement de ce montant sera à sa charge, de même que la quote-part et la franchise (cf. art. 24 OPAS ; art. 64 LAMal et 103

A/3494/2012 - 9/16 - OAMal). Les moyens et appareils ne sont donc pas inclus dans la protection tarifaire prévue par l'art. 44 al. 1 LAMal (Annexe 2 OPAS, LiMA teneur au 1er août 2007, Commentaire des dispositions particulières de la LAMal, de l'OAMal et de l'OPAS, chiffre 2.2 réglementation du remboursement concernant la LiMA). c) En l'espèce, il n'est pas contesté que l'attelle motorisée KINETEC employée par la recourante tombe sous le numéro 30.03.01.00.2 de la LiMA avec la dénomination suivante: attelle de mobilisation genou, active. Le tarif prévu pour la location est de 8 fr. 55 par jour et il existe une limitation qui concerne la durée de location maximale de cet objet. Celle-ci est de 30 jours avec une prolongation de 30 jours au maximum sur indication médicale. (cf. No pos. 30.03 LiMA). Suite au rapport médical du Dr. L_____ du 30 mars 2012, l'intimée a accepté de prendre en charge le remboursement de l'attelle motorisée KINETEC pour 30 jours supplémentaires, conformément à la limitation précitée. Ce faisant, elle a épuisé les possibilités offertes par la LiMA pour la prise en charge d'un tel appareil par l'assurance obligatoire des soins.

E. 6

Il reste à déterminer si la recourante peut exiger de l'intimée la prise en charge de l'attelle motorisée KINETEC pour une durée dépassant la durée totale de 60 jours prévue par la LiMA.

a) Lorsque plusieurs mesures sont appliquées dans le cadre d'un même traitement (complexe thérapeutique) et que certaines d'entre elles sont obligatoirement à la charge des caisses-maladie, tandis que d'autres ne le sont pas (ou ne le sont qu'en partie seulement), il faut se demander s'il existe un lien d'étroite connexité entre chacune de ces mesures. Dans l'affirmative, le traitement dans son ensemble n'est pas à la charge des caisses-maladie si les prestations non obligatoires apparaissent prépondérantes (ATF 122 V 472 consid. 6; ATF 120 V 200 consid. 7; ATF non publié du 2 mars 2005, K 107/03; ATF 126 V 323 consid. 3c). Dans l'arrêt K 991 du 11 mai 1998 (RAMA 4/1998, p. 302, consid. 3), le Tribunal fédéral des assurances a relevé que la jurisprudence rendue en matière de complexe thérapeutique a été surtout appliquée lorsqu'il s'agissait d'exclure l'obligation de prise en charge de la caisse-maladie (cf. par exemple ATF 120 V 212 consid. 7b). En revanche, en matière d'assurance-invalidité (art. 12 LAI), la jurisprudence relative au complexe thérapeutique va dans les deux sens. Ainsi, l'assurance-invalidité doit prendre en charge les frais de traitement d'une affection secondaire (en principe du ressort de l'assurance-maladie) lorsque son traitement est lié à celui de l'affection primaire au point qu'il n'aurait pu être entrepris séparément sans compromettre les chances de succès du traitement de l'affection primaire qui est à la charge de l'assurance-invalidité (ATF 97 V 54). Dans l'ATF 102 V 40 confirmé et précisé dans l'ATF 112 V 347, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que pour déterminer l'obligation de prise en charge par l'assurance-invalidité, est décisive la question de savoir si les mesures prises individuellement ne peuvent être séparées les unes des autres sans que les chances de succès soient compromises et

A/3494/2012 - 10/16 - que certaines mesures ne sont pas en soi d'une importance telle que les autres se trouveraient reléguées à l'arrière-plan (ATF 120 V 200, consid. 7b/aa; ATF 112 V 347 consid. 5b). Lorsque cette étroite connexité existe, l'assurance-invalidité n'est tenue de fournir des prestations que si les mesures médicales nécessaires à la réadaptation s'avèrent prépondérantes (RAMA 4/1998, p. 302 consid. 3b). Bien que cette pratique ait pour objet de distinguer les obligations incombant à l'assurance-invalidité de celles qui sont du ressort de l'assurance-maladie, il n'existe pas de motif pertinent pour ne pas l'appliquer mutatis mutandis à la distinction entre les prestations qui sont obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire de soins et les prestations qui ne le sont pas (RAMA 4/1998, p. 302 consid. 3b). Une application par analogie de la jurisprudence en matière de complexe thérapeutique doit en tout cas être faite lorsqu'il existe un lien de connexité qualifié, en ce sens que la mesure qui n'est pas obligatoirement à la charge de l'assurance obligatoire de soins constitue une condition indispensable à l'exécution des prestations dites obligatoires (RAMA 4/1998, p. 302 consid. 3b). Rendue sous l'empire de la LAMA, cette jurisprudence est également applicable à la LAMal (ATF 130 V 532 consid. 6.1). Cela étant, le Tribunal fédéral n'affirme pas qu'en l'absence d'un lien de connexité qualifié, l'application par analogie de la jurisprudence en matière de complexe thérapeutique serait tout bonnement exclue. Selon la doctrine, le point faible de la jurisprudence rendue en la matière réside dans le fait qu'elle ne se prononce pas de manière précise sur un point décisif, à savoir que la prestation non obligatoire soit efficace, appropriée et économique sous l'angle de l'art. 32 al. 1 LAMal (EUGSTER, Krankenversicherung, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht,

soziale Sicherheit, vol. XIV, 2ème éd. 2007, p. 610, n. 635). En synthèse, l'existence d'un complexe thérapeutique doit être reconnue en présence d'un concours de mesures dans un rapport étroit de connexité les unes avec les autres. Ce rapport est donné si les mesures prises individuellement ne peuvent être séparées les unes des autres sans que les chances de succès soient compromises et que certaines mesures ne sont pas en soi d'une importance telle que les autres se trouveraient reléguées à l'arrière-plan (ATF 120 V 200, consid. 7b/aa; ATF 112 V 347 consid. 5b). Si tel est le cas, l'ensemble des mesures est à la charge de l'assurance obligatoire de soins à la condition que la prestation non obligatoire ou limitée ne prédomine pas. Toutefois, il n'est pas nécessaire que la prestation obligatoire ou limitée soit indispensable à l'exécution de prestations obligatoires, ce critère servant uniquement à définir l'existence d'un lien de connexité qualifié. b) À la suite de l'adoption du postulat 10.3261 "Prise en charge des médicaments hors étiquette et maladies orphelines" déposé par le Conseiller aux États Didier BERBERAT, le Conseil fédéral a accepté de modifier l'OAMal afin d'y intégrer les exceptions reconnues par le Tribunal fédéral au principe de la liste afin de donner

A/3494/2012 - 11/16 - un signal sur l'importance de la mise en pratique de ces exceptions (BO 2010 CE 843). Il a ainsi édicté l'art. 71a et 71b OAMal, entrés en vigueur le 1er mars 2011. L'art. 71a OAMal régit désormais la prise en charge des coûts d'un médicament admis dans la liste des spécialités et utilisé pour d'autres indications que celles autorisées dans l'information professionnelle ou prévues par la limitation. La teneur de l'alinéa premier est la suivante: 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). Elle prend en charge les coûts du médicament seulement si l'assureur a donné une garantie spéciale après avoir 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 régleme 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 loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux (LPTh ; RS 812.21) 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). Ces nouvelles dispositions sont certes plus restrictives que la jurisprudence dès lors qu'elles exigent notamment que le médicament ait été autorisé pour une indication similaire dans un autre pays, ce qui ne ressort pas expressément de la jurisprudence qu'elles étaient censées

codifier. Elles n'affectent cependant pas la portée des exceptions consenties par la jurisprudence dans les cas qu'elles ne règlent pas expressément, par exemple celui d'un médicament autorisé à l'étranger pour une utilisation thérapeutique différente de celle à laquelle il est destiné dans le cas d'espèce (ATAS/553/2012). Selon les précisions apportées par l'OFAS, l'entrée en vigueur au 1er mars 2011 des arts. 71a et 71b OAMal ne modifie en rien la portée de la jurisprudence afférente au complexe thérapeutique pour les situations non visées par ces dispositions (OFAS,

A/3494/2012 - 12/16 - Ordonnance du 27 juin 1995 [OAMal] et Ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS], Modifications pour le 1er mars 2011, Teneur des modifications et commentaire, p. 5, n. 3.2.2).

E. 7

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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

E. 8

fr. 55 par jour conformément à la position n° 30.03.01.00.2 LiMA.

E. 9

Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis au sens des considérants et la décision sur opposition du 19 octobre 2012 annulée.

A/3494/2012 - 14/16 -

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordé à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3494/2012 - 15/16 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A la forme :

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