

GE_GERICHTE A/3710/2005 vom 7. November 2006

GE Cour de justice, 2006-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3710_2005

FR: GE_GERICHTE A/3710/2005 du 7 novembre 2006

IT: GE_GERICHTE A/3710/2005 del 7 novembre 2006

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE ; OPÉRATION ; OPÉRATION PLASTIQUE ; INTÉGRITÉ CORPORELLE ; INTÉGRITÉ PSYCHIQUE ; SIDA ; AM

Erwägungen

E. 14

Interrogée par téléphone le 13 octobre 2006, la mandataire de l'assuré a informé le Tribunal de céans que le coût des injections de « New Fill », pour les quatre séances nécessaires, s'élève à 3'660 fr.

E. 15

Les écritures du 10 juillet 2006 ainsi que la note d'entretien téléphonique du 13 octobre 2006 ont été transmises aux parties et la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1^{er} let. r et 56 T LOJ). Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs. Conformément à l'art. 56 V al. 1^{er} let. a ch. 4 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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 entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 (LPGA), qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. 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 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la question de savoir si le traitement au moyen du produit « New Fill » doit être pris en charge par l'intimée au titre des prestations de l'assurance obligatoire des soins. Il y a préalablement lieu de constater qu'en réalité le produit « New Fill » ne doit pas être considéré comme un médicament mais comme un dispositif médical. Il s'agit en effet d'un

implant entièrement bio-résorbable à base d'acide polylactique. Peu importe dès lors qu'il ne figure pas sur la liste des spécialités établie par l'OFAS selon l'art. 52 al. 1 let. b LAMal, en corrélation avec les art. 34 et 37 e OAMal, et conformément aux principes des art. 32 al. 1 et 43 al. 6 LAMal. L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 (art. 24 LAMal). A ce titre, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon 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. Cette disposition se fonde sur la présomption que médecins et chiropraticiens appliquent des traitements et mesures qui répondent aux conditions posées par l'art. 32 al. 1 LAMal. 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 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. A l'art. 33 OAMal et comme l'y autorise l'art. 33 al. 5 LAMal, le Conseil fédéral a délégué les compétences susmentionnées au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci en a fait usage en promulguant l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS; RS 832.112.31). Cette ordonnance détermine notamment les prestations visées par l'art. 33 let. a et c OAMal - dispositions qui reprennent textuellement les règles exposées aux al. 1 et 3 de l'art. 33 LAMal - dont l'assurance-maladie obligatoire des soins prend en charge les coûts, avec ou sans conditions, ou ne les prend pas en charge (art. 1er OPAS). Ces prestations figurent à l'annexe 1 de l'OPAS. Elle ne contient pas une énumération exhaustive des prestations fournies par les médecins à la charge ou non de l'assurance-maladie, mais indique: - les prestations dont l'efficacité et l'adéquation ou le caractère économique ont été examinés par la Commission des prestations dont les coûts soit 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. L'annexe 1 de l'OPAS porte uniquement sur les prestations visées à l'art. 33 let. a et c OAMal qui ont fait l'objet d'un examen par la Commission des prestations et dont l'assurance prend en charge les coûts, ne les prend qu'à certaines conditions ou pas du tout (art. 1er OPAS). En présence de prestations fournies par un médecin (ou par un chiropraticien), qui n'ont pas été soumises à l'avis de la commission (art. 33 al. 3 LAMal et 33 let. c OAMal), il convient donc d'appliquer la présomption légale que le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. En effet, nombre de traitements remplissent ces conditions sans pour autant figurer dans l'annexe 1 à l'OPAS (ATFA non publié du 12 mai 2005 dans la cause K. 9/05). Si, dans un cas concret, l'assureur prétend qu'un traitement (non examiné par la Commission des prestations) ne répond pas aux conditions requises, parce qu'il est nouveau, que son efficacité n'est pas reconnue ou qu'il est controversé, cet assureur ne saurait, sans autre examen, en refuser la prise en charge qui lui est demandée par l'assuré. Il lui appartient, en sa qualité d'organe d'exécution de la LAMal, de déterminer si ce

traitement est couvert par la présomption légale ou s'il est médicalement contesté (sur ces divers points, voir ATF 129 V 173 consid. 4). En d'autres termes, l'assureur ne peut opposer un refus à l'assuré au seul motif que le traitement n'est pas mentionné dans l'OPAS et tant et aussi longtemps que la Commission des prestations n'a pas délivré un avis positif, ce qui est le cas en l'espèce. Selon l'art. 20 OPAS, "les moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques pour lesquels l'assurance garantie un remboursement sont définis groupe de produits et domaines d'utilisation à l'annexe 2. Les moyens et appareils qui sont implantés dans le corps ne figurent pas sur la liste. Le remboursement est fixé dans les conventions tarifaires avec celui du traitement correspondant. La liste des moyens et appareils n'est pas publiée dans le recueil officiel du droit fédéral ni dans le recueil systématique, elle paraît en principe une fois par an". L'OFSP est chargé d'examiner chaque demande d'admission de nouveaux moyens et appareils sur la liste et la présente à la commission des appareils (art. 21 OPAS). L'Office fédéral de la santé publique publie également une liste des moyens et appareils déterminant en matière d'assurance-maladie ainsi que la liste des analyses (LiMA). L'art. 24 OPAS prévoit les modalités du remboursement, étant précisé que l'assurance ne prend en charge que les coûts des moyens et appareils selon l'annexe 2. Il s'avère que le « New Fill » ne figure pas sur cette liste non plus. Le « New Fill » étant une prestation fournie par un médecin qui n'a pas été soumise à l'avis de la commission, il convient d'appliquer la présomption légale selon laquelle le traitement répond aux exigences de la loi quant à son efficacité, son caractère approprié et économique. Ce produit est donc réputé à la charge de l'assurance obligatoire des soins à moins qu'il ne soit établi qu'il ne remplit pas les critères de l'art. 32 LAMal (ATF 129 V 173 consid. 4). Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 165 consid. 5c/aa; RAMA 2000 n° KV 132 p. 281 consid. 2b). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 146 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale: lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 99 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 282 consid. 2c). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 146 consid. 5; RAMA 2004 n° KV 272 p. 111 consid. 3.1.2). 9. Il n'est pas contesté que l'assuré a développé une lipodystrophie à la suite de la prise d'anti-rétroviraux. Le « New Fill », produit visant à combler les joues creuses, lui a alors été prescrit. L'efficacité et le caractère approprié de ce produit ne sauraient être mis en doute en ce sens qu'il corrige effectivement les effets de la lipodystrophie. Selon le Dr B_____, aucun autre produit ne le permet, à l'exception d'une greffe de peau qui pourrait apporter le comblement des tissus nécessaire; elle constituerait toutefois un traitement très lourd et quoi qu'il en soit pas envisageable dans le cas de l'assuré. Le Dr B_____ a également reconnu que l'efficacité du « New Fill » n'était l'objet d'aucune controverse. L'intimée souligne toutefois que les injections de « New Fill » doivent être renouvelées tous les trois ans et considère dès lors que l'efficacité du produit n'est pas durable. Tel n'est pas l'avis du Tribunal de céans, une durée de trois ans paraissant au contraire tout à fait raisonnable. On ne voit pas non plus en quoi le traitement ne serait pas approprié, comme le soutient

l'intimée, du fait que l'assuré souffre par ailleurs d'une hypertension artérielle pulmonaire sévère, ce qui impliquerait que la correction de la lipodystrophie ne serait pas une priorité compte tenu des autres atteintes à la santé. Il appert de la partie en fait que précède que le critère de l'économicité est également réalisé. Au surplus l'autre méthode de traitement efficace possible est une intervention chirurgicale (greffe de peau) qui est toutefois précisément non appropriée dans le cas de l'assuré et dont le coût serait, quoi qu'il en soit, beaucoup plus élevé. 10. Selon l'intimée, il y a lieu de tenir compte du fait que l'assuré n'exerce pas d'activité lucrative, afin de déterminer l'importance du défaut esthétique. Ce n'est toutefois que dans le domaine de l'AI qu'il convient d'examiner si l'assuré est perturbé par l'existence du défaut esthétique qui l'afflige au point que sa capacité de gain en serait entravée (arrêt du TFA du 27 mars 2001, I 475/00). Aussi le fait qu'il soit au bénéfice d'une rente entière d'invalidité n'est-il pas déterminant. En matière d'assurance-maladie, le Tribunal fédéral des assurances a rappelé qu'une opération servait non seulement à la guérison proprement dite de la maladie ou des suites immédiates d'un accident, mais aussi à l'élimination d'autres atteintes, secondaires, dues à la maladie ou à un accident, notamment en permettant de corriger les altérations externes de certaines parties du corps - en particulier le visage - visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique; et qu'aussi longtemps que subsistait une imperfection de ce genre, due à la maladie ou à un accident, ayant une certaine ampleur et à laquelle une opération de chirurgie esthétique pouvait remédier, l'assurance devait prendre en charge cette intervention, à condition qu'elle eût à répondre également des suites immédiates de l'accident ou de la maladie et pour autant que fussent respectés les limites usuelles, ainsi que le caractère économique du traitement. En revanche, un défaut uniquement esthétique, sans rapport avec un processus morbide, n'était pas un risque assuré (ATF 111 V 232 consid. 1c et la référence; arrêt du 17 août 2005 K 4/04). Dans les limites de l'assurance-maladie, le but du traitement médical est d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes physiques ou psychiques à la santé. A cet égard, l'amputation d'un sein médicalement indiquée est une atteinte, secondaire, due à la maladie ou à un accident, dont l'élimination relève du traitement chirurgical. Or les opérations ayant pour objet de corriger des altérations - d'une certaine ampleur - de parties du corps visibles et spécialement sensibles sur le plan esthétique doivent, si certaines conditions sont remplies, être prises en charge par les caisses-maladie comme prestations légales obligatoires. En ce qui concerne une mastectomie, n'entrent en considération que des mesures servant en premier lieu à supprimer ce préjudice corporel. Certes, celles-ci rétablissent en même temps une apparence extérieure et jouent, par conséquent, un rôle essentiel sur le plan esthétique. Mais elles sont thérapeutiques, du moins si l'assurée est atteinte dans son intégrité (cf. à ce sujet la prise de position de la Commission fédérale des prestations générales de l'assurance-maladie in RAMA 1984 p. 212). Ceci dépend toutefois des particularités du cas concret, notamment du point de savoir si l'amputation a eu des conséquences significatives sur l'état physique de l'assurée. Aussi, selon la ratio legis, l'assurée a-t-elle droit en principe, à la suite d'une amputation mammaire prise en charge par une caisse-maladie au titre des prestations légales obligatoires, aux mesures nécessaires au rétablissement de son état physique (ATF 111 V 234 consid. 3b). Selon le TFA, cette jurisprudence, rendue sous l'empire de la LAMA du moins les principes qui en découlent, peut être reprise dans les cas soumis à la LAMal (RAMA 2000 n° KV 138 p. 360 consid. 3b; voir également Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], n° 87, notamment les exemples à la note 182). Le Tribunal de céans considère qu'elle peut être appliquée par analogie au cas

d'espèce. Il s'agit en effet d'une atrophie du tissu adipeux sous la peau du visage, soit également d'une altération d'une partie du corps visible et spécialement sensible sur le plan esthétique, due à la prise d'antirétroviraux permettant de lutter contre le HIV/SIDA. Telle que décrite par le Dr B _____ notamment, l'altération du visage constitue à l'évidence une atteinte à l'intégrité corporelle visible, laquelle entraîne inmanquablement une souffrance psychique, d'autant plus importante qu'elle est la manifestation de l'atteinte du HIV/SIDA. En conclusion, il y a lieu de considérer que les trois critères: efficacité, caractère approprié et économicité sont remplis, que le produit « New Fill » vise bien l'élimination d'une atteinte secondaire due à la maladie en permettant de corriger une altération d'une certaine ampleur et visible, puisque sur le visage. Aussi le recours doit-il être admis.

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