

GE_GERICHTE A/883/2016 vom 16. März 2017

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_883_2016

FR: GE_GERICHTE A/883/2016 du 16 mars 2017

IT: GE_GERICHTE A/883/2016 del 16 marzo 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS recourante contre KPT CAISSE-MALADIE SA, sise à Berne intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1978, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins et accidents auprès de KPT Caisse-maladie (ci-après : l'assurance). Le 1^{er} octobre 2014, l'assurée a requis la prise en charge par l'assurance de produits de nutrition BIODIS, dont elle a souligné qu'ils étaient moins coûteux et plus efficaces que la nutrition parentérale dont elle avait bénéficié jusqu'alors, et sans risque pour sa santé ; ils lui avaient permis une prise pondérale de quelque 7 kg. Par décision du 22 octobre 2014, l'assurance a refusé le remboursement des produits BIODIS, au motif qu'ils ne figuraient pas sur la liste des médicaments à charge de l'assurance, qu'ils n'étaient pas enregistrés auprès de l'institut suisse des produits thérapeutiques (ci-après : Swissmedic) et qu'ils ne remplissaient donc pas les conditions légales de prise en charge des prestations. L'assurée s'est opposée à cette décision le 24 novembre 2014. Elle a rappelé souffrir depuis 2010 d'une affection rare de la motricité du système digestif, au risque de mortalité élevé, ayant nécessité de nombreuses interventions et traitements qui n'avaient pas permis de la guérir. L'assurée avait dû adopter un mode de nutrition parentérale. Elle souffrait d'importantes douleurs. Depuis mars 2014, elle s'était vu prescrire les produits suivants distribués par la société BIODIS : Bio Saint Joseph Levure DM 510g, Bio Saint Joseph Levure Lehaim 510g, Bio Saint Joseph Levure TOV et Pianto Spécial Fer 390 ml. Ces produits constituaient le seul traitement efficace contre sa maladie. L'assurée avait d'ailleurs observé une sensible amélioration de sa qualité de vie, avec une diminution importante des douleurs ressenties. Son poids avait rapidement augmenté, passant de 47.5 kg en avril 2014 à 55 kg au jour de l'opposition. Grâce à l'efficacité de ce traitement, la chambre implantable lui permettant de se nourrir par voie parentérale avait pu être retirée en mai 2014. L'achat de ce traitement avait coûté CHF 563.- en avril 2014, CHF 542.- en mai 2014, CHF 976.- en juin 2014, CHF 304.- en juillet 2014, CHF 628.- en août 2014, CHF 632.- en septembre 2014 et CHF 382.- en octobre 2014. L'assurée a fait valoir que selon les dispositions réglementaires, un médicament ne figurant pas dans la liste des spécialités peut être pris en charge lorsque son usage 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 qu'il n'existe pas d'autre traitement efficace autorisé. L'assurée a joint à son opposition : a. un certificat du 13 novembre 2014 du docteur B_____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, certifiant qu'elle bénéficie médicalement des suppléments de micro-nutrition, soit des produits Bio Saint Joseph Levure (DM, Lehaim, TOV) et Pianto Special Fer ; le médecin rappelle que l'assurée a souffert d'une affection rare de la motricité

digestive qui a requis une alimentation parentérale ; il indique qu'en association avec la prise de ces suppléments depuis mars 2014, l'alimentation parentérale a pu être arrêtée et l'assurée a retrouvé une autonomie nutritionnelle qu'il était impossible d'atteindre sans cela ; selon lui, il faut s'attendre à ce que cette amélioration se poursuive jusqu'à progressivement atteindre une guérison complète ; le médecin émet l'avis que, dans l'intérêt de la convalescence et de l'économicité générale du traitement, ces suppléments devraient être remboursés autant que possible pendant plusieurs mois ;

b. une attestation du 14 novembre 2014 du professeur C_____, médecin auprès du Service de gastroentérologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), certifiant que, du 15 juin 2012 au 30 décembre 2013, de multiples investigations et traitements ont été menés pour améliorer un transit digestif particulièrement chaotique, qui ont entraîné des hospitalisations et des gestes chirurgicaux urgents ou semi-urgents chez l'assurée ; suite à l'introduction, en février 2014, de compléments alimentaires non enregistrés par Swissmedic, la situation clinique objective de l'assurée s'est progressivement améliorée, ce qui s'est traduit par la réduction progressive du médicament Constella®, une diminution de la symptomatologie algique abdominale et une augmentation de 8 kg de la masse corporelle en l'absence de supports nutritionnels intraveineux ; selon le professeur, continuer à prendre lesdits compléments alimentaires semble une option très favorable, tant au plan du contrôle de la symptomatologie que de l'évolution clinique, mais aussi de la gestion des risques, dans la mesure où la nutrition intraveineuse est associée à des complications infectieuses, mécaniques et métaboliques ;

c. une attestation du 17 novembre 2014 du docteur D_____, médecin auprès du Service de gastroentérologie des HUG, confirmant l'amélioration de l'état de santé de l'assurée depuis la prise de compléments alimentaires, avec une prise de poids de 7.5 kg en huit mois et un retrait de la chambre implantable en mai 2014 et préconisant la poursuite du traitement initié en avril 2014 ;

d. un document rédigé le 18 novembre 2014 par la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne, expliquant que la nutrition parentérale n'avait pas permis de soulager les douleurs ; en revanche, les produits naturels BIODIS ont amélioré la situation et permis à l'assurée de se passer de la nutrition parentérale, tout en augmentant son poids (de 47 à 55 kg) ; cette thérapie naturelle a également permis de diminuer la prise de Constella® ; les différents bilans biologiques ne mettent pas en évidence de carence et il n'y a pas d'argument pour une dénutrition protéino-calorique ; le médecin souligne que les coûts de ce type de nutrition sont très importants mais émet l'avis qu'au vu de leur effet bénéfique pour l'assurée et de l'absence d'alternative, il serait souhaitable que l'assurance y participe financièrement ; le médecin précise que si l'assurée devait revenir à une nutrition parentérale pour des raisons financières, les coûts supportés par l'assurance seraient plus élevés que ceux liés au remboursement des produits BIODIS ; il ajoute qu'il n'existe pas de solution thérapeutique fondée sur des preuves pour la pathologie digestive rare et complexe dont souffre l'assurée.

5. Par décision du 16 décembre 2014, l'assurance a admis l'opposition : elle a jugé opportun, au vu des pièces du dossier, des antécédents médicaux de l'assurée et des risques de complication, d'accepter à titre exceptionnel la prise en charge des produits BIODIS.

6. Le 15 juin 2015, l'assurée a repris contact avec l'assurance à laquelle elle a expliqué que l'amélioration de son état de santé était liée non seulement à la prise des produits BIODIS, mais également à des soins et produits particuliers, dont elle a fourni la liste détaillée en demandant leur prise en charge.

L'assurée a précisé avoir dû subir une nouvelle intervention le 1^{er} mai 2015. La complémentarité entre médecine traditionnelle et naturopathie permettait désormais

d'arriver à un résultat satisfaisant. De plus, le traitement était plus efficace et largement moins coûteux qu'auparavant. L'assurée a sollicité plus particulièrement le remboursement de : - EUR 1'015.- (facture émise le 15 mars 2015 par Madame F_____, naturopathe et thérapeute de santé globale, sur un courrier dont l'en-tête mentionne une adresse à Gex [France] : EUR 750.- d'honoraires de naturopathie + EUR 280.- pour des remèdes naturopathes [SynchroLevels du 4 septembre 2014 au 12 mars 2015]) ; - EUR 113.32 de Perméa régul (facture du 16 mars 2015 des laboratoires COPMED) ; - EUR 39.80 pour deux flacons d'argent colloïdal (quittance du 16 mars 2015 de Biolike Espace Bien-Être). L'assurée également demandé la prise en charge de plusieurs produits (Perméa régul, argent colloïdal 20ppm, SynchroLevels, Gemmocalm et Quinton Hypertonic) non disponibles en Suisse : - EUR 300.- pour la consultation chez la naturopathe, - EUR 61.24 pour le PerméaRégul, - EUR 47.60 pour l'argent colloïdal 20 ppm, - EUR 70.- pour le SynchroLevels, - EUR 30.12 pour le Gemmocalm. Par courrier du 7 juillet 2015, l'assurance a refusé la prise en charge des traitements de naturopathie et des médicaments s'y rapportant, au motif qu'ils ne relevaient pas de prestations obligatoires au sens de la loi.

8. Par décision du 14 août 2015, l'assurance a confirmé son refus de prise en charge des produits Perméa régul et Gemmocalm, ainsi que des consultations de naturopathie en France. Ces médicaments (sic) ne figuraient pas sur la liste des spécialités et les dispositions réglementaires ne prévoyaient pas la prise en charge de prestations de naturopathie.

9. L'assurée s'est opposée à cette décision le 15 septembre 2015. Elle a conclu à son annulation, au remboursement des factures du 15 mars 2015 de la Dresse (sic) F_____, de la facture du 16 mars 2015 des laboratoires COPMED pour le PerméaRégul, de la facture du 16 mars 2015 du magasin BIOLIKE pour l'argent colloïdal, soit en tout EUR 1'168.12, ainsi qu'à la prise en charge des produits pharmaceutiques Perméa régul, argent colloïdal, SynchroLevels, Gemmocalm, Quinton Hypertonic, et enfin, des traitements de naturopathie suivis en France.

L'assurée a expliqué que le médicament Constella® qui lui avait été prescrit dans un premier temps stimulait très fortement son système digestif et n'était pas efficace pour la guérir. Administré à de très fortes doses, il avait entraîné des effets secondaires considérables, dont une perte de poids importante. Au vu de l'échec de la médecine traditionnelle, l'assurée s'était alors tournée vers la médecine naturelle, plus particulièrement la naturopathie. Entre juin et septembre 2014, elle avait ainsi pris, en plus des compléments BIODIS, plusieurs compléments alimentaires des marques SynchroLevels, Gemmocalm et Quinton Hypertonic, ainsi que des régulateurs de la fonction intestinale Perméa régul et Quinton Hypertonic. Le suivi et les médicaments avaient eu des effets extrêmement positifs, avec une prise de poids, l'interruption du médicament Constella® et le retrait de la nutrition parentérale. L'assurée a fait valoir que les frais générés par les soins dont la prise en charge était demandée à l'assurance étaient largement inférieurs à ceux des traitements de la médecine traditionnelle : ils permettaient d'éviter les coûts liés à la nutrition par voie parentérale (plus de CHF 4'000.- par mois) et à l'administration du Constella® (CHF 230.- par boîte de 90 capsules). Qui plus est, ils étaient les seuls efficaces pour traiter son affection, ainsi qu'en avaient attesté ses médecins. Ils étaient également les seuls permettant d'envisager, à terme, une éventuelle rémission. L'assurée a rappelé que l'argumentation invoquée par l'assurance, selon laquelle la liste des médicaments à sa charge est exhaustive, souffre d'une exception importante en cas de maladie entraînant une menace pour la vie du patient

ou une atteinte grave et chronique à sa santé sans alternative thérapeutique, conditions dont elle considérait qu'elles étaient réalisées en l'espèce. 10. Par décision du 12 février 2016, l'assurance a partiellement écarté l'opposition : elle a confirmé son refus de prendre en charge les soins et consultations suivis en France, tout comme les analyses de laboratoire effectuées en France (COPMED), la facture du magasin Biolike et celles des produits de médecine complémentaire. L'assurance a en revanche accepté de rembourser le médicament Gynoflor. L'assurance a rappelé que le système de l'assurance-maladie suisse obéit au principe de la territorialité et exclut la prise en charge d'un traitement médical lorsque l'assuré se rend à l'étranger dans le but de suivre ledit traitement. Elle a considéré qu'en l'occurrence, le fait de s'adresser à des fournisseurs français en médecine complémentaire et d'acheter des produits de médecine complémentaire en France relevait du choix de l'assurée, vu l'absence d'urgence médicale. Qui plus est, dès lors que les produits de la médecine complémentaire concernés ne figuraient pas dans la liste des spécialités et n'étaient pas enregistrés auprès de Swissmedic, elle n'avait pas à les rembourser. L'assurance a souligné que sa décision du 16 décembre 2014 portait exclusivement sur les produits de nutrition distribués par la société suisse BIODIS. Une application par analogie à d'autres produits de médecine complémentaire achetés en France ou aux soins fournis par des prestataires français en médecine complémentaire n'était pas possible. En revanche, le médicament Gynoflor figurait dans la liste des spécialités et était enregistré auprès de Swissmedic, raison pour laquelle elle a accepté son remboursement. 11. Par écriture du 16 mars 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge l'ensemble des consultations et soins de naturopathie nécessités par son état de santé, ainsi que l'ensemble des produits dûment prescrits par sa naturopathe et/ou avalisés par le corps médical. La recourante rappelle en quoi consiste sa maladie et quel a été son parcours. Elle répète que la nutrition parentérale a occasionné des coûts médicaux importants, de plusieurs milliers de francs par mois et qu'une transplantation viscérale a même été envisagée, bien qu'elle comporte un risque de mortalité élevé. En définitive, les produits naturels se sont seuls avérés efficaces contre sa maladie. Son état de santé s'est sensiblement amélioré, avec une diminution notable des douleurs, depuis mai 2014, au point qu'elle a pu renoncer à la nutrition par voie parentérale. L'assurance a d'ailleurs accepté, par décision du 16 décembre 2014, de prendre en charge les produits BIODIS. Par la suite, d'autres produits de médecine complémentaire lui ont été prescrits par sa naturopathe et dûment avalisés par le corps médical. Selon la recourante, ces soins et produits sont absolument nécessaires à la bonne évolution et au maintien de son état de santé et constituent le seul traitement permettant d'éviter un retour au mode de nutrition parentéral. Les soins de naturopathie sont dispensés par Mme F_____, qui vient d'ouvrir un cabinet à Genève. Si la recourante doit acheter certains produits en France, c'est soit parce qu'ils ne sont pas disponibles en Suisse, soit parce que leur coût y est nettement inférieur. La recourante argue que le principe de territorialité souffre d'exceptions lorsqu'il n'existe aucune possibilité de traitement en Suisse, ou lorsqu'il est établi qu'une mesure thérapeutique en Suisse, par rapport à une alternative de traitement à l'étranger, comporte pour le patient des risques importants et notablement plus élevés. Or, les soins pour lesquels elle se rend en France n'ont pas d'équivalent en Suisse. Il s'agit d'une prise en charge complexe et personnalisée, afférente à une maladie rare. Seule Mme F_____ a élaboré une solution et un suivi médical améliorant sensiblement son état de santé. La recourante ajoute que la décision de l'intimée est inopportune, dans la mesure où les coûts des soins dispensés

en France sont beaucoup moins élevés que ceux qui pourraient être fournis par un même spécialiste en Suisse, à supposer qu'il existe. Quoi qu'il en soit, Mme F_____ a désormais un cabinet en Suisse. Quant au refus de prise en charge des médicaments ne figurant pas sur la liste des spécialités, il relève selon elle d'un raisonnement lacunaire et contraire au droit. S'il est vrai que, pour certaines prestations, le législateur a prévu un système de liste dite positive, en principe exhaustive et contraignante, ce principe souffre toutefois d'une exception importante lorsqu'il apparaît nécessaire de prescrire un médicament ne figurant pas dans la liste des spécialités. Tel est le cas lorsqu'une maladie, entraînant une menace pour la vie du patient ou une atteinte à sa santé grave et chronique, ne pourrait être traitée autrement de manière efficace, par manque d'alternatives thérapeutiques. Or, selon la recourante, ces conditions sont réalisées dans son cas, d'autant que les produits dont il est question diminuent le risque accru de résistance induit par la prise de multiples antibiotiques. A l'appui de sa position, la recourante produit notamment : - un rapport du 21 septembre 2015 du docteur G_____, spécialiste FMH en urologie, certifiant qu'il la suit depuis juillet 2007, qu'elle souffre d'un difficile problème du système neuro-autonome de l'intestin et de la vessie, s'accompagnant de spasmes vésicaux très importants et d'infections urinaires chroniques et qu'il s'agit d'une maladie orpheline très difficile à traiter ; le médecin explique qu'afin d'éviter de se trouver constamment sous antibiotiques et myorelaxants, l'assurée a consulté Mme F_____, qui lui a prescrit du D-Mannose, du concentré de cranberry, des granules homéopathiques, un sel de Schüssler, un complément alimentaire Biodis U, du Lactibiane référence et du Gynoflor ; ce traitement a permis d'améliorer nettement les symptômes et l'état général ; aucun traitement alternatif n'est connu à ce jour ;

- un certificat du 3 mars 2016 du Dr B_____, confirmant l'existence d'une affection rare et sévère du tube digestif, pour laquelle aucun traitement n'est actuellement connu ; le médecin indique que les divers suppléments alimentaires prescrits par la naturopathe n'ont pas d'équivalent dans la liste des spécialités mais que leur prise est cependant adéquate et utile, compte tenu de l'amélioration clinique et biologique remarquable qu'ils ont permis ; selon le médecin, le suivi régulier par la naturopathe est une intervention médicale dont le besoin dérive directement de la maladie ;

- un certificat du 9 mars 2016 de la Dresse E_____, faisant état d'une pathologie digestive rare et grave pour laquelle les diverses interventions chirurgicales et traitements médicamenteux tentés n'ont pas apporté de bénéfices notables ; le médecin atteste que l'état nutritionnel de l'assurée est désormais satisfaisant, avec les traitements prescrits par sa naturopathe, en dépit du tableau douloureux chronique persistant ; la Dresse E_____ ajoute qu'au vu de l'absence de possibilité thérapeutique sur le plan médical - hormis une nutrition parentérale complète - il serait souhaitable que sa patiente puisse continuer à en bénéficier ;

- un rapport du 7 mars 2016 du Dr G_____, expliquant que le problème compliqué du système neuro-autonome de l'intestin et de la vessie dont souffre l'assurée a eu pour conséquences des spasmes vésicaux très importants et des infections urinaires chroniques ; le médecin émet l'opinion qu'afin d'éviter la récurrence trop fréquente des infections, toutes les mesures alternatives sont bienvenues ; en effet, l'administration trop fréquente d'antibiotiques risque de déclencher des résistances bactériennes de plus en plus importantes ;

- un certificat du 11 mars 2016 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie, qui a opéré à plusieurs reprises la recourante ; ce médecin explique qu'après concertation avec les autres médecins traitants, il est apparu évident que l'état de l'assurée s'est nettement amélioré depuis le printemps 2014 ; il y a certainement encore passablement de hauts et de bas, mais l'alimentation

parentérale a pu être supprimée complètement, l'assurée ne prend plus qu'irrégulièrement des médicaments de type Constella® et son poids s'est à peu près maintenu ; elle a même connu une rémission assez longue et quasi complète du printemps 2015 à la fin de la même année ; selon le médecin, il semble assez clair que les produits lui sont utiles et il n'existe aucun traitement alternatif plus classique à proposer actuellement ;

[endif]>[if> - un certificat du 8 mars 2016 du Dr D _____, confirmant l'existence d'une affection rare et sévère du système digestif pour laquelle aucun traitement n'existe actuellement ; le médecin atteste que les produits prescrits par la naturopathe sont utiles à la patiente et lui permettent de conserver un poids corporel stable en évitant la nutrition parentérale.]

[endif]>[if> 12. Invité à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 13 mai 2016, a conclu au rejet du recours.]

[endif]>[if> L'intimée expose que la recourante bénéficie de la garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile, délivrée par la Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie (SVK), dont les directives précisent que les patients ayant besoin de suppléments nutritifs ou d'autres compléments alimentaires ont toujours besoin d'une assurance complémentaire à l'assurance obligatoire des soins pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge partielle ou totale des coûts relatifs à ces compléments. Or, la recourante ne dispose pas d'une telle assurance. L'intimée estime avoir assumé les frais qui lui incombent selon la loi. Elle relève que ce n'est pas le corps médical qui a recherché un traitement plus efficace mais la recourante elle-même qui a pris l'initiative d'être suivie par une naturopathe qui, selon les informations en possession de l'intimée, n'exerce qu'en France (sur le site de son cabinet, seuls figurent son adresse et son numéro de téléphone en France ; elle n'est connue ni du Registre central des conventions - regroupant tous les professionnels de la santé dont les prestations sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins -, ni du MEindex - répertoire des thérapeutes avec label de qualité RME généralement reconnu par les assurances complémentaires). L'intimée fonde son refus sur les avis de son médecin-conseil, le docteur I _____, spécialiste FMH en médecine générale. Selon elle, la demande de la recourante ne respecte pas les principes d'efficacité, d'adéquation et d'économicité. La recourante demande une participation financière d'environ 800.- CHF/mois pour remplacer la nutrition parentérale par des produits naturels et des compléments alimentaires non couverts. Or, précisément, il est inexact d'affirmer qu'aucun autre traitement alternatif n'est connu, puisque la recourante bénéficie de la garantie de prise en charge des coûts pour l'alimentation artificielle à domicile. Par ailleurs, l'intimée fait valoir que les conditions pour la prise en charge de traitements à l'étranger ne sont pas réalisées, dès lors que la recourante peut bénéficier d'un traitement approprié en Suisse, traitement qui peut être différent de celui prodigué à l'étranger. Les éventuels avantages, difficiles à estimer, d'une prestation fournie à l'étranger, ne constituent pas des raisons médicales au sens des dispositions légales. Pour le reste, l'intimée rappelle que, depuis 2012, l'assurance de base rembourse cinq médecines alternatives, soit l'homéopathie, l'anthroposophie, la thérapie neurale, la phytothérapie et la médecine chinoise, et cela pour une période provisoire jusqu'à 2017 et à certaines conditions. Cette prise en charge ne concerne que les traitements prodigués par des médecins au bénéfice d'une formation spécifique. Les traitements de naturopathie n'en font pas partie ; en outre, les naturopathes ne font pas partie des fournisseurs de prestations autorisés par la loi, d'autant que Madame F _____ n'est pas médecin ; ces traitements sont en revanche remboursés par les assurances complémentaires, dans certains cas. L'intimée ajoute que les compléments alimentaires et autres substances dont la recourante demande le remboursement ne sont pas des médicaments au sens juridique. Les médicaments que

l'assurance obligatoire doit rembourser figuraient sur une liste exhaustive et contraignante . Le système légal exclut la prise en charge par l'assurance de base d'un produit thérapeutique non mentionné dans cette liste, même s'il s'agit d'un médicament prescrit par un médecin et efficace, approprié et économique. Or, aucun des compléments alimentaires et autres substances litigieuses ne figure sur cette liste. L'intimée en tire la conclusion que la recourante ne peut se prévaloir de la disposition réglementaire admettant la prise en charge d'un médicament hors liste en cas de maladie mortelle ou de problèmes graves et chroniques, à défaut d'alternative thérapeutique. En effet, il ne s'agit en l'espèce pas de médicaments et il existe une alternative thérapeutique. Qui plus est, la prise en charge, en un tel cas, est subordonnée à la garantie préalable de l'assurance, qui fait défaut en l'espèce. Enfin, le fait que les prestations dont le remboursement est requis soient moins onéreuses n'est pas pertinent. A l'appui de son écriture, l'intimée fournit notamment : - un certificat du 15 mars 2015 de Mme F_____, confirmant que la recourante prend depuis six mois les produits suivants : argent colloïdal 20 ppm, Perméa régul, Gemmocalm, SynchroLevels, et Sérum de Quinton Hypertonique, et qu'il n'existait aucun produit similaire en Suisse ; - une facture du 16 mars 2015 des Laboratoires Herbolistiques, pour un complément alimentaire d'un montant de EUR 1.-, auquel s'ajoutent EUR 11.19 de frais de port ; - le profil de Mme F_____ issu de son site Internet, indiquant qu'elle a suivi deux formations en tant que praticienne de santé globale et naturopathe en Allemagne et en France ; - la documentation des laboratoires Copmed concernant le Perméaregul, désigné comme complément alimentaire ; - la documentation concernant l'argent colloïdal, dont il ressort qu'il vise à hydrater et apaiser la peau ; - la documentation concernant le SynchroLevels, désigné comme un reconstituant ; - la documentation concernant le produit de gemmothérapie Gemmocalm ; - la documentation concernant le complément alimentaire Quinton Hypertonique ; - la documentation concernant le produit naturel D-Mannose ; - la documentation concernant la canneberge et ses dérivés ; - la documentation concernant les sels de Schüssler ; - des extraits de la liste des spécialités, dont il ressort que le PerméaRégul, l'argent colloïdal, le SynchroLevels, le Gemmocalm, le Quinton Hypertonique, le D-Mannose, la canneberge et les sels de Schüssler n'y sont pas enregistrés comme médicaments ; - un avis du Dr I_____ du 29 avril 2015, indiquant que les compléments alimentaires ne sont pas une prestation obligatoire et qu'il y a lieu de refuser leur prise en charge; - un avis du Dr I_____ du 16 juillet 2015 sur la prise en charge du traitement de naturopathie et des produits Perméa régul, argent colloïdal 20 ppm, SynchroLevels, Gemmocalm et Quinton Hypertonique achetés en France, préconisant le refus de leur remboursement. 13. Dans sa réplique du 17 juin 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions visant à la prise en charge par l'intimée de l'ensemble des traitements suivis depuis mai 2014. La recourante répète que sa naturopathe exerce désormais son activité en Suisse (au _____, rue J_____ à Carouge). Elle reproche aux avis du médecin-conseil de l'intimée leur brièveté et leur absence de motivation. Elle ajoute que le diagnostic retenu est erroné : il est fait mention d'une pathologie digestive, alors qu'elle souffre d'une maladie orpheline grave, entraînant une atteinte chronique à sa santé et dont les conséquences peuvent s'avérer mortelles. La recourante rappelle avoir produit à l'appui de sa demande une multitude d'attestations médicales circonstanciées, certifiant que le traitement dont elle demande le remboursement

est le seul lui permettant de traiter sa maladie grave et ses séquelles. Elle conteste que la nutrition parentérale puisse être considérée comme un traitement alternatif efficace. Il s'agit en réalité simplement d'une méthode de nutrition utilisée en dernier recours lorsque l'alimentation par voie orale n'est plus envisageable. Elle ne permet cependant pas de soigner la pathologie. En outre, la nutrition parentérale est un procédé particulièrement lourd et contraignant, requérant un dispositif veineux sous-cutané qui doit être implanté chirurgicalement, et des moyens médicaux lourds et complexes limitant fortement l'autonomie de la recourante. Elle entraîne d'importants effets secondaires (infections sanguines, troubles métaboliques, complications concernant les accès veineux). Il s'agit enfin d'un procédé très coûteux. 14. Dans sa duplique du 3 août 2016, l'intimée a à son tour persisté dans ses conclusions. Elle répète que Mme F_____ n'est pas médecin et que son activité en Suisse reste à prouver. Selon les informations obtenues du Département de la sécurité et de l'économie du Canton de Genève (DSE), Mme F_____ n'a aucun permis à Genève et n'a jamais déposé une demande pour exercer son activité sur le canton de Genève. Partant, les conseils nutritionnels dispensés à l'étranger, où la recourante s'est rendue non par nécessité médicale mais par choix, ne peuvent être mis à la charge de l'intimée. Pour ce qui a trait à la nutrition artificielle et aux compléments alimentaires, l'intimée se réfère aux Directives de la Société Suisse de Nutrition Clinique (SSNC), lesquelles énoncent les conditions de prise en charge par l'assurance des suppléments nutritifs oraux et la nécessité de leur enregistrement auprès de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) afin d'être intégrés dans la liste de tous les aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales. Seuls les produits et compléments nutritifs oraux reconnus et figurant sur cette liste, prescrits par des médecins et dispensés par du personnel soignant spécifiquement formé, remplissent les critères de prise en charge par l'assurance obligatoire de soins. L'intimée souligne que c'est ce qui motive son refus de prester, d'autant qu'il ne s'agit en l'espèce pas de médicaments mais de compléments alimentaires, qui ne constituent pas un traitement contre la maladie, mais seulement une méthode de nutrition alternative librement choisie par la recourante, en substitution de la nutrition artificielle par voie parentérale ou entérale. L'intimée a produit : - un échange de courriels avec un collaborateur de l'Office cantonal des migrations de juin 2016, dont il ressort que Mme F_____ ne dispose d'aucun permis à Genève et n'a pas déposé de demande pour exercer dans ce canton ; - les directives de septembre 2001 de la SSNC sur Home Care, nutrition artificielle à domicile, dont la dernière révision remonte à janvier 2013, définissant notamment le supplément nutritif oral comme une solution buvable, partiellement ou totalement équilibrée, produite par l'industrie ou un usage médical dans le cadre d'une thérapie nutritionnelle pour prévenir ou traiter la dénutrition ou la malnutrition. 15. La Chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante en date du 4 août 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable. 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.![endif]>![if> 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. ![endif]>![if> 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). 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).![endif]>![if> 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). 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). ![endif]>![if> 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 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 3 ème éd. 2016, p. 610 n. 661 et les références). 8. En matière de médecines complémentaires ou alternatives, il convient de souligner ce qui suit. ![endif]>![if>

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 1^{er} 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 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). 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 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 règle 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).

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 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, SynchronoLevels, 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 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, 3^{ème} 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 LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG). **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.